



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EN TRABAJO DE PARTO SOBRE LAS
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRA EN ENFERMERÍA
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

ERICKA GARCÍA ZEFERINO.

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DULCE MARIA GUILLEN CADENA

MÉXICO, DF. ABRIL, 2010



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EN TRABAJO DE PARTO SOBRE LAS
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRA EN ENFERMERÍA
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

ERICKA GARCÍA ZEFERINO.

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DULCE MARIA GUILLEN CADENA

MÉXICO, DF. ABRIL, 2010

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, por brindarme la oportunidad de seguir superándome, pero sobre todo por dejarme formar parte de su personal, a través de la docencia.

A mis profesores de la Maestría, por ser excelentes seres humanos y ejemplos a seguir.

A mi grupo especial de la 5ª generación, Fernando, Ma. Elena, Inés, Judith y Verencia, porque ahora somos grandes amigos y me ayudaron mucho.

A mi amiga Margarita, porque gracias a ella de una o de otra manera me ha alentado para seguir adelante.

A la Dra. Dulce, por creer en mí, y que gracias a ella termine esta maravillosa investigación.

A las participantes, porque en voz de su discurso, me queda el compromiso de poner un grano de arena para cambiar la situación que viven muchas mujeres.

DEDICATORIA

A mis hijos:

Este trabajo se lo dedico a mis hijos Esmeralda y Jesús porque gran parte del tiempo que le dedique, era de ellos.

Los amo.

A mi esposo Francisco:

Por su apoyo, amor y comprensión.

Te amo.

A mis padres:

Que me han brindado durante toda mi vida el apoyo incondicional, pero sobre todo porque sin ellos yo no hubiese podido llegar en donde estoy ahora.

Los quiero.

A mis hermanos y sus familias:

Por su constante apoyo que me ha servido de motivación a lo largo de mi vida.

ERICKA

ÍNDICE

| | | |
|--------------|--|-----------|
| | RESUMEN | 6 |
| | INTRODUCCIÓN | 7 |
| 1 | CAPITULO I | |
| 1.1 | JUSTIFICACIÓN | 10 |
| 1.2 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 15 |
| 1.3 | OBJETIVOS | 18 |
| 2 | CAPITULO 2 | |
| 2.1 | MARCO TEORICO | 19 |
| 2.1.1 | PERCEPCIÓN | 19 |
| 2.1.2 | TRABAJO DE PARTO | 26 |
| 2.1.3 | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL T. DE PARTO | 34 |
| | ESTADO DEL ARTE | 41 |
| 3 | CAPITULO 3 | |
| 3.1 | METODOLOGIA | 50 |
| 3.1.2 | METODO DE INVESTIGACIÓN | 53 |
| 3.1.3 | TIEMPO Y EXTENCIÓN DEL ESTUDIO | 53 |
| 3.1.4 | TRABAJO DE CAMPO | 53 |
| 3.1.5 | TÉCNICAS METODOLÓGICAS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS | 56 |
| 3.1.6 | MANEJO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS | 57 |
| 4 | ASPECTOS ETICOS Y LEGALES | 59 |
| 5 | HALLAZGOS Y DISCUSIÓN | 60 |
| 6 | DESCRIPCIÓN TEXTUAL DEL FENÓMENO | 63 |
| 7 | CONCLUSIONES | 85 |
| 8 | LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 88 |
| 9 | POSIBLES ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN | 88 |
| 10 | APORTE A LA PROFESIÓN | 90 |
| 11 | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 92 |
| 12 | ANEXOS | 99 |

RESUMEN

Introducción: El embarazo y el parto son etapas en la vida de las mujeres que dejan una huella sin precedentes, cuya experiencia tiene que ver con el impacto de diversas situaciones que giran en torno a ello. La enfermera desarrolla actividades en torno a este acontecimiento, las cuáles deben de enfocarse holísticamente para proporcionar un cuidado de calidad.

Objetivo: Conocer la percepción de las mujeres en trabajo a través de su propio discurso sobre las intervenciones de enfermería que se realizan durante esta etapa.

Metodología: Estudio cualitativo en el marco de la fenomenología interpretativa. Obteniendo los datos con la observación y una entrevista semi-estructurada con 3 mujeres. Teniendo como instrumento una guía de preguntas tema.

Hallazgos y Discusión: Se encontraron las categorías de: violencia, abandono, falta de información, falta de competencia relacional, objetivación del cuerpo, atención de rutina y percepción de las intervenciones. Esto apoya lo investigado por Armellini y Luz (2003) que realizaron un estudio en Brasil, también fue encontrado en el estudio realizado por Turnblin A, P. Simkin en su investigación cuantitativa “Las percepciones de las mujeres embarazadas sobre el papel de la enfermera durante el trabajo de parto y el parto” para conocer las expectativas y percepciones de mujeres acerca de la atención hospitalaria durante el parto.

Conclusión: Las mujeres comentaron haberse sentido como animales, abandonadas, violentadas tanto físicas como verbalmente etc., y que ni siquiera fueron merecedoras de la más mínima información acerca de su trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN

Desde hace 200 años los cuidados en la embarazada eran llevados por mujeres. Los cuidados prenatales existen desde la época prehispánica, en ese tiempo la partera llevaba el nombre de Tlamatquicitl teniendo una función relevante dentro de la sociedad azteca, contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres aztecas, tenía la categoría de sacerdotisa, mujer socializadora, consejera en asuntos matrimoniales y educadora en salud, por lo tanto era considerada una mujer sabia. ¹Todas las funciones que desempeñaba la partera azteca eran muy importantes, ya que se cree que ésta fue una mujer en la cual podía depositar otra mujer la salud de ella y la de su hijo.

Como se ha podido observar las mujeres han sido siempre las encargadas de la salud, tanto en sus propias familias, como en la sociedad, no obstante, las estructuras existentes del poder han impedido que se establezca una relación verdaderamente humana entre las prestadoras y las usuarias del servicio de salud. Además de la tendencia de la actual sociedad de consumo, caracterizada por el énfasis cada vez mayor hacia la tecnología,² que desplaza al ser humano y sus sentimientos, convirtiéndolo en datos de computadora, de laboratorio y gabinete; y ese cambio mientras más acelerado y patente se haga, deteriorará en razón directa, la relación entre el profesional con la embarazada.

Por eso a través de esta investigación se pretende que la mujer ponga de manifiesto su sentir acerca de este proceso tan importante llamado trabajo de parto a partir de la fenomenología, porque se abordan los fenómenos tal como son percibidos por la persona, permitiendo el estudio de realidades cuya naturaleza particular lleva a su captación desde el marco de referencia interno de cada sujeto.

¹ Castañeda I., Hierro G., *Enfermería ¿cadena o camino?* 3ª ed., México 1988. p.p. 7-8.

² Anderson Perry. *La trama del Neoliberalismo*. Ed. Eudeba Universitaria de Argentina.1999. pp. 15-27

En este trabajo se describirán las percepciones que tienen las mujeres durante su trabajo de parto sobre las intervenciones de enfermería y así poder favorecer a que el profesional se dé cuenta de su actuar, para seguir mejorando día a día.

Se presentan cuatro capítulos, en el primero se describe la justificación, así como el problema de estudio y los objetivos.

En el segundo capítulo se desarrolla el Marco Teórico, en donde se presentan la conceptualización y estudio de Percepción, así como lo referente a lo de Trabajo de Parto y las Intervenciones de enfermería dadas durante este proceso de Trabajo de Parto.

En el tercer capítulo se refiere a la Metodología, donde se describe el enfoque fenomenológico de la investigación y los criterios que seguidos para realizarla, esto a través de la investigación cualitativa, ya que este enfoque permite a la profesión de enfermería conocer la perspectiva de las personas que requieren de su cuidado.

En el cuarto y último capítulo se dan a conocer los hallazgos encontrados así como la discusión de los mismos, el análisis fenomenológico se realizó basado en la propuesta de Coffey presentándolo en dos apartados, el primero corresponde a la Descripción Textual del fenómeno y el segundo a la descripción Estructural del mismo. En donde la descripción estructural del fenómeno, que nos lleva a la identificación de la percepción, se encontraron siete categorías:

1. Violencia.
2. Abandono.
3. Falta de información.
4. Falta de competencia relacional.
5. Objetivación del cuerpo.
6. Atención de rutina.

7. Percepción de las intervenciones.

La utilidad de esta investigación se encuentra relacionada en este ultimo capitulo, ya que nos brinda una visión de la ventaja del enfoque cualitativo, porque al mostrar lo que las mujeres perciben de nuestras intervenciones, nos lleva a reflexionar en que nos comprometemos a cambiar y en que debemos de reforzar nuestro conocimiento para ejercer el cuidado y así trascender como profesional de enfermería.

CAPITULO 1

JUSTIFICACIÓN

El trabajo de parto es un proceso individual y una vivencia muy importante en la vida de las mujeres y de cada pareja, ya que tienen costumbres, información, preocupaciones y preferencias diferentes, a veces en función de la edad, cultura, raza, profesión, religión entre otras. Por lo tanto, cada trabajo de parto y el parto mismo son acontecimientos diferentes, irrepetibles y únicos, con un significado de gran importancia para los padres y para el recién nacido.

Ante el nacimiento de un hijo, todos los profesionales que desarrollan sus actividades en torno a este acontecimiento, tendrán que tener especial atención en las acciones encaminadas a cuidar esta nueva familia. Los profesionales deben tener la voluntad de querer atender a la mujer y a su pareja respetando al máximo, dentro de las limitaciones de cada centro, sus características y preferencias esto a través de un modelo de atención holístico¹

Hay que tener presente que el trabajo de parto, en principio, es un proceso fisiológico, caracterizado por un gran impacto emocional en la mujer. Cuando el trabajo de parto se presenta sin complicaciones, lo importante es que la mujer y la pareja vivan este acontecimiento como algo positivo y natural.

En este sentido, se hace necesario echar mano de los parámetros mínimos que existen y así garantizar una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del trabajo de parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

¹ Marriner Torney, Raile Martha A. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7ª. ed. Madrid España; Elsevier, Mosby.2007.

La OMS² desde hace varios años reconoció que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad de las madres y los recién nacidos exigía la presencia del personal de atención de la salud capacitado en una amplia gama de aptitudes de obstetricia. En una consulta técnica que se lanzó en el año 2000 en Sri Lanka se trabajó arduamente en examinar las intervenciones eficaces para obtener mejores resultados en el embarazo y trabajo de parto y la conclusión fue que sin proveedores de servicios sanitarios con determinadas aptitudes y competencias para obstetricia no se pueden alcanzar las metas de salud de la madre y el recién nacido, y a partir de lo que plantea la O.M.S. es importante conocer la percepción que tiene la mujer para identificarlas.

Históricamente, las mujeres han recibido el apoyo de otras mujeres durante el trabajo de parto y el parto. Sin embargo, como actualmente en muchos países la mayoría de las mujeres dan a luz en los hospitales y no en su hogar, el apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en una excepción, más que en una norma. Esto ha generado preocupaciones acerca de la consecuente deshumanización de la experiencia de parto para las mujeres. La atención obstétrica moderna suele someter a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos en el progreso del trabajo de parto. La atención de apoyo durante el trabajo de parto debe incluir apoyo emocional, medidas que brinden comodidad, información e intercesión.³ Esto puede mejorar los procesos normales del trabajo de parto así como los sentimientos de control y competencia de las mujeres y, en consecuencia, reducir la necesidad de intervenciones obstétricas. El trabajo de parto es un proceso normal y natural, pero incluso los embarazos de bajo riesgo pueden sufrir complicaciones y por lo tanto a veces es necesario aplicar una intervención para disminuir los riesgos, sin embargo se ha observado que estas intervenciones se utilizan indiscriminadamente, un ejemplo

² Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Año 1985* Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM

³ Marsden W., *El cuidado maternal en España: La necesidad de Humanizar el parto Medicina Naturista*, 2006; N° 10:598-610 I.S.S.N.; 1576-3080.

de ello son las cesáreas de fin de semana, en donde se programan ya las cirugías en beneficio de los médicos y no de las mujeres embarazadas.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos⁴.

Esto es planteado en la NOM-007- SSA2-1993, donde claramente especifica cómo y cuándo deben darse los procedimientos y sin embargo son realizados por la mayoría de las instituciones sin respetarse la Normatividad. Además de que son en los Hospitales donde se da el más alto índice de Mortalidad Materna⁵.

En las últimas décadas, una evaluación crítica del cuidado obstétrico habitual, tanto en los países desarrollados, como en los subdesarrollados, revela que diversas prácticas pueden ser físicamente abusivas y una forma de violencia contra las mujeres, tales como la realización de procedimientos dolorosos como el rasurado perineal y púbico de rutina, enemas durante el trabajo de parto, múltiples tactos vaginales; uso de monitoreo fetal continuo, anestesia o analgesia durante el trabajo de parto y parto, posición decúbito dorsal durante el trabajo de parto, episiotomía rutinaria; revisión de cavidad, colocación de dispositivo intrauterino sin previo aviso, así como exceso de cesáreas innecesarias por razones no médicas.⁶

⁴ Pérez R.L., Márquez B., *La atención a la Salud durante el embarazo y el parto*. Una propuesta desde la psicología Latinoamericana 2004, Vol. 22, p.p. 61-75

⁵ INEGI. Estadísticas vitales, 2006. Base de datos.

⁶ Pascali V.L., Bottone, A. F., *Problemas bioéticos, deontológicos y médico-legales de la medicina perinatal*. Revista Internacional de Bioética, Deontológica y Ética Médica, Universidad Anáhuac Vol. IV No. 2 Oct.- Dic. 1993. Pág. 409-423.

Todo esto hace que la atención del parto y parto sean deshumanizados en muchos aspectos, ya que humanizar se entiende como el conjunto de acciones que realizan los profesionales y técnicos de salud para crear las condiciones más adecuadas y favorables posibles para las distintas etapas del proceso reproductivo de las personas. Humanizar es disminuir los sentimientos y emociones negativas que son factores de riesgo para enfermedades mentales, las cuales pueden prevenirse o atenuarse en la madre, padre, hijo(a) y en la relación familiar.

Por lo que la atención humanizada significa que el equipo de salud a cargo, (en especial el de enfermería) de la atención del trabajo de parto debe de ser el responsable del cuidado de la madre y su bebé, explicándole todos los procedimientos que se le van a realizar a la madre y a la familia involucrándolos en las decisiones de su parto.

La humanización del cuidado del embarazo debe otorgar servicios que consideren los distintos aspectos psicológicos, sociales y biológicos. El trabajo de parto es un evento altamente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en todos los aspectos psicológicos y sociales de las personas.

La humanización no implica solamente acciones para mejorar la calidad de la atención, esta humanización se refiere a una nueva antropología, a una concepción del ser humano cuya esencia es, el afecto, la comprensión, entendidas como cuidado, sin lo cual deja de ser humano⁷

La mujer embarazada, se enfrenta ahora a muchos contextos sociales, que involucran situaciones sobre todo de violencia, desde que llega al hospital es objeto del ensañamiento por parte del personal de diversos hospitales, ya que como se menciono anteriormente muchos de los procedimientos no garantizan un cuidado de calidad.

En medicina y enfermería existen principios básicos de bioética que deben ser inviolables e inalterables mientras existan médicos, enfermeras y pacientes; éstos,

⁷ Marsden W. op.cit

por ser universales pueden adaptarse a cualquier caso en particular, nuestras intervenciones implican aplicar los valores éticos siendo uno de ellos la Prioridad en donde la mujer en trabajo de parto es la razón de ser de quién la va atender y por lo tanto debe darle trato preferente por encima de cualquier consideración de índole personal, administrativa, económica, política, cultural, racial o legal. Y como se puede observar el profesional en la mayoría de las ocasiones no le da prioridad a la situación de trabajo de parto por considerarlo como algo normal que toda mujer debe de pasar, al profesional no le interesa saber si la paciente tiene alguna influencia cultural que le ayude a favorecer su proceso, ya que él (profesional) tiene el poder y dominio sobre la embarazada.

Por lo anterior consideramos importante investigar como la mujer percibe las intervenciones de enfermería durante esta etapa tan importante para su vida, ya que ella le confiere un significado en donde las emociones se mezclan y puede ser un proceso que se espera con ilusión y alegría, pero que fácilmente se puede convertir en un evento que se vive con dolor y sufrimiento que incluso puede llevar a la muerte.

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EN TRABAJO DE PARTO SOBRE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El trabajo de parto, sin duda, es un momento importante, envuelto por mitos, tabúes y misterios,⁸ normalmente genera miedo y ansiedad, por las contracciones, por el desconocimiento, por la incertidumbre de que se espera un buen final, por el afloramiento de situaciones traumatizantes. En este periodo existen dudas con relación al profesional que le va atender, el soporte social y familiar que va a necesitar. El trabajo de parto y el parto son vistos como experiencias fundamentales, sobresalientes en la vida de la mujer, pudiendo suceder de forma positiva, como momento de placer, satisfacción y plenitud, o negativa, como situación de frustración, de dolor y sufrimiento. Son momentos extremadamente significativos para la madre, bebé y familia, así como la gestación, ya que repercute en toda la vida de este nuevo ser.⁹

Las prácticas relacionadas de la asistencia al embarazo, parto y puerperio han sufrido en los últimos años una intensa revisión (O.M.S.)¹⁰ su objetivo es poner en tela de juicio las prácticas abusivas o sin justificar que se realizan por tradición o autoridad desde hace décadas. De entre las primeras posiciones abiertamente críticas con la asistencia a la mujer durante el parto destaca la que se recoge en el trabajo del grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de la OMS¹¹. Y sin embargo aunque ya paso una década que se publicó la primera versión del informe, en nuestro medio todavía continuamos realizando prácticas de dudosa eficacia.

Los asistentes del parto ya sean médicos, enfermeras o parteras, que tienen experiencia en partos únicamente en hospitales con un intervencionismo elevado y medicalizado, no pueden ver el profundo efecto que sus intervenciones tienen en

⁸ Rodríguez Shadow, M.J. *La mujer azteca* UAEM, México, 1991 287 p.p.

⁹ Pérez R.L., Márquez B., op.cit.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Op.cit.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Op.cit.

el trabajo de parto¹². Hay evidencia en diferentes investigaciones sobre todo en algunos países de Latinoamérica y otros como Taiwán y España, de que las mujeres sufren maltrato por parte del personal de salud^{42,43} así como violencia y falta de información acerca de su proceso de trabajo de parto.

Toda mujer tiene derecho a una atención del trabajo de parto con sentido humano y con respeto a su dignidad. Uno de los grandes retos del equipo de salud es mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres que cursan el trabajo de parto, pero esto no es a través de mejorar la técnica de la atención, sino a partir de intervenir de manera holística; significa entender a esa mujer que va a tener un bebé, como un ser humano, no una máquina de hacer niños. Pero vemos con tristeza que cada vez más la mujer y su hijo son sometidos a una atención deshumanizada.

Durante mi trayectoria personal y profesional, siempre escuche decir que el trabajo de parto, es sinónimo de dolor y vergüenza. Al atender a las mujeres a nivel institucional, la mayoría expresaba que no desearían pasar otra vez por esa experiencia, ya que para ellas el trabajo de parto fue muy violento, tal vez porque la mayoría de nosotros como profesionales ejerce violencia de muchas maneras en la atención a esa mujer, desde el lenguaje, actitudes, acciones etc., además pude darme cuenta que como enfermeras, en muchas de las ocasiones no le damos prioridad a la situación de trabajo de parto por considerarlo como algo normal que toda mujer debe de pasar. Al profesional no le interesa saber si la paciente tiene alguna influencia cultural que le ayude a favorecer su proceso, ya que tenemos el poder¹³ y dominio sobre la embarazada. También pude observar que en muchas ocasiones la paciente es objeto del ensañamiento por parte del

¹² Marsden W., op.cit.

^{42,43} Armellini, Montes Muñoz op. cit.

¹³ Foucault Michel. *Microfísica del poder*. Ediciones la Piqueta. Tercera edición. España 1992.

personal de diversos hospitales, porque a la paciente se le agrede física y verbalmente, amenazándola que si no coopera con los procedimientos ella tendrá la culpa de las lesiones que se den a su cuerpo y peor aún a su bebé. En mi práctica académica la enseñanza teórico práctica sigue el modelo biomédico donde generalmente se utilizan prácticas rutinarias como la tricotomía, el enema, la administración de oxitocina etc. Además de que en México existe un vacío de información acerca de este tipo de investigaciones en donde se evidencie el cómo las mujeres mexicanas perciben la atención de enfermería durante el trabajo de parto.

Lo que provocó que al reflexionar acerca de lo que viven las mujeres y la experiencia que tienen ellas durante este proceso a preguntarme, ¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres durante su trabajo de parto sobre las intervenciones de enfermería?

OBJETIVOS

General:

Analizar la percepción de las mujeres en trabajo de parto a través de su propio discurso sobre las intervenciones de enfermería que se realizan durante esta etapa.

Específicos:

Describir la experiencia que viven las mujeres durante su trabajo de parto sobre las intervenciones de enfermería

Evidenciar el impacto que tienen las intervenciones ofrecidas por el personal de enfermería en las mujeres durante su trabajo de parto.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

En este trabajo, se abordan los temas de Percepción, así como lo relacionado al desarrollo conceptual de la Etapa de Trabajo de Parto y las Intervenciones de Enfermería.

a) **Percepción**

El concepto de percepción proviene del término latino *perceptio*¹ y se refiere a la acción y efecto de percibir (recibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo).

La percepción puede hacer referencia a un conocimiento, a una idea o a la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

Para la psicología, la percepción es la función que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información que llega desde el entorno, a través de los sentidos.

La percepción comenzó a ser estudiada en el siglo XIX. Los primeros modelos que relacionaban la magnitud de un estímulo físico con la magnitud del evento percibido posibilitaron el surgimiento de la psicofísica.

Los especialistas aseguran que la percepción es el primer proceso cognoscitivo, que permite al sujeto captar la información del entorno a través de la energía que llega a los sistemas sensoriales.

No existe en la filosofía una rama tradicional lo suficientemente amplia que abarque cada uno de los problemas que pudieran calificarse como “problemas filosóficos de la percepción”. Dentro de nuestra tradición occidental, sin embargo, los filósofos se han interesado en la percepción por su deseo de contestar a la

¹ Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española 22ª ed.

pregunta: “¿qué es el conocimiento?”, el aspecto fundamental de la epistemología. Se trata de un antiguo cuestionamiento filosófico, que Platón plantea explícitamente en el *Theaetetus*, convirtiendo el diálogo, inmediatamente después, en una discusión sobre sensación y percepción. La pregunta “¿qué es el conocimiento empírico?”, que ha dominado la historia de la filosofía moderna, conduce de manera más segura a los problemas de percepción. Porque, si “conocimiento empírico” significa conocimiento basado en alguna forma de observación, entonces todo conocimiento empírico del “mundo exterior” se basa, presumiblemente, en la percepción.

Desde el punto de vista de una ciencia empírica, el problema de la percepción es, planteado de manera burda, un problema causal. Los autores han definido al problema de la percepción como “el problema de comprender la manera en que el organismo transforma, organiza y estructura la información que surge del mundo, en datos sensoriales o memoria”.

Si el conocimiento empírico que garantiza a una creencia perceptual (o juicio), se vuelve un asunto de especial importancia para la epistemología

El problema de la percepción es explicar y, por ello, hablar sobre la manera en que es posible que dichas creencias estén garantizadas. Otro problema de la percepción, como lo han interpretado, es el de explicar la manera en que tales juicios adquieren el alto grado de validez que frecuentemente tienen. Pero no hay de hecho, modo alguno de identificar una clase de dichos que sea distintivamente perceptual. El hecho de que se puedan expresar en declaraciones demostrativas de la forma.

Parece que muchos filósofos piensan que el problema epistemológico de la percepción se puede definir mediante una referencia a los juicios perceptuales, en este sentido tradicional del término.

El problema de la percepción es explicar la manera de que dichos juicios adquieren validez, cuando en realidad, percibimos las cosas referidas a través de las palabras “esto” y “aquello”. Incluso cuando la afirmación “Ese es un faro” está

justificada por la percepción, su garantía no depende de lo que en realidad percibimos, sino de lo que es justificable pensar que percibimos, por ejemplo, parece que se justifica totalmente el que yo crea que lo que veo es una hoja de papel blanco. El problema de la percepción es el de explicar exactamente por qué es justificable esta creencia. Si podemos hacerlo, también habremos explicado, al menos en parte, por qué es justificable que afirme la declaración de la observación “esta es una hoja de papel blanco”. Porque, si hay justificación para que yo crea que realmente veo una hoja de papel blanco en cierto lugar, entonces también habrá justificación para creer que *hay* una hoja de papel blanco en ese lugar. Esto nos lleva a una experiencia sensorial.

Tenemos una experiencia sensorial siempre que (o al menos casi siempre que) efectuamos un juicio perceptual psicofísico de la forma: “Ahora percibo tal por cual objeto físico”.²

La percepción es una parte esencial de la conciencia; es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada.

Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico.

La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores, en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto.

En el caso de una percepción, se inician peculiares procesos centrales que se correlacionan con fenómenos conscientes, percepciones, cosas, eventos o situaciones en el mundo fenoménico del sujeto.³

² Edward C., Carterette, Morton P., Friedman *Manual de Percepción*. Ed. Trillas 1982 p.p. 16-19

³ Edward C., Carterette, Morton P. op.cit. p.127

El término percepción nos remite al de percibir, verbo transitivo que, como tal, requiere un objeto directo. En el uso ordinario, dichos términos tienen variadas acepciones que van desde la de recibir, tomar o hacerse cargo de algo material, hasta la de captar, aprehender o tener conciencia de algo en un sentido íntimo y subjetivo. La percepción es ante todo, una función mental, con múltiples manifestaciones en las capacidades y logros del individuo que tienen que ver con la detección, discriminación, comparación, reconocimiento e identificación de estímulos. La relación perceptiva presenta la característica distintiva de tener su origen en la interacción física que se da entre el medio y el organismo a través de los sentidos.

No se reconoce otra forma de percepción que no sea la percepción sensorial. La percepción ocupa una posición realmente especial frente al resto de las funciones cognitivas en la medida en que se basa directamente en la interacción física con una u otra forma de energía; en este sentido la percepción viene a ser el punto de encuentro entre lo físico y lo mental, la percepción puede ser considerada como el origen y la base de todo nuestro conocimiento del mundo (incluido el de uno mismo), del que se alimentan las demás funciones cognitivas y del que llegan a depender, en buena parte, las emociones, sentimientos y afectos que promueven la conducta.

Nos encontramos así con que la relación de posesión (o aprehensión) que se establece en la percepción, siendo típicamente intencional, está basada en una relación física por la que una determinada forma de energía suscita la respuesta fisiológica de un determinado receptor sensorial. Esta especie de dualidad en el tipo de relación se manifiesta igualmente a la hora de caracterizar el tipo de objeto sobre el que versa la percepción. En este caso se podría utilizar, en una primera aproximación, la distinción tradicional entre objeto material y objeto formal, para referirnos, con el primero, a todo aquello que haya intervenido en la estimulación (física) de los sentidos, mientras que, con el segundo, nos referiríamos a aquellos aspectos que son significativos para el sujeto y constituyen el término de una relación intencional de conocimiento. El objeto material vendría a delimitar la

extensión de lo percibido (qué se percibe) y el objeto formal se correspondería con la dimensión intencional de lo mismo (como qué se percibe aquello que se percibe).

Una definición tentativa de percepción es aquella actividad cognitiva del organismo provocada por la presencia física del objeto y que se efectúa a través de los sentidos.⁴

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social.

En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana. En contra de la postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe (este proceso se denomina preparación); al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción.⁵

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a

⁴ Goldstein, E.B. *Sensación y Percepción* 6ta. ed. Ed. Thompson

⁵ Abbagnano, Nicola *Diccionario de filosofía*, México, Fondo de Cultura Económica 2a. ed. 1986.

través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno.⁶

Desde un punto de vista antropológico, la percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad.⁷

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social. En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana.

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben, en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes. Esta mediación impulsa a evaluar lo que en determinado momento interesa de entre todas las posibles manifestaciones sensibles del ambiente; de lo potencialmente

⁶ Melgarejo L. *Sobre el concepto de la percepción* 1994

⁷ Day R. H. *Psicología de la percepción*, México, Limusa. p.227 1981

percibido se lleva a cabo una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales.⁸

Debido a ello las mujeres percibirán las intervenciones de enfermería desde su contexto social, ya que cada una de ellas tiene diferentes antecedentes culturales y cada mujer tendrá un significado diferente del fenómeno que es su trabajo de parto.

b) Trabajo de parto

El proceso de parto es un tiempo de emoción y ansiedad para la mujer y sus seres queridos. Se necesita un conocimiento amplio de ciertos factores esenciales para asegurar que la mujer y su bebé, reciban un cuidado de enfermería de alta calidad.

El Trabajo de Parto es el conjunto de acontecimientos que se suceden para permitir el nacimiento de un bebé.

La primera etapa del parto comienza con la aparición de contracciones uterinas regulares y termina con la dilatación y borramiento completos del cérvix. La mujer referirá la aparición de contracciones uterinas regulares y progresivas que aumentan en frecuencia, intensidad y duración. Así como la expulsión del tapón mucoso.

La primera etapa del parto consta de las siguientes tres fases: la fase de latencia (hasta 3cm de dilatación), la fase activa (4 a 7cm de dilatación) y la fase de transición (8 a 10cm de dilatación). La mayoría de las nulíparas llegan en fase de latencia.⁹

TRABAJO DE PARTO

⁸ Melgarejo L. op.cit.

⁹ Lowdermilk D., Perry S., *Enfermería materno infantil*. Ed. Océano, España, 1997, Vol.1 p.p. 367-375.

Es una consecuencia coordinada eficaz de contracciones uterinas involuntarias que dan como resultado el borramiento y dilatación del cérvix y que sumado a los esfuerzos voluntarios de expulsión, termina con la salida de los productos de la concepción de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno.

PERIODOS CLÍNICOS DEL TRABAJO DE PARTO

Existen tres períodos en el trabajo de parto:

Primer período: Desde la iniciación del trabajo a la dilatación completa de la cérvix.

Segundo período: Desde la dilatación completa cervical a la expulsión del feto.

Tercer período: Desde el parto fetal a la expulsión de la placenta (alumbramiento) y la hora inmediatamente posterior a la expulsión de la placenta, durante la cual el peligro de hemorragia postparto es de más riesgo.

Periodo de preparto: es cuando se presentan fenómenos similares al parto pero más atenuados. La multipara pueden presentar cuello acortado, blando con un orificio externo entreabierto que no es trabajo de parto (importa el orificio interno). La dinámica uterina es menor en la multipara para producir cambios cervicales. Dura 12-18h en primigestas y 6-8h en multiparas (tienen menos colágeno). Se evalúa en las salas de preparto. Necesario registro cada 2-3h de signos vitales maternos, monitoreo fetal (LCF) y dinámica uterina, tacto vaginal (TV) dilatación, integridad de la bolsa amniótica así como la presentación. Posición materna: caminar disminuye el tiempo de trabajo de parto, en posición supina lateralizar a 15° para evitar síndrome hipotensión supina (10% de las embarazadas).

PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO

Esta etapa se presenta 72 horas, 48 horas o 24 horas antes del parto. Es un periodo de transición entre el parto y el trabajo de parto regular, es muy difícil de precisar su duración y se manifiesta por:

Periodo de dilatación: Sugieren inicio trabajo de parto:

- Expulsión del tapón mucoso (se desprende por los cambios cervicales)
- Ruptura Prematura de Membranas (RPM) 10% de los comienzos de trabajo de parto CU que aumentan y se acompañan de dolor cólico, en hipogastrio e irradiación lumbrosacra asociada a endurecimiento uterino.
- Cambios del cuello uterino: borramiento: se expresa en % con respecto a un largo teórico de 2-2.5cm, la dilatación es en relación al diámetro del orificio cervical interno.

PRIMER PERIODO

Inicio marcado por una dilatación y borramiento progresivo de la cérvix. Es difícil determinar con exactitud el principio, ya que la cérvix puede modificarse muy lentamente o con demasiada rapidez.

El primer período termina con la dilatación completa de la cérvix (10 cm) y es con mucho la etapa más larga. La duración de esta fase en la primigrávida es de ± 15 hrs. y en la multípara, de ± 8 hrs. El primer período puede, sin embargo, prolongarse menos de una hora o extenderse más de 24 horas, dependiendo de:

- 1) La paridad de la paciente.
- 2) Frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas.
- 3) De a capacidad cervical para la dilatación y el borramiento.
- 4) De los diámetros feto-pélvicos
- 5) De la presentación y posición del feto

Los cambios bioquímicos del cuello son: disminución del colágeno, aumento de la solubilidad del colágeno, aumento *colagenoilisis* y se desarrollan a lo largo del embarazo. Los cambios durante el borramiento se plantean que son por estrógenos y prostaglandinas, aumenta la colagenoilisis.

DILATACIÓN Y BORRAMIENTO

Borramiento y Dilatación del cuello: a las 36-37sem el cuello es un cilindro de 2.5cm con el orificio externo orientado a posterior. Con las contracciones uterinas (CU) del parto y parto se transforma en anillo de 10cm de diámetro.

Las contracciones uterinas hacen que el orificio cervical interno se incorpore al segmento inferior. Así el cilindro cervical se va borrando y dilatando y el orificio cervical externo se centra.

PERIODO DE DILATACIÓN: Desde el trabajo de parto a la dilatación completa 10cm (desaparece el cuello uterino).

Características: La dilatación cervical no sigue en este período una progresión uniforme ni tampoco uniformemente acelerada. Como demostró Friedman, hay que distinguir una primera fase de latencia y una segunda fase activa.

FUERZAS EN EL MECANISMO DE DILATACIÓN CERVICAL

El cuello uterino contiene pocas fibras musculares, por lo que su dilatación no es debida, como se creía antes, a una relajación muscular a este nivel, sino que es la resultante de dos fuerzas: la primera ejercida por el acortamiento de la fibra muscular del cuerpo uterino, que se apoya para contraerse en las fibras musculares del segmento inferior y en el tejido conjuntivo que forma el cuello, y la segunda ejercida por la compresión de la bolsa amniótica o la presentación fetal sobre el orificio cervical.

GRADO DE DILATACIÓN

La medición del grado de dilatación cervical sigue haciéndose mediante un simple tacto vaginal y comprobando el diámetro por el grado de apertura de los dedos del explorador y se mide en centímetros. Es, pues, una medición subjetiva hasta que se llega a la dilatación completa en la que el cuello desaparece por detrás de la presentación.

En este período, las contracciones uterinas suelen incrementar su frecuencia e intensidad, llegando a ser dolorosas a partir de los 5 cm. de dilatación ¹⁰

Asistencia al período de dilatación

Control de la Frecuencia Cardíaca Fetal y dinámica uterina. La monitorización externa de la Frecuencia Cardíaca Fetal y de la dinámica uterina permite efectuarla desde el principio del parto con membranas íntegras y sin obligar a encamar a la paciente.

El registro interno de la presión amniótica permite conocer el tono basal y transmite con fidelidad el efecto de la contracción uterina, frente a la tocometría externa que registra sólo variaciones del tono basal, que se presume normal al colocarlo en una pausa intercontráctil, e incrementos de la dureza externa del útero al contraerse.

Cuando se trata de un parto de alto riesgo o surgen complicaciones en su evolución, como la presencia de meconio o alteraciones de la presión arterial materna, de la F.C.F o de la dinámica uterina, es indispensable la monitorización continua preferentemente interna.

La progresión de la dilatación y el control de los mecanismos de parto se objetivan mediante tactos vaginales, pero evitando los tactos innecesarios durante este período, ya que pueden influir en la incidencia de infección puerperal.

La asistencia a este período no debe limitarse al frío control de todos estos parámetros, sino que, además, la enfermera debe permanecer al lado de la parturienta prestándole un apoyo moral, dándole confianza, recordándole las pautas de respiración y relajación, y animándole a soportar las molestias y dolores que ocasionan las contracciones uterinas y la progresión fetal en el canal del parto.

¹⁰ Benson, J. *Diagnóstico y tratamiento gineco obstétrico*, México Manual Moderno 2002. p.p.430

Durante este período, la mujer puede estar, sentada o de pie, o incluso dar cortos paseos si no tiene algún riesgo.

Algunos estudios (Schwarcz, 1980) han permitido reconocer que el período de dilatación se acorta en el 25 % de las mujeres que permanecen de pie, sentadas o paseando, ya que aumenta la dinámica uterina. También parece que en esta posición se reduce el dolor de las contracciones (Arroyo y cols., 1974).

Presencia de meconio. El líquido amniótico es normalmente transparente y puede contener copos de vérmix caseoso. El paso de meconio y contenido en el intestino fetal lo tiñe de amarillo oscuro a verde o marrón, según el volumen y el momento de emisión.

Tradicionalmente, la presencia de meconio es un signo de hipoxia fetal, ya que puede dificultar la oxigenación del recién nacido al ocupar la tráquea y los bronquios, y no poder ser reabsorbido ni aspirado.

PERIODO EXPULSIVO

El Segundo período del parto principia con la dilatación completa de la cérvix y finaliza cuando el producto ha salido por completo. Esta fase puede durar desde unos minutos hasta varias horas, de acuerdo con:

- 1) La presentación y posición fetales,
- 2) Las relaciones feto-pélvicas,
- 3) La resistencia de las partes pélvicas blandas de la madre,
- 4) La frecuencia, intensidad, duración y regularidad de las contracciones uterinas
- 5) La eficiencia de los esfuerzos expulsivos voluntarios maternos.

Se inicia al alcanzar el cuello uterino su dilatación completa y termina con la salida del feto del claustro materno. Las contracciones se hacen cada vez más enérgicas y frecuentes, y llegan a las 300 U Montevideo. La paciente siente, además, la necesidad imperiosa de contraer la musculatura abdominal durante la contracción

uterina (pujo). Este refuerzo de la contracción uterina tiene por objeto favorecer la progresión fetal en el canal del parto, ya que es en este período cuando el feto recorre la mayor parte del canal del parto hasta su expulsión.

La duración de este período es mucho más corta que el período de dilatación, menos de 1 hora en la nulípara y escasos minutos en la multípara.

En este período se completan el descenso de la presentación y la rotación y flexión de la cabeza fetal, y tienen lugar el desprendimiento de la misma y la salida de los hombros y del resto del cuerpo.

TERCER PERIODO O ALUMBRAMIENTO

(Desde la salida del feto a la salida completa de la placenta y membranas ovulares. Dura 10 min.)

Una vez expulsado el feto, las contracciones uterinas reducen su intensidad y ya no son dolorosas. Hay una discreta pérdida de sangre. En pocos minutos se inicia un incremento de la dinámica uterina, que, si no es dolorosa, al menos es perceptible y cuya finalidad es conseguir el desprendimiento total de la placenta, la cual queda alojada en el segmento inferior y en la vagina. El cuerpo uterino contraído quedará por encima del segmento inferior ocupado por la placenta, y el cordón umbilical asomará por la vulva varios centímetros.

Tras el desprendimiento de la placenta aparece por la vulva una cantidad mayor o menor de sangre oscura que corresponde al hematoma retroplacentario formado en el espacio de separación entre la decidua y la cara materna de la placenta y que contribuye a su desprendimiento.

La expulsión de la placenta tiene 2 tipos de expulsión:

Boudelocque-Schultze: se da en el 80% de los casos; presenta poco sangrado, se desprende desde el centro de la placenta como un paraguas. Al salir la placenta elimina el sangrado retroplacentario (300-500mL)

Boudelecque-Duncan; se da en el 20% de los casos; se desprende desde uno de sus bordes, exteriorizando el sangrado y sin formar el coagulo retroplacentario.

Hay unos signos clínicos que nos informan acerca de que la placenta se ha desprendido y son los siguientes:

1. Ascenso del fondo uterino por encima de la cicatriz umbilical. (Signo Schroder)
2. Palpación del cuerpo uterino, duro y globoso.
3. Hemorragia oscura.
4. Descenso del cordón umbilical. (Signo de Küstner: al levantar el útero no se desplaza hacia arriba el cordón umbilical)

En el 90 % de los casos, la placenta se desprende en 10 min. Si se demora más de 15 min. Debe considerarse anormal (Niswander, 1972).Durante este período se considera normal una pérdida hemática de hasta 500 ml.¹¹

Es claro observar que el trabajo de parto es un fenómeno fisiológico que tiene sus etapas claramente especificadas. Además de que existen riesgos en cada una de ellas, por lo que es necesario que el profesional de enfermería conozca todo lo relacionado con el embarazo, parto y puerperio ya que es un componente importante que garantiza la calidad de la atención. Esto lo reconoce la O. P. S. al mencionar que actualmente se reconoce que uno de los factores fundamentales para todos los países que procuran reducir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y lograr que todo recién nacido goce de salud al comienzo de su vida, es que se invierta en fortalecer las aptitudes del personal que se dedica a tratar a las mujeres embarazadas.¹²

¹¹ Danforth, *Tratado de Obstetricia y Ginecología.*, México, Interamericana 2000 p.p. 634

¹² Organización Panamericana de la Salud. *Herramientas para el fortalecimiento de la Partería Profesional*, USAID. Washington, D.C. 2006.

c) Intervenciones de Enfermería durante el Trabajo de Parto

Una intervención de enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados.

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el (los) paciente (s). La intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones de “colocar las manos” como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

Una intervención a la comunidad (o salud pública) está dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Las intervenciones a la comunidad pretenden el fomento a la salud, el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.

Un tratamiento puesto en marcha por el enfermero (a) es una intervención iniciada por un profesional de enfermería en respuesta a un diagnóstico de enfermería, una acción autónoma basada en fundamentos científicos ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

Las actividades de enfermería son acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.¹³

Estas intervenciones forman parte del cuidado que es brindado a las personas en cualquier etapa de su vida, sin embargo, una intervención no es sinónimo de cuidado, ya que el concepto cuidado, ha venido usándose de manera creciente desde la década de los años setenta hasta nuestros días. Del mismo modo aparecen vaguedades y ambigüedades conceptuales acerca del uso de los términos que conformarían el campo semántico del cuidado. Al revisar la literatura se constata que la mayoría de las ideas y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción de cuidado se han extraído del campo de la filosofía y la psicología existencial, humanista y personalista.¹⁴ Es por eso que muchas teóricas manejan en su teoría un concepto de cuidado, pero en general todas están de acuerdo en que la acción de cuidar no es instrumental; su sentido radica en sí misma; en el acto humano que denota. Cuidar por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad, por lo que la intervención forma parte de ese proceso interactivo entre la persona y la enfermera, mientras que el cuidado es considerado, como algo más complicado, ya que denota fenómenos complejos y multidimensionales que posee elementos científico técnicos y humanísticos, por lo que ha sido difícil llegar a un concepto universal de cuidado en enfermería. Por lo anterior consideramos hablar solo de intervenciones, ya que es algo que la persona la puede percibir más fácilmente.

¹³ Mc. Closkey C. Joanne. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)*, España, Harcourt Mosby 2002 p.27

¹⁴ Medina J.L. *La Pedagogía del cuidado*. Ed. Laertes. Barcelona España, 1999, pág. 53

Existe una tentación de tratar todos los partos rutinariamente con el mismo alto grado de intervencionismo tanto si son complicados como si no. Esto tiene una serie de efectos negativos.

El parto es un proceso fisiológico saludable para el que las mujeres están innatamente preparadas. A diferencia de otros ámbitos de competencia del médico, en un parto normal, no hay nada que “curar”. Es necesario pues, redefinir el rol de las enfermeras en el parto.

La enfermera durante el trabajo de parto debe tener la paciencia y la actitud empática necesaria para apoyar a la mujer y a su familia.

Clasificación de las intervenciones en el trabajo de parto normal

Que la enfermera junto con la embarazada tengan un plan personal que determine donde y por quién será atendido el parto, dado a conocer a su pareja y, si procede a su familia.

Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita del sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.

Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.

Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.

Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.

Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada.

Respeto al derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.

Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto

Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.¹⁵

Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.

Aplicar métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación.

Monitorización fetal con auscultación intermitente

Atención del parto

Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto.¹⁶

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Op. cit. Pág. 87

Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto

Libertad de posición y movimientos durante todo el trabajo de parto.

Estimulo a evitar el decúbito supino durante el parto

Seguimiento cuidadoso del trabajo de parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.

Uso profiláctico de oxitocina en la tercera fase del trabajo de parto en la mujer con riesgo de hemorragia posparto, o en peligro por la pérdida de sangre.

Esterilidad al cortar el cordón.

Prevención de hipotermia en el recién nacido.

Contacto inmediato piel a piel de la madre y el hijo, apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre la lactancia.

Examen sistemático de la placenta y las membranas.¹⁷

Es importante conocer los antecedentes religiosos y culturales de la mujer embarazada, ya que dentro de cada cultura las mujeres tienen una forma de comportarse durante el parto y de reaccionar al dolor que experimentan. Estos comportamientos pueden variar desde el silencio total hasta los gritos, pero no son en sí mismos una medida del grado del dolor.¹⁸

Todo esto hace que la atención del parto y parto sean humanizados en muchos aspectos ya que humanizar se entiende como el conjunto de acciones que

¹⁶ Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos*. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1995.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento*. Año 1985 Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM

¹⁸ Lowdermilk D., Perry S., op.cit.

realizan los profesionales y técnicos de salud para crear las condiciones más adecuadas y favorables posibles para las distintas etapas del proceso reproductivo de las personas. Humanizar es disminuir los sentimientos y emociones negativas que son factores de riesgo para enfermedades mentales, las cuales pueden prevenirse o atenuarse en la madre, padre, hijo(a) y en la relación familiar.

Por lo que la atención humanizada es que el equipo de salud a cargo de la atención del trabajo de parto debe de ser el responsable del cuidado de la madre y su bebé, explicándole todos los procedimientos que se le van a realizar a la madre y a la familia involucrándolos en las decisiones de su parto.¹⁹

La humanización del cuidado del embarazo debe otorgar servicios que consideren los distintos aspectos psicológicos, sociales y biológicos. El parto es un evento altamente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en todos los aspectos psicológicos y sociales de las personas.

Al humanizar el tipo de procedimientos, su frecuencia y escenario, se debe considerar los aspectos psicológicos y sociales del proceso, modificar el carácter amenazante de la atención producto de la priorización tradicional de los aspectos biológicos, y la capacidad de las personas de decidir y asumir responsablemente su papel protagónico en el proceso.²⁰

¹⁹ Marsden W., *El cuidado maternal en España: La necesidad de Humanizar el parto Medicina Naturista*, 2006; N° 10:598-610 I.S.S.N.; 1576-3080.

²⁰ Pascali V.L., Bottone, A. F., *Problemas bioéticos, deontológicos y médico-legales de la medicina perinatal*. Revista Internacional de Bioética, Deontológica y Ética Médica, Universidad Anáhuac Vol. IV No. 2 Oct.- Dic. 1993. Pág. 409-423.

ESTADO DEL ARTE

Son pocas las investigaciones que se pudieron encontrar referentes al tema, sin embargo las encontradas son tanto de tipo cualitativo como de corte cuantitativo. Los estudios encontrados en relación a esta investigación son los siguientes:

Armellini y Luz²¹ realizaron un estudio en Brasil en Clínicas de Porto Alegre (HCPA), caracterizadas como hospital escuela, para conocer las expectativas y percepciones de mujeres acerca de la atención hospitalaria durante el parto. Es una investigación cualitativa, descriptiva de catorce parturientas. El instrumento para recogida de los datos fue una entrevista semi estructurada. Para análisis e interpretación de las informaciones fue utilizado el Método Cualitativo del Fenómeno Situado. El artículo presenta uno de los temas que emergió de los datos: que fue la percepción de la necesidad de acogida en la trayectoria del trabajo de parto. La investigación revela que las mujeres esperan ser acogidas en el hospital, tanto por el personal como por la institución.

De acuerdo a este estudio no tienen información suficiente sobre el proceso de trabajo de parto y son pocas las orientaciones previas lo que hace que no puedan enfrentar ese momento con tranquilidad. Además de que esperan que los profesionales deban reconocer que ellas son dependientes a sus saberes y que las dejan al margen de este proceso.

Además de que si las pacientes demostraban, miedo, inseguridad o nerviosismo los profesionales menos las atendían. La asistencia de salud es precaria por lo que ellas para garantizar la atención de su parto deben soportar, malos tratos, impedimentos, discriminación, negligencia, descalificación o falta de información sobre el proceso que está viviendo. También percibe que la atención solo se hace a los aspectos fisiológicos y técnicos de modo fragmentado y deshumanizado. Justificando el paradigma mecanicista y materialista de nuestra cultura occidental.

²¹ Armellini CJ, Luz AMH. *Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição*. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24(3): 305-15.

En la investigación realizada por Montes Muñoz²² llamada *Sobrevivir al parto. Experiencias de maltrato institucional* en hospitales de la Seguridad Social tanto públicos como privados, esto en Tarragona España, recoge y caracteriza las formas de maltrato que se dan a las mujeres en la asistencia profesional a sus partos, es una investigación donde se recogió el relato de diez mujeres entre 25 y 35 años de edad, primera gestación y pareja estable.

Respecto a los aspectos que resaltan las mujeres, se refieren en su mayoría al trato recibido. Una vez finalizado el parto del que han salido indemnes (ilesos) relativizan las experiencias. En general, afirmaron que se sintieron bien tratadas, pero a lo largo del relato se sucedían imágenes mezcla de soledad, sentimientos de miedo, impotencia, vergüenza, abandono, etc. Parece que los episodios de maltrato en el parto, puesto que no dejan huellas visibles, son aceptados socialmente como sucesos posibles.

También, aún siendo verbalizado el maltrato recibido, prevaleció la tendencia (menos en una mujer) de justificar a los/as profesionales.

En la estructura de estas relaciones se pone de manifiesto la dinámica de la violencia simbólica que se ejerce desde el poder para mantener la dominación. Y que es compartido por toda la sociedad. Es por esto que se hace difícil entender o aceptar el trato que reciben las mujeres como maltrato. Las expresiones con que nombraron sus sentimientos fueron: tristeza, sensación de fracaso, desvalorización, culpa, congoja e impotencia.

Mota Zampieri ²³ en una investigación cualitativa realizada en el Hospital Universitario de España, a partir de las narraciones, surgieron las siguientes categorías: vivenciando el trabajo de parto y el parto; reflexionando sobre la atención mostrando la participación del acompañante; expresando las nuevas vivencias en el post parto; evaluando la contribución del grupo de gestantes y

²² LIBRO DE PONENCIAS .XI Encuentro de Investigación en Enfermería. Madrid 14-17 de Noviembre de 2007 Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII) Instituto de salud Carlos III. Ponencia de M^a Jesús Montes Muñoz. *Sobrevivir al parto. Experiencias de maltrato institucional* pág. 158.

²³ M Zampieri. *Encuentro de padres, bebés y profesionales de salud: oportunidad para la mujer y la familia para narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento*. Revista Enfermería Global Noviembre 2006 ISSN 1695-6141 No 9.

parejas grávidas. Considerando que este encuentro es un soporte para la nueva familia en formación, que se efectúa a través del intercambio de experiencias, miedos y ansiedades vividos en el proceso del nacimiento, además de ser espacio de reflexiones sobre la maternidad/paternidad y formas de enfrentar la nueva realidad.

Reforzó que el proceso de nacimiento es complejo, siendo vivenciado de formas divergentes por los diferentes actores involucrados y que los momentos de mayor ansiedad son el parto y el post parto.

El encuentro de padres y bebés con profesionales de salud fue considerado un momento importante para que los participantes pudiesen compartir sus vivencias, angustias, miedos y ansiedades, además de otros sentimientos inherentes al proceso vivenciado en la maternidad y al nuevo papel de ser padre y ser madre. Este compartir en el grupo permitió una mejor comprensión de las experiencias de los involucrados, además de posibilitar que los participantes identificasen dificultades y facilidades similares a las suyas en las diversas situaciones relatadas. De esta forma, las puérperas y acompañantes pasaron a tener una percepción diferente en relación con lo que estaban vivenciando, vislumbrando, muchas veces, soluciones e alternativas para su vida.

Cabe enfatizar que tales encuentros propiciaron al equipo de coordinación reflexionar sobre la importancia de no estimular a la mujer o a la pareja a idealizar el tipo de parto que tendrán. A pesar de valorizarse el parto natural, se debe apuntar siempre que la mujer tendrá el parto que sea posible y más adecuado para ella y para el bebé en aquel momento. La imposibilidad de la realización de un parto de acuerdo con el "ideal" o en una determinada posición, además de la realización por indicación de un parto cesárea, no implica una atención deshumanizada, dado que todos los tipos de parto, la cesárea, o de cuclillas y el horizontal, pueden ser humanizados, bastando para eso una postura o actitud diferenciada del profesional de salud.

Para el equipo de coordinación, además de interactuar y aprender, al relacionarse con todos, los encuentros propiciaron la reflexión y reevaluación de sus acciones,

redirigiendo sus objetivos y estrategias para atender mejor las necesidades de las gestantes y de las parejas grávidas.

En su investigación sobre el significado del apoyo emocional y físico para las enfermeras(os), Gale, Fothergill-Burbonnais y Chamberlain (2001) apuntan que, para éstas, el apoyo durante el trabajo de parto incluye dar soporte físico, emocional, información, orientación y la defensa de los deseos de la mujer. Sin embargo, los resultados de esa observación demuestran que sólo el 12,4% del tiempo de la enfermera se dedica a ofrecer apoyo a la parturienta, y que el tipo más observado es el de información e instrucción. Si a estos datos le agregamos los cuidados directos (verificar presión y pulsaciones cardíacas, inyectar/dar medicación, etc.), los cuidados indirectos (realizados en el cuarto donde está la parturienta) y los cuidados de apoyo, tenemos como resultado que el tiempo que la enfermera pasa en el cuarto de la parturienta sube a un 27,8%. Esto implica que las actividades de las enfermeras se destinan, casi en un 70%, a objetivos diferentes de los cuidados específicos.²⁴

Cavalcante y Cols. Realizaron un estudio el cual tuvo por centro de investigación, las percepciones y sentimientos de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Teniendo por objetivo conocer las vivencias de las parturientas/puérperas y discutir sus sentimientos en el proceso de parto. Para la producción de los datos se utilizó la entrevista semi-estructurada y la observación participante. Los sujetos de estudio totalizaron diez mujeres internadas en una maternidad pública de Teresina-PI, procedentes de la referida ciudad. Las categorías emergentes de las entrevistadas fueron percepción; sentimientos y experiencias/expectativas vividas. Expresaron miedo, ansiedad, alegría, tristeza y otros sentimientos. Se referían a la carencia de un atendimento humanizado. Para ellas, la experiencia del parto fue traumática. Se mostraron receptivas a las orientaciones en los cuatro periodos clínicos del parto y apuntaron indicativos para mejorar el servicio de enfermería

²⁴ Lima da M.C.C. Ojeda O.M.C.L. *Enfermería y Apoyo Emocional: la perspectiva de la parturienta*. Revista de Psicología 2006/ vol. XV número 001. Universidad de Chile. Santiago de Chile p. p. 57-73.

junto a la parturienta. Se constató, así, la importancia de la asistencia humanizada para la reducción de los sentimientos negativos de la parturienta.²⁵

Castro y Clapis en su estudio llamado Humanización del parto según enfermeras obstetras involucradas con la atención al parto tuvieron como objetivo identificar la percepción de enfermeras obstetras sobre la humanización de la atención al parto, además de evidenciar, a través de sus discursos, las acciones desarrolladas en el proceso de nacimiento y los factores que dificultan la implementación de esa atención. Participaron de este estudio 16 enfermeras de una maternidad del interior del Estado de São Paulo, Brasil. Siguiendo la propuesta del Discurso del Sujeto Colectivo, los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi estructuradas, grabadas, transcritas y organizadas para tabulación y análisis. Los resultados demostraron que las enfermeras entienden que el proceso de humanización sucedió como una estrategia política con objeto de mejorar la atención y rescatar el parto de la manera más natural posible. Consideran necesaria un cambio del paradigma para que el proceso pueda materializarse. Los hallazgos evidenciaron que las enfermeras se presentan más integradas al parto humanizado como un proceso y no como un evento.²⁶

Donna J. Sauls en su investigación “La percepción de las adolescentes sobre el apoyo durante el parto” cuyo objetivo de este estudio fue identificar las conductas de enfermería que las adolescentes perciben como muy útiles durante el parto. Este estudio cuantitativo descriptivo se realizó con una muestra de conveniencia de 16 adolescentes. Los resultados indicaron que las necesidades de las adolescentes se centran en el alivio del dolor, los cuidados de enfermería que no juzga, y apoyo emocional. Se aplicó un cuestionario llamado BANSILQ-A en

²⁵ Cavalcante, F. N.; Oliveira, L. V.; Ribeiro, Marli M. *Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto* Rev. Baiana Enferm 2007 ene-abr 21 (1): 31-40 ISBN/ISSN 0102-5430

²⁶ Castro, Jamile Claro de y Clapis, María José. *Humanización del parto según enfermeras obstetras involucradas con la atención al parto*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 960-967. ISSN 0104-1169. doi:10.1590/S0104-11692005000600007

adolescentes de 16 a 19 años, donde el 80% eran primigestas y el 20% multigesta. Dicho cuestionario fue una herramienta diseñada para obtener las percepciones de las madres adultas durante su etapa de puerperio, sobre como las intervenciones de enfermería ayudan y sirven de apoyo durante su trabajo de parto. Esto fue a través de una escala tipo Likert que fue el puntaje desde 1 (en nada ayudan) al 5 (muy útil), los resultados que se encontraron fueron que solo el 27% recibieron apoyo para reducir su dolor. El 37% refirió “me hizo sentir que se preocupaba por mí como individuo”, el 10% refirió ser tratada con respeto y el 43.6% percibió al personal de enfermería como tranquilo y seguro de dar la atención. En general el 47% refirió que sus necesidades no se cumplieron por parte del personal de enfermería, ya que el estudio marca que las enfermeras pasan solo del 6 al 24% de su tiempo total de prestación de cuidados de apoyo con las mujeres en trabajo de parto.²⁷ Otro estudio de tipo cuantitativo de Corbett, y Callister sobre “El apoyo de enfermería durante el parto”, se replica y amplía los trabajos anteriores sobre el apoyo de enfermería durante el parto. En donde 88 participantes evaluaron las conductas de enfermería; 25 preguntas se evaluaron en una escala de Likert en cuanto a su utilidad práctica, con dos preguntas abiertas para comentarios adicionales sobre las conductas útiles de enfermería. Las conductas de enfermería fueron clasificadas como apoyo emocional, de información o la proporción de materiales de apoyo. La mayoría de las conductas que se consideren más útiles fueron en la categoría de apoyo emocional. Dieciséis de las 25 conductas se considera útil, como hacer que la mujer se sienta valorada como un individuo, que ayude a la mujer a sentirse calmada y confiada, y el tratar a la mujer con respeto. Los resultados fueron consistentes con los de un estudio previo y sugieren que, independientemente del tratamiento del dolor utilizado, las enfermeras no sólo deben ser competentes en apoyar a las mujeres a tener hijos,

²⁷ Donna J. Sauls, *La percepción de los adolescentes de apoyo durante el parto* J Perinat Educ. Fall 2004; 13(4): 36-42. doi: 10.1624/105812404X6216. Copyright 2004 A Lamaze Internacional de publicación.

sino también tener uso de un alto grado de habilidades interpersonales en la prestación de cuidados de enfermería.²⁸

Tumblin A, P Simkin. En su investigación cuantitativa “Las percepciones de las mujeres embarazadas sobre el papel de la enfermera durante el trabajo de parto y el parto” cuyo objetivo de este estudio fue determinar las expectativas de las mujeres embarazadas nulíparas sobre el papel de la enfermera durante el parto y el parto y como se manifestó durante el último trimestre del embarazo. A las mujeres nulíparas en clases de parto se les preguntó en un cuestionario, ¿Qué te parece el papel del personal de enfermería que será durante el parto y el parto? cuyos resultados de cincuenta y siete encuestas se encontró que alrededor del 29 por ciento de las tareas de enfermería de la lista de la mujeres nulíparas fueron relacionados con la prestación con comodidad física y apoyo emocional, el 24 por ciento en relación con la prestación de apoyo de información, casi el 21 por ciento estaban relacionados con la atención técnica de enfermería, y 21 por ciento en relación con la supervisión del bebé, la madre, o el progreso del parto, aproximadamente el 5 por ciento en relación con la atención indirecta (fuera de la sala). Conclusión: Las expectativas de las mujeres en este estudio estaban en la que las enfermeras nunca les daban el tiempo y mucho menos daban a las mujeres la comodidad física, apoyo emocional, y el apoyo informativo que hubieran esperado las mujeres en este estudio. El cumplimiento de las expectativas de las mujeres sobre el parto puede aumentar la satisfacción de las mujeres con sus experiencias de nacimiento.²⁹

²⁸Corbett, CA, Callister LC. *El apoyo de enfermería durante el parto*. Brigham Young University, EE.UU. PMID: 11271049 [Pub Med - NLM]

²⁹Tumblin A, P Simkin. *Las percepciones de las mujeres embarazadas del papel de la enfermera durante el parto y el parto*. Wake Med, Raleigh, Carolina del Norte, EE.UU. PMID: 11264629 [Pub Med - NLM]

Chen y colaboradores realizaron un estudio cuantitativo llamado “Percepción de las mujeres sobre la utilidad o no utilidad de las conductas de enfermería para el parto: un estudio en Taiwán”.

El objetivo de este estudio fue evaluar las perspectivas de las mujeres taiwanesas sobre sus encuentros con las enfermeras obstétricas durante el parto. Métodos: Se entrevistó una muestra de conveniencia de 50 madres con parto normal en Taiwán. La cinta de entrevistas fueron grabadas y transcritas, y las transcripciones se analizaron el desarrollo de categorías de codificación e identificar los temas. Resultados: Sesenta por ciento de los participantes reportó haber recibido las conductas de enfermería útiles, sólo el 38 por ciento reportó haber recibido a la vez útil e inútil conductas de enfermería. Las técnicas útiles para hacer frente a las medidas que fueron valoradas por las participantes incluyen llevar a cabo las funciones de los proveedores de apoyo emocional, información de proveedores de asesoramiento, proveedores de conocimientos técnicos profesionales, y los defensores. Cuarenta por ciento de las participantes informó de que algunas enfermeras habían obstaculizado su trabajo, la capacidad de afrontamiento al no brindar apoyo emocional, las medidas de bienestar, adecuada o correcta información / asesoramiento, o para realizar tareas técnicas. Conclusiones: La imagen ideal de la enfermería comprende las funciones de sostén emocional, consolador, de información y asesoramiento profesional, profesional / proveedor de conocimientos técnicos, y abogado.³⁰

Como se puede observar la mayoría de estudios aquí planteados, tanto de tipo cualitativo, como cuantitativos, encontraron categorías similares como sentimientos de miedo, vergüenza, abandono etc., así como violencia y que las

³⁰ Chen CH, Wang SY, Chang MY “Percepción de las mujeres sobre la utilidad o no utilidad de las conductas de enfermería para el parto: un estudio en Taiwán”. PMID: 11552966 [Pub Med - NLM]

mujeres refieren a su trabajo de parto como una experiencia traumática. Cabe mencionar que dichos estudios son de diferentes países, tanto desarrollados como subdesarrollados y no existe mucha diferencia en los hallazgos encontrados por estas investigaciones. Sin embargo, durante la investigación del Estado del Arte, no se encontraron investigaciones realizadas en México.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

Se consideró que para investigar la percepción de las mujeres solo es posible a través de la investigación cualitativa¹, específicamente en el marco de la fenomenología interpretativa ya que a partir de esta se busca comprender las prácticas y experiencias cotidianas relacionadas con el objeto de estudio. Con el término de investigación cualitativa se entiende cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación.

La investigación cualitativa es utilizada por otras disciplinas de tipo social, y en enfermería se utiliza como herramienta para su construcción como disciplina y profesión social. Además de que este enfoque de investigación permite a la enfermera conocer la perspectiva individual de las personas que requieren su cuidado.

La fenomenología interpretativa o hermenéutica ² fue propuesta por Martin Heidegger en 1927 como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser en el mundo o *Dasein*, (las posibilidades de ser en el mundo o de estar ahí). Su principal objetivo es entender lo que significa ser una persona y cómo el mundo es inteligible para los seres humanos. Un fenómeno para Heidegger es lo que muestra por sí mismo, lo que hace manifiesto y visible por sí mismo.

De acuerdo con Marilyn Ray "Si a un investigador le interesa una experiencia de transformación, tal como es el embarazo o la enfermedad, el mundo de la experiencia vivida de los participantes, mediante la comprensión del proceso temporal de conciencia, podría captarse bien en momentos significativos del

¹ Tarrés M.L., *Observar, Escuchar y Comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. El Colegio México, 2001. p. 11-12

² Edward C., Carterette, Morton P. Friedman *Manual de Percepción* Ed. Trillas 1982 p. 408

proceso de transformación o después de la transformación a través de la experiencia de la evocación de los mismos participantes en el estudio.³

La fenomenología se revela por medio del examen de dos procesos de evidencia integral: evidencia de una persona comprometida en la experiencia de primera mano en el mundo y la experiencia que está profundamente reflejada o hecha consciente por la persona que aprende la experiencia.

La fenomenología se reporta a los modos interminables del ser articulándose al ámbito de la existencia. No se trata de una teoría, es una actitud, una postura, un modo de comprender el mundo. La actitud fenomenológica nos invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar y de no alterar la originalidad de los fenómenos.

El método fenomenológico viene conquistando cada vez más el reconocimiento en las investigaciones cualitativas, principalmente en el área de la salud, con destaque en la enfermería. El referencial fenomenológico busca el significado de la experiencia vivida, contribuye a la búsqueda de la comprensión de la persona y viene, por tanto, al encuentro de los propósitos de la enfermería. La fenomenología existencial y ontológica es un modo de conciencia, un modo de ser y de mirar, que asume el compromiso de reinterpretar todos los conocimientos como expresiones de nuestras experiencias – sentido del ser humano.⁴

³⁶ Ray M.A. *La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas*. En Morse J. Comp. Asuntos críticos en lo métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia 2003 pág. 48

⁴ Fernandes de F. G., Barbosa M. M., Prado F. M. *La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería*. Index Enferm.2007

Para la obtención de los datos se utilizó una guía de preguntas tema que sirvió para la realización de la entrevista semi-estructurada, seleccionando a 3 pacientes.⁵

Para dar a conocer la metodología que se sigue en los estudios cualitativos Taylor y Bogdan abordan los siguientes puntos:⁶

- a) Método de Investigación
- b) Tiempo y extensión del estudio
- c) Trabajo de campo
- d) Técnicas metodológicas para la obtención de los datos
- e) Manejo y control de los datos
- f) Análisis de información

a) Método de investigación

En este estudio se realizó un acercamiento de observación al fenómeno que atraviesa la mujer durante su trabajo de parto, utilizando el método de investigación cualitativa de tipo fenomenológica e interpretativa, con el fin de buscar comprender la percepción que las embarazadas le otorgan desde el punto de vista “emic”^{7 8} a este proceso por el que pasan.

⁵ Driessnack M., D. Sousa V. Costa M. I. *An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs* Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2007

⁶ Taylor S. J. Bogdan R. Capítulo 6. *El trabajo con los datos, análisis de los datos en la investigación cualitativa*. En Introducción a los métodos cualitativos. Paidós Básica. Barcelona. 1987. P. 152-176

⁷ **Emic**, oscila entre los llamados puntos de vista que simulan lo interno (la significatividad y el sentido para el actor)

⁸ Gutiérrez J., Delgado J. M. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, España, Cap. 6 p. p. 151-154.

b) Tiempo y extensión del estudio

Se inició en el mes de abril del 2008, estableciendo el programa de trabajo con el planteamiento del problema (importancia del estudio, propósito de la investigación, objetivos y el marco teórico) durante el mes de julio hasta el mes de octubre del 2008.

En el mes de Mayo del 2009 se llevó a cabo las primeras entrevistas en 2 mujeres primigestas, primíparas adultas que cursaban puerperio mediato, para probar la guía para entrevista semiestructurada.

c) Trabajo de campo

Las mujeres en trabajo de parto se localizaron en el servicio de Puerperio en Hospitales del Estado de México, para establecer una cita en su domicilio y obtener los datos de estas mujeres. Taylor y Bogdan⁹, especifican que el mejor escenario es en donde el investigador tiene las mayores facilidades para obtener la información y sobre todo existe disposición de las participantes.

Selección y acceso al campo

Los criterios para seleccionar los escenarios, en este caso los hospitales, se basó de acuerdo a las facilidades para acceder a las mujeres y para poder lograr su participación en esta investigación.

El acceso a las informantes fue directo, ya que como docente de grupos de alumnos(as) de Licenciatura en Enfermería del Modulo de Salud Reproductiva me facilito el acceso al campo y así contactar a las pacientes, además de solicitar que se me concertará una cita en su domicilio.

Las informantes

Características:

⁹ Taylor S. J. Bogdan R. op.cit.

El número de participantes fueron 3 mujeres¹⁰, que cursan el puerperio mediano, una de ellas se le puso como nombre ficticio Lola de 22 años de edad, siendo ama de casa, casada, viviendo actualmente con su esposo en el estado de México, cuenta con casa propia, teniendo un nivel de escolaridad de secundaria terminada, su bebé fue niño, actualmente se encuentra en su puerperio sin complicaciones, sin embargo se siente sin deseos de volverse a embarazar.

La segunda participante su nombre ficticio es Diana de 37 años de edad, es ama de casa, vive en unión libre, actualmente habita en casa rentada en el estado de México, estudió hasta la preparatoria, tuvo una niña, y actualmente se encuentra cursando su puerperio sin complicaciones, desafortunadamente es una mujer que quedó muy afectada por la experiencia vivida, ya que comenta que tiene mucho temor de que su esposo la toque debido a que ella se sintió violada durante la atención, por lo que se consideró dar apoyo psicológico, y canalizarla con una psicóloga.

La tercera participante tiene como nombre ficticio Blanca de 24 años de edad, es ama de casa, casada, vive en casa propia en el estado de México, estudió una carrera técnica, su hijo fue niño, vive con su esposo, se encuentra cursando su puerperio sin problemas, se le dio orientación acerca de los cuidados en el puerperio y cuidados al recién nacido.

Antes de la recogida de datos se les explicó a las mujeres el motivo de la investigación, para grabar su conversación se obtuvo su autorización a través del consentimiento informado.

Es importante destacar que antes de aplicar la guía de preguntas fui a un Hospital de atención Ginecoobstetrica para realizar un ejercicio que me ayudará a tener más experiencia sobre la realización de las entrevistas, a la vez que me permitiría verificar si estaban bien formuladas las preguntas guía.

¹⁰ Driessnack M., D. Sousa V. Costa M. I. op. cit.

Al llegar al servicio de puerperio fisiológico, estaban seis mujeres que cursaban el puerperio mediato y esperaban ser dadas de alta, como todas ellas estaban ahí reunidas, me presente y les dije a todas (mujeres) cual era el objetivo de mi visita y el porqué estaba yo ahí.

Al empezar con mis preguntas guía, me dirigí en específico a una de ellas, pero las seis asistentes se mostraron interesadas a participar en el estudio, y cuando me di cuenta las seis me contestaban a la vez, todo se volvió un desorden porque una de las informantes comenzó a llorar de manera desesperada y la jefe de servicio en ese momento se dirigió a mí para preguntarme que estaba pasando y las mujeres se comenzaron a inquietar y a llorar, teniendo que dar por concluida la sesión.

Quedándome como experiencia el darme cuenta que el lugar no era el apropiado para abordar a las informantes, además de que tenía que ser la entrevista de manera personal y en otro contexto. También me di cuenta al escuchar la grabación, que es bueno realizar una entrevista por primera vez, ya que me percaté que dirigí a las informantes a que me contestaran lo que yo quería escuchar y que perdí la relación entre mi guía de preguntas y la relación con la investigación.

Se realizó una primera entrevista de manera formal, con una mujer que cursaba su puerperio mediato acompañada de su bebé, se le explicó el motivo de la investigación, por lo que se obtuvo su autorización tanto verbal como escrita para realizar la entrevista y grabar su relato. Acudí vestida de manera casual, ya que de acuerdo a Rodríguez¹¹, la forma de vestir, así como el ambiente que se crea entre nosotros puede modificar la respuesta de las personas ante la entrevista. La entrevista se realizó en su casa de la informante e inició por el relato de su experiencia sobre su trabajo de parto y la duración y profundidad de la entrevista fue decisión de la mujer, nunca se le presionó.

¹¹ Rodríguez Gómez G., Gil F. J. *Metodología de La Investigación Cualitativa*, Ed. Ediciones Aljibe 1999, p.p.171-174.

d) Técnicas metodológicas para la obtención de los datos

La técnica de investigación que se seleccionó para la obtención de datos, es la entrevista semiestructurada ya que a partir de ella las mujeres expresarán su experiencia mediante la palabra y así puedan expresar sus emociones y la percepción que tiene sobre las intervenciones de enfermería durante su trabajo de parto.

El instrumento es la guía de preguntas tema para la entrevista semiestructurada, la cual consta de un primer apartado donde se preguntan características socio demográficas de las mujeres, y posteriormente los temas de percepción, intervenciones de enfermería y el trabajo de parto. Esta guía de entrevista se aplicó a una mujer la cual no fue considerada dentro de las participantes, sin embargo se le agradeció su ayuda, ya que a partir de ella se hicieron las modificaciones a la guía de entrevista, además de que me permitió observarme como entrevistadora.

La entrevista duró aproximadamente 48 minutos, agradeciendo al término de la entrevista, la participación y el tiempo brindado para ello, y posteriormente se le brindó una plática sobre cuidados en el puerperio y al recién nacido.

e) Manejo y procesamiento de los datos.

El material que se obtuvo durante la entrevista (narración)¹², se convirtió en texto, a partir de la grabación de la entrevista con un MP3 y posteriormente se pasó el archivo a la computadora. Para transcribir textualmente la entrevista, se escuchó en varias ocasiones el audio. Se le dio un nombre al archivo de la grabación así como fecha, hora y duración.

A cada texto obtenido de la entrevista, se le asignó un número (ejemplo: E1); para evitar errores en la transcripción y así poder contrastarlas varias veces el texto con el audio.

¹² Coffey A., Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos* Ed. Universidad de Antioquia 1996, Medellín Colombia págs. 128-164.

El texto fue transcrito con renglones separados asignándoles una numeración progresiva, ya que a partir de ello se extrajeron las unidades significativas de análisis asignándoles con colores el párrafo, el número de reglón y la primera letra de la categoría (ejemplo E1A13VV).

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó de acuerdo a lo propuesto por Coffey. Comenzando con leer varias veces la información para señalar las unidades significativas de análisis en cada párrafo, después se elaborará un esquema que contenga los temas que se identificaron.

Para realizar el análisis se codificó la información, se etiquetaron los comentarios en la entrevista, esto a través de categorías.

Se realizó la categorización, la cual consiste en la segmentación de elementos singulares, o unidades, que resultan relevantes y significativas de nuestra investigación. Esto para identificar los temas más frecuentes en el relato.

Coffey señala que el análisis no es sólo una manera de clasificar, categorizar, codificar o confrontar datos, es la representación o reconstrucción de fenómenos sociales, por lo que se le dará forma a los datos a partir de las transacciones con lo que nos informan las mujeres, y no solo nos limitaremos a informar lo que encontramos, sino que crearemos un relato de la vida social, construyendo las versiones de los mundos y de los actores sociales que observamos, el análisis implica representación.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La investigación se sustenta en los principios legales de la Ley General de Salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación; específicamente Capítulo IV de la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida, en el artículo 49.- la carta de consentimiento informado para investigaciones durante el trabajo de parto, deberá obtenerse de acuerdo a lo estipulado en los artículos 21, 22, y 43 de este reglamento, antes de que aquél se inicie y debidamente señalar expresamente que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento del trabajo de parto. Así como el Título Quinto sobre investigación para la salud; específicamente los artículos 100, fracciones I a la VII; y los artículos 101 y 102.¹³

Se obtuvo el consentimiento informado de las participantes. La participación de las informantes fue voluntaria y con respeto a la confidencialidad de los datos y el anonimato de las entrevistadas.

¹³ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Capítulo IV. De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos.

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.

En las últimas décadas, una evaluación crítica del cuidado obstétrico habitual, tanto en los países desarrollados, como en los subdesarrollados, revela que diversas prácticas pueden ser físicamente abusivas y una forma de violencia contra las mujeres, tales como la realización de procedimientos dolorosos como el rasurado perineal y púbico de rutina, enemas durante el trabajo de parto, múltiples tactos vaginales; uso de monitoreo fetal continuo, anestesia o analgesia durante el trabajo de parto y parto, posición decúbito dorsal durante el trabajo de parto, episiotomía rutinaria; revisión de cavidad, colocación de dispositivo intrauterino sin previo aviso, así como exceso de cesáreas innecesarias por razones no médicas.

Todo esto hace que la atención del parto y parto sean deshumanizados en muchos aspectos ya que humanizar se entiende como el conjunto de acciones que realizan los profesionales y técnicos de salud para crear las condiciones más adecuadas y favorables posibles para las distintas etapas del proceso reproductivo de las personas.¹⁴ Humanizar es disminuir los sentimientos y emociones negativas que son factores de riesgo para enfermedades mentales, las cuales pueden prevenirse o atenuarse en la madre, padre, hijo(a) y en la relación familiar.

Por lo que la atención humanizada es que el equipo de salud a cargo de la atención del trabajo de parto debe de ser el responsable del cuidado de la madre y su bebé, explicándole todos los procedimientos que se le van a realizar a la madre y a la familia involucrándolos en las decisiones de su parto.

La humanización del cuidado del embarazo debe otorgar servicios que consideren los distintos aspectos psicológicos, sociales y biológicos. El trabajo de parto es un evento altamente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en todos los aspectos psicológicos y sociales de las personas.¹⁵

¹⁴ O. M. S. op. cit.

¹⁵ Marsden op. cit.

Durante mi ejercicio profesional me he dado cuenta que las mujeres durante su trabajo de parto son violentadas en su cuerpo, su persona y su integridad, y por lo tanto no hay libertad para ejercer su autonomía, el miedo, ignorancia y la misma violencia a la que es sujeta son los obstáculos. Pero nunca hice nada, pensé que era parte del proceso, además de que una de mis hipótesis era que las enfermeras formábamos parte importante de ese proceso, ya que estábamos con ellas en ese momento tan importante, y al escucharlas en las entrevistas, me llevó a reflexionar en la necesidad de que el personal de salud conociera lo que las mujeres durante su trabajo de parto perciben de nuestras acciones ya que nos ayudaría a cambiar nuestra actitud y realmente ejercer nuestro objetivo como profesión el “cuidado”.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en nuestra investigación:

Presentación de las informantes

En primer lugar describiremos los datos sociodemográficos de las participantes

Los nombres originales fueron cambiados por las mismas participantes para proteger su identidad, se asignaron de acuerdo a el número de entrevista, siendo Lola, Diana y Blanca.

La edad de las entrevistadas que son de 22, 37 y 24 años respectivamente. El estado civil de Lola es casada, de Diana Unión libre y de Blanca casada. Su escolaridad de ellas va desde la secundaria, preparatoria y carrera técnica. La ocupación de dos de ellas es de ama de casa y solo una de ellas trabaja, las tres son mujeres primigestas, esta característica fue importante para la investigación ya que permitiría que no hubiera alguna influencia previa para el objetivo buscado.

Las mujeres fueron atendidas en tres instituciones diferentes, una de ellas perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, otra en Hospital de la Mujer, y la última en el Hospital General “Gral. Vicente Villada” del ISEM. Es importante mencionar que las mujeres fueron captadas en diferentes instituciones para que no hubiera relación con el mismo personal y el mismo turno.

Es importante destacar que ninguna de las tres informantes se conoce entre sí, además de que no hubo relación en la edad, ni en la institución donde se atendió su parto.

Las informantes no supieron que yo ejercía la profesión de obstetra, así como el que soy profesora de la Carrera de Enfermería, ya que se podía influir en las respuestas, sin embargo si estuvieron al tanto que soy enfermera realizando una investigación de Maestría. (Ver tabla 1 en anexo)

Descripción Textual del Fenómeno.

En la figura 1 se señalan los siete temas identificados en las entrevistas.

FIGURA N° 1

TEMAS IDENTIFICADOS.



A partir de la identificación de dichas categorías el análisis se realiza según Dey citado por Coffey¹⁶, en donde primero se describen dichas categorías incluyendo el contexto de la acción, la percepción o significado del actor social y las conexiones que van surgiendo con dicho fenómeno. Dichas categorías son Violencia Física y verbal, Falta de información, Falta de competencia relacional, Abandono, Atención de rutina, Objetivación del cuerpo y Percepción de las intervenciones. A continuación se realiza el análisis de cada una de ellas.

1. VIOLENCIA FÍSICA Y VERBAL.

El trabajo de parto es un proceso individual y una vivencia muy importante en la vida de cada mujer y cada pareja, ya que tienen costumbres, información, preocupaciones y preferencias diferentes, a veces en función de la edad, cultura, raza, profesión, religión entre otras. Por lo tanto, cada trabajo de parto y el parto mismo son acontecimientos diferentes, irrepetibles y únicos, con un significado de gran importancia para los padres y para el recién nacido.

Desafortunadamente la violencia se presenta en muchos de los casos donde se da la atención de parto ya que la Organización Mundial de la Salud en su reciente declaración de Bogotá, reconoce: Que la violencia es entendida como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población¹⁷. En este caso las mujeres no tienen el control de su persona en un hospital, todos los asistentes del parto son quienes tienen el poder, ya que dar a las mujeres la posibilidad de elegir como será su evento obstétrico, es una manera de ceder dicho poder. Ahora bien, la relación que se establece entre el personal de salud y las mujeres puede predecir que el resultado sea muy bueno o lleno de

¹⁶ Coffey A., Atkinson P. op.cit pág. 10

¹⁷ O. M. S op. cit.

complicaciones ya que en México fallecieron 1 189 mujeres durante el embarazo, el parto o en los 42 días después de concluirse el embarazo. En el año, la tasa de mortalidad materna es de 6 muertes por cada 10 mil nacimientos.¹⁸

Los actos más frecuentes de violencia contra las mujeres son:

De tipo Psicológico: la mujer es amenazada, intimidada a través de generar miedo a través de miradas, acciones o gestos. Desvalorización al hacerla sentir inferior; culpabilizarla; humillarla; insultarla con apodosos ofensivos; generar confusión en ella; desacreditarla, etc.

Mientras que la Violencia física es toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona¹⁹.

Finalmente, el estilo de relación refleja en parte la formación del personal de salud, el que enfrenta el trabajo de parto, con las herramientas que le brinda su formación altamente tecnificada y con una actitud basada en el poder de poseer el conocimiento científico, por lo que se ejerce violencia por ese uso deliberado de fuerza física, además de amenaza a las mujeres durante su trabajo de parto.

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

Lola:

“me regañaban que porque no pujaba, que porque tenía que pujar, o sea, bueno ya pujaba, e iba otra y también me regañaba que porque pujaba, que todavía no era hora y todos me regañaban”

Diana:

“Yo llore y yo le dije a una, supongo doctora, que ya me lastimaba, que cuando me tocaban me lastimaba, y me decía

¹⁸ INEGI. Estadísticas vitales, 2006. Base de datos.

¹⁹ Secretaria de salud 2002 op.cit.

se tiene que aguantar porque usted es la que me lastima a mí, al apretar mis dedos, porque me los puede hasta romper, me decía, pues ya me quedaba yo callada, yo creo que me tocaron como unas 15 veces en un promedio de hora y media”

Blanca:

“Yo pensé que me iban hacer otra vez tacto y en automático cerré las piernas y que me las abre de golpe y me dice ¡¡¡señora la tengo que rasurar y usted no me deja!! Pero pues yo no sabía que me iba hacer y si me hubiera dicho, pues de mensa me gano otro regaño ¿no cree?”

Todo lo anterior refleja que durante el trabajo de parto, las mujeres confrontan sus propios esquemas cognitivos y emocionales y los del personal de salud, y de hecho se establece una relación de poder, donde ella juega el papel que ha adquirido mediante procesos educativos, sociales y culturales, el cual está caracterizado por una actitud de silencio y obediencia casi absoluta²⁰, porque está de por medio la amenaza de que si no obedece está atentando contra su seguridad y la de su bebé.

Lo anterior también fue encontrado por Armellini y Luz²¹ en su estudio realizado en Brasil en el 2003 para conocer las expectativas y percepciones de mujeres acerca de la atención hospitalaria durante el parto. En donde encontraron que la asistencia de salud es precaria por lo que las mujeres, para garantizar la atención de su parto deben soportar, malos tratos, impedimentos, discriminación, negligencia, descalificación o falta de información sobre el proceso que está

²⁰ Pérez R.L., Márquez B., *La atención a la Salud durante el embarazo y el parto*. Una propuesta desde la psicología Latinoamericana 2004, Vol. 22, p.p. 61-75

²¹ Armellini CJ, Luz AMH. *Op.cit.*

viviendo. También en un estudio realizado en el 2007 por Montes Muñoz²² llamada Sobrevivir al parto. Experiencias de maltrato institucional recoge y caracteriza las formas de maltrato que se dan a las mujeres en la asistencia profesional a sus partos. En general, afirmaron a lo largo del relato que se sucedían imágenes mezcla de soledad, sentimientos de miedo, impotencia, vergüenza, abandono etc. Además se encontró que los episodios de maltrato en el parto, puesto que no dejan huellas visibles, son aceptados socialmente como sucesos posibles.

También, aún siendo verbalizado el maltrato recibido, prevaleció la tendencia (menos en una mujer) de justificar a los/as profesionales.

2. FALTA DE INFORMACIÓN

La mujer tiene derecho a obtener del personal de la salud, toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para ella. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. La mujer tiene derecho a saber el nombre completo del personal médico responsable de coordinar su atención²³. Sin embargo las mujeres entrevistadas refieren no tener la información suficiente de cómo va a ser su trabajo de parto, así como el estado de salud de su hijo, además de no contar con la orientación adecuada para enfrentar dicho proceso.

También es importante resaltar que las mujeres acuden a su atención con alguna información previa que se da en la familia, sin embargo estos saberes y creencias culturales son descalificados por el personal de salud y la mujer entra en conflicto emocional.

²² Montes Muñoz. Op.cit.

²³ Asamblea Médica Mundial: *Declaración de Lisboa; Derechos del Paciente*; "Bol of Savitt Panam"; 1990; 108, 642.

Las mujeres al tener la información suficiente acerca de todo lo que acontece el trabajo de parto reducen significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado. Las enfermeras profesionales deben estar familiarizadas con las tareas de apoyo y de atención médica y deben realizarlas con competencia y sensibilidad. Una de estas tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite.²⁴ Sin embargo, en la práctica cotidiana las condiciones difieren considerablemente de la situación ideal descrita anteriormente. En los países desarrollados las parturientas a menudo se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en vías de desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de mujeres de bajo riesgo, que el apoyo personal y la privacidad son prácticamente imposibles.

El consentimiento de la usuaria sobre los procedimientos, técnicas y cuidados a que va a ser sometida es un derecho, así como un principio ético y moral a ser seguido por los profesionales y que, por lo tanto, debe estar presente en la propuesta de humanización de la atención. Esa ausencia de comunicación e interacción positiva puede ser perjudicial a las madres, tornándolas ansiosas y tensas, pues afecta lazos de afectividad y confianza entre enfermera y embarazada, comprometiendo la meta de informar y esclarecer las dudas de la mujer, envolviéndola en las decisiones e iniciativas en el acto del parto. Otro aspecto a ese respecto, es que, dar la información es esencial para el autocuidado de la embarazada y el cuidado del niño, correspondiendo a la enfermera comunicarse efectivamente con la embarazada en todos los momentos de contacto y prestación de cuidados²⁵.

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

²⁴ Mc. Closkey C. Joanne. Op.cit

²⁵ Burroughs A apud Rodrigues PD, Montesuma FG, Silva RM. *El significado del parto y de la atención de enfermería: visión de mujeres en puerperio inmediato*. Revista RENE 2001, 2:101-6.

Lola:

“Por más que pujaba y pujaba pues no salía y ya me dijeron que me iban a tener que hacer o meter los fórceps, pues yo ni sabía, nadie me explicaba, solo me decían que hiciera, hasta pensé que era cesárea, pero no, nada más me metieron unos fierros y sacaron al bebé.”

Diana:

“Yo esperaba que la enfermera que me recibió me hubiera dicho así y así van hacer las cosas y así debe de hacerle en tal situación, que me hubiera orientado. Yo nunca supe hacer esas respiraciones que tanto hablan, nunca, nadie en todo mi embarazo me dijo.”

Blanca:

“.....la pase con dolor hasta que me pasaron a la sala de expulsión y yo seguía sin saber que me iba a pasar. Yo esperaba que alguien me explicara que me estaba pasando, que iba a suceder conmigo y mi bebé, que me dijeran como hacerle ante el dolor, o cuando nació mi bebé, no me lo dieron y no me dijeron porque.”

La información a la madre y la familia durante el trabajo de parto, es considerado un apoyo para preparar a las madres ya que según Hodnet²⁶ en un estudio, esto podría reducir la demanda de analgesia para el parto, disminuir las complicaciones

²⁶ Hodnet, ED et. als. *Continuous support for women during childbirth* Biblioteca Cochrane 2008

del intraparto, minimizar las dificultades emocionales posparto y aumentar la satisfacción de las madres.

El miedo aparece en este proceso como un sentimiento intenso de difícil exteriorización, abarcando desde miedo al dolor, hasta sentimientos de muerte. Frente a esto se revela que la información ayuda a las mujeres a orientarse a la realidad y aliviar sus temores, permitiéndoles adquirir seguridad tanto en el proceso del parto, como en el personal que otorga el cuidado. Aportar adecuada información a las mujeres durante el proceso de parto, puede predecir y aumentar el nivel de control del proceso²⁷. Además es un determinante de la satisfacción, en la medida que durante la interacción informativa efectiva y centrada en la madre sienten escuchadas sus preocupaciones y aclaradas sus dudas.

Esto también es corroborado en un estudio hecho por Gale, Fothergill-Burbonnais y Chamberlain (2001) en su investigación sobre el significado del apoyo emocional y físico para las enfermeras(os), apuntan que, para éstas, el apoyo durante el trabajo de parto incluye dar soporte físico, emocional, información, orientación y la defensa de los deseos de la mujer. Sin embargo, los resultados de esa observación demuestran que sólo el 12,4% del tiempo, la enfermera se dedica a ofrecer apoyo a la parturienta, el cual consiste en información e instrucción durante el trabajo de parto.

Mientras que también fue encontrado por Armellini y Luz²⁸ en su estudio realizado en Brasil en el 2003 para conocer las expectativas y percepciones de mujeres acerca de la atención hospitalaria durante el parto, que la asistencia de salud es precaria, por lo que las mujeres, para garantizar la atención de su parto deben soportar, malos tratos, impedimentos, discriminación, negligencia, descalificación o falta de información sobre el proceso que está viviendo.

²⁷ Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. *Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study*. Midwifery 2006; 22:240-248.

²⁸ Armellini CJ, Luz AMH. *Op.cit.*

La O. M. S.²⁹ refiere que uno de los actos que son claramente útiles y deberían ser fomentados, es el dar a la parturienta toda la información y explicaciones que ella desee. Sin embargo estas investigaciones corroboran que las mujeres solicitan la información y no se les otorga, siendo un factor que provoque su ansiedad y temor a su proceso de trabajo de parto.

3. FALTA DE COMPETENCIA RELACIONAL

El objetivo de la competencia relacional es ayudar a sostener a la persona en los momentos de crisis, para conducirla a su propia realización en el máximo de potencialidades de cada una de sus dimensiones; la dimensión corporal la tenemos controlada, pero, la emotiva, la social, la intelectual y la espiritual (no caer en el error de relacionarlo con la religión) están ciertamente comprometidas.³⁰

Puede definirse la competencia relacional como el conjunto de características de personalidad y comportamentales que facilitan la adquisición, desarrollo y mantenimiento de relaciones mutuamente satisfactorias. Cuatro son las formas en cómo esta variable puede influir sobre el apoyo social:

- 1 En la génesis y elaboración de las relaciones (extraversión, sociabilidad, asertividad).
- 2 En el desarrollo y mantenimiento de las relaciones (estabilidad emocional, cooperación, empatía y sensibilidad).
- 3 En la conceptualización de las relaciones (autoestima, afectividad positiva o negativa).
- 4 En el empleo de las relaciones para propósitos de apoyo social y la habilidad para movilizar los sistemas de apoyo.³¹

²⁹ Cuidados en el Parto Normal. Guía práctica OMS

³⁰ Cánovas T. M. *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión.* 2006.

³¹ Cánovas T. M. op.cit.

Bermejo y Navarro³² refieren que el concepto de competencia relacional incluye los conocimientos *el saber*; la capacidad de utilizarlos en la práctica *el saber hacer* que son las habilidades y destrezas; y el complejo de actitudes para establecer buenas relaciones humanas con el que sufre *el saber ser*.

Fontanals et. al. menciona que sea cual sea el área de trabajo, las enfermeras han constatado que sus pacientes piden fundamentalmente ser acogidos, escuchados y comprendidos, de lo que se deduce que ofrecer cuidados efectivos desde el punto de vista técnico no es suficiente para prestar unos cuidados de calidad.

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

Lola:

“Yo quería alguien a un lado mío, no para que me apapachara, solo para saber que no estaba sola (llora), pero a la vez no, yo mejor no me quejaba, para que según no me regañaran, pero de todos modos lo hicieron”

..... yo tenía miedo, nadie me preguntaba cómo me sentía, la enfermera solo me tomaba la presión y lo demás pero ni me voltio a ver, que feo se siente y uno solo.”

Diana:

“Yo hubiera deseado que no me tocaran tantas personas, solamente un medico o enfermera me dijera yo me voy a hacer cargo de usted, del parto, eso me hubiera gustado.”

..... otra enfermera me puso el suero pero nunca hablo conmigo, solo sujeto mi brazo derecho, no encontraba vena, entre ellos decían que se ponchaban, no sé que significaba eso, me picaron varias veces, y la señorita

³² Bermejo, J. C. *Humanizar la salud, Humanización y relación de ayuda en enfermería*, Madrid. San Pablo 1997.

decía hay que traer otro punzo, fueron varios pero nunca me dijeron nada, nada más lo pusieron”

Blanca:

“Hubiera deseado tener a alguien que me orientara, que me preguntara como me sentía, si quería algo, es más yo quería saber la hora, porque uno pierde la noción del tiempo.”

..... “Bueno luego fue lo de la puesta del suero, la verdad me lo puso a la primera, pero ni me dijo ahí le voy, creo que eso fue lo que más me dolió, y luego puso un liquido en el suero, que quien sabe que era, pero yo creo que no era penicilina, porque no me pregunto si era alérgica”.

A partir de lo anterior podemos observar que nos importa más la técnica que la persona, tenemos los conocimientos, (saber), sabemos cómo aplicarlos (hacer), pero no somos humanos (ser) con las mujeres en este importante proceso que es su trabajo de parto. Bermejo³³ indica que “el fondo subyace el convencimiento de que para realizar bien las profesiones de salud no es suficiente con poseer una competencia científico-técnica, si no que es necesaria también una buena capacidad de comunicar.

Brusco³⁴ menciona que el profesional de enfermería debe adquirir una serie de habilidades que le permita ayudar mejor, dado que está continuamente en contacto con personas necesitadas de ayuda, y es indispensable en el Cuidado enfermero, que al ejercicio y desarrollo de su competencia técnica vaya unido el ejercicio y desarrollo de su competencia relacional, es decir, todo un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre (saber ser), con el fin de poder responder a las necesidades globales de la

³³ Bermejo op. cit.

³⁴ Brusco A. *Humanización de la asistencia al Enfermo*. Madrid, Sal Tearre 1999.

persona. Con todo esto queremos transmitir la idea de que la relación enfermera-paciente es sin duda terapéutica. El profesional de enfermería debe ser un sujeto terapéutico, una persona preparada de forma adecuada para responder a las necesidades fisiológicas y espirituales del ser humano con el que interacciona en el ejercicio de su profesión.

En una investigación realizada por Bravo y cols., titulada “El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres” encontraron una categoría llamada *Cuidado técnico versus cuidado relacional*: A través del análisis, el componente relacional aparece como categoría principal, reuniendo la mayoría de la información, donde mencionan las mujeres que existe apoyo emocional a través del trato suave y femenino por parte de las enfermeras así como apoyo decisional. Sin embargo, pese a lo anterior durante una observación de campo se identificó, que las enfermeras brindan escaso tiempo de apoyo a las madres, entendido como la promoción del confort, el apoyo emocional, la entrega de información y la abogacía; reportando que los profesionales estudiados ocuparían, en su jornada laboral, sólo el 12,4% del tiempo, siendo inexcusable por medio de la carga laboral, la ausencia de un cuidado más integral.

Según esta investigación la entrega del componente relacional efectivo y centrado en el favorecimiento de la mantención del control de las mujeres en su propia situación de parto, ha demostrado un aumento significativo en el nivel de satisfacción de la madre durante la atención recibida en el proceso. Esto promueve el posicionamiento activo de las mujeres en el proceso de parto, lo que les permite adquirir seguridad y mantener control sobre el propio dolor.

También Donna J. Sauls menciona en su investigación “La percepción de las adolescentes sobre el apoyo durante el parto” cuyo objetivo de este estudio fue identificar las conductas de enfermería que las adolescentes perciben como muy útiles durante el parto. En este estudio los resultados indicaron que las necesidades de las adolescentes se centran en el alivio del dolor, los cuidados de enfermería que no juzga, y brinda apoyo emocional, las cuales son actividades

que se le deben proporcionar a la mujer por parte de enfermería y así garantizar una adecuada competencia relacional.

Estas investigaciones nos proporcionan datos que indican que al igual que nuestras entrevistadas, las mujeres necesitan ese apoyo de las enfermeras, y que realmente si queremos brindar un cuidado holístico, nos falta lo más importante que es la competencia relacional.

4. ABANDONO

El abandono se convierte en una sensación que produce sufrimiento interno y que en muchas ocasiones puede llegar a ser difícil de soportar y esto es perjudicial para el equilibrio de la persona y su desarrollo. Torralba³⁵ menciona que cuando el ser humano sufre dolor, siente con hondura la necesidad de desarrollar su mundo afectivo y, precisamente entonces la experiencia del abandono es particularmente negativa y tiene efectos muy graves en el estado anímico de dicho sujeto.

El trabajo de parto es un periodo particularmente vulnerable en la vida de las mujeres y el apoyo y la presencia de compañía durante este evento ayuda a reducir el estado de ansiedad. La compañía, de una persona de importancia afectiva para la madre puede mejorar el progreso del Trabajo de Parto, ya que según una investigación hecha por Dickinson referido por Simões³⁶ disminuye la ansiedad materna al bajar los niveles de las catecolaminas circulantes, específicamente la noradrenalina la cual a dosis altas disminuye la hormona oxitocina importante para la evolución del trabajo de parto. Hodnett³⁷ menciona en su investigación datos que demuestran que las mujeres con apoyo continuo durante el trabajo de parto tienen menos probabilidad de necesitar medidas farmacológicas de alivio del dolor.

³⁵ Torralba Rosello F. *Antropología del cuidado* Madrid. Fundación MAPFRE, Medicina; Instituto Borja de Bioética.

³⁶ Simões SMF, Conceição RMO. Parto humanizado: significado para a mulher. *Rev Enferm Brasil* 2005 jan/fev 4(1): 36-42. 13.

³⁷ Hodnett, E. D. et als. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). From the Cochrane Librar, Issue 2, 2005

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

Lola:

“Yo tenía miedo, nadie me preguntaba cómo me sentía, la enfermera solo me tomaba la presión y lo demás pero ni me voltio a ver, que feo se siente y uno solo”.

“Yo sé que somos muchas y no pueden estar con todas pero no estaban con ninguna, y uno se siente solo, desprotegido, ahí aventado como perro.”

Diana:

“Yo me sentí sola, nadie hablaba conmigo porque nadie me decía como me sentía, nada mas decían ya está.” “Yo me sentía a veces como que era un animalito, como que el perrito ya se va aliviar vamos a acelerar el parto y apúrense y ya.”

Blanca:

“Nadie se me acerco, me sentí, tan sola, tan ignorada, que a veces sentía que no había nadie, absolutamente nadie, porque ni ruido se oía, yo me sentía muy sola muy mal, yo decía si me muero nadie se va a dar cuenta.”

“Lo dejan botado a uno como animal y no les importa uno”.

Es importante mencionar como las tres informantes mencionan haberse sentido como “animales”, percibiendo así el impacto que tienen las mujeres al ser dejadas solas en su labor de parto, lo que conlleva a replantearse si realmente estamos brindando un cuidado holístico a las mujeres, o solo nos importa la técnica que venimos desempeñando.

La representación social que han elaborado sobre la asociación de maternidad y feminidad es fuerte, ya que al percibir que son igual que animales, reconocen de cierta manera sentimientos de malestar incluso de rechazo al embarazo, así como la relación que hay entre estos conceptos entre sí, ya que el ser mujer y ser animal es lo mismo, para muchas sociedades son seres inferiores al hombre.

Esto también fue encontrado en la investigación realizada por Montes Muñoz³⁸ llamada *Sobrevivir al parto. Experiencias de maltrato institucional* ya que recoge y caracteriza las formas de maltrato que se dan a las mujeres en la asistencia profesional a sus partos en donde se encontró a lo largo del relato sentimientos de miedo y soledad, impotencia, vergüenza, abandono etc.

Asimismo Cavalcante y Cols. Realizaron un estudio llamado las percepciones y sentimientos de las mujeres durante el trabajo de parto y parto en donde las mujeres expresaron miedo, abandono, ansiedad, alegría, tristeza y otros sentimientos.

Siendo muy similar lo referido por las informantes de esta investigación, evidenciando así, la falta de permanencia del personal de enfermería en esta etapa tan importante para la mujer, en donde desafortunadamente muchas de ellas pierden la vida sin que nos demos cuenta.

5. ATENCIÓN DE RUTINA

Consiste en una serie de comportamientos esperados y/o aceptados como consecuencia del aprendizaje diario de los equipos.

En la categoría “atención de rutina” se observó que el equipo tendía a relacionarse con un cuerpo-objeto que necesita ser examinado y medicado, en esta categoría el equipo se debe relacionar con un sujeto dueño de su cuerpo, que tiene deseos, voluntades y dudas.

La enfermera puede tener algunos dilemas a la hora de proporcionar cuidados.

³⁸ Montes Muñoz op. cit.

Uno de ellos puede ser que los cuidados se consideran como actos médicos, que tienen el tratamiento de la enfermedad como objetivo principal. Siendo el médico y no la mujer su cliente.

A veces se consideran los cuidados como un conjunto de servicios que la institución debe dar. La enfermera empleada de la misma, elige ser responsable ante la institución y no ante el enfermo.

La obstetricia moderna considera el parto un evento médico-quirúrgico y adopta un modelo de asistencia técnica. Se esperaba que los avances tecnológicos ayudasen el trabajo de los cuidadores, proporcionando condiciones y tiempo para ser y estar junto al ser humano. Sin embargo, el adelanto tecnológico y científico muestra una enorme fragilidad en relación al cuidado, ya que enfatizamos nuestro tiempo en el cuidado de las máquinas y no de la mujer durante su evento obstétrico.

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

Lola:

“Cuando me pusieron el suero nada más me dijo voltéese y no dejaban que se me pasara un poco el dolor, ni para tomarme la presión, ni la temperatura solo me jalaban el brazo o me abrían las piernas.”

Diana:

“Realmente la enfermera prácticamente no hace nada, solo recogió mi ropa después de tronarme los dedos y decirme lo que me dijo ya nunca regreso conmigo. Llego otra que me puso el suero pero nunca hablo conmigo, solo sujeto mi brazo derecho”

Blanca:

“Cuando entre a que me revisarán, siento que solo recibí ordenes, súbase aquí, bájese ya, quítese la ropa, deme la ropa, venga para acá y así”.

Esto es corroborado por Donna J. Sauls en su investigación “La percepción de las adolescentes sobre el apoyo durante el parto” en donde los resultados que se encontraron fueron que solo el 27% recibieron apoyo para reducir su dolor. El 37% refirió “me hizo sentir que se preocupaba por mí como individuo”, el 10% refirió ser tratada con respeto y el 43.6% percibió al personal de enfermería como tranquilo y seguro de dar la atención. En general el 47% refirió que sus necesidades no se cumplieron por parte del personal de enfermería, ya que el estudio marca que las enfermeras pasan solo del 6 al 24% de su tiempo total de prestación de cuidados de apoyo con las mujeres en trabajo de parto.³⁹ Tumblin A, P Simkin. En su investigación cuantitativa “Las percepciones de las mujeres embarazadas sobre el papel de la enfermera durante el trabajo de parto y el parto” refieren que las expectativas de las mujeres no se cumplieron ya que las enfermeras nunca les daban el tiempo y mucho menos daban a las mujeres la comodidad física, apoyo emocional, y el apoyo informativo que hubieran esperado las mujeres en este estudio⁴⁰.

Esto corrobora que a la mujer solo se le aplican procedimientos de rutina dejando a un lado su sentir, le quitamos a la mujer el control de ella misma, anulando su biología y sobreponemos controles externos mediante intervenciones de tipo farmacológicos hasta procedimentales, sin poder ver el profundo efecto que dichas intervenciones tienen en el estado físico y mental de la mujer y de forma paralela el estado del recién nacido también será alterado.

6. OBJETIVACIÓN DEL CUERPO

La asistencia se configuró fundamentalmente a partir de las informaciones proporcionadas por el cuerpo, un cuerpo-objeto, pasible de ser examinado.

Tal objetivación corresponde al modelo tecnocrático de Davis-Floyd⁴¹, según el cual la relación del equipo con la parturienta está marcada por la información que

³⁹ Donna J. Sauls, *op.cit*

⁴⁰Tumblin A, P Simkin .*op. cit*

⁴¹ Davis F., R. Culture and birth: The technocratic imperative. *International Journal of Childbirth Education*, 9 (2), 6-7. 1994

la técnica ofrece, sea ésta a través de un examen manual, con algún instrumento o mediante la aplicación de un procedimiento. Así, el espacio para la relación humana queda subyugado a la relación tecnológica y el equipo, por lo tanto, está más atento a la decodificación de las señales del cuerpo que a la voz de la paciente.

La materialidad del ser humano se puede considerar desde una concepción científica, donde el cuerpo humano es analizado como un objeto que pesa y tiene una determinada densidad. El cuerpo es tratado como objeto. Se puede medir, diseccionar, pesar, fotografiar, etc.; y es entendido como una realidad con características específicamente físicas y biológicas.

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

Lola:

“Pero en general casi no nos hacían caso, nada más nos ponían un aparato en la panza y ahí nos dejaban, que ahí oían el corazón del bebé, eso sí a cada rato tacto.”

Diana:

“Todos metieron mano, la verdad yo me sentí violada, (llora) y yo lloré mucho, lloré incluso ahorita, porque aunque yo ya había tenido la experiencia de un tacto, nunca me trataron así, y aquí en el hospital de la mujer todos metieron mano hombres y mujeres. Y me lastimaron más las mujeres”

Blanca:

“el médico que me reviso, solo me sujeto los pies y me los empujo hacia mi panza y sin decir agua va me metió los dedos, yo sentí horrible,”.... se siente re feo el agua fría y ahora si como digo ni dijo

agua va, y yo creo que usan rastrillos de a peso porque me daba unos jalones horribles, pero en fin lo que pasa uno por los hijos.”

Esto también lo encontró Montes Muñoz⁴² pero como categoría de Cosificación en donde la mujer es tratada como objeto de trabajo sufriendo exploraciones repetidas realizadas por diferentes profesionales. Esta situación se dio más en los hospitales universitarios justificado en el aprendizaje de los/as alumnos/as, pero no siempre debe ser así. Ya que el objetivo de un hospital escuela es que el alumno aprenda, pero no solo técnicas, sino también el saber ser y su saber convivir con las personas a las que les brinda cuidado.

7. PERCEPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

El profesional de enfermería tal como se ha entendido tradicionalmente, ha tendido a cuidar de una forma uniforme⁴³ dirigiendo su atención con preferencia a controlar las variables asociadas a la enfermedad y dedicando poco esfuerzo a recomponer en un sentido amplio los significados, internos de la persona, sus vivencias; lo cual limita la eficacia de los cuidados y se contrapone mucho a las expectativas de la persona.

Esto hace importante investigar acerca de los estilos que adopta la relación enfermera-parturienta, de las formas como cada actor se comporta, de las valoraciones e interpretaciones que hace. Y justamente, de una serie de observaciones sobre el comportamiento del personal de salud y de las mujeres en una sala de parto Pérez y Márquez⁴⁴, derivaron dos conclusiones, una de ellas era el comportamiento que tiene el personal de salud se rige en buena parte por su conocimiento técnico sobre la reproducción, pero subyace a él su condición de género, lo cual se muestra en actitudes sexistas, sobre la mujer en general, y en particular en su condición de embarazada. Y la otra es que las mujeres se

⁴² Montes Muñoz op. cit.

⁴³ Medina, J. L., *La pedagogía del cuidado*. Laertes. Barcelona 1999. 307 p.p.

⁴⁴ Pérez R.L., Márquez B., *La atención a la Salud durante el embarazo y el parto*. Una propuesta desde la psicología Latinoamericana 2004, Vol. 22, p.p. 61-75

depositan en las manos del personal de salud con plena confianza en sus habilidades y conocimientos al punto de inhibir sus propios saberes negándose, incluso, la posibilidad de expresar su dolor o malestar y resignándose a las decisiones del profesional que la atiende. Tal vez por eso perciben así las intervenciones de enfermería.

Esto se refleja en lo comentado por nuestras entrevistadas:

Lola:

“Yo sé que es su trabajo, pero decirle a uno, sabe que, soy fulanita de tal, soy la enfermera y ahorita yo la voy a rasurar va sentir esto y lo otro, ahorita va a pasar allá con las doctoras o con otras personas, pero no o sea no, nada más, este, como ya nada más, hacen su trabajo y ya nada más, súbase y quítese y ya.”

“Ya nada más hacen su trabajo, porque es su trabajo y ya, o sea no es ni bueno ni malo, simplemente es su trabajo y ya, o sea como hacer tortillas, nada más las reciben, las envuelven, las cobran y ya.”

Diana:

“Por su presencia o por lo que estaba pasando creí que todos eran iguales. Para mí nunca existieron enfermeras, aunque a mí me daba igual que estuvieran ahí enfermeras o no, porque el trato era el mismo.”

“Pues yo digo que son muy mandonas, o sea no piden las cosas ni por favor, no sé si yo este mal, yo percibí como que tenían mucha prisa”

Blanca:

“Que cree, que realmente la enfermera ni la recuerdo, porque ni su nombre para empezar me dio.”

“No me dio orientación, solo daba órdenes, súbase aquí, bájese, parece, póngase etc. Pero nunca me dijo para que o porque me hacia las cosas, yo en si no recuerdo la imagen de la enfermera durante mis dolores, ella nunca estuvo ahí, y si estuvo fue solo para dar órdenes.”

El problema de atención a la salud de las mujeres embarazadas está enfocado en que la calidad de la atención en los servicios de salud no sólo se ha deteriorado, sino que al ser parcial, puede constituirse en un factor de riesgo para la salud de las mujeres. Esto también fue encontrado en el estudio realizado por Tumblin A, P Simkin⁴⁵, en su investigación en donde las expectativas de las mujeres en dicho estudio estaban en la que las enfermeras nunca les daban el tiempo y mucho menos daban la comodidad física, apoyo emocional, y el apoyo informativo que hubieran esperado las mujeres en este estudio.

El personal que atiende a las mujeres embarazadas, no consideran el conflicto o crisis afectiva que experimenta la mujer y en términos de sus saberes y la percepción que tienen sobre su proceso reproductivo en razón de su género⁴⁶. La educación tradicional de las mujeres, prescribe formas de comportamiento que son un factor de riesgo para su salud, en tanto que exige actitudes de sumisión y obediencia en detrimento de su propio sentir, pensar o creer.

⁴⁵ Tumblin A, P Simkin. *op. cit*

⁴⁶ Pérez R.L., Márquez B *op.cit*

CONCLUSIONES

Después de haber expuesto los hallazgos y realizado nuestra discusión llegamos a las siguientes conclusiones:

1.- Las mujeres han sido siempre las encargadas de la salud, tanto en sus propias familias, hasta en algunas culturas, de la comunidad misma; no obstante, las estructuras existentes del poder han impedido que se establezca una relación verdaderamente humana entre las prestadoras y las usuarias del servicio de salud.

2.- Las mujeres comentaron haberse sentido como animales, abandonadas, violentadas tanto físicas como verbalmente etc., y que ni siquiera fueron merecedoras de la más mínima información acerca de su trabajo de parto.

3.- La tendencia de la actual sociedad de consumo caracterizada por el énfasis cada vez mayor hacia la tecnología,¹ que desplaza a dicha mujer y sus sentimientos, convirtiéndola en datos de computadora, de laboratorio y gabinete; y ese cambio mientras más acelerado y patente se haga, deteriorará en razón directa, la relación entre el profesional de enfermería con la embarazada, ya que nuestro propósito es el de humanizar las acciones del proceso reproductivo, es culminar con el nacimiento de una nueva persona sana, con una madre sana física y mentalmente, con progenitores y familias capaces de asumir positivamente en su desarrollo y crecimiento. Sin embargo, en la investigación se puede observar que las informantes refieren casi el mismo trato en las diferentes instituciones, que no varía si es del I.M.S.S., del Gobierno del Estado de México, o incluso a nivel privado.

4.- Las mujeres perciben casi de igual manera nuestras intervenciones, no hay una diferencia sustancial de esta investigación, con la de los otros autores. Esto se debe a que la flexibilidad conductual de percibir selectivamente es una capacidad

¹ Anderson Perry. *La trama del Neoliberalismo*. Ed. Eudeba Universitaria de Argentina. 1999. pp. 15-27

de la especie humana que permite la adaptación de los miembros de una sociedad a las condiciones en que se desenvuelven. Así, la percepción es un caso en el que una capacidad corporal es moldeada y matizada por el aprendizaje.

En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. De acuerdo con los referentes del acervo cultural lo percibido es identificado y seleccionado, sea novedoso o no, adecuándolo a los referentes que dan sentido a la vivencia, haciéndola comprensible de forma que permita la adaptación y el manejo del entorno. Por ello las mujeres perciben que son abandonadas, violentadas, tratadas como seres inferiores, porque socialmente ya están condicionadas a que como mujeres deben de sufrir, y que lo deben de soportar porque forma parte de su condición de embarazada y eso garantiza salir indemne de dicho proceso.

5. A partir de este tipo de investigaciones es de lamentar que a pesar de que enfermería ha estado en busca de su objeto de estudio, abordando los conceptos del cuidado enfermero, salud, entorno y persona, no lo aplicamos en nuestro quehacer profesional. Ya que la competencia profesional de la que siempre hablamos, que se supone constituye uno de los pilares deontológicos básicos para una atención humanizada, queda evidenciado no solo por esta investigación si no por varias (contempladas en esta investigación) que no la aplicamos, es más no se ve reflejada la participación de la enfermera en este proceso tan importante que pasa la mujer embarazada, su trabajo de parto. Esto se refleja en lo comentado en las entrevistas y es que dos de las mujeres refieren que en el servicio de labor, no pudieron diferenciar, (tal vez por el tipo de vestimenta, ya que todos portan el mismo uniforme quirúrgico), quienes eran las enfermeras; ya que para ellas, todas las mujeres que trabajaban ahí, eran las mismas. Esto es preocupante, porque en

las personas no hay un impacto de nuestras intervenciones, y en nuestro quehacer profesional.

6.- Debemos reflexionar que ser competentes significa estar capacitados para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo. Solo desde la competencia es posible cuidar y asistir a un ser humano, reduciendo al mínimo los daños y sufrimientos peores a los que se pretenden aliviar. Sin embargo es preciso no perder de vista la triple dimensión de la competencia profesional, que no está solo en *el saber* (el cual por si solo sería un conocimiento inútil), ni tampoco únicamente un *saber hacer* (el cual solo sería la aplicación de técnicas), sino también el *saber ser*. No solo basta la presencia de un conjunto de aptitudes sino también de actitudes, como la capacidad de escucha y de dialogo, la empatía, la simpatía, y el respeto. Estas importantes dotes necesitan ser educadas y ejercitadas, desde los primeros momentos de nuestra formación profesional. El ser competente exige del profesional de enfermería un esfuerzo constante pues el saber humano se transforma y enriquece, nuestro deber es dominarlo y emplearlo adecuadamente para lograr atender a la persona de una manera eficaz y a la vez humana.

7.- Puede ser que se vea al personal como seres insensibles o inconscientes de su actitud hacia las mujeres, pero tal vez lo que hace que se comporten de esa manera es una excesiva presión asistencial dada por la duración, intensidad y el elevado volumen de trabajo, ya que puede disminuir la posibilidad de establecer una verdadera relación humana, esa relación entre enfermera paciente de la que tanto hablamos, sin embargo realmente ese es uno de los factores que podemos solventar a través de estrategias que nos permitan atender a las mujeres, como seres humanos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitantes encontradas para la realización de esta investigación fue la poca investigación encontrada referente al tema sobre todo de tipo cualitativo, ya que la que se pudo encontrar se encontraba en diferentes idiomas como el

portugués y el inglés, además que 5 de dichas investigaciones son de tipo cuantitativo.

POSIBLES ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

1. Urge que durante la formación del profesional de enfermería de pregrado, sobre todo en aquellos Módulos o Materias donde se aprende todo lo relacionado a Salud Reproductiva, el aprendizaje no debe de ir solo centrado en forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, sino que deben incluirse contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, que si observamos en los programas de pregrado, son casi inexistentes. Además, de que se deben de rescatar los valores éticos de la profesión
2. Se debe incluir la enseñanza de un código deontológico, que no solo este limitada a códigos administrativos y procedimentales, ya que así lograremos como resultado profesionales con elevado saber científico, pero sobre todo con una elevada formación humana y consecuentemente podrá interactuar con cualquier persona, ya sea sana o enferma, porque comprenderá el proceso que está viviendo desde una perspectiva holística e integradora. Ya que los alumnos reproducen lo que se les enseña durante la formación, tanto el curriculum oculto como el manifiesto, y depende de eso su actuar.
3. Se debe incentivar aquellos espacios de intercambio de experiencias, de estudio e investigación, sobre todo de tipo cualitativo, ya que es una manera de conocer el sentir de la persona que está viviendo el fenómeno. Esto para dejar atrás la enseñanza en donde la enfermera es educada por otras enfermeras con la visión de que ejecutamos predominantemente acciones de tipo manual y los médicos de tipo intelectual. Este tipo se fija en las conciencias, y aunque la educación asegura la diversidad, también se ocupa de perpetuar la homogeneidad de sus discípulos. Como podemos observar la enfermera es educada de una manera conveniente para las instituciones, ya que esta ideología sirve al sistema gubernamental como medio de control social de los miembros que integran esta profesión; proponiéndose

así que analicemos su posición débil en la sociedad y la situación subordinada del sistema de salud, reflejando así el porque nuestro actuar con las personas.

4. Se debe dar la inclusión de la materia de ética y bioética, de manera transversal en el curriculum, lo que implica integrar en los programas las implicaciones éticas y bioéticas específicas del modulo en donde se imparte la Salud Reproductiva, específicamente los valores y principios que deben de aplicarse durante el quehacer profesional.

APORTE A LA PROFESIÓN

- Las aportaciones de esta investigación son relevantes ya que permite visualizar y reflexionar a los profesionales de enfermería los aspectos que podrían afianzar y solidificar sobre todo en los módulos que se relacionan con la Salud Reproductiva.
- A partir de evidenciar este tipo de investigaciones, sobre que es lo que perciben las mujeres y demás personas a las que les damos cuidado, favorece un continuo proceso de reflexión acerca de lo que estamos enseñando y como estamos actuando.
- Una de ellas es que debemos saber integrar a la enfermera como profesional y a la enfermera como persona, ya que la primera debe de ejercer sus intervenciones con un alto nivel de calidad sin dejar a un lado a la enfermera como persona, que entiende los sentimientos, emociones y creencias de la persona, ponerse en el lugar de ella.

Si durante la formación de pregrado se establecieran los aprendizajes relacionados a las intervenciones planteadas en el Marco Teórico, el profesional de enfermería al otorgar sus servicios ya sea en la institución o

en el ejercicio libre de su profesión, tendría un impacto social muy importante, ya que contaría con los elementos necesarios para aplicarlos en el proceso reproductivo y así se culmine con el nacimiento de una nueva persona sana, con una madre sana física y mentalmente capaz de asumir positivamente su maternidad.

- Darnos cuenta como docentes y como profesionales de enfermería, que si estamos buscando nuestro objeto de estudio, debemos comenzar con proveer al estudiante de pregrado, una cosmovisión humanística, antropológica, filosófica y ética que le sirvan de sólido fundamento, esto a través de que dichos contenidos formen parte de los planes de estudio, ya que si solo enseñamos técnicas solo abarcaríamos uno de los elementos de la triple dimensión profesional, el hacer y seguiremos sin avanzar como profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abbagnano, Nicola *Diccionario de filosofía*, México, Fondo de Cultura Económica 2a. ed. 1986.
2. Álvarez J.L., Gayu J. *Como hacer investigación cualitativa*. Paidós Educador. Barcelona. 2007. p. p. 222
3. Armellini CJ, Luz AMH. *Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição*. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24(3): 305-15. Disponible en: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4463/2401>
4. Benson, J. *Diagnóstico y tratamiento gineco obstétrico*, México Manual Moderno 2002. p. p.430
5. Bermejo, J. C. *Humanizar la salud, Humanización y relación de ayuda en enfermería*, Madrid. San Pablo 1997
6. Burroughs A, Rodrigues PD, Montesuma FG, Silva RM. *El significado del parto y de la atención de enfermería: visión de mujeres en puerperio inmediato*. Revista RENE 2001,2:101-6.
7. Brusco A. *Humanización de la asistencia al Enfermo*. Madrid, Sal Tearre 1999.
8. Cavalcante, F. N.; Oliveira, L. V.; Ribeiro, Marli M. *Sentimientos vivenciados por mujeres durante trabalho de parto e parto* Rev. Baiana Enferm 2007 ene-abr 21 (1): 31-40 ISBN/ISSN 0102-5430 consultado El 20-3-09 Disponible en: <http://www.pgenf.ufba.br/revista.asp>
9. Cánovas Tomás, Miguel Ángel *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Apuntesenfermeria3.iespana.es/2006/Relaciones%20humanas.doc consultado el 19-11-2009 Disponible en: http://www.tesisenred.net/TDR-0309109-100115/index_cs.html

10. [Castro, Jamile Claro de](#) y [Clapis, Maria José](#). *Humanización del parto según enfermeras obstetras involucradas con la atención al parto*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 960-967. ISSN 0104-1169. doi: 1590/S0104-11692005000600007. consultado el 20-3-09 disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
11. Creswell J.W. *Qualitative inquiry and research desing. Chossing among five traditions*. SAGE. United States of America. 1988 p. 54
12. [Corbett, CA](#), [Callister LC](#). *El apoyo de enfermería durante el parto*. Brigham Young University, EE.UU. PMID: 11271049 [PubMed - NLM] consultado el 26-10-2009 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11271049>
13. Coffey A., Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos* Ed. Universidad de Antioquia 1996, Medellín Colombia 249 p.p.
14. Danforth, *Tratado de Obstetricia y Ginecología.*, México, Interamericana 2000 p.p. 634
15. Davis F., R. Culture and birth: The technocratic imperative. *International Journal of Childbirth Education*, 9 (2), 6-7. 1994
16. Day R. H. *Psicología de la percepción*, México, Limusa. p.227 1981
17. Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española 22ª ed. Consultado el 19-12-2008. Disponible en: <http://www.buscon.rae.es/drael/>
18. Driessnack M., D. Sousa V. Costa M. I. *An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs* Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2007 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000400025&script=sci_arttext&tlng= consultado el 20-06-2008
19. Edward C., Carterette, Morton P. Friedman *Manual de Percepción* Ed. Trillas 1982 p. 408.

20. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. *Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study*. *Midwifery* 2006; 22:240-248. Consultado el 26-06-2009 Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336818?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=33
21. Fernandes de Freitas Genival, Barbosa Merighi Miriam Aparecida, Prado Fernandes Maria de Fátima. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2007 Nov. Consultado el 20-03-09
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es.
22. Foucault Michel. *Microfísica del poder*. Ediciones la Piqueta. Tercera edición. España 1992.
23. Goldstein, E.B. *Sensación y Percepción* 6a. ed. Ed. Thompson
24. Gutiérrez J., Delgado J. M. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, España, Cap. 6 p. p. 151-154.
25. Hodnet, ED et. als. *Continuous support for women during childbirth* Biblioteca Cochrane 2008 Consultado el 10-07-2009 Disponible en: www.cochrane.com
26. INEGI. Estadísticas vitales, 2006. Base de datos. Disponible en: www.inegi.gob.mx/ -
27. Lima da M.C.C. Ojeda O.M.C.L. *Enfermería y Apoyo Emocional: la perspectiva de la parturienta*. *Revista de Psicología* 2006/ vol. XV número 001. Universidad de Chile. Santiago de Chile p.p. 57-73. Consultado El 10-05-2009. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>
28. LIBRO DE PONENCIAS .XI Encuentro de Investigación en Enfermería. Madrid 14-17 de Noviembre de 2007 Unidad de coordinación y desarrollo de

la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIH) Instituto de salud Carlos III. www.isciii.es/investen/. Ponencia de M^a Jesús Montes Muñoz. *Sobrevivir al parto. Experiencias de maltrato institucional* pág. 158. Disponible en: http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Comunicaciones/2007/investen_2007/libro%20XI%20ENCUENTRO%20.pdf

29. Lowdermilk D., Perry S., *Enfermería materno infantil*. Ed. Océano, España, 1997, Vol.1 p.p. 367-375.

30. Lenise do Prado M., De Souza M.de L., Carraro, T.E. *Investigación Cualitativa en Enfermería*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 No. 9. Organización Mundial de la Salud 2008. p.p.239

31. M Zampieri. *Encuentro de padres, bebés y profesionales de salud: oportunidad para la mujer y la familia para narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento*. Revista Enfermería Global ISSN 1695-6141 No 9 Noviembre 2006. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/363/331>

32. Marsden W., *El cuidado maternal en España: La necesidad de Humanizar el parto Medicina Naturista*, 2006; N° 10:598-610 I.S.S.N.; 1576-3080.

33. Mc. Closkey C. Joanne. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)*, España, Harcourt Mosby 2002 p.27

34. Melgarejo L. *Sobre el concepto del percepción* 1994 Disponible en: www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf Consultado el 3-diciembre 2009.

35. Medina, J. L., *La pedagogía del cuidado*. Laertes. Barcelona 1999. p.p.307

36. Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1995. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/manual_cont_sum_sup_alim/anexo_b.pdf

37. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Año 1985* Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/humanizar_el_parto.asp consultado el: 5-06-2008
38. Organización Panamericana de la Salud. *Herramientas para el fortalecimiento de la Partería Profesional*, USAID. Washington, D.C. 2006.
39. Pascali V.L., Bottone, A. F., *Problemas bioéticos, deontológicos y médico-legales de la medicina perinatal*. Revista Internacional de Bioética, Deontológica y Ética Médica, Universidad Anáhuac Vol. IV No. 2 Oct.- Dic. 1993. Pág. 409-423.
40. Pérez R.L., Márquez B., *La atención a la Salud durante el embarazo y el parto*. Una propuesta desde la psicología Latinoamericana 2004, Vol. 22, p.p. 61-75
41. [Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación](#). Capítulo IV. *De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos*. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html - 96k consultado el 20 de Noviembre 2008.
42. Rodríguez Shadow, M.J. *La mujer azteca* UAEM, México, 1991 287p.p.
43. Rodríguez Gómez G., Gil F. J. *Metodología de La Investigación Cualitativa*, Ed. Ediciones Aljibe 1999, p.p. 378.
44. Secretaria de salud consultada 20-11-2009 disponible en: www.mujerysalud.gob.mx
45. Simões SMF, Conceição RMO. Parto humanizado: significado para a mulher. Rev. Enferm Brasil 2005 jan/feb 4(1): 36-42. Disponible en:

www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12.pdf Consultado el 23-07-2009

46. Tarrés M.L., *Observar, Escuchar y Comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. El Colegio México, 2001. p. 11-12
47. Taylor S. J. Bogdan R. Capítulo 6. *El trabajo con los datos, análisis de los datos en la investigación cualitativa. En Introducción a los métodos cualitativos*. Paidós Básica. Barcelona. 1987. P.p. 343.
48. Torralba Rosello F. *Antropología del cuidado* Madrid. Fundación MAPFRE, Medicina; Instituto Borja de Bioética.
49. Tumblin A, P Simkin. *Las percepciones de las mujeres embarazadas del papel de la enfermera durante el parto y el parto*. Wake Med, Raleigh, Carolina del Norte, EE.UU. PMID: 11264629 [Pub Med - NLM]

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO SOBRE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO DE MÉXICO.

Por medio de la presente, yo _____ con dirección en _____ acepto participar en este proyecto de investigación.

El objetivo del estudio es: Analizar la percepción de las mujeres en trabajo de parto a través de su propio discurso sobre las intervenciones de enfermería. Por lo que se me ha explicado que mi participación consistirá en narrar mis propias experiencias relacionadas con el trabajo de parto, las cuales serán grabadas, transcritas y utilizadas para realizar el reporte de investigación correspondiente.

La investigadora se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que se susciten durante la entrevista referente a su trabajo de parto y puerperio así como de la propia investigación. Y puedo localizarla en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México en la carrera de Enfermería y al teléfono _____

Se me informo que mi identidad se mantendrá en el anonimato tanto en las presentaciones o publicaciones que se deriven de esta investigación y que los datos relacionados con mi privacidad serán confidenciales, además de que tengo derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere necesario.

Nombre y firma de la participante _____

Nombre y firma de la investigadora _____

Nombre y firma del testigo _____ Lugar y fecha
_____ GRACIAS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2008-2010.

| ACTIVIDAD | MAY- JUN. | JUL- AGOS. | SEP- OCT. | NOV.- DIC. | ENE- FEB. | MAR- ABR. | MAYO- JUN | JUL- AGOS | SEP- OCT | NOV DIC | ENE FEB. |
|---|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| PRESENTACIÓN DEL PROYECTO | X | X | | | | | | | | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (Importancia del estudio, Propósito de la Investigación, Objetivos, Marco teórico) | | X | X | | | | | | | | |
| Metodología (Diseño, Población, muestra, variables, Procedimiento, Instrumento, Análisis estadístico, consideraciones éticas del estudio) | | | | X | X | | | | | | |
| Seleccionar y localizar sujetos de estudio. | | | | | X | | | | | | |
| Aplicación de prueba piloto | | | | X | | | | | | | |
| Presentación de avances en la ENEO por tutorial | | | | | X | | X | | X | | |
| Aplicación de Instrumento | | | | | | X | | | | | |
| Transcripción de las entrevistas y clasificación de datos | | | | | | X | X | X | | | |
| Revisión del proyecto por tutor | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Análisis de los resultados | | | | | | | | X | X | X | |
| Resultados preliminares | | | | | | | | | X | | |
| Resultados finales, discusión, conclusiones | | | | | | | | | | X | |
| Integración final de tesis. | | | | | | | | | | | X |

GUIA PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Datos de Identificación

- a) Nombre (iniciales) de la participante.
- b) Edad
- c) Escolaridad
- d) Ocupación
- e) Estado civil

2. Antecedentes Ginecoobstétricos de importancia.

- a) Gesta
- b) Para
- c) Cesárea
- d) Aborto

3. Trabajo de parto

- a) Descríbame ¿Cómo fue su experiencia del trabajo de parto?
- b) ¿Qué expectativas, ideas, ilusiones, miedos, sentimientos tenía respecto a su trabajo de parto?
- c) ¿Cómo se lo imaginaba o cómo espera que sucediera?
- d) Si hubiese podido intervenir ¿Qué hubiera deseado?
- e) ¿Expuso alguno de sus deseos con los profesionales?
- f) ¿Lo puede explicar?
- g) ¿Cómo se siente respecto a ello?

4. Percepción acerca de las intervenciones realizadas por enfermería durante el trabajo de parto.

- a) Describame como la enfermera participa con eficiencia en sus intervenciones y prioriza las necesidades de las pacientes.
- b) Como fue el cuidado que le brindó la enfermera durante su trabajo de parto.
- c) ¿Qué esperaba que realizará la enfermera durante su trabajo de parto?
- d) Enfermería le orientó sobre las intervenciones durante que se realizaron durante el trabajo de parto (Signos Vitales, Enema, Tricotomía, Aseo Vulvar, Sonda Foley, exploración de la Frecuencia cardiaca fetal, Canalización de Vena, Tacto, Orientación sobre el proceso del trabajo de parto, Técnica de respiración-relajación, Aplicación de medicamentos), para la seguridad de usted y su hijo.
- e) ¿Que significó para usted la enfermera durante su trabajo de parto?
- f) Si pudiera ¿Cambiaría algo de la asistencia que le brindo la enfermera durante su trabajo de parto? ¿Qué y por qué?

TABLA 1

Características demográficas de las informantes

| No | INFORMANTE | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | ESTADO CIVIL | GESTA | HOSPITAL DONDE SE ATENDIO |
|----|------------|------|-----------------|-------------|--------------|------------|---------------------------|
| 1 | LOLA | 22 | SECUNDARIA | AMA DE CASA | CASADA | PRIMIGESTA | I.M.S.S. |
| 2 | DANIELA | 37 | PREPARATORIA | AMA DE CASA | UNION LIBRE | PRIMIGESTA | HOSPITAL DE LA MUJER |
| 3 | BLANCA | 24 | CARRERA TECNICA | EMPLEADA | CASADA | PRIMIGESTA | HOSPITAL I.S.E.M |
| | | | | | | | |

Fuente: datos obtenidos directamente de las entrevistas de las informantes realizados en el mes de Mayo del 2009.

FRAGMENTOS DE LAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

14 DE MAYO 2009

Datos de Identificación

a) Nombre (iniciales) de la participante.

A.L.A. (Iola)

b) Edad

22 años

c) Escolaridad

Secundaria

d) Ocupación

Ama de casa

e) Estado civil

Casada

Antecedentes Ginecoobstétricos de importancia.

f) Gesta

Primigesta

g) Para

Primípara

h) Cesárea

i) Aborto

Trabajo de parto

Describame ¿Cómo fue su experiencia del trabajo de parto?

Ah, pues me sentí, muy nerviosa, sentía que (pausa). Si tenía dolores pero pensaba que iban a ser mayores todavía, porque la gente te dice que van a ser muy fuertes y que debes de aguantar porque luego no te van hacer caso. Entonces eso fue lo que dure, y fueron 3 días lo que dure para aliviarme y me mandaban muchas veces pa´ mi casa y ya me daban ganas de llorar cuando me decían que tenía que regresarme, durante esos tres días anduve caminado sin comer, dormir ni mucho menos descansar, ya me sentía bien débil, las patas las tenía bien hinchadas, pero nadie me dijo cuánto me iba a tardar en aliviarme solo me regresaban y me regresaban, un día si me moleste, porque yo ya casi no me podía mover de lo cansada que me sentía y caminaba despacio y la enfermera de admisión, me dijo “hay señora está bien que sea de gratis pero ustedes abusan” pero porque de gratis si mi marido paga el seguro, pensé, pero estaba tan débil que ya no le conteste, yo tenía miedo, nadie me preguntaba cómo me sentía, la enfermera solo me tomaba la presión y lo demás pero ni me voltio a ver, que feo se siente y uno solo. Ya cuando por fin me aceptaron porque llevaba 10 de dilatación este... que fue hasta el 4º día, este...ya me metieron ahh, bueno me dijeron la enfermera que me encuerara, que dejara todas mis cosas para dárselas a mis familiares y me pusieron las chanclas y me rasuraron ya me subieron a la sala de parto y este, pues estaba nerviosa porque las demás nada mas gritaban mucho ¡¡ay, ay!! .

Y como que se me quitaron mis dolores cuando escuche a las demás y ya después unas doctoras me decían, este, no puje y ya entonces estaba aguantándome mis dolores y luego va otra doctora y me regañaba que porque no pujaba, que porque tenía que pujar, o sea, bueno ya pujaba, e iba otra y también me regañaba que porque pujaba, que todavía no era hora, entonces ya por fin, este, me pusieron la de la raquea y después ya este, me dijo ya no va a pujar de aquí, ya no puje, ya cuando me fue a revisar otra doctora me regañó otra vez porque no les avisaba que ya me sentía mal que ya venía el niño y este ya me

pasaron a la sala de expulsión y no salía mi bebe y por más que pujaba y pujaba pues no salía y ya me dijeron que me iban a tener que hacer o meter los fórceps, pues yo ni sabía, nadie me explicaba, solo me decían que hiciera, hasta pensé que era cesárea, pero no, nada más me metieron unos fierros y sacaron al bebé.

ENTREVISTA REALIZADA EL 14 DE MAYO DEL 2009 EN EL HOSPITAL GENERAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 60 DEL IMSS, EN EL SERVICIO DE PUERPERIO FISIOLÓGICO 1ER PISO. DURACIÓN DE 42 MINUTOS.

ENTREVISTA 2

Datos de Identificación

a) Nombre (iniciales) de la participante.

DIANA

b) Edad

37 años

c) Escolaridad

PREPARATORIA

d) Ocupación

AMA DE CASA

e) Estado civil

UNION LIBRE

Antecedentes Ginecoobstétricos de importancia.

f) Gesta

Primigesta

g) Para

Primípara

h) Cesárea

i) Aborto

Trabajo de parto

Describame ¿Cómo fue su experiencia del trabajo de parto?

Cuando yo llegué al hospital, fue traumático porque en primer lugar la enfermera que estaba en emergencias, me trato mal. Me trono los dedos, para que me quitara la ropa y yo con el dolor que traía no podía quitarme la ropa rápido. Entonces yo incluso le dije: si quiere me voy y atiende a las otras pacientes. Porque me decía apúrese, apúrese que hay muchas pacientes afuera, pues si había muchas, pero la única que se quedo fui yo.

Cuando yo pase a donde están las camillas, estaban muchos médicos practicantes, todos metieron mano, la verdad yo me sentí violada,(llora) y yo llore mucho, lloré, incluso ahorita, porque aunque yo ya había tenido la experiencia de un tacto, nunca me trataron así, y aquí en el hospital de la mujer todos metieron mano hombres y mujeres. Y me lastimaron más las mujeres y este y fue rápido el parto, pero me apresuraban; e incluso nunca se esperaron a que dilatara a 10 cm, ellos en cuanto yo llegué a 6 me metieron a expulsión y me dijeron que tenía que sacar yo a la bebé así, porque estaba a punto de reventar el útero, me decían ellos, entonces, pues yo puje, y me desgarré, y vi a la bebé y lloró la bebé, en ese momento y yo la vi bien, pero después me dijeron que no, que estaba mal ella porque no había reaccionado. Fue mentira porque yo la vi, la vi que lloró.

Y estaban mal las instalaciones porque a cada rato este se zafaba donde subimos las piernas se zafaba esa parte, se caía lo volvían a poner pero así nomas encima pero no lo atoraban bien, incluso fueron a traer como una cinta adhesiva para pegarlo y amarrarme las piernas ahí, entonces varias veces me golpee y quede morada de las piernas. Nació ella y este y tenían que cocerme donde me desgarre y así me dejaron sin anestesiarme, o sea que a mí no me anestesiaron así me lo hicieron, ella nació a la 1:30 de la mañana y a las 9:00 de la mañana estaba en recuperación.

Como me agite mucho me pusieron una mascarilla y yo sentía que me ahogaba, porque me la ponían en la cara sin decirme y trataba de decirle porque me la ponía si no podía respirar con ella y la verdad si le hice a un lado la mano al médico y me regañaba, me decía usted no tiene porque tocarme, pero le decía que es que me cuesta trabajo respirar con esa cosa, no si esta respirando, le digo no me cuesta trabajo y me la volvía a poner, pero antes de eso la enfermera me puso una como sonda, para sacar toda la chis, y ay con eso me lastimaba mucho y yo le decía que me dolía y me decía ¡no! se tiene que aguantar, porque yo la tengo que dejar lista, y me preguntaba si yo sentía una bombita por dentro y yo es que no siento nada de eso y se enojaba y más me metía la manguerita y como no se atoraba por dentro la volvía a sacar y todo eso duele y es muy molesto ya hasta que quedo.

ESTA ENTREVISTA FUE REALIZADA EL 26 DE MAYO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER EN EL SERVICIO DE PUERPERIO FISIOLÓGICO CON UNA DURACION DE 73 MINUTOS

ENTREVISTA 3

Datos de Identificación

a) Nombre (iniciales) de la participante.

G.S.G. (blanca)

b) Edad

24 años

a) Escolaridad

Carrera técnica

b) Ocupación

Empleada

c) Estado civil

Casada

Antecedentes Ginecoobstétricos de importancia.

d) Gesta

Primigesta

e) Para

Primípara

f) Cesárea

g) Aborto

Trabajo de parto

Describame ¿Cómo fue su experiencia del trabajo de parto?

Bueno, empecé con mis contracciones como a las 5 de la tarde, y me fui al hospital, me llevo mi esposo, cuando entre a que me revisarán, siento que solo recibí órdenes, súbase aquí, bájese ya, quítese la ropa, deme la ropa, venga para acá y así, nadie me decía que me iba a pasar. Me dijeron que me subiera en una cama para revisarme, y ahí me dejaron como 10 minutos acostada sin que nadie

me fuera a ver, ya cuando por fin se dignaron a revisarme me acuerdo, que el médico que me reviso, solo me sujeto los pies y me los empujo hacia mi panza y sin decir agua va me metió los dedos, yo sentí horrible, yo se que ese es su manera para que sepan si ya se va aliviar uno, pero no avisan y como primeriza no sabía, que la gente a uno le dice que le va a doler mucho y entre más se queje uno peor le va con los doctores y las enfermeras, pero pues no se vale que no avisen. Y después de que me revisaron me dijo que ya me iba a quedar, y cuando me bajo de la cama se acerco la enfermera y me empezó a preguntar mis datos, pero como ya le dije nada más ordenaba, hasta considero que estaba fastidiada y le caí gorda porque me quede y como ya se acercaba la noche creo por eso se enojó. Después me llevaron a la sala de labor, ahí no me acuerdo de que alguna enfermera se acercara a tomarme mis signos, solo recuerdo que me acostaron en una cama y ahí me la pase horas con mis dolores y todos se fueron a hacerle a la otra paciente que estaba a un lado mío cesárea, porque le dijeron que ya se estaba tardando mucho y la pasaron como a las tres de la mañana y a mí me dejaron sola, si quiera antes estaba con la otra embarazada pero me la pase sola hasta como a las 5 de la mañana, que me revisaron y como estaba revolcándome de dolor el médico me dijo que cuando el anesthesiólogo se desocupara me iban a poner anestesia, como a las 5:30 me la puso, pero como que no me hizo, porque yo le decía que me dolía, y me contestaba que no era cierto porque ya me había puesto dosis, así que la pase con dolor hasta que me pasaron a la sala de expulsión y yo seguía sin saber que me iba a pasar.

ESTA ENTREVISTA FUE REALIZADA EL 20 DE JUNIO DEL 2009 EN EL HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN CON UN DURACIÓN DE 53 MINUTOS.