



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

LA INTERACCIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA
PERCEPCIÓN DE ADOLESCENTES EN TRABAJO DE PARTO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN: Administración del Cuidado en Enfermería)

P R E S E N T A
BEATRIZ CRUZ MOLINA

TUTORA: DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **14 de marzo del 2018**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **Beatriz Cruz Molina** número de cuenta **200006046**, con la tesis titulada:

“LA INTERACCIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DE ADOLESCENTES EN EL TRABAJO DE PARTO”

bajo la dirección de la Doctora María Guadalupe Rosete Mohedano

Presidente : Doctora Dulce María Guillén Cadena
Vocal : Doctora María Guadalupe Rosete Mohedano
Secretario : Doctora María del Pilar Sosa Rosas
Suplente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Suplente : Maestra María Victoria Leonor Fernández García

Sin otro particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx. a 03 de abril del 2018.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento a:

A MIS PADRES Y HERMANOS, porque mis ideales y esfuerzos
han sido también suyos e inspirados en ustedes,
hoy hago de este triunfo más suyo, que mío.

A MI HIJO, porque en este recorrido nos encontramos,
por lo que soy gracias a el y por el tiempo que le he robado
con la esperanza de un gran futuro.

A MI DIRECTORA DE TESIS DRA. ROSETE
por el largo tiempo dedicado en la
elaboración de este documento.

A MI QUERIDA AMIGA GLADYS
porque tuvo las palabras indicadas y acertadas
para incentivar me a culminar este gran proyecto.

GRACIAS

BEATRIZ

... Siempre te pienso PAPA

INDICÉ

	Páginas
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.....	9
1.1. PROBLEMATIZACIÓN.....	9
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	13
1.3. OBJETIVOS.....	14
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS.....	15
CAPÍTULO III. MARCO REFERENCIAL.....	21
3.1. INTERACCIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	21
3.2. PERCEPCIÓN Y SU CONCEPTUALIZACIÓN.....	26
3.3. LA ADOLESCENCIA.....	29
3.4. LA MATERNIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES.....	34
3.5. ATENCIÓN AL PARTO EN MÉXICO.....	37
CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
4.1. MÉTODO DE ESTUDIO.....	45
4.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	46

4.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	49
4.3.1.	Informantes.....	48
4.4.	TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
4.4.1.	Procedimiento.....	50
4.5.	ANÁLISIS DE DATOS.....	51
4.6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	52
	CAPÍTULO V. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.....	53
5.1.	Hegemonía técnica.....	56
5.2.	Comunicación.....	61
5.3.	Emociones y sentimientos.....	65
5.4.	Necesidades.....	72
5.5.	Comportamientos.....	78
	CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	87
6.1.	Aportaciones a la disciplina	90
	BIBLIOGRAFÍA.....	91
	ANEXOS	98

RESUMEN

El cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios; en este caso, en el trabajo de parto de adolescentes, que es elegido debido a las situaciones particulares físicas, psicológicas y sociales.

El objetivo del presente trabajo fue analizar la interacción en el cuidado de enfermería desde la percepción de adolescentes que cursaron un trabajo de parto eutócico, en un hospital de segundo nivel en el Estado de México. Realizado con enfoque cualitativo a través del método fenomenológico, los datos se obtuvieron con entrevistas semiestructuradas.

La percepción de la interacción en el cuidado de enfermería es descrita por las participantes a través de cinco categorías: “Hegemonía técnica”, “comunicación”, “emociones y sentimientos/positivos y negativos”, “necesidades/afectivas y físicas” y “comportamientos/asertivos y agresivos”

La primera categoría tiene relación con: el poder en los procedimientos que se ejercen en la práctica hospitalaria. La segunda hace referencia a la importancia que tiene la comunicación para establecer una interacción terapéutica. La tercera implica a las emociones y sentimientos que se presentan alrededor del proceso de trabajo de parto. En la cuarta se abordan las necesidades afectivas y físicas de las adolescentes en torno al periodo de trabajo de parto. Por último, se exponen los

comportamientos del personal de salud que se relacionan con las jóvenes, de los cuales surgen dos subcategorías, la conducta asertiva y la conducta agresiva en donde se hace referencia a un importante tema; la violencia obstétrica.

De esta manera, la interacción en el cuidado de enfermería fue descrita como los procedimientos y rutinas regidos por la institución hospitalaria. El cuidado de enfermería quedó invisible al no lograr diferenciarse del resto de profesionales que prestan servicios de salud, ya que el concepto otorgado sobre la práctica-enfermera/o cubre mayormente la concepción técnica.

Palabras clave: Percepción, Interacción, embarazo en adolescentes.

ABSTRACT:

Nursing care is fundamental in exchanges which establish between patient and nursing team in different situations, about this to be in labor childbirth in adolescents.

This topic has chosen because physical, psychological and social situations.

The objective was analyzed the interaction in the nursing care who nowadays adolescents who are in eutocic labor childbirth in a hospital of level second In the State of Mexico.

This work has done with qualitative object through phenomenological method, the answers were obtained with a semi-structured interview.

The interaction perception in the nursing care is described by the participants through five categories, technical hegemony communication, emotions and positives feelings, negative feelings, affective needs physical and assertive, aggressive behaviors.

The first category has relation with the power in the ways that they are in the hospital practice. The second refers to the importance the communication has to establish a therapeutic interaction. The third involves the emotions and feelings that show around the labor childbirth. The fourth addresses the affective and physical needs of adolescents about time labor childbirth; finally it expos personal behaviors of health which have relation with adolescents that there is two subcategories, assertive and aggressive behaviors, that it is an important topic, the obstetric violence.

In this way the interaction in nursing care were procedure and routing based by hospitable institution. Nursing care stayed invisible if it not get difference others professionals that they work in health services, the concept delivered on practice nurse is in general the technical conception.

Keywords: Perception, Interaction, pregnancy in adolescents.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

1.1. PROBLEMATIZACIÓN

Se entiende por interacción como el proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno, o entre una persona y otra que se manifiesta por conductas dirigidas hacia un objetivo⁽¹⁾, para ello esta relación se constituye en una experiencia de aprendizaje, a través de la cual dos personas interaccionan para enfrentarse a un problema presente, que colaboran en su evolución y buscan formas de adaptarse a la situación.

De este modo, en el campo de la salud la interacción toma sentido cuando se convierte en el centro del cuidado. Afirmaciones teóricas⁽²⁾ como la de Hildegard Peplau, entre otras, exponen a la interacción como el principal componente del cuidado enfermero/a. Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) el cuidado es promover un entorno en el que se respeten valores, costumbres, creencias de la persona, como un compromiso hacia ciertos fines que lo beneficien⁽³⁾. Es así como la interacción en el cuidado es entendida como una acción que va más allá de procedimientos técnicos, los cuales abarcan compromiso con el otro, por lo tanto, se torna en una acción humanizada.

Una de las situaciones que requiere un cuidado especializado es el embarazo en adolescente, ya que se ha convertido en un problema de Salud Pública. México tiene el mayor número de casos, de acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI ⁽⁴⁾, en el año 2016 nacieron en el país 2.27 millones niños; de ellos, 395 mil tuvieron como madre a una mujer que al momento del parto tenía menos de 19 años de edad, es decir, uno de cada cinco embarazos es en jóvenes que no alcanzan la mayoría de edad.

Esta situación ha generado la necesidad de prestar atención a la forma de como el sistema de salud responde a las necesidades de esta población particular, ya que las adolescentes constituyen un grupo poblacional con características físicas, sociales y emocionales que exigen un cuidado diferenciado por parte del equipo que presta atención a su trabajo de parto. Puesto que viven dos situaciones a la vez: la construcción de una nueva imagen corporal, proveniente de los cambios físicos y psicológicos propios de la pubertad y el proceso de adaptación al ciclo embarazo-parto-puerperio, que también implica una serie de cambios a nivel corporal, fisiológico, afectivo y emocional ⁽⁵⁾. Es oportuno destacar que el trabajo de parto de una adolescente, es más complejo, pues las jóvenes deben asumir un nuevo rol para el cual no estaban preparadas físico-social ni emocionalmente. Por lo que es frecuente que las necesidades de éstas, estén acompañadas de una gran demanda de apoyo en todos los sentidos ⁽⁶⁾. Otro aspecto de importancia es el riesgo adicional que presentan las adolescentes en este proceso. El riesgo de morir durante o a consecuencia del parto es prácticamente el doble cuando se tiene menos de 19 años, según datos del INEGI.

Debido a las alarmantes cifras de embarazos adolescentes existentes, la atención a las embarazadas es una prioridad en salud sobre la cual se realizan esfuerzos concretos. Por ello, la Secretaría de Salud en concordancia con las recomendaciones de la OMS, creó una guía de implementación del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en el cual uno de sus elementos esenciales es el “enfoque humanizado”, que al referirse a la atención del parto pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres durante ese periodo⁽⁷⁾.

El problema radica en el ámbito práctico del ejercicio profesional, al observarse que la interrelación entre la enfermera/o y las adolescentes que experimentan por primera vez un trabajo de parto es escasa, debido a que históricamente estos profesionales de la salud han estado orientados por modelos derivados de corrientes en los que se privilegia la atención a lo biológico. Las Prácticas “médicas” frecuentemente realizadas a mujeres, nos refieren a una conducta en la cual la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto para otros, donde sus intereses y percepciones no cuentan y en el que las metas de enseñanza médica se colocan en un nivel superior⁽⁸⁾.

Castro señala que es frecuente ver en hospitales a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado⁽⁹⁾. Asimismo, los vacíos presupuestales, la falta de recursos humanos y el sobrecupo de las instituciones de salud, han favorecido que el cuidado se base únicamente en la realización de procedimientos técnicos y se desplacen las necesidades emocionales de las embarazadas durante este proceso.

Es importante mencionar que existen publicaciones sobre esta temática que reflejan el grado de insatisfacción por la atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio, así como la demanda de una atención humanizada, donde la queja principal es la violencia obstétrica ^(10, 11). Blossiers⁽¹²⁾ menciona en el resultado de su investigación, que muchas veces el temor de las jóvenes embarazadas durante el parto es debido a la deficiente información que reciben por parte del personal de salud, además de que las adolescentes desean recibir una mejor atención, que les ayude a conocer el proceso de crecimiento del bebé en sus vientres.

De acuerdo con lo anterior, la interacción en el cuidado de enfermería desde la percepción de adolescentes en trabajo de parto puede trastocarse por diferentes factores socioculturales, o por el desconocimiento de la función real del profesional de enfermería por privilegiar consciente e inconscientemente, otros aspectos, como el éxito del tratamiento médico sobre actos propios del cuidado de la profesión. Sin embargo, el cuidado recibido durante la interacción debe constituir una base que genere bienestar en la embarazada adolescente, en todos los sentidos. A la concepción que se otorgue al cuidado de enfermería significará, entre otras cosas, mayor o menor nivel de prestigio profesional.

Por lo anterior se requiere analizar, describir e identificar la interacción realizada en la práctica de enfermería hospitalaria, desde la percepción de adolescentes en trabajo de parto, que nos dirija hacia un análisis más profundo de la misma y a continuar con cuestionamientos orientados al papel que desempeña la enfermera/o en su ámbito profesional.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la interacción en el cuidado de enfermería desde la percepción de adolescentes en trabajo de parto?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Al revisar la literatura alrededor del tema, se identifica que el Estado de México ocupa uno de los primeros lugares con casos de embarazo en adolescentes, en el 2016 el 15% del total de los partos atendidos fueron a mujeres menores de 18 años⁽¹³⁾.

Debido a esto existen estudios que han abordado esta problemática desde la demografía, a partir de la fecundidad y el enfoque de riesgo físico que puede provocar un embarazo temprano. No obstante, han sido menos explorados desde la comprensión de las interacciones, experiencias y percepciones que viven durante esta etapa.

Estudiar este tema desde aspectos más profundos debe generar inquietud por directivos de instituciones que prestan servicios de salud, puesto que se busca de manera primordial que la interacción prestadora de servicio- usuario otorgue una atención de “calidad” en la que están inmersos aspectos y factores en donde resalta, principalmente, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de estas mujeres⁽¹⁴⁾.

De igual manera, la búsqueda de una atención calidad o interacción terapéutica en los servicios de salud representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para

el profesional de enfermería, ya que está en contacto directo continuo con la embarazada adolescente, por lo que debe garantizar un cuidado con sentido holístico, seguro y sobre todo humano durante la interacción ⁽¹⁵⁾.

Al tomar en cuenta estos aspectos surge la necesidad de realizar este tipo de investigaciones, donde resulta oportuno explorar y analizar la interacción en el cuidado desde la percepción de embarazadas adolescentes, para poder conocer si las actividades de la enfermería promueven el bienestar físico sin dejar de lado lo emocional.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

- Analizar la interacción en el cuidado de enfermería desde la percepción de adolescentes en trabajo de parto.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar aspectos relevantes que intervienen en la interacción entre las adolescentes y el personal de enfermería durante el trabajo de parto.
- Describir las experiencias de las adolescentes en trabajo de parto que se generan en la interacción con el personal de enfermería.

CAPITULO II

REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS

En la revisión no se han encontrado publicaciones con objetivos similar, no obstante, existen investigaciones que tocan el tema de interacción en el entorno hospitalario y menos frecuentes sobre la interacción con embarazo o trabajo de parto en adolescente.

Estos estudios han explorado al embarazo desde los riesgos físicos y patológicos que desencadena una gestación temprana y sólo algunos han tocado aspectos subjetivos del problema.

Al tocar el tema de embarazo en adolescentes se encuentran investigaciones, aunque aportan de manera indirecta a la presente investigación, se han seleccionado y reducido a través de un detallado análisis, al considerarse que contienen propósitos que aportan de manera relevante a este trabajo.

Con intención de mostrar claridad y organización en la revisión de los estudios que anteceden a la presente investigación, se han agrupado por los siguientes temas:

Interacción y embarazo en adolescentes

Blossiers C. ⁽¹²⁾, socióloga especializada en salud, realizó una investigación en el año 2010, estudio cualitativo, cuyo objetivo fue explorar sobre la “Interacción entre el personal de salud

y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal”: Éste llegó a la conclusión de que existen percepciones y valoraciones socioculturales que no favorecen la comunicación, además de que la interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas varía según el género y tiene significados diferentes para la gestante. La percepción que tiene el personal de salud respecto al embarazo se orienta hacia aspectos biomédicos desde el enfoque de riesgos; en cambio para la adolescente es importante el trato por parte del personal de salud, que además es diferenciado por género, pues las mujeres no descuidan aspectos cognitivos y científicos, mientras que los varones tienen una interacción más operativa.

Relación Personal, Interacción o interrelación.

Herrera Loredmy y Cols. ⁽¹⁶⁾, en su investigación de la relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México, en el año 2010, analizaron la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes hospitalizados. Estudio Cualitativo cuyos resultados lograron identificar un trato inadecuado por los profesionales, del médico, especialmente. Este maltrato estuvo acompañado de actitudes impregnadas de despotismo e indiferencia al momento de brindarles la atención clínica.

Otra investigación sobre el tema de interacción fue realizada por Medina Mandujano G. ⁽¹⁷⁾, en el año 2007. El objetivo del estudio fue Identificar la relación entre la percepción del paciente adulto maduro de cirugía y la calidad de la interacción brindada por la enfermera según la teoría de Peplau. El análisis se realiza en el proceso pre y post operatorio, desde el ingreso hasta el alta. Los resultados con respecto a la percepción de la interacción enfermera-paciente se encuentra en su mayoría dentro de la calificación de regular a

negativa. Se evidencia un alto índice de insatisfacción con el cuidado de enfermería, en el periodo de hospitalización, durante las fases propuestas en la teoría de Peplau.

Igualmente, Muñoz Maldonado P. ⁽¹⁸⁾ realizó una investigación sobre Relaciones interpersonales del personal de enfermería y su influencia en la calidad de atención del paciente coronario. El objetivo fue determinar si las relaciones interpersonales de enfermería influyen en la calidad de atención del paciente hospitalizado de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios. El resultado obtenido fue que el 70% de las enfermeras consideran como buena las relaciones interpersonales entre la jefa y el personal y el 30% entre regular y mala. El 75% califica como regulares las relaciones interpersonales entre las enfermeras y auxiliares, el 15% califica como buenas y el 10% como malas. A manera de conclusión señala que las relaciones interpersonales de Enfermería son en general regulares, además que las relaciones Interpersonales influyen en la calidad de atención del

Julimeire⁽¹⁹⁾ realizó el estudio de las relaciones interpersonales en la acción de cuidar en un ambiente tecnológico hospitalario. El objetivo de la investigación fue comprender cómo se establecen las relaciones interpersonales en las acciones de cuidar al niño en un ambiente tecnológico hospitalario. El análisis evidenció que la aplicabilidad de los conceptos humanísticos en ambientes complejos y de grandes aparatos tecnológicos, modifica el ser y hacer con vistas a la construcción de vínculos afectivos y de responsabilidad sobre las acciones de las prácticas de salud.

En la investigación titulada “Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la Unidad Terapia Intensiva Neonatal” realizada por Sifuentes⁽²⁰⁾, cuyo objetivo fue determinar las características de la relación terapéutica que establece el personal de Enfermería con los padres de los neonatos hospitalizados, se evidenciaron los siguientes resultados: En la dimensión de comunicación, los padres opinaron que el

personal de Enfermería no se presentó ni les dio a conocer su nombre; tampoco se dirigieron a ellos por su nombre; no le explicaron sobre el tratamiento que su hijo recibía y los cuidados que deberían ser cumplidos en el hogar una vez que son egresados. Destacó un alto porcentaje de respuestas positivas en cuanto a que el personal de Enfermería les recibió de forma amistosa cuando ingresaron a visitar a sus hijos, les aclararon sus dudas y que cumplen con los cuidados de Enfermería que el neonato necesita. En la dimensión de apoyo emocional, se determinó que los padres recibieron ánimo del personal de enfermería y les brindaron fe y esperanza en cuanto a la recuperación de sus hijos, les respetaron condiciones sociales, sus creencias y costumbres culturales, les dieron apoyo cuando ellos se sintieron preocupados.

Chávez Z. ⁽²¹⁾, estudió la “interacción enfermera usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe en un hospital nacional”. El objetivo planteado fue determinar el grado de correlación existente entre la interacción enfermera/o- usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe en un Hospital Nacional. Se encontró que del total de pacientes con mala interacción 19.6% estuvieron insatisfechas con el cuidado recibido. También, del total con buena interacción 46.9% se sintieron ampliamente satisfechas con la atención recibida. Al determinar el nivel de la correlación efectiva y el nivel de satisfacción del cuidado recibido, se encontró que existe una moderada correlación directa entre las dos variables; esto es, que a una buena interacción de enfermería-usuario externo, el paciente se siente ampliamente satisfecho y cuando es mala el paciente se siente insatisfecho.

Embarazadas adolescentes en trabajo de parto (que aportan a la investigación) en donde se incluye la interrelación.

Salete J.⁽²²⁾ realizó un estudio sobre “La fenomenología existencial como posibilidad de comprensión de las vivencias del embarazo en adolescentes”. Con el objetivo de comprender el sentido del embarazo para la adolescente embarazada, en el que intentó captar el “modo-de-ser” y su nuevo “ser en el mundo en su estado de embarazo”. Estudio cualitativo-fenomenológico, realizado a cuatro adolescentes embarazadas. Quedo demostrado en sus resultados el temor por el hijo y por la salud de la embarazada, así como la preocupación con el futuro que involucra el cuidar. Eso favorece la angustia y la ansiedad propia de su ser cotidiano en el nuevo “modo de ser” del aspecto. Concluye expresando que cuando el profesional logra comprender las manifestaciones de la adolescente que vive un embarazo y ser madre, crecen las posibilidades de ofertas para una asistencia individualizada y humanizada para estas jóvenes. Sin embargo, el quehacer técnico distancia a los profesionales de la realidad vivida por cada sujeto, por lo que es necesario que supere tales posturas y sepa construir formas de entender la existencia de cada ser presente en sus relaciones profesionales.

Andrade S.⁽²³⁾ Investigó en Brasil la atención humanizada del parto de adolescentes: el objetivo radicó en analizar la atención al parto bajo la mirada de embarazadas adolescentes, en la perspectiva de la humanización. El estudio evidenció que la enfermería está perdiendo oportunidades para construir su identidad profesional junto a las embarazadas, cuando se resalta que el campo de la obstetricia es vasto a la actuación de estos profesionales. En relación a las necesidades y expectativa de la adolescente acerca de la atención recibida, se identificó que éstas solicitan solamente satisfacer sus necesidades afectivas (cariño, atención, afecto y comprensión) y de desarrollo (aprendizaje),

lo cual puede ser realizado por la enfermera, además de percibir el cuidado de enfermería con enfoque holístico.

De igual manera, Edda Pugin P. ⁽²⁴⁾ realizó una investigación sobre la experiencia de Acompañamiento con Doula a adolescentes en trabajo de parto. El objetivo fue comparar la percepción del dolor-temor durante el trabajo de parto, y el grado de dificultad-satisfacción con la experiencia de parto, en un grupo de adolescentes acompañadas por Doula y otras con atención habitual. Los resultados de este estudio demuestran que el apoyo emocional continuo durante el trabajo de parto, tiene efectos positivos, no sólo en aspectos fisiológicos de éste, sino también sobre algunos aspectos cualitativos de la experiencia y disminuye, significativamente su percepción del dolor y temor en el trabajo de parto y el parto.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

Para propósitos de la presente investigación, se consideró abordar temas sobre interacción en enfermería, percepción, embarazo en adolescentes y atención al parto en México.

3.1. INTERACCIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado como centro de atención de la enfermería es la relación que se da entre enfermera/o y paciente con el fin de promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar, hasta obtener un bien en común. La interacción persona- persona es una experiencia o una serie de experiencias que vive el que otorga y el que recibe el cuidado ⁽²⁵⁾.

La interacción como componente esencial del cuidado de enfermería es fundamentada por el modelo teórico interpersonal que destaca la relación entre la persona y el personal de enfermería. Tuvo sus inicios en la escuela de la interacción la cual apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Meleis sostiene que en esta época hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Las enfermeras que forman parte de la escuela de la interacción son: Hildegard Peplau, Ida Orlando, Joyce Travelbee, e Imugene King ⁽²⁵⁾. Las cuales se inspiraron en las teorías de la interrelación, consideran al cuidado como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda y comprometerse en el contacto.

- Teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau⁽²⁶⁾

Una de las principales teóricas de la interacción en el cuidado de enfermería es Peplau, pionera de esta escuela, desarrolla la primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería en 1952. Describe al cuidado, como un proceso interpersonal terapéutico, significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de ser alcanzable.

Peplau describe cuatro Fases en la Interrelación Enfermera–Paciente:

Orientación: Es el inicio de las relaciones, cuando el paciente reconoce una sensación de necesidad y busca ayuda profesional. Es importante en esta fase y para el proceso de la relación Enfermera–Paciente como la enfermera entra en relación con el paciente, en el momento en que él toma contacto con la Institución de Salud. Esto determinará si el paciente acepta la ayuda propuesta por la enfermera y de esta forma asegurar la continuidad del cuidado. La Enfermera tendrá que usar al máximo los recursos personales y profesionales, para ayudar al paciente tanto a reconocer y a comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

Identificación: Cuando la primera impresión se clarifica, el paciente conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas que pueden ayudarle mejor, se da inicio a la fase de Identificación. En la cual, el paciente puede expresar sus sentimientos relacionados con la percepción del problema. La enfermera facilitará la exploración de sus

sentimientos para ayudarlo a sobrellevar la enfermedad, como una experiencia que reoriente sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivos de la personalidad.

Aprovechamiento: Cuando ya se ha establecido la identificación del paciente con la enfermera, él sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece, trata de aprovechar al máximo la relación Enfermera–Paciente para obtener los mayores beneficios posibles. La enfermera ayudará al paciente a utilizar al máximo todas las posibilidades o alternativas de solución que hayan encontrado juntos. Durante esta fase el paciente puede probar la relación y experimentar sentimientos de dependencia e independencia. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que estas surgen conforme avanza la recuperación; se puede ayudar al paciente a identificar y dirigir nuevas metas, de esta manera podrá disminuir la identificación con la persona que le brinda ayuda.

Resolución: Implica un proceso de liberación para tener éxito que depende de las anteriores fases, se abandonen de forma gradual los anteriores objetivos y se adoptan otros nuevos relacionados con el entorno psicosocial, para que el paciente logre insertarse exitosamente en su entorno familiar y social.

La resolución exitosa se produce cuando ambos resumen su relación, su significado y su realización, de este modo se fomenta el crecimiento y la madurez del paciente y enfermera.

Para términos de esta investigación, se define a la interrelación como el conjunto de acciones de enfermería fundamentadas por conocimiento técnico–científico, orientado a comprender y apoyar a embarazadas adolescentes en hospitalización durante su trabajo de parto.

-
- Teoría del proceso de enfermería de Ida Jeans Orlando

Jeans Orlando⁽²⁶⁾ define el cuidado como una interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda en el cual se establece un proceso de interrelación mutua con el fin de mejorar su salud. En esta teoría las acciones de enfermería en contacto con la persona se le denomina como proceso de enfermería, este puede ser automático y deliberado. Las acciones de enfermería deliberadas son aquellas en donde las percepciones, pensamientos y sentimientos resultan evidentes para la persona y la enfermera/a estas son diseñadas para identificar y satisfacer las necesidades.

- Modelo de relaciones entre seres humanos de Joyce Travelbee

El modelo de relación persona a persona al inicio es una serie de experiencias, que se da entre la enfermera y el receptor de sus cuidados con el fin de satisfacer las necesidades que presenta el paciente, la relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento que se da cuando la enfermera posee los conocimientos necesarios y las actitudes personales para ayudar a los sujetos enfermos porque es capaz de predecir, apreciar y responder a la individualidad de cada ser humano⁽²⁶⁾.

Esta teoría considera que, las situaciones de enfermería, la relación enfermera- paciente constituyen el modelo de lograr el objetivo de la enfermería. La relación se establece cuando la enfermera/o y paciente alcanza una etapa máxima de relación después de haber pasado primero por la fase de encuentro original, que progresa a través de fases de identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y posteriormente simpatía, compasión, hasta que la enfermera/o y el paciente consiguen la compenetración de la última fase.⁽²⁵⁾

Encuentro original: se caracteriza por las primeras impresiones que recibe la enfermera/o-paciente y estos se perciben según sus roles estereotipados.

Revelación de identidades: la enfermería y el paciente empiezan a verse mutuamente como individuos únicos. A partir de ella establece un vínculo que dará lugar a la relación.

Simpatía: esta va más allá de la empatía y se produce cuando la enfermera/o desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente, se adquiere una implicación personal que permite tomar decisiones eficaces, lo que lleva a utilizar la propia personalidad de forma consiente, para tratar de establecer relaciones y estructurar la intervención de enfermería.

Empatía: se distingue por la capacidad de compartir experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso radica en la capacidad de predecir la conducta con la que se mantiene en forma de relación.

Compenetración: en esta fase se mitiga el sufrimiento del enfermo debido a las acciones de enfermería. Éstos se relacionan como seres humanos en donde ambos depositan su confianza y fe. Para ello cuenta con los conocimientos necesarios y la capacidad de percibir, responder y apreciar la individualidad del paciente.

- Teoría de la consecución de objetivos de Imogene M. King⁽²⁶⁾

Esta teoría se centra en el sistema interpersonal y en las relaciones que tiene lugar entre enfermería-paciente. En proceso percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones. En consecuencia, se produce una relación de modo que en caso de exista coherencia perceptiva y se subsanen los trastornos, se producen las transacciones.

Los planteamientos de King parten de cuatro conceptos fundamentales como centro en los seres humanos: salud, relaciones interpersonales, percepciones y sistemas sociales, considerando que estas ideas universales son importantes en todas las situaciones de enfermería.

Los objetivos de la relación enfermería-paciente son: establecer relaciones de modo intencional con los pacientes para determinar valoraciones por parte de la enfermera de las preocupaciones y problemas de salud y su forma de percibirlos.

La teoría ofrece un enfoque de sistemas, además está orientada hacia la consecución de una meta, centrada en la comunicación y la relación, con una perspectiva sistemática que va desde las relaciones personales e interpersonales hasta sociales. La enfermera desde su percepción, valora al paciente, se crea un juicio y determina acciones, mientras el paciente visualiza el problema, también se constituye un juicio que conduce a acciones, que en su conjunto conlleva al desarrollo de la relación y finalmente la transacción.

3.2. PERCEPCIÓN Y SU CONCEPTUALIZACIÓN

Para presentar coherencia con el título de esta investigación es necesario considerar a la percepción además de un concepto, como un proceso mental en el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. Este cuidado genuino y simultáneo que permite a ambas personas, percibir datos, para tomar conciencia del mundo que les rodea, lo que conlleva a la adquisición de conocimiento ⁽²⁷⁾.

Se encuentra en la literatura una variedad de definiciones y conceptos del vocablo sobre la percepción, que van desde la lingüística hasta la especificación por áreas de conocimiento,

en psicología hasta la antropología e infinidad de ciencias y disciplinas; es así como se descubren definiciones establecidas como:

La fisiología define a la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente e impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico, como la visión o el tacto. Específicamente, a la percepción visual es vista como un acto de aprender algunos rasgos sobresalientes de los objetos, es decir, aunque exista una sensación captada por los sentidos es necesaria una interpretación de aquello que se capta, para atribuirlo al mismo significado.

Desde el 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 tiene 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.

La percepción es uno de los temas inaugurales de la psicología como ciencia y ha sido objeto de diferentes intentos de explicación. Existe consenso científico en considerar al movimiento Gestalt como uno de los esfuerzos más sistemáticos y fecundos en la producción de sus principios explicativos. El movimiento Gestalt, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores (teóricos) Wertheimer, Koffka y Köhler, durante las primeras décadas del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el

aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual ⁽²⁸⁾.

La psicología en términos generales, ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación, para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico, social y psicológico, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria para llegar a la simbolización. La percepción comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Implica la relación entre la vida interior del sujeto y el mundo circundante y la concordancia entre el estímulo y la significación del sujeto ⁽²⁹⁾.

Bautista refiere que la percepción es un proceso mental, cognoscitivo que nos permite a su vez formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la

Finalmente, podemos decir que la percepción como concepto es considerada un proceso cíclico de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende de la información que el mundo da, como la fisiología y las experiencias de quien percibe; estas afectan tanto al acto perceptivo mismo, por la alteración de los sistemas perceptibles, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.

El presente trabajo de investigación plantea entender a la percepción como el conocimiento adquirido y referido por la madre adolescente de los actos o comportamientos intencionales de cuidado, que conllevan al bienestar físico y emocional, a la seguridad y a la satisfacción

de necesidades y expectativas, en la interacción con la enfermería en el escenario hospitalario durante el trabajo de parto.

3.3. LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, la cual considera dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Para efectos de esta investigación se tomó a la mujer adolescente entre los 14 y 19 años, que transitaron un trabajo de parto eutócico. A continuación, se describe a la adolescencia desde aspectos físico, psicosociales.

La OMS define adolescencia al "periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económico" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. Además, es oportuno reconocer que los adolescentes son un grupo poblacional complejo que adquiere nuevas experiencias y sentimientos de responsabilidad e independencia, y que para ello deben tener una guía oportuna que le facilite culminar esta etapa de su vida, satisfactoriamente⁽³¹⁾. Diversos autores desde del desarrollo han abordado la adolescencia y la conceptualizan de acuerdo a unas etapas dentro de las cuales marcan mayor relevancia:

- **Adolescencia Temprana: 10 a 13 años** ⁽³²⁾

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. El adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

En estos años se incrementa la curiosidad sexual pueden experimentar actividades auto estimulatorias como la masturbación.

De esta manera, se presentan una serie de “Cambios Psicosociales” donde el adolescente canaliza sus sentimientos hacia fuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas y comprensiva con su conducta. En el ámbito socio-emocional se manifiestan inquietos, habladores, no les gusta estar solos y desarrollan múltiples relaciones interpersonales, es ahí donde es oportuno el reconocimiento del círculo social de los adolescentes por parte de los padres, por tanto, se pone a prueba la formación en la infancia en cuanto a valores y límites de autoridad.

Es así como se puede explorar la autoridad de los padres y de esta manera conocer el alcance de las posibles “libertades” de la adolescencia; el embarazo en esta edad llega a irrumpir el proceso de desarrollo de la adolescente, frente a una inmadurez física y psicológica aparecen las complicaciones. En este momento del desarrollo

apenas se está haciendo un reconocimiento de la genitalidad y las sensaciones como las presentadas en las actividades masturbatorias, tanto en los hombres como en las mujeres. En este sentido la percepción de responsabilidad y dimensión sobre la gestación, el parto y la crianza de un bebé no alcanzan un nivel de realidad y por el contrario se otorga total dependencia del adolescente a sus padres, tanto en la guía de la gestación como en la crianza de un nuevo ser.

- **Adolescencia media: 14 a 16 años** ⁽³³⁾

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Es el período de máxima relación con sus pares, comparten valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

En este período es marcado el distanciamiento afectivo de los padres. La persona adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que la reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo y frecuentemente inicia actividad sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. Es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural.

El desarrollo físico se hace aún más visible y marca una gran diferencia en este periodo de transición con la infancia y la adolescencia inicial, se hace más relevante el inicio de la vida sexual genital en el adolescente y sus cuerpos serán entonces biológicamente aptos para generar nuevas vidas.

Los cambios psicológicos y sociales se caracterizan porque a medida que la persona avanza en la adolescencia media, el grupo de compañeros se extiende hasta incluir integrantes del sexo opuesto. Son los primeros momentos en los que se es consciente de la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del sexo opuesto. Las personas adolescentes identificarán durante este periodo, más claramente, cuál es el sexo que les atrae.

Los cambios cognitivos se caracterizan porque los adolescentes son más conscientes de sus propias ideas, lo que les posibilita dar opiniones más estructuradas y tomar decisiones. La profundización del pensamiento abstracto, idealista y lógico, los capacita para dar soluciones alternativas a los problemas. También, aumenta la toma de perspectiva, lo que les permite identificar más rápidamente el punto de vista del otro. Esta conducta es muy frecuente y suele acompañarse de una postura que pone en duda la moral y las creencias familiares. Estos procesos del pensamiento les ayudan a ganar independencia y son fundamentales en el logro de su identidad.

Es en esta etapa de la adolescencia, en la que se presentan el mayor número de gestaciones adolescentes, es simultánea con el momento en el cual el adolescente hombre o mujer define parcialmente un proyecto de vida, es aquí donde,

generalmente, se están culminando los estudios de secundaria o se está próximo a cumplir este ciclo y las opiniones familiares y personales del grupo de amigos, así como de la familia están puestos en el posible “futuro” de éxito de este adolescente. Sin embargo, se relaciona el hecho de la gestación más con riesgos psicosociales, aunque no se descartan los de tipo físico, donde se puede presentar distocia en el parto, riesgos de preeclamsia, entre otros.

La carga emocional de la gestación se profundiza con la carga escolar y con la no cesión de responsabilidad del proceso a los padres del adolescente, dado que se exige responsabilidad por el evento y se ponen enfrente proyectos de vida dentro del ejercicio de un rol paternal–maternal, rol laboral, rol escolar y rol dentro del círculo de amigos.

- **Adolescencia Tardía: 17 a 19 años**

Son biológicamente maduros, terminaron su desarrollo sexual y crecimiento físicos. Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Las personas adolescentes suelen ser independientes y capaces de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Esto les permite establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefieren relaciones sociales más con

individuos que con grupos o colectividades. De igual modo, desde esta etapa, y cada vez con mayor fuerza, definen planes y metas específicas, viables y reales. Son capaces de abstraer conceptos, definen su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por determinantes de cultura, sexo, nivel educativo, familia y entorno social, entre otros.

En relación a los cambios físicos no son más notorios de los que se presentaron en la adolescencia media, sin embargo, en relación a lo psicológico y social, se evidencia mayor atracción por otras personas, y la disminución de los encuentros en colectividades, se inicia la separación de los padres en ciertos casos.

Es en esta etapa el número de embarazos sigue siendo alto, no mayor que en los adolescentes de la etapa media, en algunos casos se presentan a causa de la gestación uniones de pareja, generalmente por el vínculo de unión libre y en relación al proyecto de vida, de acuerdo a las oportunidades económicas y el apoyo familiar y de la pareja, la mujer puede continuar sus estudios o en otros casos ingresar al mundo laboral, al igual que los hombres, en caso de ser padres dentro de la etapa de adolescencia tardía.⁽³⁴⁾

3.4. LA MATERNIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES

El embarazo en la adolescencia se define como: el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, que se entiende al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.⁽³⁵⁾

El embarazo en adolescentes es un hecho que se observa con más frecuencia en los últimos años y, lo más grave, es que se produce en edades cada vez más tempranas. México tiene una tasa alta de mortalidad materna y perinatal, como una de las principales causas el embarazo en adolescentes; por lo tanto, se convierte en un problema de salud pública importante, por el costo biológico y psicosocial que implica. ⁽³⁶⁾

En los últimos años ha crecido la preocupación en México por el embarazo adolescente. Desde diversos ámbitos sociales y de políticas de salud se han derivado especialistas, recursos humanos y financieros crecientes, razón por la cual, es un tema de suma importancia. ⁽³⁷⁾

Se dice que el número de adolescentes embarazadas está aumentando de manera considerable y alcanza cifras y proporciones altas (alrededor de 450,000 nacimientos anuales en los últimos lustros, que son equivalentes aproximadamente al 15% total) ⁽³⁷⁾.

Desde el punto de vista demográfico, el embarazo adolescente constituye un problema de expansión demográfica, ya que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, mismo que contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento poblacional ⁽³⁸⁾.

- **Complicaciones y factores de riesgo en el embarazo adolescente.**

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de dos factores: una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general ⁽³⁶⁾.

La condición adolescente se acompaña siempre de situaciones individuales en la esfera psicosocial, mismas que repercuten en el estado de salud global, desde mala integración familiar, la ansiedad cuando no se ha planeado dicha situación, presión de los padres, etc. Aunado a esto, el estado biológico de la madre trasciende igualmente por factores como la desnutrición, anemia, enfermedades previas donde se han reportado cardiopatías, cirugías previas o recientes, apendicetomía; epilepsia, específicamente.

A nivel nacional el tipo de complicaciones en el embarazo adolescente se reporta diferente, para el año 2000 el porcentaje de complicaciones fue del 68%; en el que se encontraron: hemorragia, preeclampsia y eclampsia, infección puerperal y aborto, como causantes de este porcentaje. Para el año 2003, las causas se remiten a trastornos hipertensivos con un 31.6% y las hemorragias a un 26.1%⁽³⁸⁾.

- **Epidemiología del embarazo en adolescentes**

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas,

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace 30 años. Para la salud en general, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicaciones del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. En México, en los últimos años, se ha registrado un incremento en el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes que va de, 30 a 37 por cada mil mujeres entre 2005 y 2011⁽³⁹⁾.

3.5. ATENCIÓN AL PARTO EN MÉXICO (NORMAS, RECOMENDACIONES Y MODELOS DE ATENCIÓN)

Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio ⁽⁴⁰⁾

En México la Norma Oficial Mexicana 007 de la Secretaria de Salud define: el parto como un conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

Esta norma de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, menciona que la atención del parto se dará en otra unidad médica con atención obstétrica, que 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 sin importar si está o

no afiliada a la institución que atiende a la política de cero rechazos, que entró en vigor en marzo de 2014.

Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulaci3n alternada con reposo para mejorar el trabajo de parto, as3 como respetar, sobre todo, las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicaci3n m3dica; actualmente diferentes hospitales de la rep3blica mexicana tanto p3blicos como privados luchan por el acondicionamiento y otorgamiento de un espacio exclusivo para el trabajo de parto, donde las parturientas puedan alternar las posiciones que deseen.

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analg3sicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal.

No debe aplicarse de manera rutinaria la inducci3n y conducci3n del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el s3lo motivo de apresurar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificaci3n por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por m3dicos que conozcan a fondo la fisiolog3a obst3trica. No obstante, a3n en la actualidad estas pr3cticas se siguen realizando sin justificaci3n.

Existencia de criterios t3cnicos m3dicos por escrito, para el uso racional de tecnolog3as como la cardiotocograf3a y el ultrasonido; ya que la Organizaci3n Mundial de la Salud sugiere una "invasi3n" m3nima en el trabajo de parto.

El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto no deben realizarse, injustificadamente.

La episiotomía debe practicarse sólo por personal calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito, así como informar a la mujer.

El control del trabajo de parto normal debe incluir: la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo de parto, el registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, además de considerar la evolución clínica. Mantener la hidratación adecuada de la paciente.

El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

Para la atención del periodo expulsivo normal se tiene que efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

Para la atención del alumbramiento normal se esperará el desprendimiento espontaneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su

desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado vaginal sea escaso.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno, en el que deberán incluir al menos los siguientes datos: tipo de parto, fecha y hora del nacimiento, condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas; inicio de alimentación a seno materno, en su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento ⁽⁴¹⁾

En la Declaración de Fortaleza la OMS hace una serie de recomendaciones sobre el parto y nacimiento que se presume pueden aplicarse en todo el mundo, trata explícitamente acerca de la tecnología apropiada para el parto. Así enlistan recomendaciones generales y recomendaciones específicas que a continuación se mencionan.

Recomendaciones generales:

- 1.- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.

- 2.- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- 3.- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- 4.- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- 5.- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se debe mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.
- 6.- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- 7.- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- 8.- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales, debe ser competencia de esta profesión.
- 9.- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología; epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y a las mujeres en las que se utilizan estos conocimientos.
- 10.- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, así como

mejorar la salud perinatal, según criterios de costo-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas:

1.- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

2.- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

3.- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

4.- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

5.- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

6.- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

7.- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible.

8.- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

9.- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. 10.- Ninguna región debe tener más de un 10 % de inducciones.

Atención a las Mujeres en el Parto: Enfoque, Humanizado, Intercultural y Seguro ⁽⁴²⁾

Para dar respuesta a la problemática actual de insatisfacción de las mujeres en la atención al parto, se creó un manual de procesos y actividades que tiene por objetivo fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud en México y su implementación en el Sistema Nacional de Salud.

Este modelo toma en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evidencias científicas, los derechos humanos suscritos por México, la perspectiva de género y la normativa vigente a través de tres enfoques:

Enfoque Humanizado:

Comprender que las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, con el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. De esta forma, se pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

Enfoque Intercultural:

Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, de igual modo reconocer la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de

enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos estos mejoran tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.

Enfoque Seguro:

Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad, con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

Con el propósito de analizar la interacción en el cuidado de enfermería desde la percepción en adolescentes en trabajo de parto, se utilizó la metodología Cualitativa; metodología definida como una indagación que explora las experiencias de la gente en su vida cotidiana, conocida como naturalística, ya que se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren ⁽⁴³⁾, permitió dar respuesta a la pregunta de investigación por ser un diseño que admite una visión holística del fenómeno lo más cercana a la realidad.

Además, la metodología Cualitativa vista como una ruta para alcanzar una mejor comprensión de la vida humana, más que como una solución según lo planteado por Taylor y Bodgan, ofreció una forma de búsqueda centrada en la forma en que las jóvenes embarazadas dan sentido a sus experiencias en su trabajo de parto y en donde lo viven, proporcionan datos descriptivos con sus propias palabras y de sus conductas observables ⁽⁴⁴⁾.

4.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El método de estudio utilizado fue el fenomenológico, caracterizado por estudiar los fenómenos o experiencias tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas.

La fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890; se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales e interaccionales. La fenomenología tiene cuatro conceptos claves: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunidad (la relación humana vivida).⁽⁴⁵⁾

Este método está centrado en la experiencia personal, en donde se considera que los seres humanos están vinculados con su mundo, contexto, objetos, personas, suceso y situaciones⁽⁴⁴⁾. De este modo se logra captar a las embarazadas adolescentes en trabajo de parto como seres con respuestas y sentimientos propios, describen e interpretan y analizan lo que ellas perciben del cuidado que les es ofrecido por el profesional de enfermería.

Palacios señala que el profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en entender lo que la gente siente o piensa, cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. Asimismo, en este caso la fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida de embarazadas adolescentes en trabajo de parto, al ser ellas las protagonistas, se busca describir los significados de los fenómenos de la interacción en el cuidado experimentados por los individuos involucrados, a través del análisis de sus descripciones⁽⁴⁶⁾.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en un Hospital de segundo nivel de atención, ubicado en el Estado de México. Cuenta con los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización

(Pediatria, Medicina Interna, Cirugía General, Gineco- Obstetricia), con un total de 163 camas censables.

El servicio de Gineco-obstetricia atiende a población que no cuenta con seguridad social, y a las personas inscritas a los programas de seguro popular y atención gratuita al embarazo, parto y puerperio.

Este servicio está dividido en tres áreas: triage obstétrico- urgencias (tres mesas de exploración y dos camillas en sala de choque –dos enfermeras) Unidad Toco- Quirúrgica (12 camillas en labor y tres salas de expulsión- tres enfermeras) y alojamiento conjunto “piso” (40 camas censables- tres enfermeras).

La dinámica de atención a la embarazada consiste en: El primer contacto es con el policía de guardia en la entrada de urgencia que registra en una bitácora los datos de las embarazadas, éste indica pasar a la clasificación del Triage obstétrico que es realizado por el personal de enfermería.

Seguido, es valorada por el médico de guardia y es hospitalizada al cumplir con los criterios (trabajo de parto activo o riesgo materno-fetal). De lo contrario es citada a una nueva valoración hasta cumplirlos.

Una vez hospitalizada es enviada a la UTQ en donde es monitoreada por el personal médico y enfermería hasta llegar a el periodo de expulsión.

Posterior al alumbramiento el binomio pasa a recuperación y permanecen ahí aproximadamente dos horas.

Por último, es trasladada a alojamiento conjunto “piso” en donde permanece con el recién nacido aproximadamente 24 horas hasta su alta.

Es importante mencionar que las adolescentes están sin contacto con familiares desde sus valoraciones en urgencias, y durante toda su hospitalización.

Están estipulados horarios de visitas a las 11 horas en el turno matutino y 18 horas en el turno vespertino. Solo en esos horarios se dan informes médicos y/o altas.

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Esta investigación de carácter cualitativo seleccionó a las participantes que pudieron proporcionar la información más significativa sobre el tema ⁽⁴⁷⁾. El estudio consideró a informantes adolescentes dentro del rango de edad de 14 a 19 años, que aceptaron participar, que hubieran cursado por primera vez trabajo de parto eutócico, en donde el binomio no manifestara alguna complicación hasta el momento, además de que estuvieran física y emocionalmente disponibles para ser sometidas a un interrogatorio en su puerperio fisiológico.

4.3.1 Informantes

De acuerdo al tipo de estudio cualitativo, la información proporcionada fue otorgada por seis puérperas adolescentes. El total de informantes se limitó al llegar a la saturación de datos.

Se eligieron dos criterios según caso-tipo para la conformación de las informantes:

- Pertinencia que se refiere a la selección de las mujeres adolescentes informantes clave, que aportaron al estudio y aseguraron el atributo de la información específica del fenómeno de estudio. Se escogió el grupo de las adolescentes puérperas, por las razones expuestas

en el marco referencial que demuestran su alta susceptibilidad frente a la problemática del embarazo temprano.

- Adecuación que hace referencia a la obtención de la suficiente información que contribuyó al logro de una descripción detallada del fenómeno propuesto para esta investigación.

4.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La entrevista semiestructurada fue la técnica que se seleccionó para la recolección de la información, como lo señalado Taylor, en una guía de asuntos o preguntas en donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales, para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados o fenómenos explorados⁽⁴⁴⁾. Por lo tanto, permite percibir razones experiencias y percepciones más profundas de la embarazada adolescente e interpretarlas a la luz de lo que ellas mismas han experimentado, además facilita la interacción con las entrevistadas, y así direccionar de alguna manera los datos obtenidos, con el objetivo de tener la mayor y mejor información posible.

Se utilizó una Instrumento (anexo N.º 1) basado en una guía de preguntas de experiencia o conducta, de opinión o valores, sociodemográficas y de acuerdo con las necesidades se agregaron durante la entrevista preguntas de sentimientos, todas esta diseñadas bajo la propuesta de Mayan María J.⁽⁴³⁾ para determinar la percepción de adolescentes en trabajo de parto, en relación con la interrelación del cuidado de enfermería.

La entrevista se realizó a cada adolescente en etapa de puerperio mediato, las preguntas se hicieron en orden secuencial. Se levantó un protocolo de entrevista de organización y control (nombre del proyecto, tiempo, fecha, lugar). Al final se anexaron notas del ambiente

que se generó en el momento de la entrevista, está se dio por terminada cuando las informantes manifestaron no tener más que agregar.

4.4.1. Procedimiento

Para esta investigación se realizaron los siguientes procedimientos para la recolección de datos

1.- Acceso al campo: El acceso al campo es el contacto físico y social en el que tienen lugar los fenómenos de la investigación. En este sentido, el acceso al campo es un trabajo continuo que permite acceder a la información como lo plantea Rodríguez y Gil ⁽⁴⁸⁾. De este modo, para poder acceder a la instancia en donde se realizaron las entrevistas fue necesario localizar a las autoridades correspondientes a quienes se solicitaron los permisos pertinentes. Posteriormente, se identificó a las personas que podrían proporcionar información del tipo de participantes que se requerían para esta investigación, en este caso fue la enfermera responsable del servicio de Gineco-Obstetricia que asumió ese rol. De esta forma, se logró obtener los datos sociodemográficos de las informantes.

2.- Selección de las Informantes: En este caso las informantes clave fueron captadas a través de libretas de registro de ingresos al servicio de Gineco-obstetricia de un hospital de segundo nivel. Las participantes contaron con el rango de edad y características para participar en esta investigación, igualmente, se corroboró si se encontraban en condiciones físicas para responder a la guía de preguntas. Se explicó a las participantes el propósito del

estudio, estuvieron al tanto de sus derechos, y la opción de solicitar los resultados de la investigación.

3.- Desarrollo de la entrevista: La entrevista se realizó a cada adolescente en etapa de puerperio. Cada entrevista tuvo una duración de aproximadamente 40 a 60 minutos, y fueron grabadas con previa autorización de las que intervinieron en el estudio. A lo largo de la entrevista semiestructurada se fomentó un ambiente de confianza para que las entrevistadas se comportaran de forma natural (*rapport*). Se utilizó una explicación introductoria estándar al iniciar la entrevista. Se evitó que terceras personas interrumpieran u opinaran acerca de la misma. Una vez concluida la entrevista se procedió a la transcripción en la medida que estas se efectuaron.

4.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos en esta investigación, se utilizó la secuencia de los pasos sugeridos por Miles y Huberman⁽⁴⁸⁾. El primer paso de este análisis incluyó la reducción de las notas obtenidas mediante la entrevista, se seleccionó información para hacerla manejable de acuerdo con la revisión de documentos. A continuación, se añadieron los comentarios y las reflexiones de cada participante a las notas previas. En una tercera fase se identificaron y estudiaron las respuestas obtenidas para determinar la similitud entre las mismas, para evaluar posibles patrones o relaciones. Posteriormente, se codificaron datos preliminares para determinar la consistencia de las respuestas obtenidas. Finalmente, se desarrollaron categorías y subcategorías que dieron conclusión a los hallazgos del fenómeno investigado.

4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

El código de ética que se utilizó es el de Reporte de Belmont que destaca tres principios aplicables a las investigaciones, y específicamente al campo de investigación que se desarrolla, como son las adolescentes embarazadas, que, por ser un grupo vulnerable, tiene aspectos legales como el ser menores de edad en estado de gestación. Los principios aplicables éticamente a esta investigación y basados en la bibliografía son: la beneficencia donde se está garantizando el no daño, la no explotación y la razón del riesgo-beneficio⁽⁴⁹⁾.

El respeto por la dignidad humana, en la cual el derecho a la autodeterminación (decidir voluntariamente), el derecho al conocimiento irrestricto de la información (consentimiento informado), y la Justicia que propiciara un trato justo y un derecho a la privacidad, estos tres principios y sus componentes son base fundamental para el trabajo con adolescentes embarazadas.

Para esta investigación se requirió un permiso de las informantes y el consentimiento informado (anexo N.º 2) para asegurar el rigor de la investigación y el respeto de los principios éticos. Se realizaron las entrevistas, éstas fueron grabadas con el consentimiento de las puérperas adolescentes, todas las participantes de la investigación firmaron un consentimiento informado que aclaraba la protección de su identidad y su participación voluntaria, entre otras.

También, se abrió la posibilidad de que en aquellos casos en donde la adolescente estaba representada por un adulto, éste asintiera previa notificación a la joven.

CAPITULO V

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

Percepción del cuidado como interacción en adolescentes en trabajo de parto

La interacción entre una persona y otra, es un proceso de percepción que se manifiesta por conductas verbales y no verbales, además de acciones dirigidas hacia un objetivo; para ello la relación se constituye en una experiencia a través de la cual interaccionan para enfrentarse a una situación específica, para colaborar en su evolución y buscar formas de adaptarse a esas circunstancias. Por tanto, mediante esta premisa el cuidado en la dimensión de interacción, elemento esencial del cuidado, es descrito por seis adolescentes primíparas que transitaron un trabajo de parto eutócico, en un Hospital General del Estado de México.

Las participantes de este estudio se encuentran en los 16 años de edad, es decir pertenecientes a la etapa de la adolescencia media, todas corresponden a un estrato socioeconómico bajo; en relación a la escolaridad, cinco de ellas terminaron la secundaria y una apenas concluyó la primaria, dos de ellas abandonaron sus estudios debido al embarazo, mientras que el resto lo hizo antes de ello. La mayoría de las gestantes se encuentran conviviendo con su pareja en unión libre y sólo dos son madres solteras. Como

ocurre en este tipo de embarazos las adolescentes no lo tenían planeado, además no cuentan con apoyo económico propio, todas son dependientes de sus parejas o padres, por ende, no tienen ningún tipo de seguridad social, obtuvieron su control prenatal y hospitalario de forma gratuita, ya que la atención a embarazadas en los servicios de salud en el Estado México, no tiene costo, como medida para reducir la mortalidad materna.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS INFORMANTES

INFORMANTE	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	DEPENDENCIA ECONÓMICA	*NIVEL SOCIOECONÓMICO
E1	16	Unión libre	Segundo semestre preparatoria	Pareja	Nivel bajo
E2	16	Soltera	Primaria	Madre	Nivel bajo
E3	16	Unión libre	Secundaria	Pareja	Nivel bajo
E4	16	Unión libre	Secundaria	Pareja	Nivel bajo
E5	16	Unión libre	Secundaria	Pareja	Nivel bajo
E6	16	Soltera	Secundaria	Padres	Nivel bajo

* El nivel socioeconómico es determinado por pertenecer al programa atención gratuita a embarazo parto y puerperio.

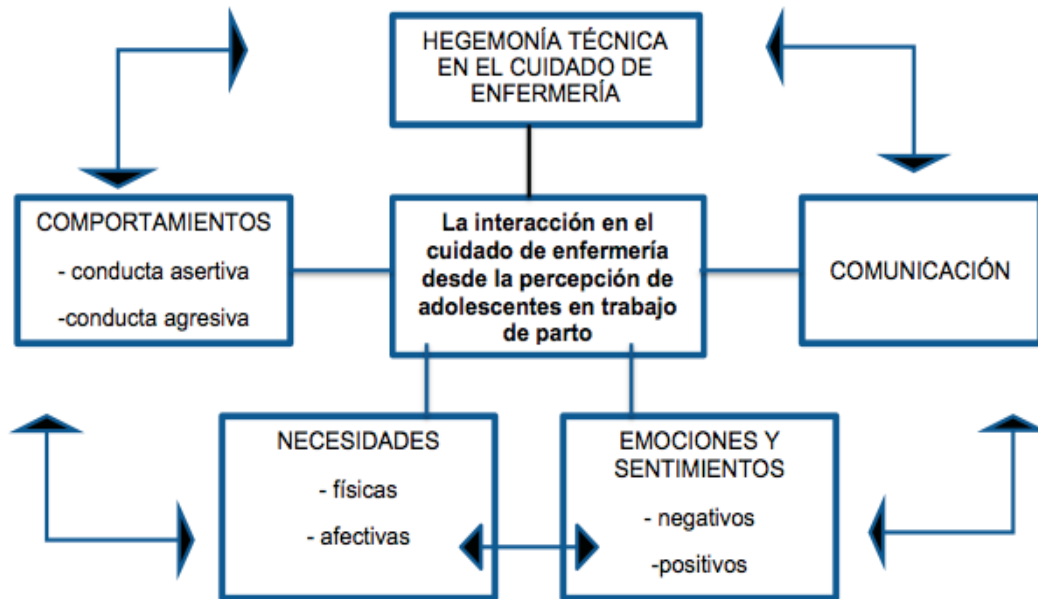
De acuerdo con la caracterización de la población de estudio, es necesario reconocer que la información otorgada por las adolescentes está sometida a una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes que se desprenden en parte, del orden social, de la dinámica y organización de la institución hospitalaria, además de la práctica de los profesionales de salud con las situaciones particulares de las adolescentes que cursaron un trabajo de parto.

Por consiguiente, en el análisis de los testimonios surgen las cinco categorías que construirán la interacción en el cuidado de enfermería, desde la percepción de adolescentes en trabajo de parto, los cuales serán discutidos según el orden que los mismos informantes han establecido en función de la importancia que les conceden, que a su vez se mantienen enlazadas unas con otras.

La primera categoría es **hegemonía técnica en el cuidado de enfermería** vista como el poder que ejercen los procedimientos en la práctica hospitalaria. La segunda es la **comunicación** que existe entre el personal de salud y la joven embarazada, la tercera son **emociones y sentimientos** que se presentan alrededor del proceso en el trabajo de parto; la cuarta son las **Necesidades** que genera la adolescente en torno al periodo de trabajo de parto y por último, la categoría de los **Comportamientos** que son dados por parte de la madre adolescente y el personal de salud, en la cual surgen dos subcategorías, la conducta asertiva y la conducta agresiva en donde se hace referencia a un importante tema como es la violencia obstétrica.

A continuación, se presenta los hallazgos de forma esquemática y posteriormente se describe cada una de las categorías y subcategorías que emergieron, al mismo tiempo, se hace una discusión de estos acompañados de testimonios de las participantes.

Figura 1. ESQUEMA DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS



5.1. CATEGORÍA 1: HEGEMONÍA TÉCNICA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado es un proceso de interacción en el que enfermería y la persona se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro, con determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos ⁽⁵⁰⁾. Sin embargo, en la práctica tradicional del cuidado, a partir del análisis del discurso abordado de las participantes se ha detectado que la acción de cuidar se rige por una racionalidad técnica de tipo enajenante, lejos de lo descrito inicialmente.

El razonamiento de enfermería versa sobre los aspectos técnicos o procedimientos a través de los cuales se ofrece el cuidado, éstos otorgan poder a quien los realiza. En el ejercicio del poder intervienen dos actores; los dominados y los dominantes ⁽⁵¹⁾. El actor dominante corresponde al poder que tienen los procedimientos técnicos rutinarios sobre el resto de los elementos esenciales del cuidado, dejan a éstos como la parte dominada. Esto es influenciado por modelos institucionales existentes, en donde la supremacía médica o modelo médico hegemónico por diferentes razones socio-históricas ha afectado al desarrollo de la disciplina y a la profesión de enfermería.

Esta hegemonía médica permanente en el ámbito hospitalario ha contagiado e influenciado a la práctica de enfermería, para que exista una hegemonía técnica, que, de acuerdo con Clare, hegemonía es la habilidad de las culturas dominantes para ejercer el control social, en donde las personas aceptan esa forma parcial de ver el mundo como la única posible ⁽⁵²⁾. En ese sentido la enfermería ve la parte técnica como la única ejecutable, por lo tanto, deja invisible y sometida a la parte humanística del cuidado en la interacción. Lo cual es expresado por una de las informantes con un tono sutil y familiarizado con este tipo de trato y demuestra cómo es que enfermería permanece a la sombra médica y su cuidado es altamente tecnificado:

...El doctor me empezó a hacer el tacto y me dijo que ya llevaba cinco y ya de ahí, salió una muchacha, creo que era la enfermera porque el doctor la mando a que me rasurara y a ponerme el suero. Ella me dijo que ya iba para arriba, hacia el área de labor, entonces me pasaron para una camilla y ya de ahí me llevó con otro doctor...
E4

Esto desencadena una subordinación de los elementos esenciales del cuidado en la interacción, por lo cual convierte y da lugar a que lo habitual y rutinario de los procedimientos, tenga primicia sobre el componente humanístico del cuidado, de esta forma reduce lo humano a lo biológico y aleja la visión holística del trabajo de enfermería.

El cuidado de enfermería se enfrenta a una forma de realizar sus funciones de manera cotidiana, realizan actividades que refieren aspectos técnicos que se basan en las características de la atención del sistema de salud y la falta de claridad en los aspectos administrativos

Lo que hace referencia a la supremacía que desde la perspectiva de las jóvenes existe en el cuidado, pues éste está basado en procedimientos rutinarios propios de las instituciones de salud. Las informantes en su totalidad describieron que la interrelación se basó en rituales técnicos como la toma de signos vitales sin algún sentido para ellas:

...Pues me revisaron los papeles la policía que estaba en la entrada...luego me anotó en una libreta, me dijo que me esperara a que pasaran las demás a que les tomaran los signos vitales con la enfermera... y así cada vez que fui a checarme... E1

...Me tomaron los signos vitales, pero igual me dijo el doctor que todavía me faltaba, que regresara a las nueve de la mañana. Y cuando regresé la tercera vez, volví a pasar a que me tomaran los signos vitales. E2

Pues no me agradó que el que me estaba poniendo el suero era, yo creo que también pasante y me hizo un montón de hoyitos por todos lados, porque no le atinaba (risa), igual hacía muchas cosas que no sabía y estaba preguntando, y yo dije: ¿así me van a tratar? E3

... El policía de la entrada me anotó en su libreta, luego me pasaron con una muchacha a que me tomaran los signos, me pidieron que me quitara la ropa de la cintura para abajo, me dieron una bata, me acostaron en una camita y me hicieron el tacto... E4

...Pues entré... me pasaron a checar los signos, la enfermera que estaba se portó muy amable, me pasaron a dejar mis papeles y me revisaron. E5

Al tenor de los testimonios de la adolescente se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la hegemonía técnica y el enfoque biomédico, este poder que cobra el cuidado como realización de procedimientos despersonaliza a la enfermería, ya que como es descrito por las informantes su interacción es basada en instalación de suero, toma de signos vitales y rasurar, entre otros.

...Me revisaron de nuevo y me pusieron el suero... bueno, como, yo digo que son primerizos los muchachos enfermeros ¿no? Me lastimaron mi mano y ya de ahí me subieron a labor. E1

... Me registré en la entrada con el policía, siempre, siempre me tomaron los signos, y siempre me daban una hojita con taches, no sé quién era la que me la daba, ¿enfermera o doctora? ¡No sé! nunca supe para que ¡ja ja! me quitaron toda, toda la ropa y prepararon, me pusieron las vendas, me cortaron las uñas, me rasuraron, E6

Fontanalas ⁽⁵³⁾ menciona que, las enfermeras han comprobado que sus pacientes piden básicamente, ser acogidos, escuchados y comprendidos, por lo que se infiere que otorgar cuidados en donde la usanza técnica no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades.

Este tipo de cuidado en donde el razonamiento dirigido al cumplimiento de rutinas para satisfacer únicamente la parte biológica de la embarazada produce enajenación, que como plantea C. Marx, ésta se comporta hacia el producto de su trabajo, como un objeto *ajeno*, hostil, dotado de poder e independiente de él, se comporta hacia ello como algo que es de otro dueño, un ser humano ajeno a él, más poderoso ⁽⁵⁴⁾. Tal comportamiento enajenante sobre el poder de la parte técnica del cuidado, provoca despersonalización de enfermería y la consecuente invisibilidad y el no reconocimiento de sus aportaciones en el proceso de trabajo de parto.

Me dijeron que me pusiera una bata porque me iba a quedar internada; después una señorita, creo que sí, una enfermera, le habló a mi familiar para explicarle que me iba a quedar internada, y después me vendaron los pies y me pusieron unas pulseras. E5

En este sentido en el año 2008, en Chile, Sampaio ⁽⁵⁵⁾ en su investigación “Atención Humanizada del Parto en Adolescentes” demostró que el enfermero está perdiendo oportunidades para construir su identidad profesional junto a las embarazadas, y resalta que el campo de la obstetricia es vasto a la actuación de estos profesionales. Sin embargo, se evidencia que la importancia que se le da a aspectos meramente técnicos sólo provoca una enfermería etérea con conductas enajenantes.

En el discurso de las informantes y las evidencias mostradas de otros autores, muestra cómo el proceso de enajenación y la pérdida del sentido de la práctica, hacen que la

enfermería se vea atrapada en la superioridad de los procedimientos biomédicos. La interacción en el cuidado queda dominada e identificada con la aplicación de técnicas diversas, alejándose de la verdadera naturaleza de la práctica profesional de la Enfermería. La práctica del Cuidado no es una técnica no puede ser una acción instrumental, porque tiene un sentido en sí misma; su significado reside en el acto humano que representa ⁽⁵⁶⁾.

5.2. CATEGORÍA 2: COMUNICACIÓN

La comunicación es un proceso fundamental en toda relación social; es un mecanismo cíclico y continuo que hace posible la interacción entre las personas, y puede afectar a otras a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio y otros símbolos ⁽⁵⁷⁾.

Pensadoras como H. Peplau consideraban la comunicación como la base del modelo enfermero que permite conocer y comprender la conducta y los sentimientos de los demás, lo cual hace posible establecer la relación de ayuda ⁽²⁷⁾.

La comunicación en esta investigación, de acuerdo con lo anteriormente descrito se ha corroborado que éste es un elemento esencial de la interrelación entre el equipo de salud y la adolescente que cursa un trabajo de parto.

En primer lugar, las informantes mencionan que la comunicación que se establece es poco entendible para ellas, aunque existe comunicación, está dada de manera altamente técnica.

... Me decían tiene tres, y yo pensaba ¿tres qué? y me regresaban a mi casa, yo no entendía que eran esos números... usaban

palabras muy raras... me daba pena preguntarles, sentía que se iban a enojar...E1

Es la primera vez que vienes y te tratan como si tuvieras que saber todo ¿no? Y pues no... yo no entendía nada de lo que estaban hablando. E2

Es evidente que al ser madres jóvenes su escolaridad es baja y justamente por ello será tortuoso el entendimiento de la comunicación llena de tecnicismos.

Además, en el proceso de trabajo de parto, las embarazadas por diversos factores como el dolor inherente a los cambios físicos propios del periodo de trabajo de parto, o por circunstancias sociales y emocionales, pueden olvidar el mensaje o confundirlo, todo esto puede ocasionar malestar para la adolescente y el equipo de salud

...Los Doctores me decían que todavía no podían ingresarme porque apenas tenía tres de dilatación...mmm... me salí, pero yo ya tenía los dolores muy fuertes, ya no aguantaba, me dijo que regresara hasta las ocho de la mañana. Eran las 10 de la noche, no sabía cómo iba a aguantar tanto tiempo... E1

La actitud de todo es mala, apenas me veían y luego, luego me hablaban mal, ya ni siquiera me decían, a ver la vamos revisar, me decían "ay señora usted otra vez" o "a usted ya le dijimos esto", y pues yo sin saber, ¿no? A mí me dolía mucho, yo no sabía que era todo ese proceso, que me iban a regresar todas esas veces, sino pues no hubiera estado yendo, la verdad hasta me caían gordos... E6

El hecho de que el prestador de servicios de salud (médico, enfermero...) utilice un lenguaje ajeno a sus pacientes, marca límites y campos simbólicos que eliminan la posibilidad de establecer vínculos de confianza durante las interacciones ⁽⁵⁸⁾. Para ello, el personal de salud debe considerar que la comunicación se lleva a cabo de forma pragmática, que

implica la necesidad de respetar e identificar las diferentes circunstancias personales de las jóvenes y evitar el uso indiscriminado de tecnicismos que impidan el acceso adecuado a una información de manera oportuna.

Otro aspecto importante expuesto es el dialogo breve durante la interacción, que se da sin llegar al entendimiento mutuo y adopta predominantemente un estilo agresivo de comunicación, por parte del equipo de salud.

La forma en que te hablan... desde el policía, hasta los signos vitales o los camilleros cuando te dicen pásate a la otra cama y... pues eso, como que muy indiferente, como que muy cómo les da igual, como que si todo les molestará... E2

En la comunicación efectiva es importante establecer una relación terapéutica, así como utilizar un dialogo claro y comprensible, tratar de satisfacer las necesidades de la paciente de forma asertiva y oportuna, aceptándola tal y como es, lo cual le generará confianza, seguridad y serenidad⁽⁵⁹⁾, por el contrario se evidencia como al adoptar un estilo agresivo en la comunicación por parte de enfermería hacia las informantes que traen situaciones físico, psicológicas y sociales exacerbadas, producto de la propia adolescencia y sobre todo por un nivel alto de dolor producido por el trabajo de parto, crean consecuencias desfavorables y desencadenan situaciones alarmantes.

Me dijeron que me calmara, que con eso yo no los iba a ayudar en nada, ni a ellos ni al bebé, que me tranquilizara, y ya deje que me revisaran bien, me empezaron a pedir datos, con quien vivía, en donde vivía, si alguno de mis familiares padecía alguna enfermedad, yo ya tenía muchos nervios, empecé a llorar. E3

Esta comunicación no asertiva con estilo agresivo se acompaña con un lenguaje no verbal, que transmite mucho más, pues las expresiones faciales y los movimientos que adoptan afectan a la persona que se está mirando, alterando su comportamiento e incluso sus propias emociones⁽⁶⁰⁾. En el siguiente texto se puede observar que no existe una escucha activa, pues está rodeada de una comunicación no verbal que es difícil de comprender para la informante, ya que el profesional de salud está enfocado en concluir meros procesos técnicos y administrativos.

Yo gritaba y ni me veían, no se movían, no me hacían caso porque todavía me faltaba mucho, sólo me decían –no, tranquilízate, porque entre más tranquila estés más rápido va a ser y escribían y escribían en su escritorio. Pero no, yo no aguantaba ya los dolores y les decía que me hicieran cesárea, solo hacían caras de “ya cállate” me daba mucho coraje... E5

Por otro lado, surge la comunicación como una necesidad. Es irrefutable que la comunicación sea imprescindible en el cuidado para establecer la interrelación personal. Es así como las adolescentes piden ser informadas sobre el proceso y procedimientos que se les realizarán durante su período de trabajo de parto.

Una de las informantes expresa que la comunicación no satisface su necesidad de ser informada, pues no logra conseguir una relación terapéutica- eficaz, pues está rodeada de falta de entendimiento mutuo.

Necesitaba que me explicaran que me iban a hacer en la sala de labor, quería que me dijeran que me estaba pasando... pensaba en mi bebé, que, si venía bien, y nadie me decía nada. Sólo me decían que no tenía que llorar, me decían que no respirara así de

desesperada porque le podía hacer daño al bebé, o sea ¿cómo le voy a hacer daño a mi bebé? E3

El análisis realizado coincide con Noreña al expresar que la comunicación en el hospital es deficiente, el personal de enfermería es el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que la paciente recibe sobre su proceso.⁽⁶¹⁾ En su análisis, muestra que el estado emocional de las pacientes es distinto al momento de su internamiento y cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes, se propicia o no un ambiente de confianza y puede estabilizar su estado emocional, en un ambiente tranquilo, así cooperará con el tratamiento y su estadía en el hospital será agradable o lo contrario.

Esto corrobora la importancia de la comunicación con las jóvenes en trabajo de parto, al sentirse más satisfechas al ser escuchadas perciben un ambiente de confianza y sinceridad, lo que facilita la interacción durante el proceso hospitalario.

5.3. CATEGORÍA 3: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

A lo largo del trayecto de la revisión de la información aportada por las adolescentes, prevalecen los sentimientos y emociones en la interrelación del cuidado, generados por el proceso de trabajo de parto en una etapa biológica temprana, por la interacción con el equipo de salud, la estructura y el proceso hospitalario que intervienen en su atención y sus antecedentes de vida.

Las emociones desde el campo de la psicología son vista como la reacción afectiva, intensa, de aparición aguda y de breve duración, determinada por un estímulo ambiental. Su aparición provoca una modificación en el nivel somático y psíquico. Y los sentimientos son

las resonancias afectivas menos intensas que la pasión y más duradera que la emoción, con la que el sujeto vive sus estados subjetivos y los aspectos del mundo externo. ⁽⁷³⁾

De esta manera y para propósitos de esta investigación, la categoría incluye a emociones y sentimientos con la finalidad de ser vistas desde sus diferentes perspectivas, además de no contar con una historia de vida de las participantes que sustente si lo expresado por ellas corresponde a una emoción o a un sentimiento. Es de esperarse que sentimientos como la soledad, la desesperanza, la poca fe y la fortaleza las haya llevado a un embarazo temprano. Motivo de otra investigación.

A continuación, se describen las emociones y sentimientos más veces abordadas:

5.3.1. Sub categoría: Emoción y sentimientos negativos

- **Miedo**

Una de las emociones que aparece en todas las gestantes adolescentes, es el miedo que se desencadena cuando son sometidas a un estímulo que interpretan como peligroso y/o desconocido. En este caso tiene un origen multifactorial, al tenor de los testimonios de las informantes, los componentes de esta emoción están estrechamente vinculados al dolor, a la sensación molesta que ocurre en su cuerpo por el mecanismo del trabajo de parto y el hecho de enfrentarse a una situación desconocida y sus posibles complicaciones.

Estos resultados que revelan que las jóvenes expresan miedo coinciden con Farkas y cols. ⁽⁶²⁾, quienes, en su estudio con adolescentes embarazadas, muestra que uno de los principales miedos frente al proceso de parto, es el dolor físico que sentirá antes y durante

el parto, y el cómo manejarlo. Con esto es evidente que el dolor de las contracciones se presenta como un factor influyente en el origen de emociones negativas, por lo cual condiciona la actitud de la mujer frente al parto.

Aunque algunas parturientas aceptan el dolor como un componente del proceso, otras lo viven de manera traumática.

...Tenía miedo y a la vez estaba emocionada. Quería que ya me atendieran, que fuera rápido este proceso, ya quería salir de ahí. E1

Me sentía nerviosa de saber si ya iba a nacer mi bebé, si me iba a doler, tenía mucho miedo porque es la primera vez que paso por esto... y pues de ver que mi bebé estuviera sana. E2

...Tenía mucho miedo a que me fuera a doler, a que me iban a hacer, a como me iban a tratar... pero también estaba muy emocionada porque es mi primer bebé. E6

Además, surge el temor de las madres adolescentes ante las posibles complicaciones o enfermedades que pudiera presentar ella o su recién nacido, esto quizás por el vínculo que se genera entre el binomio, donde se quiere que ambos tengan buena salud.

... Tenía miedo, miedo por mi bebé, que saliera mal... Ya iba a nacer mi bebé, ya quería conocerlo, saber que todo estaba bien. E4

Tuve un poco de miedo, creía que no, que no iba a salir, que me podía pasar algo malo, no sé, que podía morir cuando naciera mi bebé. E5

- **Nerviosismo y preocupación**

Debido a la emoción del miedo generado se desarrollaron los sentimientos de nerviosismo y preocupación.

Según los resultados ponen de manifiesto que el nerviosismo tiene un origen en la hospitalización; las sensaciones dolorosas experimentadas por la mujer en el proceso del parto, los factores de los procesos institucionales de salud y la falta de comunicación asertiva del personal produce desconcierto y desorientación en la parturienta, por lo tanto, generan respuestas emocionales que alteran su estado psicológico. Debido a esto, cabe desatacar la importancia de reconocer los factores que logran alterar el estado emocional de las adolescentes y establecer una interrelación terapéutica que logre un manejo adecuado de esas situaciones.

...Me dijeron que me tranquilizara, que me calmara porque eso no era nada de lo que me iba a pasar en la sala de labor, me reí de nervios, pero realmente me asuste más. E3

En el caso de la preocupación, está estrechamente relacionada con el miedo. Se observa que este sentimiento está generado por aspectos que podrían poner en riesgo el parto y consecuentemente complicaciones en el recién nacido. El dolor y la angustia que esto les producen, hacen que vean a su labor de parto como algo amenazante, que no se tendrá la capacidad o la habilidad para hacerle frente.

Estaba preocupada de que fuera a salir algo mal por lo mismo de que de que estoy chica para embarazarme. Le pedía a Dios que me ayudara porque no sabía si iba a salir de esta...E4

- **Tristeza**

La Tristeza emerge principalmente cómo consecuencia de la relación que se efectúa entre el equipo de salud, y la embarazada, además de que la ausencia de familiares en la hospitalización exagera este sentimiento ⁽⁶²⁾. Es significativo enfatizar cómo es que las acciones acertadas y no acertadas que se realizan en la primípara adolescente, acarrear y producen alteraciones en sus estados emocionales.

...Me sentí mal porque no te atienden como debe de ser, sentí tristeza por cómo te tratan, no sentía molestia, solo tristeza. E1

...Sentí feo porque yo quería que alguien me tomara de la mano, sentía tristeza porque no me comprendían, no me entendían, yo decía: pues como ustedes no sienten los dolores por eso andan tan tranquilos. E3

...Salimos al pasillo para que me subieran, recuerdo que vi a mi marido y sentí mucha tristeza porque no estaba conmigo y él también estaba triste por no poder estar a mi lado, me dijo que le echara ganas, que todo iba a salir bien, me dieron ganas de llorar. E3}

- **Desesperación**

Este sentimiento que causa alteración del ánimo manifestada por la impotencia, cólera y enojo en las jóvenes, surge y da certeza a la anterior. Las madres adolescentes por su edad y por el proceso físico al que fueron sometidas, cuentan con un limitado umbral de tolerancia a la frustración y al dolor. La duración y el dolor normal del trabajo de parto ocasiona que

deseen salir de ese proceso lo más rápido posible, y al no comprender que el parto es un proceso lento y espontáneo, en el cual no hay nada que se pueda hacer para resolverlo rápidamente y sumada la interacción no terapéutica con el equipo de salud, denota la desesperación de la joven.

Se siente desesperación, por estar pasando por tanto dolor, por todos los procedimientos, por estar regresando una y otra vez, el papeleo y todos los actos. Se siente desesperación más que nada por el cansancio por todo... por todo el dolor, por el papeleo que es lo mismo todas las veces que vas... E6

Cada que me regresaban sentía desesperación y pensaba que no podía esperar tanto, quería que todo saliera bien, que mi bebé naciera rápido...

Los resultados de Edda Pugin⁽²⁴⁾ en su investigación “Una experiencia de acompañamiento con adolescentes en trabajo de parto” realizada en el 2008, concuerdan con este estudio respecto a que el apoyo emocional continuo durante el trabajo de parto, tiene efectos positivos, no sólo en aspectos fisiológicos de éste, sino también sobre algunos aspectos cualitativos de la experiencia, lo cual disminuye significativamente su percepción del dolor y temor en el trabajo de parto y el parto.

5.3.2. Sub categoría: Emociones y sentimientos positivos

Según los testimonios de las mujeres las emociones positivas existen; el sentimiento encontrado es la alegría, basados en la tranquilidad, confianza, amabilidad ofrecida por algunos de los profesionales, que produce una satisfacción en la mujer a la vivencia de su proceso.

- **Alegría**

Oportunamente, aunque menos abordado en el discurso de las madres jóvenes, se manifiesta la alegría como una emoción que les produce placer por un suceso favorable que suele manifestarse con un buen estado de ánimo, la satisfacción y la tendencia a la risa o a la sonrisa. Las informantes expresan con palabras y gestos las situaciones que les causan esta emoción placentera.

- **Tranquilidad**

La sensación de tranquilidad que les causa alegría está vinculada al buen pronóstico de salud del binomio madre-hijo. No obstante, por estar en una etapa en donde el dolor es una característica fundamental, continúan desarrollándose emociones negativas. Por esto, es peculiar observar que el sentimiento de tranquilidad no sólo está relacionado con aspectos físicos que puedan acontecer en la embarazada adolescente.

Me iba diciendo que todo iba a salir bien, que le echara muchas ganas, que venía lo peor, pero que todo iba a salir bien, empecé a sentir tranquilidad, dije si ya va a pasar, E3

Estas emociones y sentimientos positivos fluyen en la mujer por la cercanía del equipo de salud durante el trabajo de parto, ya que ofrecer un cuidado humanizado centrado en comprensión y sensibilización, satisface la necesidad humana de estima. Las participantes destacan el trato humano del profesional de enfermería que da lugar a una experiencia satisfactoria en la interacción.

Nunca se me va a olvidar que el enfermero dejo que lo agarrara... de la mano cuando me dio una contracción, fue una de las más fuertes, sentí alivio, tranquilidad, E6

Los hallazgos de Evelia Frías ⁽⁶³⁾, son similares a este estudio al evidenciar que las adolescentes necesitan apoyo, comprensión y ayuda, dado que están más sensibles, lábiles, inseguras y con baja autoestima, situación que requiere que el equipo de salud desarrolle y muestre competencias en el área humanística, acercamiento personal, empatía y trato humanizado e individualizado en la atención de la población de adolescentes embarazadas.

Es importante mencionar que cuidar exige a los profesionales de salud utilizar sus cualidades humanas: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía hacia el paciente. Incluye un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida ⁽⁶⁴⁾. Santelises demuestra que el reconocimiento de los sentimientos, expectativas, inseguridades y angustias vividas por las gestantes pueden ser minimizadas por medio de la interacción profesional-cliente, pues la misma proporciona libertad a la mujer y permite un canal de expresión importante.

5.4. CATEGORÍA 4: NECESIDADES

El trabajo de parto es un proceso que implica principalmente dolor físico según lo descrito por las participantes de esta investigación, sin embargo, como lo describen las jóvenes, también se involucran en este proceso emociones y sentimientos que son exacerbados por el propio escenario hospitalario, el separarse de sus familiares, la etapa propia de la adolescencia y los factores psicosociales que implican ser madre a temprana edad. Debido

a esto salen a relucir en los discursos de las informantes las necesidades que buscan ser satisfechas.

Estas necesidades están divididas en físicas y afectivas, la primera tiene que ver con dejar de sentir dolor y la segunda está relacionada con la parte afectiva, en la cual las jóvenes solicitan ser comprendidas, tenerles paciencia, sentirse acompañadas y comunicación amable, entre otras.

6.4.1 Sub categoría: Necesidades físicas

- **Eliminar el dolor**

La necesidad que más acontece es la de finalizar el dolor. Las adolescentes relacionan la buena atención y el buen cuidado de enfermería con la realización de procedimientos y revisiones que hagan que el proceso de trabajo de parto concluya rápidamente y como consecuencia no haya más dolor.

...Yo quería que terminaran de ponerme las vendas, de hacerme el tacto y me pasaran ya a quirófano, ya para la expulsión, necesitaba que ya se terminara tanto dolor, ya no aguantaba. Y no hacían nada, nada más dejaban pasar más tiempo y yo con mucho dolor. E4

El dolor es inherente al trabajo de parto y es un factor normal en ello. Dado estas circunstancias la necesidad de eliminar el dolor no puede ser satisfecha en su totalidad, pero con un cuidado humanizado y con técnicas no invasivas y no farmacológicas el alivio del dolor puede ser posible. Relacionado a esto Hodnett E. ⁽¹⁵⁾ en su búsqueda de registros

de estudios clínicos del grupo Cochrane de embarazo y parto, titulado apoyo continuo para las mujeres durante el parto, realizado en el 2008, concluyo que una atención acogedora y segura disminuye la necesidad de recibir un manejo analgésico farmacológico e incrementa las posibilidades de manifestar satisfacción con la experiencia de parto.

5.4.2. Sub categoría: Necesidades afectivas

En relación a la parte afectiva se identificó principalmente a la comprensión, acompañamiento y comunicación amable, como necesidades que deben ser satisfechas.

- **Comprensión**

La necesidad más mencionada es la comprensión, es decir, captar y entender los distintos factores que influyen en el comportamiento de la madre adolescente, pues están cursando por primera vez el trabajo de parto e ignorar el proceso podría justificar sus actitudes y acciones.

Yo creo que deben ser más educados y más comprensivos ¿no? porque es la primera vez que vienes... y no sabes nada de lo que podrá pasarte en el hospital. E2

...Ellos hacen su trabajo y yo hago lo mío... pero, ojalá traten de ser más comprensivos y las personas que te atienden entiendan que si te tratan bien, podemos entender mejor que con gritos. E2

...Me hubiera gustado que todos se portaran como el enfermero, que fueran más comprensibles con las personas que atienden, porque por lo menos yo pienso que les falto, yo sentía que no me comprendían, a lo mejor porque ellos saben cómo es esto del parto, pero yo no, o a lo mejor yo estoy mal... Si hizo falta un poquito más de comprensión (voz asustada). E3

Pido a los doctores y enfermeras que tengan mucha paciencia y comprensión, porque es muy doloroso para nosotras estar ahí, con tanto dolor y solas... E5

La identificación y la satisfacción de esta necesidad son trascendentales, ya que puede arrastrar consecuencias negativas o positivas en la joven. Una muestra de la importancia de la comprensión, es la acción de sentirse comprendidas por el personal de salud, a través de tomarle la mano, sin embargo, en este ejemplo se responde a esta necesidad alejándose de ella, lo que da como resultado la insatisfacción y con ello una percepción de desatención en el cuidado.

Me hubiera gustado que me trataran a lo mejor con más comprensión. Le digo que no me dejaban que les agarrara la mano, este... o que cuando yo sentía los dolores yo sentía que no, que no me hacían caso. E3

- **Acompañamiento**

Otro elemento esencial en las necesidades descritas por las adolescentes, es el acompañamiento que desearían recibir de su familia o de personas próximas que las apoyen durante su trabajo de parto. Este acompañamiento representa para ellas un soporte emocional, es decir que la presencia de un acompañante durante el parto, provee confianza, seguridad, disminuye la ansiedad, además de contribuir significativamente a un parto eutócico.

...Ya no podía, sentía que ya no tenía fuerzas, los dolores eran muy fuertes, quería que estuviera alguien conmigo, a mi lado, no sé, necesitaba de alguien que me dijera que todo estaría bien, que me animara a soportar tanto dolor, sobre todo necesitaba a alguien que me tranquilizara. E3

En relación y en concordancia con los resultados de esta investigación Sampaio A. y col.⁽⁵⁵⁾, en su estudio sobre atención humanizada del parto en adolescentes, refieren que las necesidades y expectativas de las gestantes acerca de la atención de parto giran en torno a necesidades afectivas, como: cariño, atención, afecto y comprensión, dichas necesidades deben ser satisfechas por el profesional de la salud o por el contrario, permitir la compañía de familiares o acompañante emocionalmente significativo.

También, en investigaciones respecto a los beneficios del acompañamiento durante el trabajo de parto, son impresionantes. En el 2003 el estudio “Apoyo Continuo proporcionado a las Mujeres durante el Parto”, fue realizado a través de Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Grupo Cochrane del Embarazo y Nacimiento). Los investigadores examinaron los efectos del acompañamiento en el parto. Los resultados de este estudio se basaron en 15 ensayos controlados aleatorizados de alta calidad. Estos demostraron que las mujeres acompañadas, recibieron apoyo continuo, es decir que las que recibieron apoyo individualizado tuvieron menos probabilidad de: tener un nacimiento por cesárea, solicitar analgesia epidural u otro tipo de analgesia local, utilizar cualquier tipo de analgesia o anestesia (medicamentos para el dolor) y menor tendencia a reportar insatisfacción o recuerdos negativos respecto a su experiencia del nacimiento. En términos generales el acompañamiento proporcionó un apoyo continuo durante el trabajo de parto, lo cual resulto claramente benéfico, en comparación con aquellas mujeres que no contaron con ese apoyo ⁽¹⁵⁾.

- **Necesidad de Comunicación**

La comunicación interpersonal se define como una manifestación de cómo el emisor manifiesta al receptor la forma de captar, sentir y vivir en esos momentos una realidad. El receptor refleja lo captado por el emisor a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que ha captado con el lenguaje no verbal ⁽⁶⁵⁾. Por lo tanto, esta comunicación es indispensable para establecer la relación interpersonal, en esta investigación sale a relucir como una necesidad a través de los relatos de las adolescentes en trabajo de parto.

Las jóvenes madres expresan que la comunicación que se establece es breve y escasa, por lo cual genera mayor preocupación y angustia en ellas. Además, aseguran que, si la comunicación que se establece fuera cordial y entendible, existiría una diferencia en las emociones y sentimientos que se crean en el proceso del parto.

...A lo mejor habría diferencia si alguien te explicara bien, ya no estarías tan desesperada, tan estresada por saber que sigue, saber si te vas a quedar hospitalizada y naciera pronto tu bebé o si te van a regresar a tu casa y tardaras mucho más en tener a tu hijo... E6

Noreña ⁽⁶¹⁾ realizó un estudio sobre la interacción comunicativa en el cuidado de la salud, en donde sus resultados muestran la importancia de ofrecer un cuidado basado en respeto, sensibilidad, acogida, tiempo suficiente, apoyo y comunicación centrada en el paciente. Concluye haciendo referencia a que las carencias comunicativas producen la mayoría de las reclamaciones y demandas de los pacientes, señala que se requiere de una especial atención a la comunicación con los usuarios para mejorar su satisfacción durante el proceso asistencial.

De ahí, la importancia de desarrollar una interacción terapéutica con las adolescentes en trabajo de parto, de igual modo, identificar a primera vista las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento, por lo que el proceso de comunicar es la base y eje de los cuidados de enfermería. Sin este proceso no se podrían planificar los cuidados.

No obstante, según Hodnett⁽¹⁵⁾ las características de los entornos en los hospitales modernos, como su organización de atención, implican un desafío para el personal hospitalario, es casi imposible proporcionar un apoyo continuo durante el trabajo de parto.

En este estudio se constató que existen otras responsabilidades que mantienen al personal de salud ocupado, como el hecho de ser responsables del cuidado de varias mujeres en trabajo de parto, además las restricciones e insuficiencias de espacio y de personal en relación con la demanda excesiva, lo que dificulta estar continuamente al lado de una sola mujer, así como la posibilidad de obtener una participación efectiva de las adolescentes, por lo tanto pasan a tener un rol muy poco activo, con escasos derechos para adoptar decisiones o formular opiniones respecto a las diferentes intervenciones a que son sometidas.

5.5. CATEGORÍA 5: COMPORTAMIENTOS

Los comportamientos en el cuidado humanizado comprenden las acciones realizadas por el personal de enfermería, que dan lugar al respeto, consideración, comprensión e interés por la salud y recuperación de la persona, por lo anterior se crea una relación interpersonal con la que el usuario se siente cómodo y satisfecho, por ser atendido en todos los contextos.

Los comportamientos en el cuidado son únicos e irrepetibles y son determinantes en la forma como se desenvuelve o evoluciona la relación entre enfermería y el paciente ⁽⁶⁶⁾.

En este sentido, el análisis del discurso de las adolescentes en trabajo de parto acerca de la percepción de la interacción con enfermería, resaltan los comportamientos y conductas manifestadas por los profesionales de salud. Para las jóvenes la interacción estuvo dada por dos tipos de comportamientos; en primer lugar y con menos menciones conductas de tipo asertiva, seguidos en su mayoría de conductas agresivas, en donde se manifiesta un cuidado humanizado o por el contrario un cuidado donde se ejerce violencia obstétrica.

5.5.1. Sub categoría: Conducta asertiva

Riso define la conducta asertiva como: aquella habilidad para expresar las ideas y necesidades propias, así como respetar las creencias y necesidades de los demás ⁽⁶⁷⁾, lo cual crea una interrelación positiva.

Es así como este tipo de conducta asertiva declarada por las informantes, está relacionada con la aproximación y el contacto del personal hacia ellas con expresión de cariño, de esta forma les permite manifestar sus sentimientos, estar tranquilas y tomar en cuenta sus necesidades.

Las adolescentes perciben y valoran los comportamientos, a través de la empatía considerada como un componente central del comportamiento del cuidado. Esta empatía hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción del cuidado, tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar, con esto se establece una relación cálida, agradable y cercana. Una informante relata la

conducta asertiva de un enfermero en el área de labor, que evidencia la importancia de un buen comportamiento al generar cambios no sólo emocionales, sino también físicos, lo cual hace de su cuidado algo ciertamente significativo.

...Se acercó el enfermero que me estaba atendiendo me dijo que ya me iban a pasar, que me tranquilizara y otra vez me llamaron la atención porque yo ya estaba respirando desesperada, el sí dejó que le agarrara la mano, y que lo rasguñara (risa nerviosa) porque lo rasguñe, me dijo que me calmara, que ya iba a pasar, me lo dijo diferente a los demás, me lo dijo de una forma muy amable (sonrisa)... nunca se me va a olvidar que el enfermero dejó que lo agarrara de la mano cuando me dio una contracción, fue una de las más fuertes, sentí alivio, tranquilidad, sentí amabilidad, me hubiera gustado que todos se portaran como El... E3

El texto anterior, muestra al profesional de enfermería con disponibilidad para acercarse a la paciente en labor de parto, se comunica amablemente y establece una relación empática, manifiesta tener en cuenta las individualidades de la mujer, además posee una conducta que permite brindarle seguridad, lo cual facilita la interacción, la comunicación y la expresión de necesidades e inquietudes. De igual manera, Saavedra⁽⁶⁸⁾ en los resultados de su estudio sobre comportamientos en el cuidado del profesional de enfermería realizado con gestantes en trabajo de parto, informa que más de la mitad de madres participantes del estudio calificaron de forma favorable los comportamientos de cuidado y trato. Ambos resultados podrían reflejar la introducción de modelos de atención humanizada, los cuales promueven cambios profundos en el trato profesional hacia la gestante y en el respeto por las decisiones de su parto.

Al continuar relatando las conductas asertivas, toca mencionar lo expresado por una de las adolescentes al relacionar este tipo de conductas a un “buen trato” o a un “me tratan bien”. Bautista explica que las percepciones del comportamiento están influenciados por factores

físicos, psicológicos y sobre todos sociales, de manera que al ser las madres adolescentes de un nivel socioeconómico y académico bajo y estar con niveles altos de dolor, esto las hace vulnerables al percibir un “buen trato” o un buen comportamiento a las intimidaciones verbales y físicas, por parte del personal de salud, ya que justifican, aprueban y engrandecen esta conducta cuando el proceso de trabajo de parto termina sin complicaciones.

... Me gusto como me trataron, se portaron bien todos, todo, desde el principio, hasta el final de todo, si me llamaban la atención, pero yo sabía que era por mi bien, me gusto que me llamaran la atención así, porque yo sabía que estaba mal. Al ver que ellos estaban tranquilos y yo llorando pues no hubiera entendido, si me gusto como me trataron. E3

...A lo mejor yo quería que me pasaran más rápido, o sea si me pusieron atención cuando yo les decía que quería ir al baño... y pues cuando me decían que ya... pues si iban y me decían que respirara profundo porque todavía no, y si, si me contestaban a lo que yo les decía. “Si me gusto como fui tratada” E4

En contraste con los relatos anteriores, Sifuentes y Contreras ⁽²⁰⁾, destacaron un alto porcentaje de respuestas positivas en su estudio sobre relación terapéutica con padres de neonatos de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal). Menciona que el personal de Enfermería recibió a los padres de forma amistosa cuando ingresaron a visitar a sus hijos, les aclararon dudas y que cumplen con los cuidados de Enfermería que el neonato necesita. En la dimensión de apoyo emocional, se determinó que los padres recibieron ánimo del personal de enfermería y les brindaron fe y esperanza en cuanto a la recuperación de sus hijos, les respetan condiciones sociales, sus creencias y costumbres culturales, les brindaron apoyo

cuando ellos se sintieron preocupados. Es así como se evidencia que las percepciones de los comportamientos siempre están influenciadas por diversos factores socioculturales, en ambos casos, los hallazgos muestran la importancia y trascendencia de una conducta asertiva bien ejecutada durante la interacción.

5.5.2. Sub categoría: Conducta agresiva

Se entiende por conducta agresiva a la violencia sobre algo o alguien que impide, fuerza, altera, trastorna o destruye su propia estructura o dinamismo. Cualquier forma de conducta física o verbal destinada a dañar, ofender o destruir, al margen de que se manifieste con hostilidad o como medio calculado para alcanzar un fin ⁽⁶⁹⁾. En este sentido al referirse a conducta agresiva, el término “Violencia” se vincula a la definición, por ello se hace necesario desarrollar este tema de manera profunda, además de que los relatos de las jóvenes acerca de los comportamientos agresivos de manera frecuente, demuestran datos que sugieren se están ejerciendo.

Antes de continuar es importante mencionar que las adolescentes no tienen claro o no logran identificar el tipo de profesional de salud (medicina, enfermería...) que se interrelaciona con ellas. De esta manera, al referirse explícitamente al personal de salud como doctor/a o enfermero/a existe la posibilidad de que realmente no corresponda al profesional percibido.

De acuerdo con la Organización Mundial de las Salud, define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sean en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de ocasionar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atentar contra el derecho a la salud y la

vida de una población ⁽⁷⁰⁾. En este mismo tenor, la violencia que se ejerce en las adolescentes, al ser una población vulnerable por edad, nivel socioeconómico y académico bajo, por tanto, queda descartado el derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante el trabajo de parto.

Pues a veces las enfermeras se portaban bien, pero los doctores no... como que se burlaban de mí, no sé, yo pensaba que como ellos no tenían esos dolores, no sienten nada y no les importa nada, no les importo yo, no les importa nadie de ahí. Yo creo que me ven chiquita para ser mamá y por eso creen que no les entiendo y por eso se portan mal... E5

Cuando me empezaron a dar las contracciones, yo quería agarrarme de algo, pellizcar algo (risa), no me dejaban, decían los enfermeros cálmate, cálmate, cálmate (tono de voz enojado). Me hubiera gustado a lo mejor que...hubiera... no se... es que recuerdo que cuando quise agarrar a uno de ellos, de los enfermeros no se dejó, me dijo: no me estés rasguñando, no me vayas a rasguñar, tranquilizante (tono de voz enojado), y yo con la desesperación, empezaba a patalear, me regañaron muy feo, hasta me puse a llorar. E6

En consideración a lo expuesto, se enmarca a la violencia obstétrica como un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud. La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos ⁽⁷¹⁾.

De igual forma, las jóvenes madres narran los motivos por los cuales la violencia obstétrica permanece invisible, pues relacionan al comportamiento agresivo como algo normal que sucede en el hospital. Consideran que recibir una atención poco respetuosa por parte de

los profesionales sanitarios, es el precio que se tiene que pagar por beneficiarte de servicios de salud gratuitos. En estos casos, también influye el hecho de que las mujeres puedan estar acostumbradas desde casa a recibir una atención inadecuada.

Yo trataría igual, así como ellos me trataron, les aconsejaría, les diría que se tranquilicen, que, si duele, pero entre más te desesperas menos te hacen caso; calladitas te hacen caso más rápido ... E5

Su actitud fue mala, me veían y luego, luego se portaban mal, ya ni siquiera me decían, a ver la vamos revisar. Solo me decían "ay señora usted otra vez" o "a usted ya le dijimos esto", y realmente yo no sabía ¿No? A lo mejor yo no sabía todo lo que tenía que pasar en este proceso, que me iban a regresar a mi casa todas esas veces, o así, sino pues no iría constantemente. Pero bien con los doctores que me ayudaron en el parto, hicieron su trabajo, con los enfermeros también. Con ninguna persona tengo nada... E5

Por otro lado, en este tipo de interacción violenta no se establece el diálogo y se crea una relación de poder, en donde el poder obstétrico utiliza a la mujer como un cuerpo, el cual debe ser dócil y disciplinado. La parturienta es la persona que mejor conoce los efectos fisiológicos y psicológicos que le está provocando el parto en ese momento, sin embargo, por el uso de ese poder violento, sus conocimientos, considerados ingenuos y acientíficos, son ignorados hasta no ser validados por el propio profesional de la salud.

Me pasaron y le dije a la doctora que ya se me había reventado la fuente y no me creyó, me dijo: ¡ay Señora! y ahí fue cuando sentí mucho coraje, sentí feo que me dijera que no me creía. Al final me dijo enojada quítese la ropa y vamos a revisarla. E6

El Doctor se portó muy payaso, desde que me vio dijo, ay señora a usted la revisamos ayer, se portó como si le diera flojera, como que no me quería atender, me hizo el tacto y me dijeron que aún no iba a tener a mi bebé, que hasta el siguiente día...Entonces esa vez cuando salí me puse a llorar porque me estaba doliendo muy feo...

Yo pensaba cada que me regresaban que no me querían atender, como que pensaban que yo era muy exagerada. E6

Por lo anterior, las mujeres experimentan una situación realmente frustrante durante su asistencia al parto, reconocen haber sido tratadas de forma autoritaria, sin incluirlas en la toma de decisiones, ignoran sus opiniones. Consideran que no se les ha respetado como personas, por lo cual llegan a recibir una atención deshumanizada y poco respetuosa.

...Como que dice: todavía no te mueres y te regresa a tu casa. Me dijeron que ya estaban en labor de parto, pero ni siquiera me revisó, ni nada, diciéndome, pues ya lo vas a tener, así como “estas tonta” ¿no?, ¡ay sí! Jajaja. E2

El médico me dijo que me tranquilizara, me dijo que me calmara porque eso no era nada de lo que me iba a pasar allá arriba, en la sala de labor (risa nerviosa) y pues me asuste más. E3

...Ojalá me hubieran dicho como es el parto, que iba a ser más tardado o que no me las dijeran las cosas tan desesperados, así de flojera, tan prepotentes. E6

Adicional a lo anterior, en un estudio sobre la relación del personal con pacientes de la Ciudad de México, Herrera⁽⁷²⁾ documento los resultados obtenidos de entrevistar a 16 hombres y 24 mujeres, con edad promedio de 35 años, en un hospital de tercer nivel, en el cual identifiqué un trato inadecuado a los pacientes, además manifestó que las acciones profesionales del médico, especialmente (no descarta profesional de enfermería), estuvieron acompañadas de actitudes impregnadas de despotismo e indiferencia al momento de brindarles la atención clínica. De igual manera, en este estudio las madres adolescentes dijeron percibir un trato sin calidez humana con conductas de rechazo, por parte del personal hacia su estado emocional, temores, miedos, desesperación, entre otros.

Una enfermera con un enfermero me estaban poniendo el suero, fue cuando yo me quise agarrar de la mano de uno de ellos y me dijo: no me vayas a rasguñar, tranquilízate! (tono de voz agresivo) pon las manos en tu panza. Que mala onda fueron conmigo. E3

Otro aspecto de los comportamientos percibidos por la adolescente en trabajo de parto, es la existencia de conductas diferenciadas de acuerdo al género del personal de salud. La interacción entre las jóvenes embarazadas y el personal de salud femenino es más afectivo y social, contrario a lo percibido con el personal de salud masculino, en donde generalmente se manifestaron poco tolerantes y descortés.

Los doctores, me decían las cosas de una manera fea, los doctores eran los más groseros, las enfermeras y las doctoras no tanto, pero los doctores sí... E5

Igualmente, Blossier⁽¹²⁾ en su estudio sobre la interacción entre el personal de salud y jóvenes embarazadas durante el control prenatal realizado en Perú, describe que la percepción de la adolescente sobre el comportamiento por el personal de salud es diferenciada, pues las mujeres no descuidan aspectos cognitivos y científicos, mientras que los varones tienen una interacción más operativa.

Finalmente, se observa como los comportamientos están condicionados por factores psicológicos, sociales y físicos de ambos, además de que aspectos propios de los protocolos institucionales de salud resultan altamente influyentes. Por ello, el profesional de enfermería debe considerar ejecutar un cuidado en donde la parte técnica no sea la prioridad, así como otorgar a las adolescentes madres, flexibilidad y comprensión, entre otras. La actitud de los profesionales hacia las jóvenes y en general hacia todos los pacientes, tiene resultados directos sobre la atención y cuidado de los pacientes, es decir, comportamientos positivos se traducirán en una mejor calidad de cuidado.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres adolescentes que cursaron un trabajo de parto, respecto a la percepción que tuvieron sobre la interacción en el cuidado recibido, se concluye:

- La interacción en el cuidado de enfermería fue descrita como los procedimientos y rutinas regidos por la institución hospitalaria. Este cuidado quedó invisible y aunque existen contradicciones con esta aseveración, en la mayoría de los casos se evidencia como el “quehacer” de la práctica no es reconocido por las informantes, en primer lugar, no logran diferenciar al profesional que le presta el servicio de salud, seguido de que el concepto otorgado sobre la practica-enfermero sólo cubre la concepción técnica.

- Las percepciones de las jóvenes están fuertemente influenciadas por el nivel socioeconómico bajo, al igual que su nivel académico. Estas condiciones sociales provocan que consideren al cuidado e interrelación como “bueno”

en primera instancia, sin embargo, en el análisis se evidencia que no están de acuerdo con el trato recibido.

- La comunicación que se establece está llena de tecnicismos y son expresados con tonos agresivos, lo que producen desconcierto y miedo, por lo tanto, provoca que no haya intercomunicación, pues las jóvenes prefieren omitir sus opiniones para no ser agredidas.

- Las emociones y sentimientos que se generan en el proceso del parto involucran factores como el dolor por las contracciones, la edad temprana en que lo viven, los cambios psicobiológicos, sociales y sobre todo la interacción con el equipo de salud. Por ende, la adolescente manifiesta emociones negativas y positivas, en donde la importancia radica en el manejo no apropiado a éstos por el equipo de salud.

- Las necesidades de las madres jóvenes están dirigidas a finalizar el dolor que les causa el trabajo de parto, por el contrario, las necesidades afectivas, están en el mismo nivel de importancia. La comprensión, el acompañamiento y la comunicación son las necesidades que con frecuencia buscan ser satisfechas en las jóvenes, y la atención a éstas hacen una diferencia significativa favorable en la interrelación.

- Los comportamientos que se realizan entre el equipo de salud y la madre adolescente durante la interacción, están estrechamente ligados a las percepciones de una buena o mala experiencia hospitalaria en el trabajo de parto, estos comportamientos están separados en conductas de tipo asertivas y conductas violentas. También, queda claro que las conductas asertivas siempre estarán relacionadas con una atención de calidad o por lo contrario al ejercerse violencia obstétrica.

Es importante reflexionar, que para el profesional de enfermería es esencial contar con conceptos del cuidado que oferta desde la percepción de quien lo recibe, en este caso desde las adolescentes en trabajo de parto que están acompañadas de miedo al dolor y a lo que pueda suceder, a la inminente sensación de soledad y ante lo desconocido que implica el parto, que no se encuentran preparadas ni física, ni psico-socialmente para los diferentes eventos que implican el ejercicio de la maternidad.

La información que aportan estas jóvenes con condiciones tan específicas refleja las necesidades del cuidado, que debe ser fortalecida durante la interacción, esto para constatar la transformación de la profesión. De lo contrario, si la información obtenida de quien recibe el cuidado es ignorada, permanecerá una práctica sostenida únicamente en la parte técnica, impregnada de procedimientos rutinarios que harán invisible a la disciplina.

6.1 APORTACIONES A LA DISCIPLINA

- Es oportuno este estudio para la disciplina, ya que a través de los hallazgos se puede conocer la práctica real de los profesionales de enfermería y con esto desarrollar estrategias de mejora en las instituciones de salud, en donde se involucre un cuidado humanístico con una interrelación terapéutica
- Este tipo de investigaciones cualitativas permite reconocer la importancia de la comprensión de este grupo poblacional, para la formulación de estrategias en pro de la comunidad adolescente.
- Permite evidenciar las necesidades de la aplicación en la práctica hospitalaria de los planes y programas que tengan incidencia en la comunidad adolescente, para lograr que el profesional de enfermería realice acciones efectivas en el cuidado.
- Fortalece el análisis reflexivo entre los profesionales de salud y exhorta a reconocer la importancia de los aspectos humanísticos que deben tenerse en la interacción, en el sentido de otorgar una atención de calidad.
- Permite evidenciar la importancia de robustecer el perfil académico del personal docente de enfermería, con la finalidad de que el egresado cuente con los elementos para ofrecer un cuidado con características de la relación interpersonal terapéutica o un cuidado humanizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Perlo CL. Aportes del interaccionismo simbólico a las teorías de la organización. Invenio. Junio 2006. [Consultado: 28 mayo 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2H8sSEL>
- 2.- Almeida V, Lopes M, Damasceno MM. Teoría de las relaciones interpersonales de peplau: análisis de fundamentos en barum. Rev. Esc. Enferm. 2005;39 (2): 202-210.
- 3.- Consejo internacional de enfermeras. Promocionar la salud: Guía de orientación para los profesionales de salud. 2008. [Consultado: 15 agosto 2016]. Disponible en: www.ppecampaign.org/sites/ppecampaign.org/files/toolkit/en/Promoting-health-Advocacy_per_cent20Guide.Pdf
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna 2016 [Consultado: 23 diciembre 2017]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- 5.- Cabezas M, Kopplin E, Pugin E, Larrain C, Palma P, González M. Programa de acompañamiento psico afectivos a adolescentes embarazadas en riesgo social. Padiatriaaldia. 2003;19(5): 5-41.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía practica. Ginebra. 1996.
- 7.- Guía de Implementación de Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio., Actualización diciembre de 2014.
- 8.- Castro C, De Faria T, Felipe R, Castelló M. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. Index de enfermería. 2004; 13: 44-45.
- 9.- Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. 2003. [Consultado: 02 abril 2017] Disponible en: <https://bit.ly/2KdU6I7>
- 10.- Quiroz J, Atienzo E, Campero L, Suárez L. Entre contradicciones y riesgos: opiniones de adolescentes mexicanas sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. Salud Publica México. 2014; 56(2):180-188. [Consultado: 15 agosto 2015]. Disponible: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i2.7333>
- 11.- Falcón M. El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo. Instituto Nacional de Salud Publica,

Primera edición. Cuernavaca, Morelos, 2013. [Consultado 13 abril 2017].
Disponible: <https://bit.ly/2J7ViLM>

12.- Blossiers C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal. Rev. Perú Exp. Salud Pública. Lima Perú. 2007. pp. 337-344.

13.- Datos obtenidos de la Unidad de Estadística del Instituto de Salud del estado de México. (consultado el 27 diciembre 2017).

14.- Salate J. La fenomenología existencial como posibilidad de comprensión de las vivencias del embarazo adolescente. Rev. Latino-am Enfermagem. 2016; 14(6): 23-33.

15.- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Biblioteca Cochrane Plus. 2008, Número 4 Oxford.

16.- Herrera L. Relación del personal de salud con los pacientes en la ciudad de México. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(4). 589-594.

17.- Medina MG. Relación de la percepción del paciente y calidad de interacción según la teoría de Peplau. Rev. Per ObstEnf. 2007; 3(2).

18.- Muñoz MP. Relaciones interpersonales del personal de enfermería y su influencia en la calidad de atención del paciente coronario. Rev. De Ciencias de la Salud. 2007; 2(1).

19.- Julimeire CP, Palmira SZ. Las relaciones interpersonales en la acción de cuidar en un ambiente tecnológico hospitalario. Scielo Brazil. 2008; 21(3): 1-10.

20.- Sifuentes C, Parra FM, Marquina VM, Oviedo SS. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad Terapia Intensiva Neonatal. Rev. cuatrimestral de enfermería. 2010; 6(19): 1-10.

21.- Chávez Z. Relación entre la interacción enfermera usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe en un hospital nacional. Rev. Ciencias de la salud. 2007; 2(2): 22-28.

22.- Salete BJ. La fenomenología existencial como posibilidad de comprensión de las vivencias del embarazo en adolescentes. Rev. Latino- Americana de Enfermagem-A. 2006; 8(9): 1-6.

- 23.- Andrade S. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad? Rev. Chilena. Obstet. Ginecol. 2008; 73 (3): 46-51.
- 24.- Edda PP. Una experiencia de Acompañamiento con Doula a adolescentes en trabajo de parto. Rev. Chilena. ObstetGinecol. 2008; 73 (4): 250-256.
- 25.- Elers YM, Gibert LP. Relación enfermera- paciente desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev. Cubana de Enfermería. 2016; 32 (4): 6-15.
- 26.- Kérovac S. Concepciones de Nightingale a Parse: En Elsevier Masson. Pensamiento Enfermero. España; 2007. p. 24-33.
- 26.- Pokorny ME. Unidad I. Evolución de las teorías en enfermería. En: Marriner A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. España: Elsevier; 2011. p 3-50.
- 27.- Tovar M. Teoría en Enfermería y Percepción del Cuidado. Revista Científica de Enfermería. 2013; 14(9): 20-23.
- 28.- Vargas M. Sobre el concepto de percepción. Rev. redalyc. 2014; 4(8): 47-53.
- 29.- Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología. Rev. Scielo. 2014; 10(18): 1-12.
- 30.- Bautista RL, Arias VM, Carreño LZ. Percepción de los familiares y de pacientes críticos hospitalizados, respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev. 2016; 7(2): 1297-1309.
- 31.- Cardozo S. Adolescentes en el puerperio y sus practicas de atención. Rev. Enferm. 2010; 27(2): 82- 91.
- 32.- Antona A, Madris J, Aláez M. Adolescencia y salud. Papeles de psicólogo. 2003; 26(84): 45-53.
- 33.- Hidalgo V, Ceña GT. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr contin. 2014; 12(11): 6-42.
- 34.- Lillo JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev. Asoc. Española. 2004; (1): 57-71.

- 35.- Ministerio de la Protección Social y Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas (UNFPA). Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes. Un Modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de jóvenes y adolescentes en Colombia. Segunda Ed. Colombia. UNFPA; 2008. [Consultado: 13 abril 2017] Disponible: <https://bit.ly/2bSDisD>
- 36.- Lira J, Oviedo H. Control prenatal en adolescentes: evaluación del riesgo materno- infantil. COMEGO. 2013; 59-52. [Consultado: 04 febrero 2017] Disponible: <https://bit.ly/2JFcRD9>
- 37.- De Jesús RD. Elementos teóricos para el análisis de embarazo en adolescente. Rev. Latinoamericana. 2014; (17): 98-123.
- 38.- Menkes C. Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de población. 2003; 9(35). [Consultado: 04 febrero 2017] Disponible: <https://bit.ly/1PeNhmX>
- 39.- Villalobos A. Embarazo adolescente y rezago educativo: un análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública Mex. 2015; 17(57): 135-143.
- 40.- Secretaria de Salud. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Norma Oficial Mexicana de la Secretaria de Salud. NOM-007-SSA2-1993.
- 41.- Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de verificación de la seguridad del parto: mejorar la calidad de atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitarias. [Consultado: 17 marzo 2017] Disponible: <https://bit.ly/2r8VVy1>
- 42.- Secretaria de Salud. Guía de implementación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. [Consultado: 17 marzo 2017] Disponible: <https://bit.ly/2i0BtsM>
- 43.- Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. México. 2001.
- 44.- Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. España: Paidós; 2009.
- 45.- Álvarez GJ. Cómo hacer una investigación cualitativa: fundamentos y metodología. México: Paidós; 2005.

- 46.- Palacios C, Corral D. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Rev. Enf. Intensiva. 2010; 21(2): 68-73.
- 47.- Ulan, P, E. Robinson E, Tolley E. El diseño de estudio. En Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud, USAID, Family Health Internacional; 2006.
- 48.- Rodríguez G, Gil F, García JE. Metodología de la investigación cualitativa. 2da ed. España: Ediciones Aljibe; 1999.
- 49.-Hardy PA, Roveló LJ. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. Rev. Medicina e investigación. 2015; 3(1): 79-84.
- 50.- Benner P. Prácticas progresivas en enfermería: Manual de comportamiento profesional. 1.ª ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo. 1987. [Consultado: 15 agosto 2017] Disponible: <https://bit.ly/2HLBh1f>
- 51.- Vásquez RM. Microfísica del poder en Foucault. Rev. Filosofía. 2012; 2(8): 163-178.
- 52.- Bardallo PM. Entre la enseñanza y el aprendizaje: un espacio de saberes para compartir. [Tesis Doctoral] Universitat de Barcelona; 2010. [Consultado: 19 agosto 2018] Disponible: <https://bit.ly/2IblRCN>
- 53.- Fontanals RA. Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. Rev. Rol de enfermería. 2004; 1(9): 67-71.
- 54.- Grez TR. El concepto de enajenación en Karl Marx: de la crítica del cielo a la tierra. Rev. Central de sociología. 2011; 3(3) 13-40.
- 55.- Sampaio A, De Vasconcelos A, Ferreira E. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma o realidad?. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2008; 73(3):185-194.
- 56.- Miranda A. Contreras A. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos al acto de cuidado. Rev. Brasileira de enfermagem. 2014; 67(6): 873-880.
- 57.- Garrido V. Habermas y la teoría de la acción comunicativa: razón y palabra. Rev. América Latina. 2011; 1(75). [consultado: 19 septiembre 2017] Disponible: <https://bit.ly/ZozVy1>

- 58.- García LA, Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica . Rev. Asociación española. 2015; 24(96): 29-36.
- 59.- García M, López M. Reflexiones en torno a la relación terapéutica: ¿falta de tiempo?. Rev. Enferm. 2014; 13(47):44-48.
- 60.- Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. Rev. Enfermería Integral. 2016; 13(18): 27 -34.
- 61.- Noreña PA, Cibanal JL, Alcaraz MN. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev. EspCom. 2010; 1(2): 113-129.
- 62.- Farkas C. Santalices MP. Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo a un grupo de embarazadas primigestas Chilenas. Rev. SUMA Psicología. 2008; 5(1): 13-20.
- 63.- Evelia F, Vanegas C. Mellado M. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Rev. Aquichán. 2009; 9 (1): 178- 186.
- 64.- Balanz N, El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva de la mujer en el embarazo. Rev. Ciencia Enfermería. 2007; 3(1):59-68.
- 65.-Bimbela P. Cuidando al personal de salud: habilidades emocionales y de comunicación. 7ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica; 2006.
- 66.- Bautista LM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. [Tesis de Maestría en Enfermería] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2015.
- 67.-Naranjo PM. Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertiva. Rev. Actualidades Investigativas. 2008; 8(1): 1-27.
- 68.- Saavedra D. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo. (Tesis de maestría).Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2013.
- 69.- Huertas D, López- JJ, Crespo MD. Neurobiología de la agresividad humana. Barcelona: ArsMedica; 2005.
- 70.- Arguedas RG. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. 2014;11(1):145-169.

71.- Fernández Guillén F. Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos?: El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. Rev. MedNatur. 2006; 3(10):29-38.

72.- Herrera L. y Cols. Relación del personal de salud con los pacientes en la ciudad de México. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(4). 589-94

73.- Galimbert V. Diccionario de psicología. 1ª Ed. Argentina: siglo veintiuno editores; 2002.

ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA

- Preguntas sociodemográficas

1.- ¿Cuál es su nombre, edad, estado civil, grado académico, ocupación?
¿Su embarazo fue planeado?

- Pregunta de experiencia o conducta

2.- Cuénteme acerca de la relación que tuvo con las o los enfermeros desde la primera vez que vino al hospital hasta su alta.
¿cómo fue el trato?
¿qué le hicieron?
¿qué le dijeron?

- Preguntas de opinión o valores

3.- ¿Qué piensa acerca de la relación que usted tuvo con las o los enfermeros es su estancia hospitalaria?

- Preguntas de preguntas

4.- ¿Cuál es su sentir al relacionarse con el equipo de salud (enfermero, médicos, camilleros, etc.)?

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____ HORA: _____

El propósito de este documento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por BEATRIZ **CRUZ MOLINA** de la Universidad Nacional Autónoma de México. El título de este estudio es **LA INTERACCIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DE ADOLESCENTES EN TRABAJO DE PARTO.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después lo que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un código de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada del objetivo de este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre y firma del Participante

Firma del Tutor