



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES PRIMÍPARAS EN LA ATENCIÓN DEL
PARTO INSTITUCIONALIZADO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LIC. VERÓNICA ORDÓÑEZ AMBROSIO

TUTOR PRINCIPAL

DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

CIUDAD DE MÉXICO

Agosto 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
AVENIDA DE
MEXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria, D. F. a 7 de mayo del 2018.

LIC. EN ENF. VERÓNICA ORDOÑEZ AMBROSIO -
No. de Cuenta 411152761

PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 4 de mayo del 2018, aprobó el jurado para la presentación de su examen para obtener el grado de **Maestro(a) en Enfermería (Educación en Enfermería)** del Posgrado en Enfermería, con la tesis titulada:

"EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES PRIMÍPARAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONALIZADO"

Integrado de la siguiente manera:

Presidente : Doctora Gandhi Ponce Gómez
Vocal : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Secretario : Doctor Juan Pineda Olvera
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Suplente : Doctora Irma Cortés Escárcega

Sin más por el momento, me despido.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

DRA. GÁNDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente alumno.

AJ-F3

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de su comunidad estudiantil y darme la oportunidad de superarme profesionalmente, pero al mismo tiempo crecer como ser humano, lo que ha hecho que me sienta orgullosa de pertenecer a una de las mejores universidades de América Latina.

Por otra parte, también quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo recibido para la elaboración de este trabajo de investigación, es un gran incentivo y apoyo para los estudiantes, para que se puedan llevar a cabo trabajos de investigación en el área de enfermería que mucha falta nos hace.

Así mismo agradezco a las informantes que tuvieron la amabilidad de compartir con una servidora sus vivencias y experiencias de esos momentos tan especiales, además que permitieron entrar en sus vidas, ya que gracias a ellas fue posible realizar este trabajo.

En especial agradezco al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, director de tesis, por haber creído en mí, por su paciencia, tolerancia por alentarme a continuar adelante en esos momentos que más lo necesite, lo cual aprecio infinitamente, además de agradecer sus enseñanzas y sabios consejos.

A mis profesores por sus enseñanzas, por convertirse en modelos a seguir, a la Dra. Gandhi Ponce Gómez por todo su apoyo incondicional, además de alentarnos a continuar a pesar de las adversidades.

Así mismo a la Doctora Erika García Zeferino, por su colaboración y valiosa aportación para la realización del trabajo. A mi familia por todo su apoyo en estos años, que siempre estuvieron ahí para mí. De corazón, Gracias.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis padres Juan Simón Guzmán, que a pesar de que ya no está a mi lado, sé que estaría orgulloso de mi, a mi madre Inocencia A. Ambrosio Herrera, en especial por el amor, apoyo incondicional, por alentarme y enseñarme a no rendirme y luchar por lo que queremos, ha sido un gran ejemplo y apoyo en cada aventura que he emprendido. Gracias mamá.

A Evelyn, mi hermana por enseñarme que no importan las circunstancias por las que estés pasando, siempre hay que seguir adelante.

A Daniel, mi novio por su apoyo, comprensión, por escucharme y animarme a que no me rindiera, porque a pesar de haber pasado momentos difíciles siempre estuvo ahí a mi lado para brindarme su amor y cariño. Porque creíste en mí.

A mis amigos y compañeros por animarme a seguir con este proyecto, porque cuando quería tirar la toalla me dieron su apoyo y alentarme a continuar; gracias.

Resumen

Introducción: En México, la mayoría de la población en edad reproductiva ha requerido de los servicios de salud para la atención del parto y puerperio, ya que de 100 partos 54 son eutócicos y en instituciones públicas, sin embargo, se ha percatado que la mayoría de estas mujeres, al institucionalizar, su parto ha llegado a padecer todo el proceso, lo que le ha llevado a repercusiones psicológicas, físicas y biológicas. De acuerdo con la búsqueda de evidencia científica, se encuentra escasa producción en México que develen las experiencias de estas mujeres en la atención del parto institucionalizado.

Objetivo general: Proporcionar conocimiento para contribuir a la mejora de la atención del parto institucionalizado de la mujer primípara.

Metodología: Estudio cualitativo, fenomenológico. La selección de las informantes se llevó de manera intencional hasta llegar a la saturación de los datos. La recolección de los datos se llevó a cabo por entrevistas semi estructuradas, diario de campo, visitas domiciliarias para la realización de las entrevistas, las cuales fueron audiograbadas, para ello se les solicitó su consentimiento informado. Posteriormente se realizó la transcripción fidedigna, para continuar con la, codificación y finalmente llegar al análisis de los datos.

Hallazgos: Categoría 1. Emociones y sentimientos ambivalentes, con subcategorías: 1.1 El miedo y la angustia, 1.2 Dolor y sufrimiento, 1.3 Impotencia, 1.4 Felicidad. Categoría 2. Percepción de los profesionales de la salud, con

subcategorías 2.1 La percepción de la dinámica médica, 2.1 La invisibilidad de la enfermera y su papel secundario.

Conclusión: La experiencia de la mujer primípara en la atención del parto institucionalizado fue desagradable ya que padecen dicho proceso por el dolor que experimentan, además del miedo, la angustia e incertidumbre a lo largo del trabajo de parto por lo que las deja sin ganas de volver a pasar por un parto eutócico, lo cual, de acuerdo con Husserl, esta es la enseñanza que les deja esta experiencia: si se volvieran a embarazar, pedirían cesárea desde un principio.

Demandan que la atención por parte del profesional de la salud sea más humana, ya que ellas comprenden que los médicos residentes tienen que aprender, pero que sea una sola persona quien se haga cargo del trabajo de parto porque son varios los que participan en dicha atención, también demandan que las dejen de ver como un objeto con el que pueden practicar, además de la presencia de un médico que esté a cargo de los residentes.

Así mismo, se observa que la presencia y los cuidados de enfermería son invisibles y secundarios para estas mujeres, son ubicados como los ayudantes o simplemente no saben que son y que rol cumplen en la atención del parto.

Palabras clave: Experiencia, parto institucionalizado, mujer primípara, enfermería.

Capítulo I.	1
1. Introducción	1
1.1 Descripción del problema	3
1.2. Importancia del estudio	6
1.3 Propósito de la investigación	8
1.4 Pregunta de investigación	8
1.5 Objeto de estudio	9
1.6 Objetivos	9
1.7 Estado del arte	9
Capítulo II	16
2. Marco Teórico - Referencial	16
2.1 Experiencia.	16
2.2 Vivencia	17
2.3 Emociones	18
2.4 Sentimientos	19
2.5 Primípara	20
2.6 Parto	20
2.7 El trabajo de parto	21
2.8 Parto institucionalizado	22
2.9 Parto humanizado	23

2.9 Profesional de la salud	24
Capítulo III	25
3. Metodología	25
3.1 Diseño del estudio	25
3.2 Contexto	28
3.3 Informantes	29
3.4 Técnica para la recolección de los datos	31
3.5 Consideraciones éticas	33
3.6 Análisis de los datos	34
3.7 Rigor científico	36
Capítulo IV	38
4. Hallazgos y discusión	38
4.1 Hallazgos	38
4.2 CONTEXTO DE LAS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS AMBIVALENTES.	40
4.3 EMOCIONES Y SENTIMIENTOS AMBIVALENTES	45
4.3.1 EL MIEDO Y LA ANGUSTIA	45
4.3.2 DOLOR Y SUFRIMIENTO	47
4.3.3 IMPOTENCIA	49
4.3.4 FELICIDAD	54
4.4 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	58
4.4.1 LA PERCEPCIÓN DE LA DINÁMICA MÉDICA	58

4.4.2 LA INVISIBILIDAD DE LA ENFERMERA Y SU PAPEL SECUNDARIO	62
4.5 Conclusiones	65
Capítulo V	68
5. Aportaciones	68
5.1 aportación a la disciplina	68
5.2 Aportaciones a la investigación	69
5.3 Aporte a las políticas públicas	70
6. Referencias Bibliográficas	73
Capítulo VII	84
7. Anexos	84
7.1 Cedula de datos sociodemográficos	84
7.2 Guía de entrevistas	85
7.3 Cronograma de actividades	86
7.4 Consentimiento informado	87

Capítulo I.

1. Introducción

La atención del trabajo de parto, así como el cuidado del embarazo ha existido desde siempre y se le ha concedido esa tarea principalmente a la mujer a quien se les llamó con el nombre de parteras, quienes eran las que se ocupaban de atender a las mujeres que se encontraban en trabajo de parto y después del parto.

Posteriormente, conforme fue pasando el tiempo surgieron los médicos quienes poco a poco, se fueron apoderando de la atención prenatal, por ello, la atención fue cambiando de forma drástica, debido a que las parteras atendían a las mujeres parturientas en su casa, en compañía de sus familiares a diferencia de la nueva perspectiva con la que lo veían los médicos quienes lo hacían en sus consultorios o en los hospitales, donde eran aisladas de su familia.

De este modo poco a poco el parto se deja de ver como un proceso fisiológico, y pasa a ser atendido como una enfermedad, lo que ocasionó que, más tarde, una partera ya no pudiera hacerse cargo de esta actividad¹.

La atención de una mujer embarazada y sobre todo en el trabajo de parto tiene que ser de forma respetuosa y lo más humanamente posible, sin embargo, se encontró evidencia de violencia en contra de la mujer, además de los altos índices de mortalidad materna presentes en países de América latina como Brasil, siendo este país uno de los primeros en levantar la voz y llamar la atención de las organizaciones internacionales, entre ellas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) .

A causa de esto, hubo la necesidad de que emitieran lineamientos para reducir las muertes maternas. De manera posterior, se logra disminuir, pero aún está el problema de la violencia ejercida en contra de la mujer, así que estas mismas organizaciones en especial la OMS, señala los puntos para disminuir el maltrato en la atención del parto en las instituciones, principalmente de carácter público, aunado esto a las recomendaciones para que la mujer pueda tener una experiencia óptima durante la atención del parto.

En consecuencia, el objetivo de este trabajo de investigación consiste en proporcionar conocimiento y contribuir a la mejora de la atención del parto institucionalizado principalmente para la mujer primeriza además de describir e interpretar la experiencia de dicha mujer en la atención del parto, por medio de un estudio de tipo cualitativo descriptivo, donde se abordarán a mujeres que hayan

pasado por esta etapa de trabajo de parto por primera vez, luego éstas describirán su experiencia por medio de la entrevista semi-estructurada, de esta manera conocer dichas experiencias.

1.1 Descripción del problema

El parto es un proceso natural y fisiológico en donde se llega al término del embarazo, y el nacimiento del bebé, así pues, por ser un asunto normal era atendido por mujeres de la misma comunidad quienes ayudaban a las parturientas estas podían ser personas allegadas. No obstante para el siglo XVIII la perspectiva cambia y este proceso se empieza a ver como algo patológico y poco a poco se fue desprestigiando y desvalorando la partería y por ende el parto fisiológico; dando lugar a la medicina, donde fue tomando terreno con el argumento de tener conocimiento y destrezas para poder actuar ante alguna situación compleja durante el parto, de ahí en adelante los que ayudaban en el parto eran parteros principalmente con conocimiento dando inicio a la medicalización del parto¹.

Al mismo tiempo ahora se les instruí a las parteras desde la mirada biomédica para que pudieran atender a las parturientas en su domicilio, por lo que, a partir de la época colonial en México, las parteras eran profesionalizadas por la escuela de medicina si querían continuar con sus prácticas de partería¹.

La transición por la que atravesaron las parturientas se vio reflejada por fenómenos como el vivir el parto de forma solitaria, con desconocidos, en muchas de las veces violentadas y con el paso del tiempo los reportes de muertes maternas se vieron elevados, sucesos que han sido abordados desde una perspectiva

cuantitativa, actualmente se han empezado a abordar de forma cualitativa interesándose por lo que están viviendo estas mujeres en el proceso del parto. Para enfermería es de utilidad comprender lo que viven y experimentan estas mujeres e ir acercándose cada vez más al cuidado humanizado emanando mejoras en sus prácticas con base a lo que la misma mujer necesita.

En México se cuenta con escasa evidencia sobre el tema, ya que solo se ha abordado como violencia obstétrica.

En mi acción profesional como enfermera en hospitales de Ginecología y Obstetricia (público y privado) en la Ciudad de México, me he percatado que tanto la mujer como la familia busca dónde atender su parto con la finalidad de ser bien atendidas. Se tiene la creencia que en hospitales públicos no son atendidas como debieran por la demanda de pacientes, “yo no me atendería aquí” “aquí te tratan bien mal” “el servicio es pésimo”, son comentarios que comúnmente se escuchan por algunas mujeres que están por tener a sus hijos o que ya los tuvieron, además de los familiares.

Al mismo tiempo al pasar con las usuarias a revisarlas en una jornada de trabajo es impresionante escuchar la charla que mantienen entre ellas compartiendo sus experiencias y preguntándose una a otra “¿a ti cómo te fue?”, y se aprovecha para que se pasen consejos, las puérperas a las parturientas diciéndoles “no vayas a gritar porque te regañan y no te hacen caso”. Son algunos comentarios que se escuchan en el día a día en los hospitales.

Así pues, también me he percatado de que existen colegas comprometidas con su profesión que contribuyen a que la experiencia del parto sea agradable para la mujer en trabajo de parto y el puerperio, develando el acompañamiento y la esencia del quehacer de la enfermera, a quienes considero enfermeras y enfermeros ejemplares demostrando el amor a su profesión, no obstante, también he percibido a compañeros que no pueden evitar tomar actitudes un tanto prejuiciosas con respecto a las parturientas. “si ya saben a qué vienen”, “no grite señora, espanta a las demás”, y es así como fácilmente se rebasa la línea y se agreden a las futuras madres, siendo este tipo de comentarios los que hacen la diferencia entre una buena o una desagradable experiencia del parto y la calidad de la atención referente al cuidado enfermero.

Considero que hace falta la divulgación y consumo de investigaciones referentes al tema con la finalidad de concientizar y sensibilizar al gremio y se pueda brindar una atención disímil a la que se ha estado proporcionando en las instituciones de salud pública.

El tema de investigación germinó por la falta de conocimiento respecto a las experiencias de las mujeres primíparas en la atención del parto en las instituciones de salud pública en la Ciudad de México. El propósito es contribuir con evidencia para mejorar las prácticas de enfermería, además de describir la experiencia de las primíparas en la atención del parto institucionalizado, analizando las vivencias de estas mujeres, dando oportunidad al gremio de enfermería que transforme su quehacer profesional en favor de la parturienta y su entorno.

1.2. Importancia del estudio

El parto es sin duda, el momento más significativo en la vida de la futura madre y sobre todo para la primeriza, ya que la maternidad indica interacciones emocionales recíprocas entre madre e hijo², por ello la atención del parto requiere una observación estrecha por profesionales de la salud³.

La OPS / OMS (1985)⁴ en cuanto a la atención del parto, reporta que las mujeres tienen derecho a que se le brinde una atención prenatal apropiada, donde ella tenga el papel central y pueda participar en la planeación, ejecución y evaluación de la atención médica.

De manera que, a pesar de ser un proceso fisiológico y natural el nacimiento, puede llegar a presentar complicaciones y en particular, la frustración sobre el avance del trabajo de parto y por ello se acude a una intervención como es la cesárea para minimizar riesgos, principalmente en primerizas o la aceleración del trabajo de parto, esto en las instituciones de salud, llegando a intervenciones innecesarias, lo cual va en contra de la autonomía y dignidad de la mujer, repercutiendo en una experiencia desagradable del parto⁴.

Además de señalar que, existen en todo el mundo mujeres que durante el embarazo y sobre todo en el parto, son centro de trato irrespetuoso, por tanto, resulta evidente el agravio físico y verbal, humillación, entre otras; esto en no pocas ocasiones ha dado pauta para hablar de la violencia obstétrica⁵.

La violencia obstétrica implica todo hecho o descuido intencional, por parte del personal de salud, que perjudique, lesione y ofenda a la mujer durante el

embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica”⁶. Y se traduce para la mujer en algo desagradable, ellas sienten que las tratan como “animales”⁷, principalmente para aquellas que por primera vez son madres, el evento las sorprende paso a paso.

En nuestro país, de cada 100 partos que se lleva a cabo, 54 de ellos son partos eutócicos⁸⁻⁹; por lo tanto, el parto constituye un momento crucial para la vida de la mujer y su hijo, particularmente para la mujer primípara, considerada como aquella que ha parido por primera vez,¹⁰ y enfrenta un proceso desconocido por completo al que llega con miedo e incertidumbre.

De esta manera, se considera que la experiencia entendida como todo lo que se percibe por los sentidos y transforma la subjetividad (Husserl 1958, Foucault 2012)¹¹⁻¹² resulta un referente relevante para quienes participan en el nacimiento de un nuevo ser como equipo de salud y en donde la enfermería tiene un papel relevante al proporcionar cuidados, además de fungir como acompañante para la parturienta como parte del mismo cuidado.

En México la atención del parto es institucionalizada en la mayoría de los casos, es decir son aquellos acontecimientos biológicos como es el parto; que requieren vigilancia médica para detectar a tiempo cualquier complicación¹ y buscan disminuir la mortalidad materna al ser principalmente atendido dentro de un organismo público. No obstante, desde las instituciones de salud se pretende llegar a un parto humanizado¹³ donde a la mujer se le considere como eje central, donde ella controle el proceso y puede tomar las decisiones en torno al nacimiento de su bebé, al ser considerada como un ser humano y parte del proceso.

La atención del parto en el sector salud reporta contextos donde se observan prácticas de rutina, como es la posición de la mujer en la cual es colocada para dar a luz, la instalación de soluciones vía intravenosa y el uso de la oxitocina, así mismo el abuso en las salas institucionales de parto, hacen del tema altamente significativo, ya que con frecuencia se expone poco sobre lo que viven en dichas salas¹⁴, al respecto de cómo experimentan estas mujeres la atención del parto en las instituciones públicas de salud en México.

1.3 Propósito de la investigación

La intención del estudio es proporcionar conocimiento para contribuir a la mejora de la atención del parto institucionalizado en las mujeres primíparas por medio de la descripción e interpretación desde el referente teórico de Edmund Husserl, de las experiencias de la primípara en la atención del parto, en las instituciones de salud pública; en la Ciudad de México.

Así pues, este trabajo de investigación permitirá que los enfermeros (a) puedan colaborar en aspectos de modificación, prevención de la violencia obstétrica, fomento al acompañamiento y promoción a la salud, considerando las experiencias que pasan las parturientas, reformando el cuidado y el tipo de acompañamiento que se le debe de dar a la mujer primípara, así como mejorar la atención del parto humanizado.

1.4 Pregunta de investigación

Por consiguiente, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias de las mujeres primíparas en la atención del parto institucionalizado?

1.5 Objeto de estudio

La experiencia de la mujer primípara en la atención del parto institucionalizado

1.6 Objetivos

- Proporcionar conocimiento para contribuir a la mejora de la atención del parto institucionalizado de la mujer primípara.
- Describir las experiencias de las mujeres primíparas en la atención del parto institucionalizado.

1.7 Estado del arte

Para la realización de la búsqueda de artículos científicos se elaboró una lista de las palabras clave, así como de términos alternativos en base a la pregunta de investigación, posteriormente se realizó la búsqueda en los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). De esta manera se construyeron algoritmos de búsqueda tanto en español como inglés y portugués, con la respectiva combinación de dichos términos.

Las bases de datos que se consultaron fueron Medline, PubMed, BVS, Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (RedaLyc), CINAHL, SciELO. Los filtros utilizados fueron: publicaciones recientes del año 2013 a 2016, textos completos, revisiones sistemáticas. Por último, se filtraron a través de las guías Critical Appraisal Skills Programme (CASPe).

Se descubrió que la mayor evidencia se encuentra en Brasil, donde se han abordado cualitativamente, desde la perspectiva fenomenológica, descriptiva, etnográfica y exploratoria, de tal forma se enfocan a la experiencia del dolor que

han vivido las recientes madres, tanto primíparas como multigestas, lo que se encontró en dicha revisión fue lo siguiente.

Millicent y colaboradores en 2017¹⁵ realizaron un estudio en Kumasi, Ghana, de tipo cualitativo, exploratorio con entrevistas a profundidad, donde abordaron a 56 mujeres que tuvieron atención prenatal y posnatal en cuatro instalaciones de atención pública de Kumasi, donde exploraron las experiencias de dichas mujeres en la atención del parto, por lo que encontraron que estas mujeres presentaron experiencias agradables pero también desalentadoras, lo que las llevó a cuestionarse en buscar atención médica en la atención de futuros partos.

Las mujeres que percibieron empatía y un apoyo continuo durante el proceso fueron las que mencionaron haber tenido una experiencia alentadora, quienes reportan lo contrario fueron aquellas que aseguran que carecieron de una buena comunicación y la participación en la toma de decisiones respecto de la atención recibida, además de percibir falta de respeto hacia ellas. De este modo estas mujeres demandaron que les hubiese gustado ser vistas como parte del proceso a quienes se les involucrara en la toma de decisiones para la atención del parto.

Por lo que se puede decir que lo más importante es mantener una buena comunicación con las usuarias que requieren de atención médica además de involucrarlas en el proceso que por el simple hecho de ser quienes se encuentran en trabajo de parto, les pertenece el derecho de poder elegir, siempre y cuando tengan la información necesaria.

Christensson y colaboradores en 2017¹⁶ realizaron una investigación sobre la calidad de la atención durante el parto en instituciones públicas en la India en donde el objetivo era explorar y comprender la percepción y la experiencia de estas mujeres con respecto a la calidad de atención recibida durante el parto en instituciones de salud pública.

En este trabajo participaron 13 mujeres que tuvieron parto eutócico, utilizaron la entrevista a profundidad, las cuales se llevaron a cabo en el domicilio de cada participante en un distrito de Chhattisgarh en la India. Donde la principal categoría

fue “parto sin efectivo, pero a un costo” donde reportan que las mujeres que eligen parir en estas instituciones son debido a la falta de recursos económicos, pero desean tener un parto seguro donde no se ponga en riesgo su vida o la de su bebé.

De esta forma se muestran agradecidas con el gobierno, por los alimentos y el servicio de ambulancia que recibieron, así mismo manifestaron sentir confianza en las instituciones públicas. Sin embargo, se apreció que la atención del parto fue meramente medicalizada, donde estas mujeres en ningún momento tuvieron el control sobre la atención del trabajo de parto; además de experimentar de abuso tanto verbal como físico, lo que quiere decir que aceptan pasivamente este tipo de atención con la finalidad de evitarse confrontaciones con los profesionales de la salud y poder recibir la atención médica.

En definitiva, estas mujeres aceptan este tipo de trato debido a que carecen de recurso económicos como para poder atenderse en otro lugar, sin embargo, se tendrían que mejorar los procesos de atención, donde estas mujeres puedan recibir una atención digna además de un parto seguro independientemente de su posición socioeconómica, ya que recurren a este tipo de lugares porque tienen la necesidad de que un profesional las atienda.

Giraldo y González¹⁷ en el año 2015, realizaron un estudio en Medellín, en una unidad materno- infantil para descubrir las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto. Se trata de un estudio de tipo cualitativo fenomenológico, donde participaron trece mujeres las cuales, manifestaron haber sentido síntomas desagradables como: el dolor, fatiga percibida como cansancio y sobre todo sed que calificaron como una experiencia intensa y para saciarla pedían con frecuencia agua, que afortunadamente les fue proporcionada.

Así mismo, mencionaron sentirse solas en ese proceso, aseguran que si alguien estuviera con ellas todo sería más fácil, ya que con el simple hecho de sentir una mano de apoyo ya no se sentirían tan solas, además que reflejan el papel importante que tiene la enfermera, porque lograron percibir a ésta cuando se mostró atenta y reaccionó de forma inmediata a su llamado, se sintieron cobijadas; además

hacen sobresalir la incomodidad que les generó el tacto. Igualmente, el miedo siempre estuvo presente, miedo a las complicaciones que se pudieran presentar.

Aunque una vez que nació el bebé refieren que todo el dolor, agotamiento, sed y la soledad “valió la pena”, en el momento que ven el rostro de su hijo por primera vez. De esta forma, se concluye que los métodos tradicionales deben agregar el ingrediente más importante: la humanización en la atención del parto de las mujeres, ya que deja ver cómo marca la diferencia el hecho de que sientan una mano cálida y de acompañamiento, aunque sea un perfecto desconocido para la futura madre, ya que lo consideró como algo comfortable.

Para Scarton, Prates y otros ¹⁸ en el 2015, realizan una investigación en Brasil, en una clínica de maternidad en el interior del Rio Grande del Sur, tratándose de un estudio cualitativo, descriptivo con diez mujeres primerizas por medio de entrevistas individuales semi-estructuradas, para conocer las experiencias de éstas en relación con las prácticas de atención prestadas por profesionales de enfermería en el parto normal.

Donde justamente remarcan el papel importante que tiene la enfermera en la atención de estas mujeres, debido a que la mayoría refirió miedo a lo desconocido, su punto de referencia eran las vivencias de otras mujeres, así que el miedo, la duda y la ansiedad se hacen presentes, sin embargo, la enfermera fue fundamental, sobre todo para ellas que son primerizas, así que relatan haberse sentido animadas, sintieron el apoyo de la enfermera, donde es evidente el rol que desempeñó dicho profesional, quien mostró empatía y la oportunidad de conversar, escuchar y dar apoyo a la mujer necesitada en ese momento, por tal motivo este fue el verdadero cuidado clave que hizo que las mujeres a pesar de ser primerizas reemplazaran los sentimientos de angustia y miedo por sentimientos de tranquilidad, seguridad y calma.

Del mismo modo, hubo quien percibió que la atención recibida no era la adecuada porque no le hicieron caso durante el proceso de parto, por tanto se puede concluir que las mujeres experimentan la atención recibida de forma

particular y diferente, esto las lleva a vivir tanto experiencias positivas cuando el profesional de la salud muestra acercamiento e interés por la mujer, así como experiencias negativas asociadas a una falta de información u orientación sobre lo que va a pasar o le van a practicar, por supuesto esto les genera sentimientos de angustia. Así que, el cuidado de la enfermera se debe fortalecer y hacer uso de la evidencia científica, además de proporcionar un cuidado más humanizado.

Mientras tanto Mandrano y Barbieri¹⁹ en el 2011 en la investigación realizada en Brasil, es un estudio cualitativo fenomenológico con ocho participantes, bajo la finalidad de comprender la experiencia de las mujeres que vivieron el trabajo de parto mediante la asistencia humanizada, en un hospital público de Sao Paulo, resalta la confusión que llega a presentarse en las mujeres, pues al decir que la atención del parto es humanizado lo asocian a que el parto será con menos dolor y feliz, igualmente relatan que notaron distinta la atención, ya que se les dio la oportunidad de tomar decisiones, y eso lo tomaron de forma positiva, argumentaron que sí, les había gustado y que sí, volverían a esa institución porque se sintieron cómodas y las tomaron en cuenta.

Posteriormente, se puede apreciar la necesidad de establecer una relación de comunicación mutua con el usuario y el personal de salud, con el objetivo de rescatar los valores que hacen posible una atención del parto humanizado. Es decir, no sólo aplicar las técnicas aprendidas en la universidad, sino a tratar con personas las cuales piden ser atendidas como tal.

Sin embargo, a pesar de haber visto que existen casos donde la experiencia fue positiva, debido a las intervenciones de las y los enfermeros, también se dieron casos en los cuales las mujeres experimentan el dolor de otra manera, por ejemplo de forma traumática; en la investigación que realiza Núñez en el 2014,²⁰ en Barcelona con enfoque cualitativo etnográfico con 13 mujeres gestantes y puérperas, misma que va orientada a las experiencias de las mujeres en relación con el dolor del parto en un ámbito hospitalario y los elementos influyentes en torno a la vivencia de éste.

Efectivamente, logró identificar los elementos que volvieron la experiencia de dolor en algo insoportable y uno de ellos es la incertidumbre de no saber lo que va a pasar, cuánto tiempo durará el proceso, además de verse sometida a situaciones dolorosas constantemente como son los tactos; al mismo tiempo experimentar la soledad y la necesidad de encontrarse acompañadas, gracias a los profesionales de la salud, los cuales mostraron indiferencia, según estas mujeres.

Así, se refiere que el estar sometidas al dolor llega a tal punto que empiezan a sufrir, de este modo sería importante considerar una vez más las alternativas con las que se cuenta y recomendadas por la OMS, para el manejo del dolor no farmacológico y evitar que las experiencias de las mujeres sean traumáticas y que, lejos de disfrutar esa etapa sólo la sufran, esto es una gran oportunidad para poner en práctica la visión holística de la enfermera.

Por su parte Moreira²¹, en el 2010 en su trabajo, relató una experiencia de una práctica de atención asistencial en Brasil, menciona que cada mujer experimenta de forma individual y a su manera el proceso del parto, donde la influencia de la sociedad, usanzas pasadas y su cultura, contribuyen en estas experiencias, de este modo el parto se llega a percibir como una situación abrupta que está fuera del control de la mujer y presenta sentimientos como incertidumbre a lo desconocido, miedo, angustia e inseguridad y estos a su vez, pueden influir de forma negativa en el proceso de atención del parto.

De este modo, cuando el parto se vuelve institucionalizado, las mujeres son sometidas a intervenciones que carecen de humanización e individualización, se cree pertinente reorientar la formación de los profesionales, ya que una de las cosas más graves es que el personal de salud no se da cuenta de la violencia en contra de la mujer, lo que hace alusión a algo normal por lo que es aceptado socialmente, es decir violencia simbólica, además de incorporar educación prenatal sobre el trabajo de parto y parto para las mujeres y lograr disminuir la ansiedad que les provoca lo desconocido.

Con todo esto, resulta evidente que la mujer sufre el trabajo de parto el cual, se vuelve más intenso cuando es la primera vez y no se le informa los procedimientos a seguir. Sin embargo, cuando el personal de salud muestra atención y acompañamiento, ellas sienten la confianza y se muestran tranquilas, acompañadas y seguras porque alguien está a su lado, aunque sea un extraño, esto evidencia que las mujeres embarazadas en esa etapa sólo piden ser atendidas por otro ser humano que la ayude en esos momentos de vulnerabilidad, para no sentirse como animales que van a parir, porque perciben el abandono y la indiferencia por parte, del personal de salud.

Por tal motivo, la OMS tomó decisiones y emitió lineamientos para prevenir y erradicar la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto, además de las recomendaciones para la atención prenatal para que las mujeres puedan tener una experiencia positiva durante el embarazo²².

En México, no se podría saber qué es lo que viven estas mujeres, debido a la falta de información respecto al tema de las experiencias de dicha población, sólo se conoce que hay maltrato hacia ellas en las salas de parto y fuera de ellas, esto se conoce debido a que los medios de comunicación han documentado que en algunos estados de la República Mexicana, como en Oaxaca y Puebla, se ha maltratado a estas parturientas y que han tenido a sus hijos en el piso o jardín de los nosocomios por haberseles negado la atención médica oportuna²³⁻²⁴, por mencionar ejemplos y algunos artículos referentes a cómo perciben la atención del personal de salud, considero sería importante indagar en el tema para poder conocer las experiencias de la mujer embarazada, en la atención del parto en México.

Capítulo II

2. Marco Teórico - Referencial

2.1 Experiencia.

La filosofía ha abordado a la experiencia, Platón²⁵ quien distingue el mundo sensible del mundo inteligible, es decir reconoce que es importante tanto lo que se puede tocar y contabilizar como todo lo que no puede ser así, como es el sentir, lo subjetivo de un ser humano lo que lo hace cambiar, así, como cambia la mujer después de la experiencia de un parto.

Así mismo Aristóteles,²⁶ también fue otro de los filósofos que abordó la experiencia y él aseguraba que de esta era de donde partía el conocimiento, para una mujer parturienta la experiencia la va a conformar lo que vive en su trabajo por vez primera de parto, dando la oportunidad que conozca otra faceta de su vida y de dar vida otorgándole la oportunidad de conocerse a sí misma y a su propio cuerpo.

De la misma forma Husserl,²⁷⁻²⁹ hace énfasis en la intuición reflexiva para poder describir la experiencia tal como la vive el sujeto y como la constituye en su conciencia, por lo que la define como toda aquella que se puede percibir por los sentidos y se presentan a lo largo de la vida (lo que salta a la vista).

De esta forma este filósofo da a entender que lo que se experimenta por sí mismo es evidente, por lo tanto, la experiencia es la demostración que fundamenta todas las evidencias contenidas en ella y que solo por medio de la investigación o indagación de la esencia de las experiencias se puede llegar a una respuesta, el conocer subjetivamente lo que está detrás de una experiencia, lo que se ha logrado aprender de lo que se vive. En este caso, una mujer primípara en la atención del parto le podrá dar al investigador el significado de lo que percibió por medio de sus sentidos, tomando en cuenta que influyeron tanto sus conocimientos previos como su cultura para que ella pudiera dar un juicio de valor a esa experiencia, que en su momento pudiera transformar su perspectiva como puede ser el mismo proceso del embarazo.

En relación con la transformación de la perspectiva de una mujer primípara, Foucault²⁸ menciona que una experiencia es algo de lo que se sale convertido, dando a entender que siempre habrá un antes y un después de la transformación, que cada experiencia deja algo nuevo que cambia la forma de pensar y la subjetividad de cada individuo, por eso transforma a la persona ya que es algo que vive de manera individual, que se puede dar a conocer a los demás y puede transformar a otros. Por lo tanto, es probable que la persona y en este caso la mujer primípara no vuelva a pensar, a sentir, a verse y ser como era antes de la experiencia vivida como es el trabajo de parto.

2.2 Vivencia

Es una unidad estructurada de actitud y contenido, siendo el contiguo entre la actitud, los sentimientos, la percepción y la voluntad que manifiestan los individuos en relación a un suceso o fenómeno y está condicionado tanto por la sociedad como la propia cultura; por lo tanto la sociedad influye mucho en la vivencia ya que deja un aprendizaje de los significados según la cultura y esto a su vez, es lo que enuncia a nivel cognitivo dejando una transformación en cada individuo, así pues una vivencia es la expresión de la propia sociedad personalizada.³⁰⁻³¹

Husserl mencionaba que las vivencias son intuitivas²⁷⁻²⁹ de primera instancia, aunque después se pueden pensar más tarde, imaginar y finalmente se recuerdan conforme pasa el tiempo, es decir cuando una mujer vive la experiencia del parto vive ese momento que posteriormente lo piensa y al imaginarlo y recordarlo la hace reflexionar y es ahí donde se adquiere conocimiento que le dejó dicha vivencia, la cual deposita en su conciencia y al relatarnos su vivencia, la exterioriza ya que la puede recordar y revelar.

Los pensamientos de los seres humanos están llenos de información los cuales nos conducen a otros contenidos donde se puede conocer la percepción y la vivencia de estas³⁰. Y esto se pudo verificar ya que en el momento que las mujeres primíparas recordaban lo que pasaron en las salas de parto y desde que llegaron al hospital desde el inicio, es ahí donde se puede capturar la vivencia del parto, de su parto. de esta manera estas mujeres nos dejan ver su parte subjetiva y lo que significó para ella el pasar por un parto por primera vez.

2.3 Emociones

Las emociones son procesos internos los cuales ayudan a regular la vida social de los seres humanos; las cuales se desarrollan cuando las personas experimentan cambios en su vida, como es el pasar por primera vez por trabajo de parto.

Estas mujeres expresaron que al inicio del trabajo de parto el miedo las invadió al igual que la angustia y conforme fue pasando el tiempo el dolor las irrumpió llegando al sufrimiento, también llegó la impotencia y finalmente la felicidad.

Se entiende que las emociones son aquellas conductas pertenecidas a estímulos tanto internos como externos que llega a experimentar una persona de acuerdo con su cultura, este antecede al sentimiento ya que este es el término codificado de la emoción, debido a que este es impalpable llegando a dejar algún aprendizaje que perdurará en el tiempo. ³²

Las emociones son aquellas que ayudan a la persona a experimentar el mundo, el mundo que lo rodea³³ en el caso de las parturientas, su mundo se reduce

a una habitación con más mujeres que en la mayoría pasan por circunstancias semejantes, que a pesar de ser varias personas las que se encuentran en esa habitación, se sienten solas.

Las emociones también son sucesos subjetivos normales los cuales son funcionales además de ser expresivos, además que duran poco tiempo pero que ayudan a prepararse para una mejor reacción ante sucesos trascendentales a lo largo de la vida, por lo tanto, las emociones establecen y administran aspectos relacionados con la experiencia como son los sentimientos los cuales son la descripción enunciada de las emociones que expresaron estas mujeres en trabajo de parto, la disposición fisiológica siendo esta la manera en la que el cuerpo humano reacciona para adaptarse a la situación en la que se encuentra en función a que pueda cumplir con lo que se le está solicitando como es el parir y finalmente la manera en cómo expresar lo que se vivió en ese momento³³.

2.4 Sentimientos

Los sentimientos son aquellas percepciones de cómo se siente el cuerpo de una parturienta en la transición de una emoción, por lo tanto, los sentimientos que las aborda desde el inicio del trabajo de parto se van alimentando y aumentando conforme se va avanzando en el proceso, que al llegar al hospital es cuando más se sienten con miedo, angustia e incertidumbre, de lo que pueda pasar.

De esta manera las emociones se convierten en sentimientos que adquieren un nombre, que culturalmente se le establece, de esta manera se quedan en la memoria de cada ser humano y las parturientas con secuelas profundas de dolor en su cuerpo³².

Por lo que se puede decir que las emociones y los sentimientos son diferentes, pero no se pueden separar, de modo que las emociones se hacen presentes cuando el ser humano se enfrenta a situaciones en las que se puede ver riesgo y lo manifiesta tanto física como psicológicamente, ya que las emociones se presentan de manera instantánea a través de sudoración, taquicardia, palidez y

agitación sobre todo en las madres primerizas, sin embargo, estas emociones duran poco tiempo³³⁻³⁴⁻³⁵.

Mientras que los sentimientos son codificaciones culturalmente establecidas, que la misma mujer le da un nombre por lo que es más fácil que la recuerde y persista en el tiempo, es por eso que recuerdan el proceso de trabajo de parto, lo recuerden como algo malo, pero al mismo tiempo como algo que les dio felicidad ya que conocieron a sus hijos, es decir son los efectos que las emociones depositan en la mente, pero también en el cuerpo; estas mujeres primíparas lo recuerdan cada vez que tienen molestia al ir al baño después de la episiorrafia a las que fueron sometidas³⁵⁻³⁶.

2.5 Primípara

Esta palabra viene del latín donde parere; significa parir y partum que significa dar a luz, por lo tanto, la mujer primípara es considerada como aquella que ha parido por primera vez según la literatura de ginecología y obstetricia haciendo diferencia entre esta mujer y la primigrávida que es aquella que se ha embarazado por primera vez³⁷.

2.6 Parto

El parto es la finalización de la gestación por lo que es un contiguo de sucesos activos y pasivos que permiten el nacimiento por vía vaginal de un feto que cuente son veintidós semanas o más, además de incluir la placenta y sus anexos por lo que se divide en tres periodos:

1. Dilatación
2. Expulsión
3. Alumbramiento

Durante el primer periodo del trabajo de parto, la dilatación, inician las contracciones uterinas y los cambios cervicales que a su vez se divide en fase latente y fase activa.

1. La fase latente es el inicio de contracciones que se manifiestan de forma irregular, al mismo tiempo se pueden observar los cambios en el cérvix como es el borramiento y la presencia de dilatación de hasta cuatro centímetros de dilatación que para el caso de la mujer primípara puede durar hasta veinte horas.
2. En la fase activa las contracciones ya son regulares, la dilatación ahora ya es más progresiva y es mayor a cuatro centímetros.

En el segundo periodo del trabajo de parto la dilatación es casi completa o completa y termina en la expulsión del feto, este periodo puede durar de una a dos horas dependiendo si se contó con aplicación de analgesia epidural.

En el tercer y último periodo que es el alumbramiento se tiene ya al producto y este periodo inicia desde que se puede pinzar el cordón umbilical y por ende cortarlo para continuar con el alumbramiento de la placenta y sus membranas, en este periodo puede durar aproximadamente treinta minutos.³⁸

2.7 El trabajo de parto

El inicio del trabajo de parto es cuando la matriz inicia con contracciones y a su vez se abre el cuello uterino, por lo que la atención del parto que se le considera al conjunto de fenómenos que permiten la expulsión por vía vaginal al feto, incluyendo la placenta y anexos, los cuales los divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento, de acuerdo con las guías de práctica clínica, quien marca cuando deben ser atendidos, en primer lugar, en la fase latente no deben ser hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias, por ejemplo múltiples tactos, distocia de contracción, entre otros³⁹.

En segundo lugar, cuando llega la mujer a la fase activa y es cuando debe ser hospitalizada para vigilancia y atención del parto, donde la comunicación entre usuaria y personal de salud es pieza clave que influye de manera positiva sobre la percepción del parto, por lo que se debe de infundir seguridad sobre todo a las

primíparas, facilitar información, atender el bienestar físico y emocional con la finalidad de contribuir a una buena experiencia del parto⁴⁰⁻⁴¹.

El tiempo que dura el trabajo de parto puede ser muy variable para una mujer que nunca ha parido puede durar de 12 a 20 horas a diferencia de las que han parido dos veces o más puede durar entre 6 y 12 horas de evolución, es por eso por lo que estas mujeres primerizas les ocasiona ansiedad el desconocer cuanto tiempo pueden estar en trabajo de parto.

Es importante tomar en cuenta los criterios para decidir hospitalizar a una usuaria, por lo que los criterios a tomar en cuenta son:

1. La regularidad de las contracciones uterinas las cuales deben ser de 2 a 4 cada diez minutos.
2. Que manifiesten dolor en el hipogastrio.
3. Por último, que presenten cambios en el cérvix, es decir que presenten dilatación de 3 a 4 centímetros y un borramiento mayor al 50 por ciento⁴¹.

Lo relevante de tomar en cuenta estos criterios, es evitar intervenciones innecesarias como son los tactos múltiples o cesáreas.

2.8 Parto institucionalizado

Parto institucionalizado, es aquel que se atiende en otro lugar que no es el domicilio de las usuarias como pueden ser las instituciones de salud, los cuales requiere de vigilancia por parte de profesionales de la salud como médicos y enfermeras, para detectar a tiempo complicaciones.

Esto surgió debido al alto índice de muertes maternas, y la sustitución en la que las parteras se habían desprestigiado y eran ellas las que se hacían cargo de estos eventos, por lo que ahora se requería de una atención especializada además de contribuir a la disminución de la mortalidad materna¹⁻⁴¹.

2.9 Parto humanizado

Este concepto nace en los noventa como antónimo del parto institucionalizado o medicalizado, por lo que este modelo de atención se caracteriza por tener en cuenta las necesidades emociones y opiniones de las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio; la finalidad de este es fomentar una experiencia agradable y satisfactoria del parto en las mejores condiciones humanas donde se pueda ver que la mujer es la protagonista de su parto y tanto ellas como su pareja si ella lo decidiera así, que pudieran tomar el control de decidir cómo será el nacimiento, dónde será este evento y con quien va a parir.

Por lo que para tener un parto humanizado se deben cumplir ciertos puntos como son:

- ✓ *Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.*
- ✓ *No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.*
- ✓ *Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.*
- ✓ *Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.*
- ✓ *Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.*
- ✓ *Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.*
- ✓ *Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).*
- ✓ *Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.*
- ✓ *Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).*

- ✓ *Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterles a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios⁴².*

2.9 Profesional de la salud

El profesional de la salud quien la OMS lo nombra personal sanitario, el cual tiene como objetivo fundamental promover la salud, de este modo esta organización demanda que este personal debe estar preparado para las necesidades y cambios que requiera la población ante adversidades, nuevas enfermedades, conflictos y violencia.⁴³

Es importante fortalecer laboralmente al gremio de salud, para que este a su vez pueda enfrentar y apoyar en los objetivos sanitarios que se tienen tanto a nivel mundial como nacional de esta manera poder anticiparse a los nuevos retos de salud por los que estamos pasando además de los que están por venir.

Capítulo III

3. Metodología

3.1 Diseño del estudio

La manera de abordarlo será de tipo cualitativo, fenomenológico; desde la perspectiva fenomenológica de E. Husserl. En relación con el objeto de estudio, los objetivos a lograr y la naturaleza del fenómeno que se pretende abordar, como es la experiencia, la mejor forma de realizarlo es a través de la investigación cualitativa, debido a que esta nos acerca a comprender cómo las personas conciben el mundo cotidiano a través de las experiencias y perspectivas ⁴⁴ lo cual permitirá lograr una mayor y significativa comprensión de la experiencia de la mujer primípara.

La investigación cualitativa es un proceso por el que se puede obtener retratos de la realidad, con base en técnicas de deducción, relación, comprensión y lógica, por lo que es de mucha utilidad para desarrollar y generar conocimiento al área de la salud sobre todo en enfermería.⁴⁵

Es importante resaltar que este tipo de investigación beneficia la comprensión de fenómenos que se presentan en el área de salud y específicamente a enfermería quien puede obtener las experiencias vividas de los sujetos en el proceso de salud enfermedad lo cual permite entregar cuidados más humanizados.

Siendo la fenomenología⁴⁴ la de elección como método de investigación para abordar la experiencia y sus significados enfocándose en la subjetividad de esta, se concentra en la comprensión que puede significar en el contenido vivido de una persona, por lo tanto, se puede generar conocimiento. Además de ser uno de los métodos que con mayor frecuencia es utilizado para este tipo de investigaciones, así mismo se encarga de llegar a una mejor comprensión del punto de referencia del ser social. Este método se encarga de estudiar la experiencia trascendental, de la vida y la cotidianidad dando como resultado los significados de las vivencias.^{45,46,47}

La palabra fenomenología se “deriva de la palabra griega *fenomenon* que significa mostrarse a sí mismo, poner en la luz o manifestar algo que puede volverse visible en sí mismo” por lo que se requiere comprender a los seres humanos a partir de cómo ellos ven las cosas. La fenomenología es una corriente filosófica, desarrollada por E. Husserl, en el siglo XIX y principios del XX que nace en oposición al positivismo, teniendo en mente la ordenación del pensamiento y las acciones humanas, ya que considera importante observar y conocer al individuo⁴⁸, precisada como enfoque, filosofía y método, hace énfasis en la perspicacia reflexiva para escribir y clarificar la experiencia tal como se vive y se construye en la conciencia (Husserl, 1970.)⁴⁹⁻⁵⁰

Pongamos por caso que si al investigador le importa una experiencia de transformación, como el embarazo, pueda aproximarse a través del conocimiento y el proceso temporal de conciencia y estos se podrían captar en períodos significativos de transformación, por medio de los sucesos que recuerde el informante; de esta manera obtener la representación y comprender lo habitual con base en las experiencias del participante referente al fenómeno de interés, en este caso, lo aprendido y vivido de las mujeres primíparas en la atención del parto institucionalizado; es decir descubrir sentimientos, emociones, percepciones, etc. que les generó los hechos vividos.

El fenomenólogo pretende entender los fenómenos sociales a través de la perspectiva del actor, dando crédito a la realidad que se percibe que es importante para los sujetos⁴⁵⁻⁴⁶. Por lo tanto, el diseño fenomenológico se encamina en inicio al proceso de la historia secuencial para posteriormente atender lo fundamental de la experiencia, basado en las premisas de la fenomenología, como son:

- ✓ Detallar y concebir el fenómeno, desde la perspectiva del informante.
- ✓ Con fundamento en un examen detallado de discursos y temas, en busca de significados.
- ✓ Confiar en la sutileza e imaginación para aprehender la experiencia.
- ✓ Contextualizar las experiencias en su temporalidad, espacio, corporalidad y el contexto relacional.⁴⁸⁻⁵¹

Para obtener los datos sobre la experiencia de las informantes sobre la atención del parto en la institución de salud, se realizó todo un proceso minuciosamente de atención, de comprensión y empatía y sobre todo el investigador se despojó de todo tipo de preconcepciones sobre dicha experiencia, debido a esto se llevaron a cabo observaciones y acercamiento con la finalidad de crear un vínculo que permitiera realizar las entrevistas en los domicilios de las informantes con un previo consentimiento informado. Todo lo observado, analizado y reflexionado se asentó en un diario de campo.⁵²

La metodología se desarrolló de acuerdo con los pasos que Apps propone, los cuales son los siguientes:

Describir el fenómeno donde se basó en la experiencia de las informantes que cursaron por trabajo de parto por primera vez sobre sus vivencias, experiencias, significados, percepciones y lo que les dejó dichos hechos en su perspectiva de la vida y del hecho de convertirse en madre por primera vez.

Ir en busca de las múltiples perspectivas que a su vez se obtuvieron a través de los puntos de vista de cada informante, los cuales se abordaron en este trabajo.

Constitución del significado, en este punto se enfocó a capturar el significado que cada una de ellas le dio a lo que vivieron y experimentaron en la atención del trabajo de parto.

Despojarse de preconcepciones, se dejó a un lado todo tipo de prejuicios sobre la atención del parto que pudieran influir en los resultados del fenómeno, por lo que el distanciarse del campo fue de mucha utilidad para hacer a un lado todo tipo de creencias e influencias teóricas, y de esta manera percibir el fenómeno a través de la mirada de las informantes.

Exégesis del fenómeno, en esta parte se interpretan las experiencias que tuvieron las mujeres primíparas en la atención del parto, lo que vivieron, sintieron y lo que les dejó dicha experiencia.

La fenomenología condescendió una mejor comprensión de la experiencia de la persona en la atención del parto en una institución de salud pública, de tal manera que se obtuvo información acerca de la realidad que viven las mujeres primíparas, esta información ofrece conocimiento que es de gran importancia para la disciplina de enfermería ya que se evidencia lo que dichas mujeres perciben y lo que realmente viven y la experiencia que les deja este evento en su vida.⁵³

3.2 Contexto

Las informantes radican y son originarias de la ciudad de México, de comunidades urbanas (Álvaro Obregón, Tlalpan, Cuajimalpa, Xochimilco), de estrato socio económico medio, cuentan con afiliación al IMSS, por ser beneficiarias o trabajadoras. Las edades oscilan entre los 23 a los 40 años. Tres de ellas son católicas y el resto se dicen creyentes. Sus familias son nucleares extensas. Estas mujeres aseguran que vivieron mucho dolor y que en el proceso del parto ya no querían continuar con él, por lo que pedían cesárea.

Algunas de ellas tienen el apoyo de sus familias, inclusive sus madres están más cerca para poder apoyar a sus hijas en el puerperio, otras más mencionan que, aunque quisieran no estarán cerca de sus familiares ya que se encuentran en otro estado de la república.

Tres de ellas mencionaron que la opción de tener a sus hijos por parto fue la primera opción en la que pensaron, sin embargo, se arrepintieron una vez que los dolores empezaron a ser más y más fuertes.

Sus hogares son muy acogedores, cuentan con los servicios básicos como es el drenaje, luz, teléfono, agua y al mismo tiempo se observó que Elizabeth, Teresa y Claudia tenían imágenes religiosas, dos de ellas con veladoras encendidas, refirieron que le habían pedido que las ayudara y que les diera fuerza para aguantar el parto, además de pedir que sus hijos nacieran bien, Teresa no expresó nada al respecto, pero llevó con ella un escapulario que le había obsequiado su madre.

3.3 Informantes

La selección de las participantes se efectuó de carácter intencional, de acuerdo con Robinson y Tolley⁴⁵, son ejemplos excelentes, que se caracterizan por ser muestras pequeñas, sin embargo, son abundantes en información. Es decir, ofrecen datos muy sustanciosos en información referente al fenómeno de estudio. Las participantes ideales para este trabajo fueron mujeres en edad reproductiva de 18 a 40 años, que hayan pasado por trabajo de parto por primera vez y que desearan participar de manera voluntaria.

Las mujeres que participaron en este trabajo fueron cambiadas de nombre, por un nombre ficticio con la finalidad de conservar el anonimato. Cabe mencionar que ellas mismas propusieron el nombre.

En la siguiente tabla se muestran algunos datos sociodemográficos de las participantes.

Características de las informantes				
Nombre	Edad	Religión	Ocupación	Estado civil
Elizabeth	22	Católica	Ama de casa	Casada
Teresa	25	Católica	Enfermera	Unión libre
Marisol	19	Creyente	Empleada	Casada
Claudia	40	Católica	Ama de casa	Casada

Elizabeth es una mujer de 22 años que se dedica al hogar, es casada y tuvo a su primogénito, es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuenta con este servicio ya que su esposo es quien le proporcione este beneficio. Es originaria de la Ciudad de México, de la delegación Cuajimalpa, tiene una carrera técnica, ella vive con su esposo y la familia de este. Sin embargo, cuenta con su vivienda aparte y con todos los servicios básicos.

Teresa mujer de 25 años quien es enfermera, y también tuvo a su primer bebé; ella vive en unión libre, es derechohabiente del IMSS por parte de su empleo, es originaria de la Ciudad de México de la delegación Xochimilco. Vive con su pareja en un departamento, aunque la familia de ella se encuentra muy cerca de ahí.

Marisol tiene 19 años, dio a luz a su primer bebé, vive con su esposo, actualmente rentan en la delegación Tlalpan, cuenta con seguridad social por parte de su esposo, ella trabaja en una tienda de abarrotes, se considera creyente y piensa que por el momento no trabajará para poder cuidar de su bebé por lo menos hasta que ya lo pueda ingresar en una guardería. Su familia es originaria del estado de México.

Claudia es ama de casa, tuvo a su primer bebé, tiene cuarenta años; tuvo trabajo de parto prolongado, sin embargo, ella nunca perdió la esperanza de que su parto sería

una experiencia inolvidable, para lo que se había preparado todo este tiempo. Ella es casada, vive con su esposo en casa propia en la delegación Álvaro Obregón. Profesa la religión católica. Su madre es originaria de Veracruz.

3.4 Técnica para la recolección de los datos

Se ubicaron a las informantes ideales en la Ciudad de México, en un hospital público de una Unidad de Alta especialidad en Ginecología y Obstetricia. La investigadora debidamente uniformada e identificada con credencial de estudiante, abordó a las informantes que cumplieran con los requisitos de acuerdo con el criterio de intencionalidad, en el servicio de hospitalización.

La investigadora se presentó como estudiante con los posibles informantes para averiguar si habían tenido parto eutócico por primera vez. En caso de haber contestado afirmativamente, se les extendía una invitación a participar de manera voluntaria en este trabajo de investigación, se abordaron a 15 posibles participantes, a quien aceptó la invitación se le expresó en qué consistía dicho trabajo, se reiteró en varias ocasiones que la participación era voluntaria; a lo que solo aceptaron cuatro participantes.

Por lo que se prosiguió con la lectura del consentimiento informado y se les solicitó que lo firmaran, aclarando una vez más que no las comprometía a nada y podían retirarse en el momento que ellas quisieran, de esta manera también se concretó una cita para la entrevista, en el horario que ellas tuvieran la oportunidad de recibir a la investigadora, ya sea en su casa o en algún otro lugar donde se pudiera charlar y que la participante se sintiera a gusto.

Para la recolección de los datos se llevó a cabo por medio de entrevista semi estructurada, de acuerdo con Taylor y Bogan⁵², quienes mencionan que la entrevista es un método muy utilizado ya que son flexibles y dinámicas, además de ser encuentros cara a cara con el informante, los cuales están direccionados a la comprensión de la perspectiva de sus experiencias; se optó por este tipo de entrevista debido a que permite conocer ampliamente los temas que los informantes

quieren expresar, por lo que se llega a comprender la parte subjetiva de este; la entrevista se inició con una pregunta detonadora, la cual fue muy generalizada, con la finalidad de que la informante se abriera y pudiera compartir su experiencia de forma libre, con el objetivo de analizar, comprender y poder dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, ya que la entrevista se caracteriza por ser flexible, íntima y abierta, en este caso es de manera semi-estructurada, basada en una pequeña guía donde el entrevistador también puede añadir preguntas, dependiendo de la situación con la finalidad de precisar conceptos y obtener mayor información.⁵²⁻⁵³

Se elaboró una guía de preguntas para direccionar la entrevista la cual se estructuró de la siguiente manera:

- Qué se sabe sobre el parto. Se pretende estar al tanto de los conocimientos o creencias que el informante tiene sobre el parto en una institución.
- Explorar la experiencia. Las informantes expresan sus vivencias, lo que sintieron y lo que les dejó dicho evento.

En las entrevistas se llevó a cabo el rapport⁵² para mantener una mejor relación entre el entrevistado y el entrevistador se siguió con la pregunta detonadora y así poco a poco se fue profundizando con el resto de las preguntas guiadas a la experiencia durante la atención del parto institucionalizado.

A las informantes se les abordó en el hospital donde labora la investigadora, se acercó a ellas de forma respetuosa haciendo preguntas de que si la informante tenía mucho tiempo esperando a que la atendieran y ellas mismas empezaban a platicar de cuánto tiempo tenían en la sala de espera, de que ya tenían mucho dolor y cosas que sentían en ese momento ya que aunque llevaban poco tiempo en espera se les hacía una eternidad porque querían saber que si su bebé ya nacería y si todo lo que les estaba pasando era normal, solo querían estar tranquilas.

Una vez que fueron aceptadas en el hospital se les dio seguimiento solo observando el proceso sin que la investigadora interviniera, una vez que estuvieron en piso, se localizaron para poder invitarlas a participar en este trabajo de

investigación, una vez que aceptaron se le pidió una cita para poder realizar la entrevista y poder llevarles el consentimiento informado y llevar a cabo la recolección de datos.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 40 a 60 minutos por sesión, que en promedio se llevó a cabo dos por participante; las sesiones realizadas fueron audio-grabadas, además de los registros hechos por el investigador en un diario de campo de lo que observaba con la intención de contar con registros fidedignos.⁵¹⁻⁵²

Una vez obtenida la información, se realizó la transcripción fidedigna de los datos de la entrevista en el programa de Microsoft Word Office 2007. Posteriormente se transcribieron las entrevistas, además se realizaron varias lecturas con la finalidad de empaparse de la información y encontrar los significados patrones y determinar unidades de registro.

De manera que se leía, se encontraban palabras que requerían profundizar, se tomaba en cuenta para la siguiente entrevista y retomar el tema para una mejor comprensión. Como resultado se obtuvo la codificación de los datos y se elaboraron temas, para la orientación del análisis.

3.5 Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios éticos y legales de la Ley General de Salud en materia de Investigación⁵³, se cumple con lo establecido en el artículo 14, quien solicita un consentimiento informado por escrito, por lo que se les explicó a las informantes el objetivo de dicho trabajo de investigación, así como que se haría grabación de audio y que era de manera voluntaria. Respecto a la confidencialidad se respetó lo estipulado por el artículo 16, ya que se mantendrá en anonimato, debido a esto se les asignó un nombre ficticio. Finalmente, se les reitero que la información otorgada sería utilizada únicamente con fines de investigación académica.

En la Ley General de Salud, artículo 17, estipula que la investigación sin riesgo son aquellos estudios donde se utilizan técnicas y métodos de investigación documental de forma retrospectiva y sobre todo en los que no se realizan intervenciones o modificación intencional tanto física como psicológica en los informantes. De modo que el presente trabajo de investigación no realiza ninguna intervención intencionada en las informantes.

Este trabajo de investigación no contó con ningún beneficio de ninguna índole para las informantes, sin embargo, se les proporcionó asesoría personalizada en la técnica correcta de la lactancia materna, quienes tenían dificultad para amamantar a sus recién nacidos y en algunos temas que expresaban inquietudes.

3.6 Análisis de los datos

Para poder analizar los datos obtenidos en las entrevistas se llevó a cabo el análisis de los datos cualitativos el cual da la pauta para conservar el lenguaje original de los informantes, así como inquirir la situación por la que pasaron, así como la perspectiva que tienen sobre sus vivencias.⁵⁵⁻⁵⁶⁻⁵⁷

Para el análisis de los datos se retomó la propuesta de Miles y Huberman, en esta propuesta se llevan a cabo tres tareas: adquirir la información, transcripción de los datos y la codificación llegando finalmente a las conclusiones.⁵⁸

1°. - Adquirir la información

La información que se analiza es la adquirida en las entrevistas a las mujeres primíparas las cuales fueron audio grabadas e igualmente se manejaron las notas de campo.

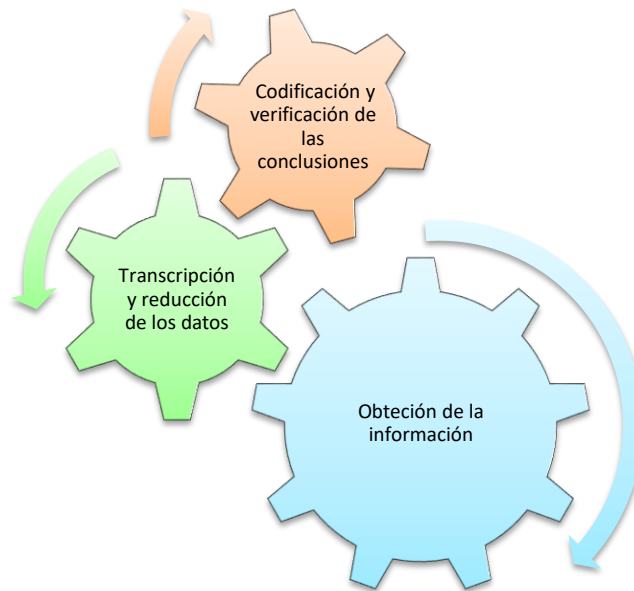
2°. – Transcripción de los datos

Estas entrevistas fueron transcritas de los audios de manera fehaciente en el programa de Word 2017, posteriormente fueron impresas para facilitar su lectura y manejo, la cual se llevó a cabo en numerosas ocasiones con la finalidad de encontrar patrones, significados y unidades significativas de análisis.

3°. - Codificación

De esta manera lograr la reducción de los datos y al mismo tiempo empezar a codificar la información. Al iniciar la segmentación se empleó la utilización de colores para facilitar al investigador el análisis, el orden y la agrupación de dichos datos. Una vez que se obtuvieron las categorías y subcategorías se relacionaron con los testimonios de las informantes para fundamentar lo antes manifestado⁴⁴.

Cabe mencionar que dicha codificación se realizó de tal manera que quedara fuera las posibles preconcepciones del investigador, dando oportunidad que los mismos datos hablaran por sí mismos.



3.7 Rigor científico

Para la comprobación de los hallazgos y poder obtener retroalimentación o *feedback* de los informantes, de acuerdo a lo propuesto por Miles y Huberman, se verificó y ratificó con estos mismos en el día de la entrevista a modo de pregunta para corroborar que los datos se hayan comprendido por parte del investigador dando como resultado datos fidedignos y conseguir una retroalimentación; con esto contar con el rigor de credibilidad el cual Lincon y Guba, ⁵⁹ mencionan que es necesario para que los datos sean creíbles y por lo tanto reales y verdaderos.

La credibilidad como la misma palabra lo dice, es la forma de decir que el trabajo realizado es creíble porque es verdad y es real, y esto se logró con las entrevistas realizadas y con la retroalimentación que se llevó a cabo con las informantes de lo que se había entendido y transcrito por parte del investigador reflejaba lo que habían sentido, vivido y experimentado de acuerdo con el objetivo del trabajo de investigación.

Así que una vez transcritos se volvió a corroborar con los informantes si es lo que ellos querían expresar y que el investigador no haya interferido en lo que ellas querían decir, de este modo evitar interpretaciones incorrectas.

De acuerdo con Denzin, ⁶⁰ se llevó a cabo una descripción detallada de los informantes y del contexto con la finalidad de hacer válidos los hallazgos de la investigación y así cumplir con la transferibilidad de los datos.

La transferibilidad se puede llevar a cabo cuando los resultados que se presentan en estos trabajos de investigación se pueden trasladar a otros contextos, además de poder hacer comparaciones con más u otras poblaciones, debido a esto, más adelante se presenta una descripción de las informantes, además de un detallado contexto de lo que se observó en el campo.

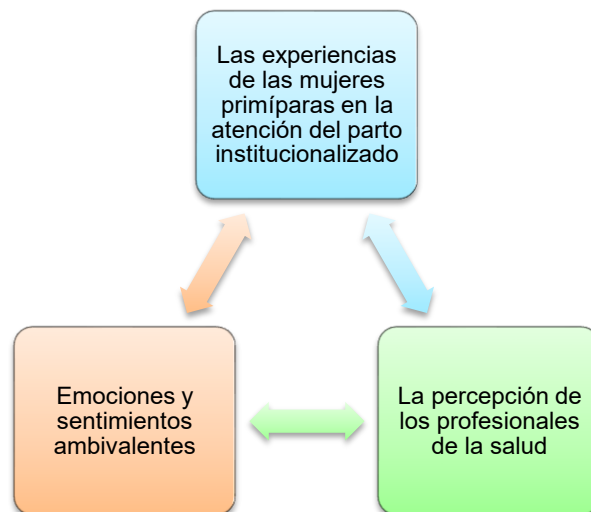
La verificabilidad en este tipo de investigaciones cualitativas no se llevan a cabo, sin embargo se realizó observación no participante y la entrevista semi estructurada además de comparar los resultados obtenidos con otros trabajos de investigación, del mismo modo se llevó a cabo discusiones de la interpretación con expertos en la investigación cualitativa tanto con profesores como con compañeros de clase, asesor de tesis, tutorales y coloquios, además, los seminarios recibidos durante la maestría.

Capítulo IV

4. Hallazgos y discusión

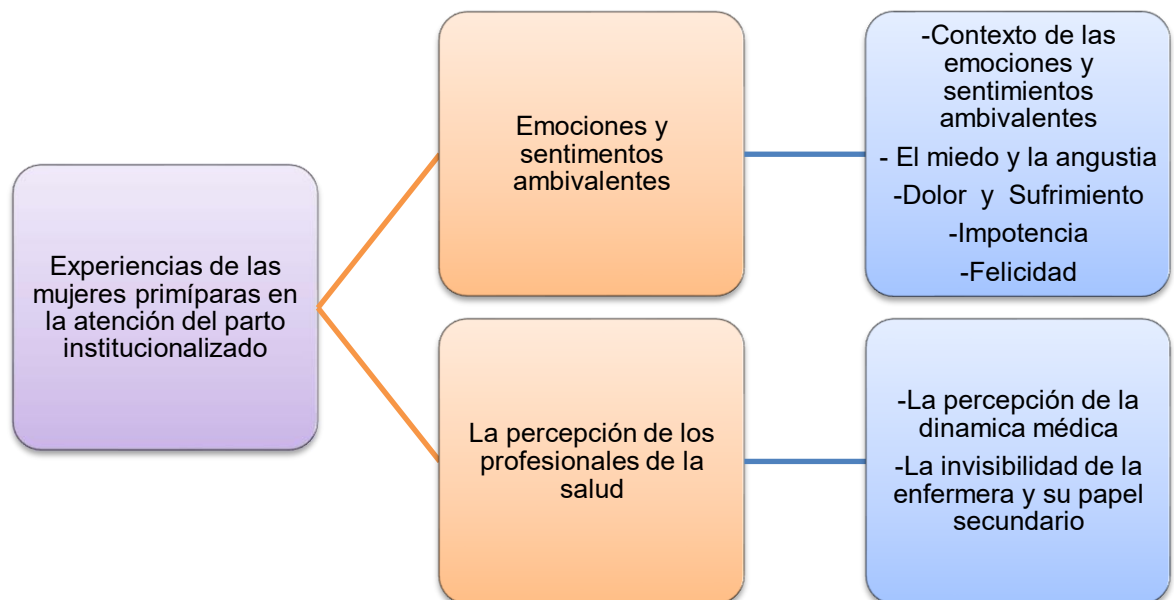
4.1 Hallazgos

A continuación, se muestran los hallazgos que se obtuvieron de los datos que proporcionaron los informantes, ya que una vez que se redujeron, se analizaron y se categorizaron se llegó a dos grandes categorías: la primera: Emociones y sentimientos ambivalentes. La segunda: percepción del profesional de la salud; de las cuales se obtuvo la descripción de las experiencias de las mujeres primíparas en la atención del parto institucionalizado. Esta información está organizada en categorías y subcategorías de análisis.



En la primera categoría emociones y sentimientos se obtienen las siguientes subcategorías: el miedo, la angustia, el dolor, el sufrimiento, la impotencia, la felicidad.

En la segunda categoría de Percepción del profesional de la salud se obtienen dos subcategorías: La percepción de la dinámica médica, La invisibilidad de la enfermera.



4.2 CONTEXTO DE LAS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

AMBIVALENTES.

ME DEJÓ UNA MALA EXPERIENCIA YO YA NO QUERÍA TENER HIJOS... DIRÍA QUE FUE FEO, PERO TAMBIÉN BONITO... NACÍÓ MI HIJA.

Al realizar el análisis de las experiencias de las mujeres primíparas con respecto de su trabajo de parto se observó que ellas querían experimentar el parto, ya que lo consideran menos invasivo, sin embargo, al evolucionar dicho proceso, viven el dolor a tal grado que consideran llegan a sufrir tanto que piden a gritos terminar con ese sufrimiento, así que solicitan se les efectúe una cesárea viendo a esta como la mejor solución para terminar con el dolor y sufrimiento.

En esta primera categoría se abordan las emociones y los sentimientos la cual deja ver la subjetividad de las informantes a través de los discursos obtenidos; de modo que se puede detallar el fenómeno desde la perspectiva del informante.

De acuerdo con la experiencia laboral de la investigadora y con la observación que se llevó a cabo en las salas de las unidades toco quirúrgicas de los hospitales públicos donde ha laborado; se puede observar que en el momento que ingresan las mujeres parturientas al hospital es inevitable apreciar la cotidianidad de cada servicio, el primer servicio por el que pasan es admisión o urgencias donde son clasificadas para la atención médica; de acuerdo a la sintomatología se les da prioridad (Triage).

Una vez que son valoradas y deciden ingresarlas a las áreas de labor, se les pide se despojen de su ropa para que se coloquen una bata que la institución les proporciona y todo lo de valor que traigan con ellas, posteriormente se les entrega a los familiares, que tienen que aguardar en la sala de espera hasta recibir informes y se aprovecha este momento para despedirse de ellos, ya sea el esposo de las

usuarias o las madres de estas, quienes en la mayoría de los casos les desean que les vaya bien en el parto.

Es evidente que son separadas de su entorno afectuoso, ya que las reglas de los hospitales no permiten que haya familiares, por lo que ese proceso lo pasan solas, al lado de personas extrañas a su entorno.

Posteriormente son llevadas a otra área, trasladadas en sillas de ruedas por un camillero a la unidad tóco quirúrgica, donde son recibidas por las enfermeras, las cuales las identifican por su nombre y número de afiliación al servicio de salud, posteriormente las dirigen a una camilla donde se les solicita que se recuesten, una vez ahí; son abordadas por varios profesionales de la salud, al mismo tiempo llegan médicos residentes, médicos internos y enfermeras.

Se presentan simultáneamente todos con una función: colocar el monitor en el abdomen de la madre y poder registrar los movimientos fetales y la actividad uterina, realizar el interrogatorio para su nota de ingreso y su historia clínica; por parte de enfermería es colocado un catéter periférico, se monitorizan las constantes vitales y realiza su valoración, en espera de la valoración médica para continuar con ministración de medicamentos si es necesario.

Si es que es necesario para la evolución del parto, en la mayoría de los casos se ministra oxitocina, conforme va avanzando, los dolores que presentan estas mujeres son insoportable y se puede percibir ya que el solo escuchar los gritos desgarradores de cada una de ellas eriza los vellos de la piel, gritos que son escuchados hasta los servicios próximos, para aminorar el dolor, se les informa que se les puede colocar un bloqueo peridural mejor conocido por estas mujeres como la “raquea”.

Inclusive aun cuando no les han informado sobre este método, ellas preguntan en qué momento se les colocará, ya que el dolor va en aumento y no lo toleran, lo que ellas creen que una vez que sea colocada la anestesia no volverán a sentir dolor, lo cual solo es una creencia ya que, a pesar de tener los efectos de

esta, el dolor seguirá persistiendo solo que ahora se tolerará un poco más; y continuará el trabajo de parto.

Por lo que ellas mencionan, perciben un ambiente lleno de mujeres gritando, donde cuando están iniciando en el trabajo de parto y observan a otras parturientas llegando a la fase expulsiva pueden percibir la angustia y el dolor por el que están pasando, lo que les genera miedo.

Una vez que las usuarias llegan a esa cama, en automático se les solicita que no se levanten con la justificación que se pueden caer de dichas camillas y esto representa un riesgo para ella y para el bebé. Por lo tanto, permanecen con la monitorización de la actividad uterina y movimientos fetales durante toda la estancia en dicha sala; si tienen la necesidad de evacuar o miccionar se les pide por parte del personal de enfermería que soliciten un cómodo, pero no se les permite deambular por la estancia hospitalaria.

Ellas manifiestan sentir desesperación al no poder expresar su dolor, como es el gritar, ya que son regañadas por los médicos quienes les dice que no, que no grite, que no se queje, que no se mueva o que no haga tal cosa, así mismo, se observa que los médicos en formación pasan y las revisan, y que solo les avisan que harán tacto para ver cómo va evolucionando el parto, a los cinco o diez minutos de que haya pasado este médico, si llega a pasar visita el medico adscrito u otro en formación, con más experiencia vuelven a realizar la misma operación, aunque la futura madre refiera que tiene poco de haberle realizado un tacto, ellos comentan que es necesario, que eso no importa.

Debido a estas prácticas es común que estas mujeres presenten edema en la vulva, y es muy notorio ver que les duele esta práctica y que les causa molestia, pero no se toma en cuenta la opinión de las que deberían tener el protagonismo de su parto lo que les genera imposibilidad de negarse a dichos eventos.

Al personal de enfermería, en ocasiones las abordan las mujeres parturientas y les dicen con cara de miedo y de angustia, “señorita, ya me duele mucho, ya no quiero que me hagan tacto” a lo que la mayoría de las colegas responde que es

necesario para valorar la evolución de este proceso, aunque una vez estando en piso sea necesario colocar hielo local para ayudar en la desinflamación de la vulva; es como ser cómplices de las prácticas médicas, solo que como se asume como parte de la cotidianidad de la atención, se considera como algo normal y aceptable.

Otro fenómeno que se observa es que, al interactuar con los pares de la investigadora, se percata que la mayoría de estos, cuentan con especialidad en obstetricia, sin embargo, no se les permite participar en la atención del parto, ya sea por el área médica que abarca todo el campo o por las mismas autoridades del hospital que no se permite que ellos puedan poner en práctica todo ese conocimiento y habilidades adquiridas en las universidades y campos clínicos por los que rotaron.

Siendo que en ocasiones es necesario de la participación o ayuda que podrían proporcionar los colegas enfermeros obstetras, las normas institucionales no los respaldan, mientras que tienen toda la facultad para atender y/o hacerse cargo de un parto.

Una vez que las parturientas entran en la sala de expulsión son colocadas inmediatamente en posición ginecológica, es importante recalcar que las salas son pequeñas, las mesas quirúrgicas están colocadas a manera que en el momento de la expulsión del bebé los genitales de estas mujeres están expuestos tanto para personal de salud como a los que no pertenecen al área como son camilleros, intendentes, asistentes médicas y a quien pasa por estas salas, ya que estas camillas dan hacia los pasillos.

Así también, se colocan los brazos a los costados y se le pide que se tome de los costados de los soportes de las pierneras de la mesa quirúrgica, para que puedan hacer fuerza, se realiza un aseo genital con agua y jabón quirúrgico, se abren campos estériles para esperar la expulsión del bebé, mientras tanto el médico se viste con ropa quirúrgica estéril, se colocan guantes y acomodan el material necesario; al mismo tiempo aprovechan una contracción para poder realizar la episiotomía, la cual se efectúa de forma rutinaria.

Cuando la señora expulsa al bebé el cual depende si el pediatra está presente y solicita el corte tardío de cordón umbilical, se realiza de lo contrario, es cortado inmediatamente y se pasa al médico pediatra o en su ausencia a la enfermera para los cuidados inmediatos y mediatos para el recién nacido.

Continuando con la descripción de la atención del parto, se espera la expulsión de la placenta, una vez que se obtuvo se continua con la revisión de cavidad, la cual es realizada por los médicos los cuales introducen la mano con una gasa para realizar un barrido, cabe destacar que las mujeres en ocasiones ya no cuentan con efectos de anestesia, lo cual mencionan a los médicos que les duele mucho, a lo que responden que es necesario para que estén seguros que no queden restos de placenta y le provoque una infección.

Siendo que esta práctica si es necesaria llevarla a cabo, se debe hacer bajo anestesia, sin embargo, de acuerdo a normas internacionales este tipo de prácticas no deberían llevarse ya que no son de utilidad; posteriormente se continua con la episiorrafia y se concluye el procedimiento; el médico ahora ayuda a la recién madre a colocarse en posición decúbito dorsal y por fin la cubren con su propia bata o una sábana, en espera de que la saquen de ahí y sea trasladada al área de recuperación.

Así mismo los enfermeros están ocupados y preocupados por toda la papelería que se tiene que llenar, lejos de atender las necesidades de las parturientas, es fácil notar su preocupación por las hojas de enfermería que estén bien elaboradas y las huellas de los recién nacidos queden bien tomadas y no tengan problema a la entrega al siguiente servicio, en lugar de ocuparse por lo que está pasando con esa mujer en ese instante donde más necesita apoyo emocional.

Es tan inevitable que todo se vuelve tan mecánico que es fácil perderse en ese mundo de rutinas, a las cuales tienen que recurrir para poder realizar su trabajo de forma pronta y dar atención a la mujer que sigue, tal vez las mismas normas institucionales están diseñadas para que se siga con esta mecanización del parto.

Así mismo en todo caso que el trabajo de parto se encuentre en la fase inicial, se sigue el mismo acto, son valoradas tanto por médicos como por enfermeras, se toman muestras de sangre y se les coloca un catéter periférico y son llevadas al área de hospitalización para la evolución del parto, estando en esta área se les da la oportunidad de que caminen aunque ellas se sienten limitadas ya que el tener que llevar el trípode del suero es muy incómodo, inclusive para ir al baño ya que se les dificulta deslizarlo, por lo que prefieren quedarse en su cama.

A continuación, se abordará lo que viven y experimentan estas mujeres una vez que llegan a la institución donde serán atendidas en su trabajo de parto y parto desde sus narraciones.

4.3 EMOCIONES Y SENTIMIENTOS AMBIVALENTES

4.3.1 EL MIEDO Y LA ANGUSTIA

¡NOS TRATAN BIEN MAL!, ¡ES UN SERVICIO PÉSIMO! ... Y ¿SI MI HIJA PASA POR COSAS QUE NO TIENE QUE PASAR?

El miedo como principal emoción, debido a la sensación de angustia que provoca el enfrentarse a algo desconocido o a un peligro tanto real como imaginario, sin embargo, para el caso de estas mujeres, se vuelve real y lo relacionan a lo que están viviendo; entonces se convierte en temor a que algo salga mal o que alguien pudiera salir perjudicado; por ejemplo que el bebé llegara a tener alguna complicación debido al parto o a algo que ellas llegaran a hacer mal o que los bebés tengan que pasar eventos que no debieran; inclusive que a ellas mismas les pudiera pasar algo y las alejen de sus bebés.

El miedo es una suposición de un mal, volviéndose una confusión de la imaginación cuando esta por presentarse un evento doloroso como es el trabajo de parto o en su caso que llega a percibirse como un mal, un mal que puede llegar a destruirlas tanto físicamente como psicológicamente. Ellas lo manifiestan de la siguiente manera:

[...]Yo escuchaba cuando iba a revisión que decían... ¡nos tratan bien mal!, ¡es un servicio pésimo! Y pues más que nada lo mío era miedo de que... y ¿si mi hija pasa por cosas que no tiene que pasar? E1, E, 55-56

[...] se vive miedo, angustia [...] y la angustia de las otras mamás también [...] como ya es en la noche los que estaban a cargo eran dos y decían tenemos la sala llena [...]no hay mucho personal; como que lo que tiene que suceder aquí son milagros [...] E2, C, 85-86

Yo sentí miedo, aunque me imaginaba que era lo que tenía que pasar por los dolores [...] y todo lo demás [...] de tener a mi bebé [...]pero nunca imagine que fuera así. E4, T, 74

Se puede comprender que las mujeres que pasan este proceso de trabajo de parto por primera vez tienen presentes efectos angustiantes en el proceso por el que están pasando, ellas perciben como si el parto se complicara por lo tardado que es o se vuelve; inclusive porque creen que están haciendo algo mal, y es a tal grado que lo califican como angustiante aunado a la falta de información por parte del personal de salud, ya que en ocasiones no se les va informando cómo va evolucionando el parto lo que ocasiona que estos sentimientos incrementen y lleguen a padecer el parto.

Existen ocasiones que estas mujeres se desesperan tanto que empiezan a expresar que ya no quieren el parto, que es mejor que las metan a cesárea, aunque sepan que la recuperación es más lenta y dolorosa prefieren pasar por una intervención más compleja que estar soportando esa angustia, ya que sería más rápido y el miedo y la angustia desaparecerían.

Es evidente que estas mujeres pasaron con aprensión y zozobra todo el trabajo de parto, ya que al no saber por lo que les tocaría vivir tanto a ellas como a sus primogénitos, tenían miedo a lo desconocido, a lo que ellas se imaginaban respecto de lo que escuchaban por terceros, pero no tenían otra alternativa debían

tener a sus hijos y esperar a ver cuál era el resultado, esperando que todo saliera bien y pudieran estar al lado de sus hijos.

4.3.2 DOLOR Y SUFRIMIENTO

¡YA NO SOPORTABA EL DOLOR! [...] ¡YO, YA NO QUERÍA PARTO! [...]

¡LO PEDÍA A GRITOS!

Es otro de los sentimientos que se encontraron presentes donde las recientes madres dejaban al descubierto que el dolor que ellas presentaban en ese momento era algo que ya no podían soportar más, por lo que sienten y consideran que experimentaron el sufrimiento, reflexionaron que les tocó sufrir durante el proceso y la única salida u opción que ellas veían era que les hicieran cesárea, provocando que pidieran a gritos dicho procedimiento.

Para llegar al sufrimiento, primero se tiene que sentir dolor, un dolor tan grande e insoportable que se genera posterior al dolor como una respuesta negativa, influenciada también por el miedo, la ansiedad y el estrés este dolor se puede asociar a que son primerizas y a la aplicación de medicamentos para “ayudarlas” en el proceso de dilatación.

Elas expresan como experimentaron el dolor en su experiencia del trabajo de parto, ya que imploraban que se terminaran los dolores, aunque tuvieran que meterlas a cesárea era la única opción que se les ocurría, debido a que la mayoría se les habían colocado el bloqueo peridural, sin embargo, solo les ayudó un poco y empezaron nuevamente los dolores, por lo que la cesárea era la única opción que veían más viable.

Ellas lo expresan de esta manera:

Yo decía que ya me la sacaran [ríe], porque los dolores eran insoportables (E1, A, 39-40)

[...] yo le dije: hágame la cesárea, yo siento que no puede (el bebé) y siento que no está bajando (E2, C, 52-53)

Yo ya no quería parto, porque ya me dolía mucho “[...]” que mejor ya me hicieran cesárea. (E 3, M, 26 -27)

Ya no soportaba el dolor [...] Yo ya pedía a gritos que ya me hicieran la cesárea. [...] en el proceso [...] de los dolores pues llegas a sufrir [...] E4, T, 74, (E4, T, 19-22).

Para estas mujeres lo que les quedó de experiencia es que si les dieran la oportunidad de elegir no volverían a pedir que sus hijos nacieran por parto eutócico, ya que el dolor y el sufrimiento que transitaron las dejó con deseos de nunca volver a pasar por lo mismo y sin ganas de volver a tener hijos.

De esta manera, de acuerdo con Giraldo¹⁷, se hicieron presentes los síntomas desagradables donde el dolor, fue una experiencia significativa en sus resultados, ya que este no está solo, sino que es acompañado de la ansiedad y miedo lo cual se coincide con la autora; ya que las participantes también refieren ansiedad y miedo ante lo que están pasando y las posibles complicaciones a las que se pueden enfrentar ellas o sus bebés.

Por otro lado, Ferreiro Lozada⁶¹, en la investigación que realizó para evaluar las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto, encontró que las mujeres se inclinaron por solicitar o demandar la epidural como método para el manejo del dolor, a diferencia de lo que se encontró en este trabajo donde la mayoría solicitaba que se le hiciera cesárea para terminar con el dolor y sufrimiento por el que estaban pasando, ya que la epidural no era suficiente para calmar el dolor que experimentaban.

Al igual que en otros países latinos, las mujeres que transitan el trabajo de parto pasan por situaciones semejantes, buscan una solución o mejor dicho una alternativa para soportar el sufrimiento que les genera el tener a su primer hijo, ya sea que busquen analgesia para soportar el proceso o pedir a gritos una cesárea como señal de auxilio para los que están a su alrededor en ese momento como lo es el personal de salud, ese momento que es tan especial es sus vidas pero que al mismo tiempo las marca con una experiencia ya sea agradable o desagradable que tuvieron que afrontar para poder conocer a sus bebés.

4.3.3 IMPOTENCIA

*YO ENTIENDO QUE TIENEN QUE PRACTICAR, PERO UNO, ¡NO
TANTAS PERSONAS!*

Socialmente la mujer ha sido considerada como un ser inferior, por lo que el rol y su imagen ha sido minimizada, los medios de comunicación, las estrategias de mercado son claro ejemplo de que a la mujer en pleno siglo XXI, aun se le siga viendo como un objeto, perspectiva que se sigue sembrando en los jóvenes de hoy en día, sin embargo, poco a poco conforme va pasando el tiempo a la mujer se le ha dado cierta posición socialmente, empero, no se ha llegado a la igualdad entre hombres y mujeres lo cual ha repercutido en la sociedad y se reproduce en todos lados.

En el ámbito de la salud es un fenómeno que se ha hecho presente desde siempre y se ha seguido reproduciendo a la fecha, en ocasiones estas conductas se emplean de forma involuntaria ya que se cree que es algo normal y que así deben de ser las cosas, para evitar este tipo de conductas y acciones en algunas instituciones han implementado estrategias para minimizar con el objetivo de erradicar este tipo de conductas que lleguen a agredir a la mujer o peor aún violentarlas.

En el caso de las mujeres en trabajo de parto que acuden a las instituciones de salud para obtener asistencia en el nacimiento de sus bebés, se percatan de acciones que no les parece, se sienten amedrentadas, impotentes de no poder hacer nada porque es un servicio de salud público y saben que es así, y lo adoptan como algo normal, propio de la atención de salud, lo que les genera imposibilidad de poder decir algo por temor a que sean atendidas de una peor manera, o ser ignoradas, de ahí que soportan todo lo que les pida o diga el personal que las atiende.

Lo que se ha observado es que la misma demanda de trabajo ha provocado que tanto médicos como enfermeras que aún están en formación sean utilizadas como fuerza de trabajo para poder atender la demanda de la población, este fenómeno sucede en cualquier institución pública que preste servicios de la salud, por la experiencia que ha tenido la investigadora es lo que ha logrado percibir.

Desde la perspectiva de las informantes, entienden que los futuros médicos y médicos especialistas tienen que aprender y por ende practicar, sin embargo, lo único que quieren y piden es que no sean utilizadas como recurso didáctico por una y otra persona, una y otra vez; que sea solo una persona quien se haga cargo de su parto, pero que a su vez esta persona tenga experiencia y no deje la responsabilidad de la vida tanto de la madre como del bebé a los médicos en formación.

Este tipo de prácticas ha logrado que de alguna manera a las usuarias y en este caso a la mujeres parturientas se vean como solo un recurso didáctico, lo que las vuelve o convierte en objetos, o al menos así las hacen sentir, ya que para la valoración de la evolución del trabajo de parto, se aprecia que los médicos se basan en muchas ocasiones en lo que el monitor arroje o a veces no les da ni tiempo de voltear a ver a las usuarias o hacer caso de lo que ellas manifiesten o las necesidades que ellas expresen, así ellas refieran que no tiene ni cinco minutos que les hicieron tacto, se los vuelven hacer; lo que hace que se prive en ocasiones de sus derechos, el derecho a elegir la postura en la que se sientan más agradables

o el caminar si eso las ayuda a manejar el dolor por el que están pasando. Ellas lo exteriorizan de la siguiente manera:

[...] lo que si no me pareció fue que [...] se metía el doctor y dos o tres aprendices [...] me checaba el doctor y les decía a los otros, mira chécale tú, tú que notas ahí... y así los cuatro [...] (E1, P, 75-79); [...] yo entiendo que tienen que practicar, pero digo uno, no tantas personas [...] (E1, P, 87-88)

[...] le dije al doctor; déjeme levantar, porque ya no podía; y me contestó que ¡no!, ponte en otra postura para que trates de respirar [...] pero no te levantes le va a hacer daño a tu bebé. (E2, C, 47-49)

Si tu estas gritando y así, no te hacen caso; nada más te dicen estese tranquila, le va a hacer daño a su bebé (E4, T, 40-41)

[...] me decían sabemos que le duele, sabemos el dolor y todo eso, pero no tiene que gritar hay más pacientes [...] y yo decía ¡hay malditas! Dentro de mí, es que, sí duele, no es un dolor que se te va a pasar rápido y que te digan ¡no grite!, ¡no se queje!, ¡no haga esto! que no manchen, pues, ¡si me está doliendo! [...] (E4, T, 57-58)

En las palabras de estas mujeres se logra rescatar que la perspectiva del profesional de la salud es terminar viendo a estas mujeres como un objeto, una cosa con la que se puede practicar o utilizar como un recurso didáctico, como un “maniquí”, que no se puede quejar ni decir nada, sin embargo, las usuarias al narrar su vivencia se les logra apreciar facies de impotencia y de coraje de no poder decir nada, por temor a ser ignoradas, ya que aunque refieran que ya no quieren más tactos por decir un ejemplo, solo les mencionan que es necesario para saber cómo va la evolución del parto, así no hayan pasado cinco minutos que le hicieran uno previo por eso llegan a presentar edema en la vulva.

Para estas mujeres se convierte este evento en órdenes que han de acatar detalladamente para poder recibir atención médica, convirtiéndolas en la mayoría de los casos tanto en objetos de conocimiento como de una práctica que las cosifica y las medicaliza.

Así pues, se concuerda con Montero ⁶² quien refiere que las mujeres al ingresar a una institución de salud pública automáticamente pierden su autonomía y al mismo tiempo son despojadas de su propio cuerpo donde se ven afectadas por las relaciones de poder, violencia obstétrica, por ende, se le quita el derecho de ser protagonista de uno de los mejores momentos de su vida, al convertirse en madres, dejando en su lugar una experiencia dificultosa y estresante.

Por su parte García E. y Moreira J.¹⁴⁻²¹ develaron que estas mujeres dejan de tener el control de su cuerpo y lo ceden a los profesionales de la salud, pero además el parto carece de atención humanizada, ya que son regañadas pero los regaños carecen de una explicación, muchas veces no entienden qué es lo que pasa o qué les van a hacer, lo que los llevó a una desagradable experiencia la cual pasaron solas ya que se sintieron ignoradas por los que tenían el conocimiento. En este trabajo se logra coincidir con los autores, a pesar de los esfuerzos por querer mejorar la atención del parto se aprecia que aún falta mucho, sobre todo, el trato más humano.

Al igual que García, ¹⁴ las informantes en este estudio manifiestan regaños, falta de autonomía ya que no se les permitió cambiarse simplemente de postura o levantarse para un mejor manejo del dolor, lo cual por normativa internacional tienen derecho y las instituciones deberían estar obligadas a modificar la infraestructura del lugar para poder brindar una atención más humanizada y personalizada.

Es aquí donde se puede reflejar lo que Foucault comentaba acerca del poder sobre la vida quien lo enuncia de esta forma "*Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida...anatomía y biología, individualizarte y específicamente, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos*

de la vida, caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente”⁶³.

Por lo que podemos decir que es más que cierto lo que relatan y expresan estas informantes es que de alguna manera este tipo de relaciones e interacciones se hacen presentes en las salas de atención de parto desde hace mucho tiempo y son aceptadas todavía como algo normal, sin embargo, ahora la diferencia es que empiezan a levantar la voz, con temor, pero se empieza a pedir que sean tratadas de forma diferente, de manera empática.

Ya que al interpretar sus discursos se nota como se siguen sometiendo a dichas mujeres, continúan con el control de la situación y del propio cuerpo de estas; con la finalidad de que se continúen con las reglas institucionales las cuales están diseñadas para que la atención del parto sea cómodo para el médico y no para la parturienta y quien las ejerce son los propios profesionales de la salud y quienes tienden a reproducir esta mismas prácticas son los propios enfermeros, volviéndose de alguna manera cómplices de estos actos, tal vez porque se cree que así debe de ser, evidenciado una vez más la influencia del sistema biologicista en el que se ha encasillado a Enfermería.

En los relatos de las informantes no quedaron evidenciadas las técnicas alternativas que se tienen para el manejo del dolor como es la aromaterapia o permitirles deambular dentro de la sala de labor, lo que se observó es que a pesar de contar con el material como son los frascos de esencias para aplicar la técnica de relajación como es la aromaterapia, el personal de enfermería no se daba abasto con la demanda de usuarios, además de que desconocían la gran mayoría como llevar a cabo dicha práctica, por lo que puede ser la causa de no llevarse a cabo.

Cabe mencionar que hubo quien se preguntó por qué no tuvo un parto bonito, con dolor tal vez pero que no sufriera, menciona que a diferencia de un médico o enfermera, una partera se puede dedicar completamente a una sola mujer parturienta, ella que no cuenta con todo el conocimiento que un médico, se involucra más en todo el suceso desde el cuidado del embarazo, el inicio del trabajo de parto,

en el parto y además sentir la compañía de esta en la enseñanza del inicio de la lactancia materna.

Ella lo expresa de esta manera:

[...] la partera está dedicada completamente a ti ¡no!, está dedicada en tu proceso del parto, en el parto y después del parto te acompaña para ayudarte a lactar al bebé y todo eso, prepararte; pero bueno aquí obviamente te cambian de médico, vas un mes y ya al siguiente tienes otro, casi nunca es el mismo [...] E2, C,141-145

Lo único que se puede interpretar aquí es que están ávidas de humanismo en la atención desde el embarazo y que sea un poco más personalizada la atención, que no sean vistas como un objeto que se puede utilizar solo para obtener algo de estas, como es el aprender por medio del ensayo y error, ya sea por parte de los médicos, enfermeros o cualquier otro profesional que se acerque a ellas. Se sienten solas y utilizadas durante todo el proceso.

4.3.4 FELICIDAD

¡FUE ALGO MUY FELIZ QUE NACIERA LA BEBÉ! [...] ¡EMOCIÓN DE TENER A MI GORDITA ENTRE MIS BRAZOS!

Esta felicidad y emoción a la que se refieren es aquella que sienten cuando saben que ya van a pasar a sala de expulsión y están a punto de conocer a su primer hijo, aunque sea la etapa donde más dolor sienten, pronto lo conocerán y podrán tenerlos entre sus brazos, por lo que el conocerlo y tenerlo habrá valido la pena todo lo que pasaron y soportaron.

Ellas lo expresan de esta manera:

Entonces cuando llegue era así, miedo, pero a la vez la emoción de tener a mi gordita entre mis brazos. E1, M, 73-74

[...] bueno para mí fue algo muy feliz que naciera ya la bebé [...] después de que nació se me olvidaron los dolores [...] diría que fue a la vez feo, pero también bonito y me quedaría con lo bonito, que nació mi hija. E3, M, 32

[...] me decían ya cuando lo tengas ya ni te vas a acordar de los dolores, ya ni vas a saber qué onda del sufrimiento que tuviste y sí, o sea, dicho y hecho, así fue. E4, T, 95-

97

Se aprecia que tuvieron un momento de felicidad y finalmente la tranquilidad una vez que sus hijos nacieran, sintieron la emoción de tenerlos y conocerlos, ya que recuerdan el proceso como algo desagradable y siempre estará presente en sus vidas, sin embargo, prefieren olvidarlo y tratar de recordarlo como algo bello al conocer a su primogénito, como si fingieran que el sufrimiento que padecieron nunca existió.

De este modo el estudio de Giraldo et al.¹⁷ sus informantes refirieron que todo lo que habían pasado había valido la pena a pesar del dolor y ansiedad que experimentaron, decidieron dejarlas en segundo plano para finalmente conocer a su hijo y tenerlo entre sus brazos; por lo que concluyen que el tener a sus hijos fue la razón principal para desafiar al dolor y el estrés que les generó todo el proceso de parto.

En este estudio se coincidió con el autor, ya que referían que cuando tenían a sus hijos ya no se acordaban por lo que habían pasado, preferían disfrutar de su bebé y olvidar todo lo que sufrieron para llegar a ello; mismo que expresaron las informantes de este estudio, desecharon lo desagradable para quedarse solamente con lo agradable, sentirse felices de estar con sus bebés.

Estas mujeres expresaron la felicidad que les generó el poder tener finalmente a sus hijos y que por fin haya terminado el sufrimiento, hacen la reflexión de haber pasado por tantas cosas que finalmente tuvieron su recompensa, sin embargo, la idea de volver a tener un hijo les genera recuerdos desagradables que refieren no querer pasar por lo mismo una vez más, por lo menos en un futuro próximo no.

De esta manera dejan ver que las experiencias por las que pasaron fueron desagradables debido a lo que vivieron en esos momentos que se encontraban en trabajo de parto, el dolor que padecieron y que las llevó al sufrimiento durante el proceso, el miedo, porque desconocían lo que pasaría con ellas y sus bebés, y cómo es que llegaron a la desesperación porque se les hizo un proceso muy prolongado, sin embargo, al mismo tiempo pensaban en la emoción de querer conocer a su bebé y que todo por lo que habrían pasado había valido la pena, el sufrimiento había terminado. Expresándolo de la siguiente manera:

Pues diría que a la vez fue algo como que... algo malo [...] Me dejó una mala experiencia y [...] yo ya no quería tener hijos [...] pues por todos los dolores. [...]. E3, M, 50

[...] ya habíamos pasado un buen rato en la labor y él estaba haciendo el esfuerzo y yo decía ya ha de estar cansado; entonces sí, como que no fue una experiencia muy agradable [...] fue muy feo todo lo que viví. E2, C, 70-76

[...] en el transcurso del parto, las contracciones y todo eso, sí, fue muy desagradable [...] pues es que simplemente fueron las contracciones [...] nunca me imaginé que fueran así. E4, T, 74-75

Evidentemente estas mujeres tuvieron una desagradable experiencia en su primer trabajo de parto, a pesar de que existen lineamientos que orienta a los profesionales de la salud para lograr que estas mujeres que experimentan por primera vez un trabajo de parto y las que ya han pasado en dos o más ocasiones

tengan una mejor experiencia no se ha logrado del todo, hace falta la presencia de humanismo en el proceso para poder lograr el objetivo.

Uno de los ingredientes faltantes en este proceso es la ausencia de comunicación entre médico – usuaria y enfermera – usuaria, el dialogo ayudaría a tranquilizar a estas mujeres que desconocen el proceso como es el trabajo de parto y ayudarlas a que manejen de una mejor manera sus emociones.

Es posible que la comunicación con los profesionales de la salud sea la más fundamental; ya que esta refleja el importante papel que estos tienen, en el acompañamiento en esta etapa de la mujer; para el caso de enfermería. Esto se puede ver reflejado con el trabajo de Vasconcelos⁶⁴ donde llega a la conclusión que las mujeres tuvieron sentimientos presentes los cuales influyeron de forma positiva para el proceso en conjunto al papel que tuvo en específico el profesional de enfermería donde se les proporcionó información suficiente, el acompañamiento por parte del gremio de enfermería y además de la preparación que tuvieron, por lo que tomaron el papel principal de su propio parto, lo que les permitió estar serenas y seguras durante todo el proceso, es decir; se les facilitó el proceso y finalmente pudieron tener una experiencia agradable.

A diferencia de lo que se observó en este trabajo de análisis, el papel de la enfermera no es visible, las identifican como aquellas que participan en el proceso, pero no tiene relevancia, solo les dan aliento y les colocan el suero por lo que se aprecia que hizo mucha falta el diálogo y el acompañamiento por parte de enfermería.

Además de ser notorio que nunca fueron las protagonistas de su parto, se sintieron con incertidumbre durante todo el proceso a diferencia de estas mujeres que llegaron bien empoderadas.

4.4 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En este análisis se encontró que las mujeres se percataron de los personajes que tenían a su alrededor los cuales los clasificaron en médicos residentes, los chicos, los enfermeros, los médicos de base, es importante recalcar que las informantes se refirieron con esas palabras a dichos profesionales, a la investigadora le impresionó el hecho que ellas se refieran así, ya que se nota que ponen más atención de lo que pasa a su alrededor ya que también mencionaron algunos tecnicismos propios del área médica, a diferencia de lo que se creía anteriormente que no sabían o no tenían conocimiento de lo que pasaba en su entorno actualmente la población a la que prestamos nuestros servicios pregunta o se informa ya que la mayoría tiene al alcance un dispositivo en el cual puede acceder a internet.

Siendo este un portal de conocimiento que tienen al alcance y pueden acceder desde cualquier lugar, al cual también recurren cuando tienen alguna duda, ya sea de un medicamento que se les está ministrando o el manejo del mismo tratamiento médico.

4.4.1 LA PERCEPCIÓN DE LA DINÁMICA MÉDICA

*LOS RESIDENTES [...] LOS VES QUE SE ESTÁN DURMIENDO [...]
¡AGOTADOS! [...] ESO LOS LLEVA A UN ESTRÉS Y QUE NO TE DEN LA
CALIDAD HUMANA QUE NECESITAS [...]*

Al escuchar sus narraciones ellas perciben a los médicos residentes como los médicos del mañana que van a atender a los demás, por lo tanto, tienen que practicar para poder aprender, y están de acuerdo, lo asumen como parte de y como algo normal y que así tiene que ser; pero además saben y perciben que a estos médicos se les trata de forma inhumana debido a la carga de horas laborales a las que están sometidos, los observan agotados y con sueño por lo que les impide dar

una atención humana, ya que, si a ellos no los tratan como tal, no pueden ofrecer lo que no tienen.

Así también se percatan que el médico de base no está presente y que le deja toda la responsabilidad al residente, que para su punto de vista no es justo que mientras el médico adscrito se puede hacer cargo de aquellas que están en riesgo, no lo hagan y dejen la vida tanto de las madres como de los bebés en manos de aquellos que apenas están en formación.

Ellas lo expresan de la siguiente forma:

[...] no se me hace justo que los residentes tengan que hacer lo que podría estar haciendo un médico ya con experiencia; como en estos casos que va de por medio la vida de la mamá y el bebé [...] E2, C, 197-200

[...] los que son los residentes [...] los ves que se están durmiendo, ya no coordinan lo que están haciendo, porque te ponen el cinturón (monitor) y te dicen veinte minutos y te dejan una hora y media [...] los ves no cansados ¡agotados!, estresados, de malas, te atienden porque lo tienen que hacer [...] E3, M, 147-152

[...] los ves dos días seguidos [...] yo creo que eso los lleva a un estrés y a que no te den la calidad humana que necesitas [...] E 4, T, 155-157

Al contrastar estas narraciones de las informantes con la experiencia y observación de la investigadora, se puede decir, que para nadie es un secreto que los médicos que están cursando por su residencia pasan más de 24 horas en el hospital, por lo que se les puede ver en ocasiones agotados pero que la misma carga de actividades a realizar los mantiene despiertos, lo que provoca que en ocasiones estén de malas, estresados y mal alimentados.

Si la situación lo permite y tienen oportunidad de ir a descansar es en las peores condiciones, ya que a pesar de que ellos cuentan con una área física para que puedan descansar esta área solo cuenta con una litera con colchones viejos, si

ellos llevan sábanas o algo con que taparse lo harán de lo contrario solo se recuestan un rato o donde les venza el sueño, empero la cantidad de médicos en ocasiones es numerosa por lo que el espacio no es suficiente y es por eso que una litera la pueden compartir hasta seis personas ya sean hombres y mujeres por lo que prácticamente está uno sobre otro o de lo contrario se quedan en el piso.

Esta situación que viven los médicos es propia de su formación ya que son los únicos que cuentan con un espacio en el que podrían descansar, sin embargo, esta situación también ha llevado que el cansancio que acumulan sea tal que las propias usuarias lo notan y lo resienten ya que consideran que por lo mismo no descansan, no pueden estar al cien y ofrecer una atención de calidad, ellas se percataron de este fenómeno y comprenden que es por eso que las traten así, es como encontrar la excusa perfecta para disculparlos y justificar el trato que reciben por parte de ellos, la falta de humanidad en la atención médica.

Aunque las informantes se hayan percatado de la ausencia del médico adscrito, es necesario añadir y enfatizar que sí se encuentran en la unidad hospitalaria, pasa visita junto con los médicos residentes tanto los que van iniciando como los que ya están más avanzados, y estos en dicha visita presentan a las usuarias al médico adscrito y él valora si el tratamiento y manejo que se le ha estado proporcionando es el adecuado, de lo contrario, modifica el tratamiento y lo refuerza con los estudiantes.

Sin embargo, es cierto que no pasan todo el tiempo en las salas de expulsión y en las salas de quirófano en varias ocasiones dejan a los residentes de años más avanzados que proyecten las cirugías, pero siempre tratan de estar vigilando que en el procedimiento se realice de forma adecuada, de lo contrario intervienen en el procedimiento en ocasiones no son percibidos por las usuarias y se puede deber a los efectos de anestesia para el caso de las cesáreas.

Asimismo, Catsicaris⁶⁵ y otros, han abordado el tema de la carga laboral para estos médicos residentes donde dan a conocer que el sometimiento de estos médicos a las cargas laborales y otros factores trae como consecuencia la

despersonalización de los profesionales, lo que provocó que los usuarios que estaban a su cargo no pudieran recibir una adecuada atención por parte de ellos, este suceso es más usual en los residentes de ginecología y obstetricia de acuerdo con la investigación que realizó. Por lo que se concuerda con lo que evidenciaron las informantes de este proyecto.

Así mismo, se encontró que las mujeres están preocupadas por la carga laboral que llegan a tener los médicos, ya que eso les ocasiona que se atrasen en la atención que cada persona merece, además de percibirlos agobiados con la gran cantidad de usuarias que solicitan sus servicios, ya que se refleja el estrés y la tensión en los cuidados recibidos por parte del personal de salud, lo que etiquetan como una mala calidad de servicio y que tengan que esperar demasiado para una valoración médica⁶⁶.

Lo cual concuerda con lo que algunas mujeres expresaron en lo que percibieron del médico residente, el cual lo veían cansado y además de percibirlo, lo sentían en la forma en como las atendían, ya que debido al cansancio y al agotamiento los notaban estresados y que muchas veces los llevó a atenderlas de mala manera.

Es posible que esta situación que se vive día a día en los hospitales públicos ha llevado a los médicos residentes a padecer dicha estancia en el nosocomio, y sí, padecer⁶⁷ porque sufre y experimenta repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se van manifestando a lo largo de su carrera profesional además de ser reproducida este tipo de estrategia didáctica generación tras generación.

Con esto no se pretende justificar las acciones manifestadas por las informantes, solo se pretende evidenciar uno de los factores más probables de acuerdo con varios autores que trae como consecuencia este tipo de acciones por parte de los profesionales de la salud, ya que no solo lo experimentan los médicos si no también el resto del equipo de salud como son las enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas etc.

4.4.2 LA INVISIBILIDAD DE LA ENFERMERA Y SU PAPEL SECUNDARIO

[...] LE DIJE A UN ENFERMERO O AYUDANTE ¡NO SÉ QUÉ SEA! [...]

El personal de enfermería es percibido aun como el ayudante del médico, se refieren a ellos como “los ayudantes”, “los chicos”, y solo en el área hospitalaria es identificado por el uniforme, pero en las salas de parto no figura la presencia de los enfermeros. Lo que sí logran captar es que muestran interés por su estado de salud y dan ánimos para que les vaya bien en el parto, además de ser quienes les checa la presión, coloca el suero y les da el medicamento.

Falta dar esa proyección donde se debe en papel de la enfermera en donde su labor sea reconocida por todas las actividades y sobre todo por los cuidados que ofrecen durante el proceso del trabajo de parto y no solo por la vestimenta que llevan. Las informantes lo manifiestan de esta manera:

A la hora que nos pasan a la sala de recuperación sentía que sangraba mucho y le dije a un enfermero o ayudante, no sé qué sea; siento que sangro mucho [...] E1, P, 38-40

[...] el día que me vieron los chicos (enfermeros) haciendo mi caminata y haciendo ejercicios, me decían ¡(usted no va a ir a un maratón, va a tener un bebé)! Porque yo estaba muy contenta [...]. E2, C, 130-132

Los chicos la verdad si me preguntaban ¿cómo se siente?, pero ya por parte de los residentes fue más así de que no te pelan [...]. E4, T, 65-66

Estos son algunos de los fragmentos donde aparecía la figura de enfermería, fue triste al realizar el análisis que para las informantes no haya sido relevante el quehacer de los y las colegas enfermeras, como si no existieran en todo el proceso de atención del parto.

Tal vez en áreas quirúrgicas les sea difícil identificar el rol de cada persona que se encuentra en ese momento, sin embargo, al observar lo que pasaba en las salas de tococirugía tanto los médicos como las enfermeras se presentaban con ellas para que los pudieran identificar, sin embargo, al parecer no es suficiente; ya que solo identifican al médico y las usuarias se confunden.

En esta categoría se observa que el rol de la enfermera es mucho más importante y relevante de lo que se logra apreciar por las usuarias, desafortunadamente no se percibe como tal, a diferencia de Scarton ¹⁷ y otros, aseguran en el estudio de investigación realizado en una institución de salud pública donde se implementa el parto humanizado el acompañamiento de la enfermera fue importante y fundamental debido a que las parturientas y sobre todo las primerizas a pesar de tener miedo a lo que se iban a enfrentar y lo desconocían, las enfermeras las hicieron sentirse animadas, notaron la empatía porque ellas se detuvieron a escucharlas y las hizo sentir mejor reemplazando sentimientos de miedo y ansiedad por tranquilidad, seguridad y calma dejando una experiencia agradable del parto.

El rol de la enfermera es importante para determinar cómo reaccionarán y vivirán este proceso las mujeres parturientas y sobre todo las primíparas, de ellas depende mucho y en gran parte la experiencia de la mujer en trabajo de parto; se pudo apreciar que este autor evidenció el trabajo y sobre todo la labor de la enfermería y no solo el hacer las técnicas aprendidas durante la formación si no también queda evidenciado como esa parte de atender al ser, el ser humano, que se está atendiendo marca la diferencia de la parte emocional de estos seres humanos, donde se hace una gran unión entre el conocimiento técnico con la parte cualitativa de la enfermería, es decir uniendo la teoría con la práctica.

Se coincide con de la Rosa⁶⁸ quien manifiesta que los cuidados de enfermería a pesar de ser la parte fundamental del quehacer de la enfermera y los cuales forman parte de su identidad profesional son poco reconocidos además de que se ha demostrado que son de vital importancia en la vida de una persona para su recuperación cuando estos enferman.

Sin duda alguna los cuidados ofrecidos por las enfermeras son invisibles ya que son poco reconocidos por las usuarias, pero también para los directivos de los hospitales, inclusive para las jefaturas de la propia enfermería, estos cuidados poco visibles son de gran importancia para la atención, recuperación y calidad de vida de los usuarios del servicio de salud y para los mismos nosocomios, ya que también representan la imagen de estos lugares.

En muchas ocasiones a lo que se le da más prioridad es a los números la productividad, es muy común escuchar a los colegas mencionar que a las autoridades del hospital “solo les interesa que se saque el trabajo”, “no quieren calidad si no solo cantidad”, ya que el índice de enfermera paciente no se respeta y sobrepase la capacidad de estos para dar una buena atención a los y las usuarias.

Asimismo, es la proyección de la concepción que la propia enfermería tiene del cuidado adquirido en la formación académica, el cual se enfoca a lo mecánico, ya que de acuerdo con Cortés⁶⁹, el saber de la enfermería esta influenciado por una visión técnica y lineal, la cual es difícil de cambiar y aun más si los colegas desconocen lo que en realidad vive una parturienta o cualquier usuario de los servicios de la salud.

En definitiva, los cuidados invisibles son precisos y primordiales en el ejercicio de la enfermería⁷⁰⁻⁷¹ por lo que sería importante empezar a reconocer y darle el valor que se merece el trabajo de estas profesionales de la salud desde sus pares y directivos para que poco a poco este reconocimiento se vaya proyectando a la misma sociedad y esta profesión pueda seguir creciendo y sea reconocida.

Se concuerda con Muñoz,⁷⁰ que los cuidados de enfermería a pesar de ser invisibles para la gran mayoría de la población son de gran relevancia ya que hay que aprender a darle importancia y acercarse a los usuarios, escuchar lo que sienten; como profesional de la salud, preocuparse por conocerlos y saber sus necesidades y no solo el aspecto administrativo que nos orilla a solo cuantificar nuestras acciones hacía con ellos o en este caso, hacía ellas para aportar a una estadística de productividad.

Evidenciando una vez más la influencia del sistema educativo y su influencia de la perspectiva biologicista y positivista de nuestros quehaceres profesionales para lo que nos preparan el hacer mecánicamente una tarea, el preocuparnos y ocuparnos por contar y cuantificar las acciones dejando la subjetividad de las personas y en este caso de una mujer parturienta y todas las emociones y sentimientos que las embargan en esa etapa de su vida, también se deja de lado.

Las investigaciones de tipo cualitativo han sido de gran utilidad para conocer cómo viven o experimentan, lo que sienten los usuarios de los servicios de salud ya sea público o privado, ha servido para realizar mejoras en la atención a la salud e implementación de programas sociales.

Como personal de la salud es importante conocer estas dos perspectivas para poder mejorar la práctica de la enfermera su hacer y su rol en las instituciones de salud, ayudando a fortalecer su identidad profesional.

Con esto no se quiere decir que este mal el cuantificar solo se pide que haya un equilibrio entre ambas el que se ocupe de la parte subjetiva de las personas sin dejar de lado la parte cuantitativa la cual es indispensable también, se deberían de complementar en lugar de pensar que están contendidas, se podría proyectar una mejor enfermería ya que estaría complementada.

4.5 Conclusiones

Con relación al análisis de los datos, la presentación de los hallazgos contrastándolos con la literatura científica, se llega a las siguientes conclusiones:

Que las mujeres padecen el proceso de trabajo de parto debido a que sufren por todo lo que viven: el miedo, la angustia e incertidumbre, pero sobre todo el dolor dejándoles una experiencia desagradable y sin ganas de volver a pasar por lo mismo, ya que están convencidas que no quieren volver a tener hijos y si los llegan a tener será por cesárea.

Ellas llegan con miedo a los servicios de salud pública, miedo a lo que puedan pasar tanto a ellas como a sus bebés, todo esto por la información que les proporcionan terceros, principalmente por mujeres que fueron atendidas en la misma institución e infunden este sentimiento.

También demandan ser atendidas de forma más humana y que haya empatía por parte de los profesionales de salud, sobre todo los médicos. Dada la invisibilidad de la enfermera y su papel secundario en dicho proceso, debido a la hegemonía médica, a quienes ubican que las maltratan son a los médicos residentes, ya sea por hacerles un tacto o tactos múltiples sin avisarles o simplemente porque el médico de base no está presente y pone en riesgo tanto la vida del bebé como de la madre, por dejarle la responsabilidad total a los residentes.

Además, se dan cuenta que los médicos residentes pasan demasiado tiempo en las instalaciones y logran percibir el cansancio, estrés y la carga laboral que los invade día a día así que deducen que estos son los motivos por lo que hacen sus actividades por inercia y que les dificulta otorgar una atención con calidez humana; de esta manera demandan la presencia de médicos que estén a cargo de los residentes y tener una mejor atención ya que verlos en el proceso las tranquilizaría.

Sin embargo, aun así, al finalizar el trabajo de parto, estas recientes madres se llenan de felicidad por considerar que, a pesar de todo lo que pasaron, valió la pena y por fin pueden conocer a sus hijos. Este hecho hace que soslayan lo desagradable y solo disfruten del tener a sus hijos entre sus brazos, además de, finalmente lograr tranquilidad y dejar de sentir dolor.

Estas mujeres están conscientes, y están de acuerdo en que los médicos tienen que practicar para poder tener un mejor conocimiento, sin embargo, lo que piden es que las dejen de ver cómo solo un objeto con el que pueden aprender y practicar y que sea solamente una persona quien se haga cargo de su proceso de parto.

Las instituciones de salud pública están limitando a la mujer parturienta, el derecho que por naturaleza les corresponde, de tener voz, que sean ellas las

protagonistas de su propio parto y puedan decidir sobre la atención de este proceso, ya que la infraestructura de estas instituciones no es adecuada para ofrecer la atención que merecen.

Así, también se aprecia que para estas mujeres ya no es prioritario el lugar donde las atienden, ya que están más atentas en quién las atiende y cómo las atiende. Como usuarias de las instituciones de salud, piden y en ocasiones exigen, que se les dé una mejor atención.

En cuanto a enfermería, las usuarias solo se percatan que hay quienes les colocan el suero y que en ocasiones les dan ánimos para que sigan en el trabajo de parto, pero el resto de los cuidados no los perciben. En sí la enfermera es invisible ante estas mujeres, no hubo una diferencia entre que estuvieran presentes o no; por lo tanto, pasan desapercibidos los cuidados, así como la misma enfermería con un papel secundario en el proceso de atención.

Así mismo se concluye que estas mujeres se sienten un objeto, como un maniquí, con el que pueden practicar, ya que no se pueden quejar, simplemente se tienen que aguantar porque están recibiendo una atención médica, donde los que cuentan con el conocimiento son los que pueden decidir sobre la postura, el caminar o en qué posición tener a sus hijos, entre otros, quitándoles el derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

En consecuencia, se soslaya este evento tan importante y el significado que tiene para la mujer traer una nueva vida, el tener a su primer hijo. Se pierde la dignificación del suceso, dejándoles la sensación de sentirse utilizadas, es decir como un objeto o cosa con la que se puede practicar una y otra vez.

Capítulo V

5. Aportaciones

5.1 aportación a la disciplina

El tema de investigación repercute directamente en la mujer en trabajo de parto y lo que experimenta en una sala de partos en las instituciones públicas, además de proporcionar una perspectiva de lo que pasa alrededor de los profesionales de salud y no se percibe, por lo que al evidenciar este tipo de información permitirá a las y los colegas de enfermería saber cómo mejorar o modificar sus prácticas con base en lo que las propias usuarias sienten y las inquieta.

Por otra parte, se podrían implementar estrategias o métodos alternativos para el manejo del dolor en estas mujeres y evitar que lleguen a sufrir durante este proceso en medida de lo posible. Con la finalidad de mantenerse a la vanguardia en dichas prácticas relacionadas a la atención del parto humanizado.

Asimismo, comprender las necesidades que tienen las parturientas y darles un mejor acompañamiento, con la finalidad que cursen una experiencia positiva en la atención del trabajo de parto, lo que ayudaría a disminuir complicaciones; en lugar de darle más importancia a la parte administrativa, donde en ocasiones no se voltea a ver siquiera a la mujer parturienta.

Si esta perspectiva se le introyecta al alumno de pregrado con la intención de ir modificando la percepción y concepción que tienen hacia el ser humano, y hacerle notar que la mujer no se puede cosificar, sino que debe ser tratado como un ser total, las prácticas profesionales se estarían modificando, pensando en el otro, lo cual permitiría un impacto social importante para el gremio, ya que dejaría ver la verdadera esencia de la enfermería, pero una enfermería más completa.

Por lo que se buscaría cambiar el modo de atención rutinaria que se ha venido ofreciendo y que a su vez ha dañado a la mujer física y psicológicamente; por algo las organizaciones internacionales que se han ocupado de emitir lineamientos para mejorar y modificar prácticas en todo el equipo de salud que presta atención a este tipo de población, lo único que haría falta es que las mismas instituciones tomaran estos lineamientos y ofreciera todo lo necesario a los médicos, enfermeras y resto del equipo de salud para poder llevar a cabo estas propuestas y mejorar la atención hacia la mujer parturienta.

5.2 Aportaciones a la investigación

Debido a los múltiples factores que influyen en el fenómeno de estudio se sugiere indagar más sobre el fenómeno de manera más minuciosa y particular, además de seguir contribuyendo a la evidencia científica sobre este tipo de fenómenos ya que como se reportó en este trabajo en México existe poca evidencia sobre el tema.

De esta manera se subraya que quedan varias interrogantes aun sin contestar, ya que si se tienen lineamientos de organizaciones internacionales ¿por qué en México no se ha modificado la forma de atender en los hospitales públicos a las mujeres parturientas? Si se tiene acceso a cualquier información con la ayuda de internet ¿por qué no se ha logrado una experiencia agradable del parto en instituciones públicas, por parte del personal de salud? ¿por qué si se cuenta con recurso humano especializado en Obstetricia por parte de enfermería, no se les da la facilidad para atender los partos no complicados? ¿Por qué se continúa

manteniendo a estas mujeres alejadas de su familia durante este proceso fisiológico? ¿Por qué se sigue viendo a la mujer solo como recurso didáctico? etc.

5.3 Aporte a las políticas públicas

A pesar del interés a nivel mundial por que el proceso de atención del parto sea cada vez más humanizado al escuchar y escribir lo que estas mujeres relatan se logra apreciar que no sea ha cumplido del todo, no se llevan a cabo las recomendaciones o no pueden llevar a cabo las indicaciones precisas que emiten estas organizaciones, por lo que se puede considerar que algún factor no se encuentra bien colocado o simplemente está faltando, lo cual está ocasionando que aún se encuentre evidencia de la falta de atención de un parto humanizado.

El presente trabajo de investigación es un ejemplo de que se necesitan cambiar estrategias de atención y darle el protagonismo a las mujeres en dicho trabajo de parto, que sean ellas quienes decidan como quieren que sean sus partos, que el personal de salud se muestre empático, el problema es complejo debido a que es multifactorial que no solo le compete al personal de salud, sino también a las políticas públicas las cuales deberían mostrar más interés en conjunto con autoridades de los propios hospitales para cambiar en primer lugar, infraestructuras y poder brindar una atención como lo marca la OMS y la OPS y empezar a fomentar experiencias positivas en las mujeres principalmente a las primíparas.

En definitiva, se requiere de una reestructuración de las políticas públicas en conjunto con el personal de salud como médicos, enfermeras y autoridades de las diferentes instituciones de carácter público con una sola meta en común la atención del parto humanizado tomando en cuenta la evidencia científica, así como los lineamientos internacionales con los que se cuenta para dicho fenómeno.

Sería importante que implementaran programas de psicoprofilaxis perinatal en primer nivel como medida educativa y preventiva a favor de las futuras madres sobre todo a la primerizas con la finalidad de una adecuada salud materno infantil, así mismo este tipo de programas al que tendrían acceso fácil y gratuito les sería de

utilidad para disminuir las emociones y sentimientos desagradables que llegan a experimentar debido a la falta de conocimiento de lo que van a pasar por vez primera en el hospital, además del acompañamiento, trato digno por parte del personal de salud involucrado principalmente médicos y enfermería.

Desde la perspectiva educativa se podría recomendar la incorporación de enfermeros profesionales en esas áreas específicas con la finalidad de contar con especialistas en área, además de que tengan la oportunidad de llevar a cabo la atención de partos lo que los llevaría a estar aún más cerca de las usuarias del servicio, lo cual les permitiría una visión más amplia y completa del contexto.

En las instituciones educativas se propondría cambiar la perspectiva de competencia entre el mismo gremio y fomentar la unión entre los mismos con un solo fin, llevar a cabo el cuidado de manera más humana tomando en cuenta el contexto, las necesidades e inquietudes de las parturientas, cambiando la percepción de ser solo pacientes y no seres humanos que requieren de cuidados de otro ser humano.

Esto es pertinente inculcarlo desde que se encuentra en formación el futuro profesional de enfermería, y que además quienes los preparen para su vida profesional cuenten con esta visión total, conjuntamente de contar con la experiencia en dicho campo de Obstetricia.

Propuesta

Como parte de lo que se observó en este trabajo de investigación se apareció un fenómeno que está a simple vista y que solo hace falta observar unos minutos para darse cuenta del sufrimiento que allana a aquellas mujeres que no pudieron tener a sus hijos y que terminan en legrados por diferentes complicaciones durante el embarazo.

Es así como se aprecia el llanto incontenible de estas mujeres que pasan por este tipo de eventos, quienes viven ellas solas este tipo de sucesos, ya que están pasando por una pérdida de un ser, a quien en muchas ocasiones es muy anhelado como es el tener un hijo.

Al mismo tiempo que se observó que son atendidas en el área de recuperación junto con las recién paridas y tienen a sus hijos a los que amamantan y el solo ver a los bebés de las demás y escuchar el llanto de estos les ocasiona un llanto desgarrador en la mayoría de los casos aumentando su dolor.

El simple hecho de acercarse a estas mujeres y preguntarles cómo se encuentran es suficiente para que ellas empiecen a desahogarse, y en varias ocasiones son un poco duras con ellas mismas ya que se reprochan el no haberse atendido o cuidado mejor o en otro lugar, así mismo, se cuestionan por qué les pasa a ellas, a lo que enfermería se toma algunos minutos para escucharlas y trata de dar un poco de confort, sin embargo, los comentarios que se logran escuchar entre el mismo gremio es: “ni cómo ayudarla”, “está sufriendo mucho, pero que puedo hacer por ella, solo escucharla”.

Por lo que surgió la duda de como es que se le enseña a enfermería a afrontar este tipo de situaciones, a dar un apoyo afectivo, efectivo hacia este tipo de usuarias, sería conveniente saber qué hacer y como actuar ante este tipo de situaciones. Sin embargo, al no ser este el tema de investigación no se indagó, pero sería muy interesante abordar este tipo de usuarias y poder dar una mejor atención a esta población.

6. Referencias Bibliográficas

1. Alfaro N. Villaseñor M. Valadez I. et al. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. Medigrafic [Internet].2006; 8(1): 50-53. [27 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsa/isg-2006/isg061h.pdf>
2. Rosselló G. Diccionario de psicología. (1980) Barcelona: Elicien.
3. Seinfeld J. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú. Fundación canadiense para las américas. Cuaderno de política. 2011; 1-13
4. World health Organization [internet]. Brasil: OMS; 1985. Recomendaciones de la OMS sobre el parto y el nacimiento; citado [9 mayo 2017]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>
5. World Health Organization.int [internet]. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra Suiza: WHO; 2014[2014; 19 mayo 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
6. Congreso del Estado de Guanajuato [Internet]. México: congresogto; 2015.Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Guanajuato; [citado 15 mayo 2017] [1 pantalla]. Disponible en:

http://www.congresogto.gob.mx/uploads/ley/pdf/2/Ley_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia_P.O._29_DIC_2015.pdf

7. García E. Percepción de las mujeres en trabajo de parto sobre las intervenciones de enfermería [Tesis maestría en internet]. México: Universidad Autónoma de México; 2010 [consultada 11 mayo 2017]. 105 p. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptb2010/mayo/0657480/Index.html>
8. Observatorio de la mortalidad materna en México. Muertes maternas acumuladas a la semana 18, México 2017. [Internet] disponible en: <https://public.tableau.com/profile/graciela.freyermuth#!/vizhome/Mapa18de2017/Dashboard1-18y18de2017>
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Estadísticas a propósito del... día de la madre. INEGI [internet]. 2017 8-17. Consultado [14 abril 2017]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf
10. Gant NF. Cunningham F. Unidad V tratamiento del embarazo. En: Ávila J. Manual de ginecoobstetricia. Primera edición. México, D.F.-Santa fe de Bogotá: El Manual Moderno; 2000. Pág. 415
11. Szilasi W. introducción a la fenomenología de Husserl. Única edición. Buenos Aires Argentina: Amorrortu.
12. Salinero J. El concepto Foucaultiano de experiencias en la filosofía para niños. IX Jornadas de Investigación del departamento de Universidad nacional de la Plata. 2013. Disponible en: <http://jornadasfilo.fahce.unlp.edu.ar/ix-jornadas/actas-2013/a79.pdf>
13. Wagner M. Global midwifery traditional and official and humanization of birth. Midwifery Today Int. Midwife. 2007; (83): 55-7. Disponible en: <http://www.midwiferytoday.com/articles/globalmidwifery.asp>
14. García I. Moncayo S. El parto en México, reflexiones para su atención integral. Ideas Concyteg. [Internet]. 2012; 7(84): 811-844[consultado 15 mayo 2017]. Disponible en: http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf

15. Millicent V., Van B., Lori J. Experiences of women receiving childbirth care from public health facilities in Kumasi, Ghana. *Midwifery* [Internet]. 2017; 55 (90-95). [consultado 10 abril 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613817304552>
16. Fmcog O., Ntoimo L., Okonofua F. Cashless childbirth, but at a cost: A grounded theory study on quality of intrapartum care in public health facilities in India. *Midwifery* [internet]. 2016;39 (78-86). [consultado 15 abril 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613816300407>
17. Giraldo D., González E., Heno C. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av. Enferm.* [Internet]. 2015; 33(2):271-281. [Consulta 12 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a09.pdf>
17. Scarton J., Prates L., Wilhelm L. et al. No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev. Gaúcha Enfferm.* [Internet]. 2015; 36: 143-5i. [Consultado 12 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0143.pdf>
18. Mandrano da Silva L. Barbieri M. Fustinoni S. Vivenciando a y Vivenciando a experiência da xperiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev. Bras Brasilia.* [Internet]. 2011; 64 (1): 60-5. [Consultado 13 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a09.pdf>
20. Núñez P. Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas Prof.* [internet]. 2014; 15(2): 43-49. [Consultado 12 mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-rofesion/sumarios/i/17164/173/experiencias-en-torno-al-dolor-en-el-parto-hospitalario-una-aproximacion-antropologica>
21. Moreira J., Leismann de Oliveira., Bonilla A. et al. El cuidado a la mujer con compartimiento no esperado por los profesionales en el proceso de

- parturición. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2010; 9 (3): 618-23. [15 mayo 2017]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-655763>
22. World Health Organization [internet]. Ginevra Suiza: WHO Library-in Publication Data. Recomendaciones de la OMS sobre una atención para una experiencia positiva del embarazo; 2016 [2016; 21 mayo 2017] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?ua=1>
23. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) inicia queja por parto en patio. Reforma. 4 de octubre de 2013. Disponible en: <https://aristeguinoticias.com/0710/mexico/cndh-inicia-queja-por-mujer-indigena-que-dio-a-luz-en-patio/>
24. Periódico Reforma. Ya se va a aliviar; pásala no seas malito. Reforma. 12 de octubre de 2013. Disponible en: http://www.zocalo.com.mx/new_site/articulo/no-seas-malito-pasala-por-favor-1381601740
25. Balmes J. Filosofía elemental, historia de la filosofía. 1986; 72-85
26. Reale G. Antiseri D. Historia del pensamiento filosófico y científico. 1986; 23-25
27. Szilasi W. introducción a la fenomenología de Husserl. Única edición. Buenos Aires Argentina: Amorrortu.
28. Salinero J. El concepto Foucaultiano de experiencias en la filosofía para niños. IX Jornadas de Investigación del departamento de Universidad nacional de la Plata. 2013. Disponible en: <http://jornadasfilo.fahce.unlp.edu.ar/ix-jornadas/actas-2013/a79.pdf>
29. Bolio AP. Husserl y la fenomenología trascendental. Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios [internet]. 2012; (65):20-29. [consultada 4 junio 2017] disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/340/34024824004.pdf>
30. Hernández A. La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. PsicoPediaHoy [internet]. 2010. 12

- (12); [consultado 24 febrero 2017]. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>.
31. Dilthey W. introducción a las ciencias del espíritu. 2da ed. México: fondo de cultura económica; 1949.
 32. Fernández-Porcela A. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. Revista versión nueva época. [internet]. 2011; (26):1-24. 12 febrero 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2GIQs7z>
 33. Reeve J. Motivación y emoción. México. 2010. Mc. Graw Hill.
 34. Vygotsky L. Teoría de las emociones. Estudio Histórico psicológico. Madrid, España: Akal; 2004.
 35. Palmero F. Fernández E. Martínez F. Chóliz M. Psicología de la motivación y emoción. 2002. España: Mc Graw Hill Interamericana.
 36. Domínguez, V. El miedo en Aristóteles. Psicothema [Internet]. 2003;15(4):662-666. [Consultado: 20 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715422>
 37. Cunningham. F. Leveno J. et al. (2011) Williams obstetricia, 23ª edición. Mc Graw Hill Interamericana, Editores, México.
 38. Consejo de salubridad general. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. GPC. Guía de referencia rápida. 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf
 39. Gant NF, Cunningham F. Tratamiento del embarazo normal. En: Ávila J. Manual de ginecoobstetricia. Primera edición. México DF-Santa Fe de Bogotá: El manual moderno; 2000. Pág. 415.
 40. Seinfeld J. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú. Fundación canadiense para las américas. Cuaderno de política. 2011; 1-13
 41. dof.gob.mx [internet]. México: dof.gob; Norma oficial mexicana 1993 [17 febrero 2016; 20 mayo 2017]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

42. Almaguer J., García H., Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Genero y Salud en cifras* [internet]. 2012; 10(2/3): 44-59. [22 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
43. Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva septiembre mortalidad materna. 2016 [consultada 15 mayo 2017] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
44. García A. introducción a la fenomenología de Edmund Husserl. *Revista de ciencias humanas*. 200; 22: 1-9.
45. Ullin PR. Robinson E. Tolley EE. Investigación aplicada en la salud pública. Métodos cualitativos. El lenguaje y la lógica de la investigación cualitativa. Washington D.C: Publicación científica técnica N° 614; 2006
46. Ray MA. La riqueza de la fenomenología preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Primera edición. Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia; 2003. P. 139-157
47. Contreras-de la Fuente HS, Castillo-Arcos LC. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cultura de los cuidados* [internet]. 2016; 20 (44): 15-24. [Consulta 3 de septiembre 2017]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54589/1/Cult_Cuid_44_02.pdf
48. Hernández-Sampieri R. Collado C. Baptista P. Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica. En: Hernández –Sampieri R. *Metodología de la investigación*. Sexta edición. México: Mc Graw Hill Education. 2014. 2-20.
49. Do Prado ML. De Sousa ML. Carraro TE. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. *Series PALTEX de salud y sociedad* 2000 N° 9. 102
50. Rodríguez G., Gil J., García E. *Metodología de la investigación cualitativa*, 2da. Ed. Granada, Aljibe. 1999.

51. Diccionario de filosofía actualizado y aumentado por Giovanni Fornero, Nicola Abbagnano. Cuarta edición. México DF 2012. Aprendizaje. Pag. 96.
52. Taylor SJ., Bogdán R. introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós Ibérica; 1987. 17-23.
53. Secretaria de salud, Diario oficial de la federación. Ley general de salud, secretaria de salud, México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
54. Gallart MA. La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. En: Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1993.
55. Morse J. La investigación cualitativa: ¿realidad o fantasía? En: Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Primera edición. Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia; 2003. P. 3-11
56. Coffey A, Atkinson P. Variedades de datos y variedades de análisis. En: Coffey A, Atkinson P. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Primera edición. Colombia: Sage; 2003.
57. Souza M. Etapa de análisis o tratamiento del material. En: Spinelli H. El desafío del conocimiento. Argentina: Lugar editorial; 1997. 165-207.
58. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Chapter E. Ethical Issues in Analysis. In: Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 3ed. Thousand, CA: sage 2014; 1985.p. 55-63.
59. Lincoln Y, Guba E. Establishing Trustworthiness. In: Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. California: Sage; 1985.p. 293-296.
60. Denzin NK. Part IV. Strategies of triangulation and the art of doing sociology. In: Denzin NK. The research act: A theoretical introduction to sociological Methods. 3ed. New York: McGraw Hill; 1989. P. 297-306.
61. Ferreiro-Losada MT. Diaz-San Isidro E. Martinez-Romero MD. Et al. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de

- las mujeres durante el proceso del parto. Revista de calidad asistencial [internet]. 2013; 28(5): 291-299. [consulta 31 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X1300047>
62. Montero L. El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. Comunidad y salud [internet]. 2017; 15 (1): 42-52 [consultado 03 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=375752386006>
63. Foucault M. Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. Tomo 1. México. 1997; Siglo XXI. 168-169.
64. Vasconcellos C. Konzgen S. Carraro T. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. Cogitare enferm [internet]. 2009; 14 (3): 485-92. [15 mayo 2017]. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
65. Catsicaris Cristina, Eymann Alfredo, Cacchiarelli Nicolás, Usandivaras Ignacio. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2007 jun [citado 2018 Mar 27]; 105(3): 236-240. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000300010&lng=es.
66. Sapién J. Córdoba D. Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Redalyc [internet]. 2007;17(2): 219-229. [consultado 23 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117206.pdf>
67. Cardoso-Gómez M.A., Zarco-Villavicencio A., Aburto-López I., Rodríguez-León Mario Alfredo. Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 dic [citado 2018 Mar 17]; 57(5): 32-42. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500032&lng=es.

68. De la Rosa R. Zamora G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Índex Enferm* [Internet]. 2012 dic [citado 2018 Abr 07]; 21(4): 219-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>.
69. Cortés I., Lázaro D. Saber de la mujer sobre la salud y cuidado de enfermería en Nezahualcóyotl-México. *Ciencia y tecnología*. 2014; (4): 25-39. [06 agosto 18]. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/viewFile/796/723>
70. Muñoz A. A propósito de los cuidados invisibles. *Índex Enferm* [Internet]. 2015 septiembre [citado 2018 Abr 07]; 24(3): 181-181. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200014>.
71. Rosa R., Zamora G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Índex Enferm* [Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Mar 13]; 21(4): 219-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>.
72. García I. Moncayo S. El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Ideas Concyteg*. [Internet]. 2012; 7(84): 811-844 [consultado 15 mayo 2017]. Disponible en: http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf
73. OPS, Organización Panamericana de la Salud, salud en las Américas 2012. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: declaración de la OMS [consultado

15 mayo 2017] disponible en:
http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=238:prevencion-y-erradicacion-de-la-falta-de-respeto-y-el-maltrato-durante-la-atencion-del-parto-en-centros-de-salud-declaracion-de-la-oms&Itemid=215&lang=es

74. World Health Organization [internet]. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra Suiza: WHO; 2014 [2014; 19 mayo 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
75. Observatorio de Mortalidad Materna en México. (omm.org). [internet]. México: omm.org; mayo 2009 [15 mayo 2017; 20 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/boletines-de-mortalidad-materna/2017>
76. Centro de Investigación Social Avanzada. (cisav.mx) [internet]. Querétaro: cisav; 2016 [2016; 19 mayo 2017]. Disponible en: <http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/>
77. Frello A. Carraro T. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Rev. Electo. Enfermera. [Internet]. 2010; 12 (4): 660-8. [15 mayo 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056> .
78. Villanueva-Egan L. El maltrato en las salas de parto: Reflexión de un gineco-obstetra. Revista CONAMED [internet]. 2010; 15(3): 147-151. [Consultada 20 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282/516>
79. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Rev. CONAMED [Internet]. 2014; 19 (1): 37-42. [Consultado 20 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24/22>
80. Castro R., Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. CONAMED. [internet] 2014; 19 (1): [consultado 11 junio 2017].

Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24/630>

Capítulo VII

7. Anexos

7.1 Cedula de datos sociodemográficos

Universidad Nacional Autónoma de México Programa de Maestría en Enfermería	
Datos sociodemográficos	
Experiencias de las mujeres primíparas en la atención del parto institucionalizado.	
Nombre:	
Edad:	
Número de Teléfono:	
Estado civil:	
Escolaridad:	
Religión:	
Número de partos:	

Elaboró: Verónica Ordóñez Ambrosio

7.2 Guía de entrevistas

Universidad Nacional Autónoma de México Programa de Maestría en Enfermería	
Guía de entrevista	
Experiencia de las mujeres primíparas en la atención del parto institucionalizado	
Pregunta nuclear	Preguntas de apoyo
¿Qué piensa acerca del parto?	¿Cómo surgió esta idea? ¿Qué o quién influyo para que decidiera tener a su bebé por parto?
¿Cómo le fue en el parto?	¿Cómo fue la experiencia de su parto? ¿Era lo que esperaba?
¿Qué significado para usted lo que vivió en ese momento?	¿Cómo definiría su experiencia? ¿Dejo algo en usted lo que vivió?
¿cómo se sintió una vez que su bebé nació?	¿ahora que su hijo esta con usted, que piensa de lo que vivió?

Elaboro: Verónica Ordóñez Ambrosio

7.3 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Mayo 2017	Mayo- junio 2017	Junio- julio 2017	Agosto- septiembre 2017	Octubre- noviembre 2017	Diciembre- enero 2017-2018	Febrero- marzo 2018	Abril- mayo 2018
Revisión de la literatura								
Planteamiento del problema Pregunta de investigación Objetivos								
Metodología								
Recolección de datos								
Análisis de datos								
Resultados preliminares								
Retroalimentación al marco conceptual								
Resultados finales Discusión Conclusiones								

7.4 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

México, CDMX Mayo 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Experiencia de la mujer primípara en la atención del parto institucionalizado

Lic. en Enfermería: Verónica Ordoñez Ambrosio

Tutor: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez

Información hacia el participante:

Por medio del presente documento la alumna del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, solicita de su participación voluntaria en el presente trabajo de investigación. El cual tiene como objetivo describir la experiencia de la mujer primípara en la atención del parto institucionalizado.

La participación del informante consistirá en relatar su experiencia en el trabajo de parto, las cuales serán grabadas, posteriormente transcritas para realizar un reporte de investigación.

La información obtenida tendrá un carácter estrictamente confidencial a cada participante de la investigación se le asignará un seudónimo que facilite la identificación de los participantes. A su vez se solicita su autorización para la publicación de los resultados con fines didácticos y de investigación.

La participante tiene el derecho de retirarse del proyecto de investigación en el momento que sea conveniente.

Nombre y firma de Autorización