



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la  
mujer durante el trabajo de parto institucionalizado

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN ENFERMERÍA  
ORIENTACIÓN  
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA:  
MARÍA DEL ROSARIO CORTÉS GARCÍA

Director de Tesis:  
Dra. Liliana González Juárez.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

mayo 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

## MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
ESCOLAR, UNAM.  
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **03 de abril del 2018**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **María del Rosario Cortés García** número de cuenta **402100593**, con la tesis titulada:

**“PRÁCTICAS DE CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMERÍA A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO INSTITUCIONALIZADO”**

bajo la dirección de la Doctora Liliana González Juárez

Presidente : Doctora Silvia Crespo Knopfler  
Vocal : Doctora Liliana González Juárez  
Secretario : Doctora Dulce María Guillén Cadena  
Suplente : Doctora Martha Lilia Bernal Becerril  
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**  
Cdad. Universitaria Cd, Mx. , a 04 de abril del 2018.

**DRA. GANDHI BONDY GÓMEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

## **Reconocimientos.**

---

*A mi majestuosa casa de estudios la **Universidad Nacional Autónoma de México** que me abrió las puertas desde la Licenciatura y me ha dado paso para continuar en este camino de crecimiento personal y profesional, tanto a mí como a mis hijos. Me siento muy **ORGULLOSA DE FORMAR PARTE DE ELLA.***

*A la **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia** que, junto con sus maestros, ha inspirado en mí ser un **GRAN AMOR POR LA ENFERMERÍA Y COMPROMISO CON EL CUIDADO BRINDADO A LA MUJER,** lo que me ha llevado al logro de este objetivo.*

*Al programa de **Maestría en Enfermería** que me concedió la oportunidad de luchar por un sueño el cual culminó con gran satisfacción, ya que he aprehendido de los mejores. Por enseñarme que lo mejor está por venir y que lo más valioso que tengo es el tiempo y las personas que amo.*

*Al **Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (CONACYT)** ya que gracias a su apoyo se me hizo más fácil permanecer en este programa y me comprometió a terminarlo. Por permitirme conocer lugares que no conocía y que nunca imaginé conocer. Gracias por la enseñanza.*

***Por mi raza hablará el espíritu.***

## **Dedicatorias.**

---

***A mí, por lograrlo.***

*A Carlos ya que gracias a ti he conseguido conocer mis fortalezas y debilidades, he logrado apreciar lo importante que es llegar a la meta acompañada de personas que te aman por lo que eres y lo que representas para ellas. Por tu forma de ser he fortalecido mi ser como mujer, por apoyarme en mis proyectos, darme unos hijos maravillosos y enseñarme que en las diferencias nos encontramos. Aún nos falta mucho camino por recorrer...UNO AL LADO DEL OTRO.  
Te amo.*

*A mis grandes maestros: Mis hijos y padres.*

*A ti mi Yaya, gracias por tus silencios ya que en ellos he logrado reflexionar lo que signifique para ti, lo mucho que me amas y admiras y eso me ha dado fuerzas para ser una madre perseverante en mis sueños.*

*A ti que me apoyas con tus abrazos y besos.*

*Eres capaz de cambiar mi "ship" cuando me preguntas ¿cómo estuvo tu día hoy mamá?*

***Mi mujer valiente, te adoro hija.***

*A ti Zabdiel, que has logrado que deje de pensar en mí y me concentre en ti. Que con tu música y "aventuras" me haces agradecer a Dios la existencia de las crisis en nuestra relación, ya que después de ellas te observo fortalecido y convirtiéndote en un maravilloso ser humano.*

***Eres mi regalo brillante de Dios.***

*A ti, mi amado padre, que al término de este proyecto me he ido desvaneciendo en tu memoria, pero, aun así, te dedico mis logros ya que gracias a tus enseñanzas has logrado forjarme un espíritu libre y soñador.*

***Heredé tu inteligencia.***

*A ti admirada madre, porque me doy cuenta de que, sin tus sueños, inteligencia, perseverancia y el amor que me tienes no estaría aquí.*

***Sin duda, la fortaleza la he heredado de ti.***

***Por mi raza hablará el espíritu.***

## **Agradecimientos.**

---

*Tú sabes que estás en primer lugar, las palabras no me permitirían expresar cuán agradecida estoy contigo, simplemente, gracias **Dios**.*

*A la **Dra. Liliana**, mi asesora de tesis. Sin duda una gran mujer y un gran ser humano.*

*La vida nos hizo coincidir una vez más. Gracias por la escucha, los consejos, las pláticas, las lecturas, las correcciones, las “carreras”, la comprensión, la enseñanza... Su forma de ver la enfermería y la investigación me motivan a dar lo mejor de mí.*

*A la **Mtra. Bertha Camacho Solís**, que ha creído en mí y me ha dado la oportunidad de crecer profesionalmente dentro de nuestra apreciada escuela. Si no me hubiera dado la oportunidad de dar clases en la ENEO no estaría aquí. Gracias por brindar oportunidades a quien no conoce.*

*A la **Dra. Gandhi Ponce**, Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, por sus palabras de ánimo, por su forma de liderazgo, por comprender que cada uno de nosotros tiene necesidades diferentes y, a pesar de eso, tenemos objetivos que cumplir.*

*A todos los **Doctores de la Maestría** que, sin duda, fueron grandes maestros ya que sembraron en mí un espíritu lleno de dudas y una sed de conocimiento.*

*A mis **compañeros de generación, especialmente a Fanny**. De cada uno de ellos adquirí lo que mi ser necesitaba y sé, que sin importar en dónde estemos, si alguno nos necesita, ahí estaremos.*

**LA MEJOR GENERACIÓN QUE HA TENIDO LA MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**2016-2108.**

*A **Dalia, Ángel y Bruno**, que llenaron de luz y alegría los momentos en los que tenía oscuridad.*

*A **Tania**, quien ha seguido mis pasos y que no permitió, durante estos dos años, que me durmiera de camino a casa. Por ser la comadre más “nice y chida” que tengo.*

*A las **enfermeras y enfermeros** que con su participación y sinceridad hicieron posible esta investigación.*

***Por mi raza hablará el espíritu.***

### **Prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado.**

**Introducción:** El trabajo de parto es un proceso fisiológico natural, el cual debe llevarse a cabo en un ambiente saludable y seguro. Las prácticas de cuidado a la mujer durante el trabajo de parto cambian de un entorno familiar, y centrado en ella, a la institucionalización del trabajo de parto, centrado en el médico, lo que también establece las relaciones interpersonales entre la mujer/enfermera - enfermera/médico lo que determina las prácticas de cuidado que la enfermera proporciona dentro del ámbito hospitalario.

**Objetivo:** Evidenciar las prácticas de cuidado de enfermería realizadas a la mujer durante el trabajo de parto en las instituciones de salud.

**Metodología:** Es un estudio cualitativo con diseño fenomenológico descriptivo. Los informantes fueron 7 mujeres y 1 hombre, enfermeras/os profesionales que laboran en instituciones de salud públicas de la Ciudad de México y el Estado de México. Utilizamos como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada y se realizó microanálisis de los datos.

**Resultados:** Las prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto se relacionan con el cuidado humano y las prácticas naturalizadas. En las prácticas de cuidado humanizadas encontramos: el cuidado como relación interpersonal, el cuidado centrado en la mujer y el cuidado transpersonal. En las prácticas de cuidado naturalizadas encontramos: cuidar en el modelo hegemónico y sistema de relaciones dominantes.

**Conclusiones:** Las prácticas de cuidado forman parte fundamental del quehacer de enfermería, Waldow y Watson describen que lo humano, al brindar cuidados lo encontramos cuando la enfermera incluye actitudes, valores y principios, tanto profesionales como personales, además de que, cada una de las prácticas de cuidado que realizan están relacionadas con los conocimientos y sentimientos que cada enfermera y paciente posee, lo que forma una experiencia de cuidado única para ambos. Cuando estas prácticas de cuidado se realizan en apego a

lineamientos instituidos puede ocurrir una forma de relación sujeto-objeto en donde no se concibe al ser cuidado como un ser integral, genuino y digno ocurriendo una relación de no cuidado, ya que el ser está siendo considerado un objeto

**Palabras clave:** prácticas de cuidado, cuidado, Waldow, Watson, trabajo de parto.



**Care practices carried out by Nursing to women during labor  
institutionalized.**

**Introduction:** Labor is a natural physiological process, which must be carried out in a healthy and safe environment. The practices of care for women during labor change from a family environment, and centered on her, to the institutionalization of labor, centered on the doctor, which also establishes the interpersonal relationships between the woman / nurse - nurse / doctor what determines the care practices that the nurse provides within the hospital setting.

**Objective:** To demonstrate the care practices of Nursing performed to the women during labor in health institutions.

**Methodology:** It is a qualitative study with descriptive phenomenological design. The informants were 7 women and 1 man, professional nurses who work in public health institutions of Mexico City and the State of Mexico. We used the semi-structured interview as a data collection technique and microanalysis of the data was performed.

**Results:** The care practices performed by Nursing to the women during labor are related to human care and naturalized practices. In humanized care practices we find: care as interpersonal relationship, the care focused on women and the transpersonal care. In naturalized care practices we find: caring in the hegemonic model and system of dominant relationships.

**Conclusions:** Nursing care practices are a fundamental part of nursing work, Waldow and Watson describe that the human, care is found when the nurse includes attitudes, values and principles, both professional and personal, and that each of the care practices they perform are related to the knowledge and feelings that each nurse and patient possesses, which forms a unique care experience for both. When these care practices are carried out in accordance with instituted guidelines, a form of subject-object relationship can occur where to the subject is not conceived as an integral, genuine and dignified being and occurring the non-caring relationship, since the being is being considered an object

**Key words:** care practices, care, Waldow, Watson, labor.

# Índice.

---

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>6</b>
<b>Problematización .....</b>	<b>6</b>
1.1 Descripción del fenómeno.....	6
1.2 Propósito de la investigación .....	10
1.3 Pregunta de investigación.....	10
1.4 Objetivos.....	11
Objetivo general .....	11
Objetivo específico .....	11
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>13</b>
<b>Prácticas de cuidado de enfermería .....</b>	<b>14</b>
2.1 El surgimiento de las prácticas de cuidado .....	15
2.2 Las prácticas de cuidado durante el trabajo de parto y parto en el México Prehispánico.....	20
2.2.1 El parto como una batalla .....	20
2.3 Transición de Paradigmas en la atención del parto .....	21
2.4 Naturalización de cuidados de enfermería .....	23
2.5 Autonomía profesional de enfermería.....	27
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>32</b>
<b>Marco teórico referencial.....</b>	<b>32</b>
3.1 La teoría de Enfermería .....	33
3.2 Teoría del cuidado humano de Vera Regina Waldow .....	34
Cuidado 36	
El cuidado en la enfermería .....	37
Ambiente 37	
Proceso de cuidar .....	38
Momento de cuidar .....	46
Relaciones de cuidado .....	47
3.3 Filosofía y Teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson.....	49
Los siete supuestos teóricos de Watson.....	51
Diez factores de cuidado de la teoría de Watson .....	52

3.4	El trabajo de parto .....	58
	Definición de trabajo de parto.....	58
	Periodos clínicos del trabajo de parto .....	59
3.5	Marco Normativo y legal en México .....	60
	Marco Legal .....	60
	Marco Normativo .....	62
	NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida .....	62
	Apartado 5. Atención del parto .....	63
	Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo 66	
	Atención a la paciente embarazada en fase latente.....	66
	Momento para hospitalización a la paciente embarazada para atención de trabajo de parto en fase activa.....	67
	Atención a la paciente en fase activa del trabajo de parto (calidez, acompañamiento y líquido orales y parenterales) .....	67
	Indicaciones para conducción de trabajo de parto .....	68
	Uso de enema, tricotomía y vaciamiento vesical.....	69
	Utilidad del partograma y dilatación del cérvix y ampliación manual del periné.....	69
	Utilidad de la monitorización fetal .....	69
	Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto.....	70
	Utilidad de la movilización en el trabajo de parto.....	71
	Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto.....	71
	Amniotomía en trabajo de parto .....	71
	Posición en el período expulsivo.....	72
	<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>74</b>
	<b>Metodología.....</b>	<b>74</b>
4.1	Diseño del estudio .....	74
4.2	Selección del ambiente .....	76
4.3	Selección de los participantes.....	76
4.4	Técnica de recolección de datos .....	78
4.5	Temporalización.....	79
4.6	Análisis de la información .....	79
4.7	Rigor metodológico.....	80

4.8	Limitaciones.....	83
4.9	Consideraciones éticas.....	83
<b>CAPÍTULO 5.....</b>		<b>85</b>
<b>Hallazgos y discusión.....</b>		<b>85</b>
	Caracterización de los informantes.....	86
	Diagrama de categorías.....	87
<b>5.1</b>	<b>Categoría 1. Prácticas de cuidado humanizado .....</b>	<b>89</b>
5.1.1	Subcategoría: Cuidado como relación interpersonal.....	90
5.1.1.1	Una relación de apoyo - confianza.....	91
5.1.1.2	“Una relación más personal” .....	94
5.1.2	Subcategoría: El cuidado centrado en la mujer.....	96
5.1.2.1	Reconocer los sentimientos de la mujer.....	97
5.1.2.2	La empatía con la mujer en el trabajo de parto .....	99
5.1.2.3	“Estar al pendiente de ellas” .....	101
5.1.2.4	Autodeterminación de las prácticas de cuidados .....	103
5.1.3	Subcategoría: Cuidado transpersonal .....	108
<b>5.2</b>	<b>Categoría 2. Prácticas de cuidado naturalizadas.....</b>	<b>111</b>
5.2.1	El cuidado en el modelo hegemónico .....	112
5.2.1.1	La herencia del modelo hegemónico .....	113
5.2.1.2	La institución como limitante del cuidado .....	120
5.2.2	Sistema de relaciones dominantes .....	126
5.2.2.1	Relaciones de poder.....	127
<b>CAPÍTULO 6.....</b>		<b>134</b>
	Conclusiones.....	134
<b>CAPÍTULO 7.....</b>		<b>141</b>
<b>Propuestas. ....</b>		<b>141</b>
a.	Aportaciones a la disciplina.....	141
b.	Aportaciones a la práctica. ....	141
c.	Aportaciones a la investigación. ....	142
d.	Aportaciones a las políticas públicas. ....	143
<b>CAPÍTULO 8.....</b>		<b>146</b>
	Anexos. ....	146
	Anexo 1. Consentimiento informado.....	146

Anexo 2. Instrumento de investigación .....	148
<b>Capítulo 9 .....</b>	<b>150</b>
Referencias bibliográficas. ....	150

# Introducción.

---

## **Introducción**

El trabajo de parto es un proceso fisiológico natural, el cual debe llevarse a cabo en un ambiente saludable y seguro, en donde se reconozca la fortaleza y sabiduría del cuerpo de la mujer respetando sus decisiones, preferencias, creencias y expectativas logrando así que el trabajo de parto sea un evento único.

Actualmente, en la práctica hospitalaria, el apoyo continuo de enfermería durante el trabajo de parto es aún una excepción, a pesar de lo estipulado en las normas y lineamientos donde se describe que el cuidado debe brindarse de forma integral y holística. La preocupación por la consecuente deshumanización de la experiencia de parto ha llevado a la necesidad de volver a implementar el apoyo continuo durante el trabajo de parto, momento en el que la mujer puede ser particularmente vulnerable a influencias del ambiente <sup>(1)</sup>.

A finales del siglo XIX <sup>(2,3)</sup> se instaura el modelo hegemónico trayendo como resultado un cambio en la atención de la mujer en trabajo de parto: de su hogar a instituciones de salud y de la atención por parteras a la atención por médicos, con este cambio, surge la medicalización del trabajo de parto. En esta etapa se estructura, como un rasgo principal de la entidad femenina, la imagen de la mujer como eterna enferma, especialmente entre las clases privilegiadas de las sociedades occidentales y, bajo este legado, paulatinamente la sociedad y la mujer consideran que la atención de parto es un proceso de “enfermedad”, lo que debe ser “aliviado” dentro de las instituciones de salud, como parte de un “proceso natural”.

Conforme a lo anterior, las prácticas de cuidado a la mujer durante el trabajo de parto cambian de un entorno familiar, y centrado en ella, a la institucionalización del trabajo de parto, centrado en el médico, lo que también determina las relaciones interpersonales entre la mujer/enfermera - enfermera/médico que se insertan en el proceso salud - enfermedad y a su vez, determinan las prácticas de cuidado que la enfermera proporciona dentro del ámbito hospitalario.

Así mismo, este cambio de paradigmas repercute en la visión que se tenía del embarazo, que va de una etapa normal vinculada íntegramente al proceso de la vida hacia un proceso prioritariamente de orden biológico, lo que aparta a las mujeres de la expresión de sus necesidades; ya sea de compañía, afecto o apoyo así como la relación protagónica que tiene durante este proceso en el espacio de las instituciones de salud; por lo que las prácticas de cuidado que la enfermera lleva a cabo dentro del área de tococirugía

de las instituciones de salud, se proporcionan en relación con el cumplimiento de los lineamientos establecidos en ellas, limitando la autonomía de la enfermera profesional determinada por los conocimientos, bases éticas, filosóficas y ontológicas que ha adquirido durante su formación y experiencia.

Ante este panorama existe la posibilidad de que las prácticas de cuidado que la enfermera realiza a la mujer durante el trabajo de parto en las instituciones de salud, se relacionen con la naturalización de los cuidados existentes en el ejercicio asimétrico del poder en el área hospitalaria, en donde, para Wesorick (1993), citada por Rodríguez,<sup>(4)</sup> la enfermera institucional se define como: “una práctica dependiente y dominada por las tareas en la cual el servicio de enfermería está determinado por las órdenes del médico, las normas del hospital y los procedimientos”; por lo que emerge la violencia obstétrica como una de expresión del cuidado enfermero no deseable, paralelo al seguimiento de lineamientos establecidos en las instituciones de salud como parte de las llamadas “rutinas” relacionadas con la atención del trabajo de parto y el modelo biomédico.

A raíz de lo anterior, en la década de los 80's la Organización Mundial de la Salud (OMS) analiza la atención del modelo biomédico en la gestación, parto y nacimiento; describe una serie de recomendaciones basadas en evidencia científica las cuales promueven el respeto a las preferencias de la mujer en trabajo de parto y el trato digno a la mujer en cualquier ámbito, lo que se desdibuja en la atención humanizada, ya que este tipo de prácticas, se fundamentan en la igualdad de



derechos entre hombres y mujeres y buscan favorecer la autonomía de las mismas, conservar su salud y la de sus hijos.

Por otro lado, la condición de estar hospitalizado, en general, aflora el sentimiento de impotencia, dependencia, carencia y de control sobre sí mismo y sus actividades e, incluso, de despersonalización <sup>(5)</sup>, por lo que las prácticas de cuidado humanizadas ejercen una función importante en la mujer, en la duración del trabajo de parto y en la percepción de la calidad del mismo. Algunas de estas recomendaciones describen que las prácticas de cuidado que generen menor estrés en la mujer durante el trabajo de parto favorecerán la secreción de oxitocina y oxigenación fetal con lo que se verá favorecida la actividad uterina en cuanto a la frecuencia, duración e intensidad y disminuirá los riesgos de morbi-mortalidad materna y neonatal; por el contrario, si las prácticas de cuidado que realizan a la mujer en trabajo de parto generan mayor estrés disminuirá la segregación de oxitocina así como la oxigenación fetal y muscular, provocando mayor agotamiento, fatiga y dolor en la mujer; lo que a su vez redundará en complicaciones materno-fetales y en el comportamiento de la mujer durante este periodo.

De aquí que la importancia de este estudio radica en la necesidad de conocer las prácticas de cuidado que enfermería realiza a la mujer durante el trabajo de parto, desde la propia experiencia de las enfermeras, con el fin de capturar las características comunes en la experiencia del desarrollo de las prácticas de cuidado realizadas a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado.

El presente estudio consta de siete capítulos; en el primero se describe la problematización, se describe el fenómeno, el propósito de la investigación, la pregunta de investigación y los objetivos. En el segundo capítulo se desarrolla la revisión del estado del arte en donde se incorpora, desde lo filosófico, el surgimiento de las prácticas de cuidado, descritas por Collière, el cambio de paradigmas en la atención del parto, la naturalización de las prácticas de cuidado y la autonomía profesional de enfermería.

En el tercer capítulo se desarrolla el Marco teórico conceptual, en donde se presentan las teorías de Enfermería: teoría del cuidado humano de Waldow y la filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson; el trabajo de parto, Marco normativo y legal en México para la atención del trabajo de parto y la guía de práctica clínica para la atención del trabajo de parto, los cuales deben ser utilizados por el personal de salud en el momento del ingreso de la embarazada en trabajo de parto a la institución.

En el cuarto capítulo se da a conocer la metodología, donde se define el estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico, así como los criterios para llevar a cabo la metodología. La investigación cualitativa con este enfoque nos permite conocer la experiencia humana de las enfermeras en el momento de realizar prácticas de cuidado a la mujer en trabajo de parto, permitiéndonos obtener una idea clara del tipo de experiencias susceptibles de ser abordadas.

En el capítulo cinco se describen los hallazgos encontrados, así como la discusión de los mismos. El análisis se llevó a cabo por medio del microanálisis y para el nombramiento de las categorías se utiliza los códigos vivos y la codificación teórica.

En el capítulo seis y siete se desarrollan, respectivamente, las conclusiones, discusión y aportaciones a la disciplina de enfermería, en las cuales se vislumbran las prácticas de cuidado autónomas que las enfermeras refieren llevar a cabo y las prácticas de cuidado que nombramos “ligadas a la herencia del modelo hegemónico” que son susceptibles de modificar desde el ámbito de la enseñanza a los futuros profesionales.

El capítulo ocho hace corresponde a las referencias bibliográficas consultadas y el capítulo nueve incluye los formatos utilizados para la recolección de información.

CAPÍTULO 1.

# Problematización.

---

## **CAPÍTULO 1**

### **Problematización**

#### **1.1 Descripción del fenómeno**

Desde 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha centrado su atención en la medicalización excesiva de la natalidad, en donde recomienda a los administradores y al personal de salud a investigar la relevancia de ciertas prácticas realizadas durante el trabajo de parto y parto, en beneficio del respeto de la autonomía y la perspectiva de las mujeres al realizar su atención <sup>(6)</sup>. Expone que toda mujer como persona tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada y donde la mujer debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención.

Las enfermeras tenemos que reflexionar sobre la forma en que realizamos cuidados a las mujeres durante el trabajo de parto, debemos pensar si durante la atención que brindamos dentro del ámbito institucional, se respeta la autonomía de la mujer y se cubren sus expectativas y, de esta manera, acercarnos cada vez más a una práctica de cuidados centrada en la persona sujeto de cuidado, ya que algunas investigaciones <sup>(7,8)</sup> refieren que las mujeres expresan ser objeto de prácticas hospitalarias rutinarias, perciben un trato deshumanizado y, a su vez, reportan como principales actores de estas prácticas a las enfermeras y los médicos, entre otro tipo de personal de salud.

En este sentido, en México y en otros países, se han establecido una serie de recomendaciones, que para el caso de nuestro país, se ha adherido a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia publicada en el mes de marzo de 2007, la cual entró en vigor en el 3 de septiembre de ese mismo año y se incorpora, a partir del 2008, en la Ley de acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia en Veracruz <sup>(9)</sup>, en 2009 se agrega la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas <sup>(10)</sup> y en el 2014 se incorpora en el estado de Guanajuato en la Ley de acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia <sup>(11)</sup>.

Desde el punto de vista internacional, los instrumentos jurídicos relevantes en materia de los derechos humanos de las mujeres y, especialmente, en materia de violencia contra las mujeres se define este tipo de prácticas -rutinarias y en muchos casos deshumanizadas- como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. <sup>(12)</sup>. O bien se podría hablar de un trato diferenciado al otorgar cuidados a las mujeres durante el trabajo de parto, lo que sin duda resulta indigno.

Aunado a lo antes mencionado y derivado de la experiencia profesional y de la revisión de la literatura, este tipo de prácticas rutinarias también se han asociado con la morbi-mortalidad materna ya que expresan un conjunto de violaciones a los derechos de las mujeres al realizar prácticas en sus cuerpos, que no tienen beneficios y que, por el contrario, les causan complicaciones físicas, psicológicas e incluso la muerte <sup>(13)</sup>.

Por este motivo, los investigadores de este estudio, estamos interesados en indagar sobre las prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto dentro de las instituciones de salud, donde entendemos el cuidado como lo refiere Waldow, como una relación de estar-en-el-mundo que comprende un compromiso con el yo/self consigo mismo, con el otro y con el todo mayor, el cosmos.

Así mismo coincidimos que el cuidado humano, de acuerdo con Watson, “es una idea moral que trasciende el acto y que va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tiene consecuencias importantes para la civilización humana” <sup>(14)</sup>. Este cuidado representa una actitud ética en el que seres humanos perciben y reconocen los derechos de unos y otros y las personas se relacionan con miras a promover el crecimiento y bienestar de los demás <sup>(15)</sup> y que, al desarrollarse en el marco de las normativas institucionales, podría dejar de lado su elemento bioético y quedar sujeto a formas de organización y jerarquización social en donde prevalece la asimetría del poder.

A partir de estos planteamientos, delineamos como propósito de esta investigación conocer cuáles son las prácticas de cuidado que la enfermera realiza a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado e identificar si el contexto institucional limita tomar en cuenta los elementos socio culturales necesarios en la planeación de los cuidados de enfermería que respondan a las necesidades de salud de las mujeres en trabajo de parto.

Por lo que, consideramos fundamental profundizar en el estudio de las prácticas de cuidado que enfermería realiza a la mujer durante el trabajo de parto en el área de tococirugía dentro de las instituciones de salud, ya que investigar estas prácticas permitirá, por un lado, conocer y comprender las bases ontológicas de éstas así como identificar si los propios profesionales de enfermería son conscientes de la ejecución de estas prácticas de atención como parte de su autonomía profesional o como parte de la rutina institucional que deben cumplir a pesar de su formación profesional como un primer intento para su deconstrucción y, por otro lado, permitirá cuestionarnos sobre la importancia central del sistema de relaciones interpersonales prevaleciente entre la enfermera y las personas receptoras de cuidados.

Así mismo, con la influencia de la globalización el sistema de salud mexicano <sup>(16)</sup>, se observa una crisis económica que repercute en la creación de infraestructura hospitalaria acorde a las necesidades de la población, recursos materiales y humanos suficientes para la atención de la salud, por lo que pensamos que es indispensable identificar si esta problemática repercute en las prácticas de cuidado que enfermería realiza, ya que los currículos para la formación de enfermeras privilegian la formación en el cuidado holístico en todas las etapas de vida del ser humano y, en especial, en el periodo reproductivo de la mujer. Pensamos que, durante la práctica profesional de enfermería, en las instituciones de salud, estos elementos formativos no se ven reflejados en el cuidado brindado a la mujer en el trabajo de parto, lo que nos hace pensar que existen otras estructuras que lo determinan.

En algunas de las propuestas curriculares actuales, para la formación académica de las enfermeras profesionales, generalmente, se proporcionan conocimientos sobre cuidados con un enfoque humanístico u holístico, se promueve el respeto a la autonomía y derechos humanos de las mujeres durante el periodo reproductivo además de tener como imperativo moral el otorgar cuidado sin dañar o lesionar en lo sexual o reproductivo a la mujer; es decir, se promueve la prevención de daños físicos, psicológicos o sociales.

Sumado a lo anterior, es importante señalar que a pesar de la implementación de leyes que penalizan la violación de los derechos humanos de las mujeres, en este caso durante la etapa reproductiva, desde la propia experiencia de los investigadores consideramos que, en el desarrollo de algunas prácticas rutinarias, se pasan por alto los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención del trabajo de parto.

Finalmente, estudiar las prácticas de cuidado de enfermería realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto en las instituciones de salud, apoyará el estudio relacionado con fenómenos subjetivos suscitados en el contexto de los cuidados en la atención del parto. La información obtenida por esta investigación pretende servir de base para replantear prácticas y procesos de cuidado enfermeros donde imperen los valores, costumbres, creencias o aspectos culturales de la mujer en trabajo de parto y el respeto a su autonomía.

Así mismo, consideramos que los resultados de este estudio incidirán en revalorar políticas institucionales y la necesidad de adecuar estas políticas hacia la integración de los cuidados de enfermería de forma cada vez más autónoma y humana, con el propósito de incidir en el mejoramiento de una atención cada vez más integral, intercultural y humanística donde la mujer, sujeto de cuidado, sea el eje de atención.

## **1.2 Propósito de la investigación**

La importancia de este estudio radica en la necesidad de contribuir a la deconstrucción del desarrollo de las prácticas de cuidado enfermería que se proporcionan a la mujer en trabajo de parto, los cuales no se evidencian en otras investigaciones.

Además, es necesario conocer las circunstancias relacionadas con las prácticas de cuidado que enfermería realiza a la mujer durante su atención en las instituciones públicas de salud, que pongan de manifiesto la situación respecto al seguimiento de los lineamientos establecidos a nivel mundial y nacional para la atención de la mujer durante el trabajo de parto, así como el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la institución en donde labora.

Por lo que esta investigación corresponde a un estudio de metodología cualitativa, con un diseño fenomenológico de tipo descriptivo, lo que permitirá un mayor acercamiento a la práctica de enfermería en el área de tococirugía, en donde se puede contribuir a la reflexión de los conocimientos relacionados con la atención humanizada a la mujer en trabajo de parto, de las percepciones del ejercicio profesional de enfermería y de la autonomía profesional que la enfermera tiene, vinculadas a su quehacer profesional durante la atención que proporciona a la mujer durante este proceso, permitiéndonos obtener una idea clara del tipo de experiencias susceptibles de ser abordadas.

## **1.3 Pregunta de investigación**

- ¿Cuáles son las prácticas de cuidado que las enfermeras realizan a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado?



## **1.4 Objetivos**

### **Objetivo general**

- Evidenciar las prácticas de cuidado de enfermería realizadas a la mujer durante el trabajo de parto en las instituciones de salud.

### **Objetivo específico**

- Identificar las prácticas de cuidado que la enfermera realiza a la mujer durante el trabajo de parto en el área de tococirugía definidas por las instituciones de salud.
- Describir las situaciones que la enfermera reconoce como favorecedoras de su autonomía profesional durante la realización de prácticas de cuidado realizadas a las mujeres durante el trabajo de parto.

CAPÍTULO 2.

# Revisión del estado del --- arte.

## CAPÍTULO 2

Para la estructuración de este apartado se realizó la revisión de la literatura, sin embargo, se plasmaron tanto los elementos conceptuales, como los elementos contextuales que permitan una mayor comprensión de las prácticas de cuidado a la mujer en trabajo de parto institucionalizado.

La búsqueda de literatura sobre “prácticas de cuidado durante el trabajo de parto”, se utilizaron términos y descriptores Medical Subject Headings, (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS); como criterios de búsqueda se usaron: “cuidado”, “cuidar”, “cuidado enfermero”, “nursing”, “prácticas de cuidado”, “cuidado humano”, “enfermera and mujeres and trabajo de parto”, “nurse and women and labor”, “enfermeras y formación”, “percepción and atención de parto”, “nurse and violence symbolic”, “cuidado and trabajo de parto”, “cuidado and parto”, “enfermería and género”. Las bases de datos digitales consultadas fueron: Redalyc, EBSCO, Proquest, Scielo, PubMed/Medline, BVS, BidiUNAM, Science Direct. Las bibliotecas consultadas fueron la biblioteca central de la UNAM y visitadas la biblioteca central de la UNAM y la ENEO. Se obtuvo una base de datos de 182 artículos.

A este respecto, se encontraron temáticas de cuidado relacionados con la antropología, medicina y enfermería; las relacionadas con enfermería se enfocaban a pacientes con cáncer, en etapa terminal, con enfermedades psiquiátricas, en niños, en familiares con pacientes en unidades intensivas, en pacientes que ingresan al área de urgencias, y muy pocos estudios relacionados con la mujer en trabajo de parto desde la experiencia de la enfermera; también se encontraron algunos artículos relacionados con el trabajo de parto referente a la percepción de las mujeres durante su atención de parto en las instituciones de salud, siendo Brasil el país que tiene más publicaciones en este tema.

Como artículos análogos, desde la antropología y medicina, se encontraron temáticas que refieren la relación existente entre la atención del parto, parto y la

violencia obstétrica, violencia simbólica y la atención del parto y el patriarcado, artículos relacionados con la institucionalización del cuidado y con la satisfacción del enfermero en el momento de dar cuidado en las instituciones de salud, otra temática es la relacionada con los significados que asigna el enfermero al quehacer disciplinar dentro de las instituciones de salud y, por último, artículos que hacen un análisis del cuidado de enfermería dentro de las instituciones de salud como base de su autonomía e identidad profesional.

Se seleccionaron sólo aquellos documentos o estudios que exponían hallazgos que se consideraron importantes en el desarrollo de la temática seleccionada, con base en el análisis CASPE. La principal disciplina encontrada fue la de enfermería y de las temáticas relacionadas se encuentran las percepciones de los pacientes y familiares sobre el cuidado de enfermería en el área hospitalaria, así como en el primer nivel. Las temáticas referentes al trabajo de parto fueron escasas, encontrándose estudios de corte cuantitativo y cualitativo.

### **Prácticas de cuidado de enfermería**

El argumento principal “prácticas de cuidado” se aborda desde la perspectiva filosófica de Collière ya que es la primera en describir las prácticas de cuidado desde el rol de la mujer y el hombre y como una forma de preservar la vida. Por otro lado, es necesario dar a conocer la estructura de estas prácticas desde un punto de vista histórico, político, epistemológico, filosófico; así como la forma en que se relacionan con las condiciones sociales para así poder comprender desde dónde emergen.

Desde la visión histórica consideramos que el cambio de paradigmas en la atención del parto y el surgimiento del Modelo Médico Hegemónico han incidido en la dimensión del cuidado, la cual se centra en lo biológico, sin tomar en cuenta a la persona y sus experiencias, lo que a su vez permea en la naturalización de las prácticas de cuidado de enfermería como un proceso para recuperar la salud ya que el cuidado, dentro de las instituciones, deja de brindarse de una forma holística. Por otro lado, se encuentra la autonomía profesional de enfermería la cual aún se ve

invisibilizada en su quehacer cotidiano debido a múltiples factores, los cuales trataremos de describir.

## 2.1 El surgimiento de las prácticas de cuidado

Collière afirma que "los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...) y cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos y creencias." (17)

Collière (1997) lo fundamenta en el origen de las prácticas de cuidado, las cuales se remontan al origen del hombre, en donde cuidar contribuye directamente a asegurar la continuidad de la vida del grupo; es decir, cuando se hace indispensable "cuidar la vida" para sobrevivir. Con el paso del tiempo, surgen los discursos sobre el bien y el mal, en donde los grupos ratifican sus prácticas de cuidados habituales consistentes en cosas permitidas y prohibidas, las que se erigieron en ritos, los cuales quedaron a cargo de los *chamanes* y los *sacerdotes*; con el surgimiento de estas personas se tiene una figura que *interpreta y decide lo que es bueno y lo que es malo* y que, poco a poco, adquiere el derecho de designar y eliminar del grupo a todo sospechoso de ser portador del mal. Con el avance de la historia, estas figuras, dan paso al nacimiento de los nuevos descriptores del mal, *los médicos*.

Aunado a lo anterior, con los grandes descubrimientos del siglo XIX en la física y la química, así como el surgimiento de los hospitales, el médico ve crecer de forma desmedida su papel de mediador; por lo que la concepción de la práctica de cuidados cambia con lo que se dificulta la identificación de los cuidados de enfermería (véase figura 1 y 2). Respecto a lo anterior, podemos observar la relación existente entre el cuidado y el género, el cual resulta evidente en nuestra sociedad, lo que define que la práctica de cuidados procedentes de las mujeres y hombres son de naturaleza diferente y que las prácticas de cuidado se desarrollaron (y continúan desarrollándose) con características particulares según el género, la ocupación y el contexto cultural de las personas, ya que se atribuye a las mujeres

(maternidad y cuidado) las prácticas de cuidado relativas al cuerpo y a la alimentación; mientras que a los hombres (ocupados en las guerras, la caza y en defender el territorio) el descubrimiento del interior del cuerpo y el desarrollo de herramientas apropiadas para ello (17). De igual modo, nos permite visibilizar la idea de que el cuidado, como atributivo de la mujer, se encuentra debajo de lo masculino llegándose a clasificar y calificar el cuidado que realizan las mujeres (enfermería) en un escaño inferior o de subordinación.

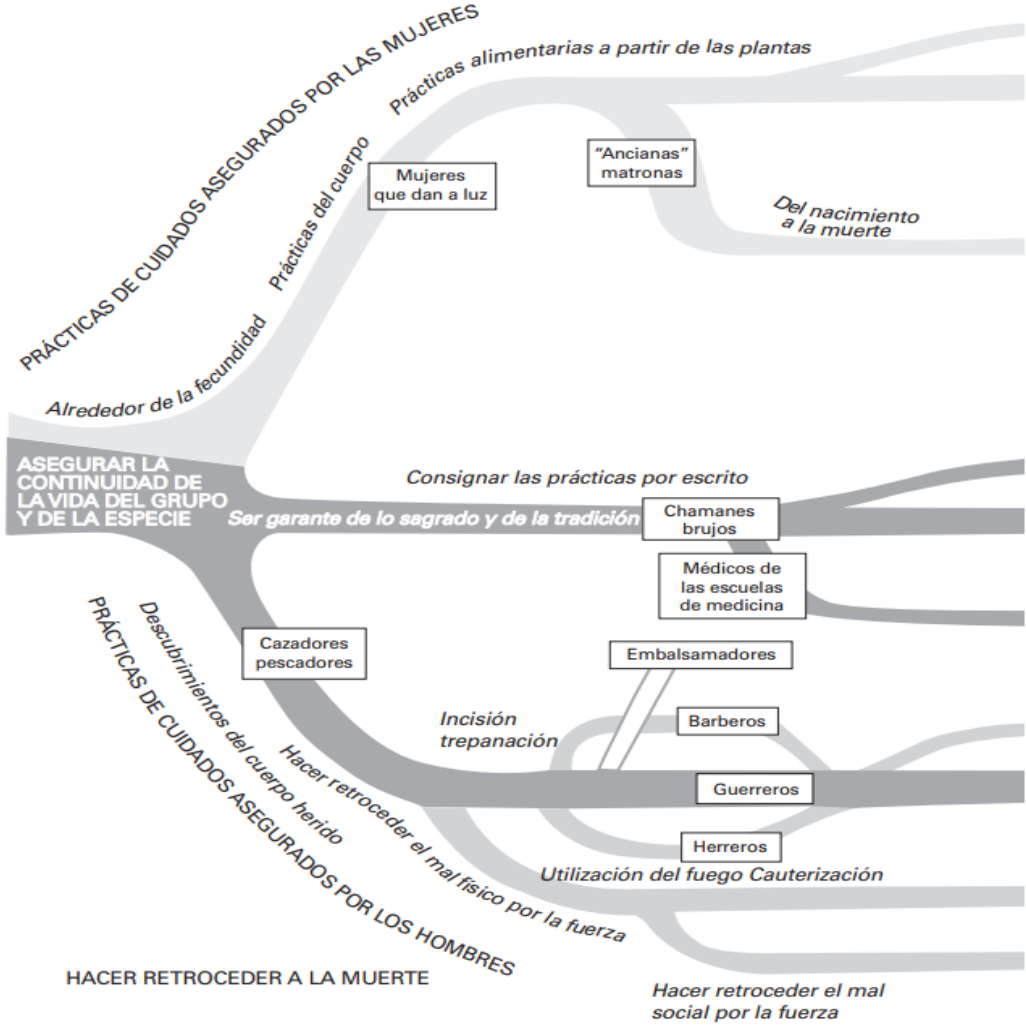
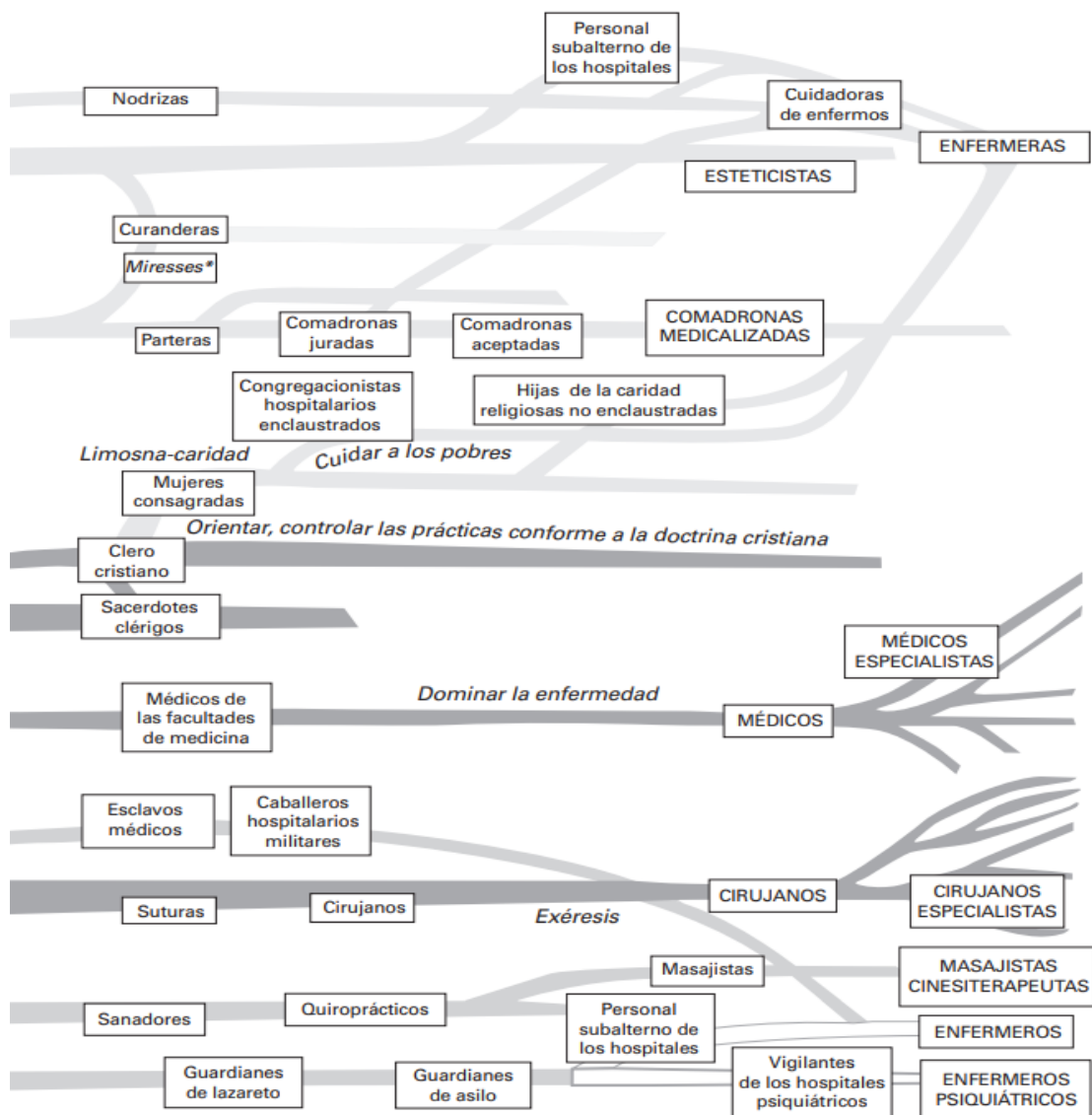


Figura 1. Collière, 1993. Promover la vida.



\* *Mireses*: Mujeres que en la Edad Media ejercían en las ciudades una medicina reconocida hasta el siglo XIV.

Figura 2. Collière, 1993. Promover la vida.

Algo semejante sucede dentro de las organizaciones familiares (en las que los varones jefes de familia evidentemente se preocupan y encargan del resto de los miembros) y en otras organizaciones que por medio del mercado o el Estado proveen a los ciudadanos de actividades de cuidado. Es decir, que por ejemplo en los hospitales (cuyo fin es cuidar la salud de los pacientes), las dos primeras fases del cuidado están masculinizadas (descubrimiento del cuerpo herido y consignar las prácticas por escrito), mientras que la tercera pertenece, en términos generales a las enfermeras, profesión en cuya construcción han incidido diversos factores asociados al género (prácticas del cuerpo, prácticas alrededor de la fecundidad, prácticas alimentarias a partir de las plantas) <sup>(18)</sup>.

De tal manera, podemos observar que existe una relación entre las creencias y las prácticas y que estas, a su vez, se encuentran ligadas a las relaciones de género que emergen de la realidad misma que rodea a las personas, la cual se utiliza para adaptarse o responder a su entorno y que reproducen estructuras jerárquicas que se inscriben en los cuerpos y prácticas que éstos realizan.

Con respecto al concepto de prácticas de cuidado de la salud, para Benner <sup>(19)</sup>, otro elemento central en el desarrollo de prácticas de cuidado corresponde al contexto cultural en que se encuentra la persona, describe que los seres humanos refinan prácticas constantemente en los diferentes contextos en que se encuentre, lo cual permite y promueve la actualización de la noción del bien que hay dentro de ellos. "Así la práctica, por sí misma, es una fuente de innovación". Considera que la práctica está constituida culturalmente, además de ser una manera de estar articulado socialmente en una situación con otros.

Para Melguizo y Alzate <sup>(20)</sup>, las prácticas de cuidado también se llaman comportamientos, actividades o hábitos. Es así como se atribuye a la práctica la característica de ser un hecho deliberativo, es decir, un acto que implica la posibilidad de decidir entre varias opciones, y para ello se requiere la intervención del entendimiento y del apetito (como planteaba inicialmente Aristóteles). Además,



a la práctica se le atribuye la cualidad de buscar el bien, no solo para el sujeto sino también para la sociedad.

Así mismo, hace más de una década, Durán de Villalobos, <sup>(21)</sup> describió que el dominio de la práctica incluye, en su área de estudio, fenómenos particulares que tienen relación con la enfermera que hace práctica clínica, en otras palabras, la que da cuidado directo de enfermería. El concepto de práctica se refiere a los aspectos cognoscitivos, de comportamiento y sociales que lleva a cabo la enfermera al cuidar a la persona y cuando trata de colaborar en la solución de sus problemas. El fenómeno en el dominio de la práctica no se ha conceptualizado de manera adecuada en la literatura de enfermería. La efectividad de la práctica de enfermería depende del conocimiento sobre cómo piensan y toman decisiones las enfermeras, cómo transfieren el conocimiento a acciones o utilizan el conocimiento disponible (tanto universal como personal) en la práctica real.

En este sentido y para comprender la historia de la práctica de la enfermería, es indispensable estudiarla, analizarla y situarla desde la historia de la mujer sanadora, así como de su evolución. Para Collière, las etapas de identificación de las prácticas de cuidados aparecen del siguiente modo:

- Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la Edad Media, en la sociedad occidental; el pensamiento de esta época resulta en prácticas de cuidado preservadoras de vida, asociadas al hecho de ser mujer, en donde se hace uso de plantas, frutos, fases de la luna, fenómenos naturales, etc. para curar. Las mujeres que realizan estas prácticas de cuidado reciben el nombre de curanderas, sanadoras a las mujeres relacionadas con el parto se les denominaba parteras.

- Identificación de los cuidados de la [mujer]-consagrada, desde la Edad Media hasta finales del siglo XIX en Francia; en esta etapa, las prácticas de cuidado son proporcionadas por las mujeres, viudas, solteras o vírgenes las cuales realizan cuidados por bondad, caridad y bajo el argumento de que

“es mejor curar que ser curados” ya que la religión así lo describe, por lo que las prácticas de cuidado no son y no deben ser remuneradas económicamente.

□ Identificación de los cuidados de la [mujer]-enfermera auxiliar médico, desde el principio del siglo XX hasta finales de la década de 1960; a esta época se le atribuyen prácticas de cuidado realizadas dentro de las instituciones de salud, llevadas a cabo por la enfermera y por indicación médica, este tipo de prácticas deben estar fundamentadas científicamente y son proporcionadas por medio de procedimientos y están sujetas a los lineamientos que la institución establezca.

Sin duda, esta evolución ha determinado que las prácticas de cuidado se vinculen a elementos sociales, culturales y políticos.

## **2.2 Las prácticas de cuidado durante el trabajo de parto y parto en el México Prehispánico**

En el México antiguo, el embarazo y el nacimiento fueron procesos de vida con alta carga simbólica y ritual ya que se creía en una participación de los dioses en la fecundación y el parto se asemejaba a una gran batalla.

Hacia el final del embarazo, los mexicas, escogían a la matrona que había de atender el parto, la cual era una anciana experimentada que se hacía cargo de la futura madre. Los mayas también acudían a matronas experimentadas.

### **2.2.1 El parto como una batalla**

Cuando llega el tiempo de que la madre se confine convocan a la partera, la comadrona, la mujer en cuyas manos estará el alumbramiento. Y cuando la mujer siente el dolor, cuando se acerca el momento de dar a luz, la partera rápidamente

la baña en temazcal. Terminado ese paso, se le daba a beber la raíz de una yerba llamada cihuapactli, que es para arrojar o expulsar. Si la labor le causaba, a la mujer, gran sufrimiento; le daba a tomar una porción como de dos piezas pequeñas de cola del tlacuache molida con agua. Acto seguido se adoptaba la posición para parir, que según muestran los códices y las esculturas, era en cuclillas y por fin lo arroja por completo, con esto da a luz fácilmente <sup>(22)</sup> [...]

Con lo anterior podemos observar que durante la atención del trabajo de parto, las matronas mexicas, llevaban a cabo prácticas de cuidado relacionadas con sus creencias y costumbres, en ellas se dilucida el papel que desempeñaba la matrona (experiencia, respeto a las costumbres y creencias) además de tomar en cuenta el dolor de la mujer por lo que ayudaba a disminuirlo y, finalmente, dejaba a la mujer que adoptara la posición para parir que ella decidiera, generalmente, lo hacía en cuclillas; con lo que podemos deducir que este tipo de prácticas ponían a la mujer en el centro de la atención del trabajo de parto.

### **2.3 Transición de Paradigmas en la atención del parto**

Como se vió con anterioridad, la atención del trabajo de parto ha pasado de un paradigma a otro, Tomás Samuel Kuhn describe que las disciplinas científicas han pasado por diferentes ciclos y que, de acuerdo con lo anterior, la historia se inicia con una etapa durante la cual se recogen observaciones sin referencia a un esquema general, por lo que pueden surgir varias escuelas de pensamiento que compiten entre sí y alguna de ellas, poco a poco, puede prevalecer; adquiriendo una aceptación general, dando idea a un “paradigma”, que representa la teoría general o conjunto de ideas aprobadas y sostenidas por una generación o grupo coherente de científicos contemporáneos <sup>(23)</sup>.

En este sentido y entorno a la transición de paradigmas en la atención del parto, algunos estudios <sup>(24,25)</sup>, plantean que existen dos sucesos históricos que tienen gran impacto en la vida reproductiva de las mujeres. Ambos sucesos tienen lugar a

principios del siglo XIX, cuando el modelo hegemónico se establece y la autoridad del saber médico se contrapone al saber de la mujer, en este momento se cambia el protagonismo de la mujer en el momento de parir y da paso al modelo de atención obstétrica hegemónica, en donde el médico-obstetra es el actor principal y por consecuencia, la mujer se vuelve susceptible a este tipo de violación a sus derechos. Y el segundo suceso está en relación con el cambio de atención de parto en casa cuando los partos dejan de ser atendidos en el hogar y se trasladan a los hospitales formando una idea de que esta mujer “se alivia” dentro de las instituciones de salud; o bien, que este lugar es el único que puede brindar seguridad a la mujer y a su hijo durante su atención. Es por esto, que la tecnificación y la medicalización en la atención del parto institucionalizada generalmente sitúa a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho.

De acuerdo con la literatura <sup>(24)</sup>, la patologización de los procesos naturales lleva a crear una conciencia colectiva que se acepta como natural y se funda como una verdad social. Es así como la asistencia a una institución de salud para parir es representativo de la colectividad y se observa lo natural del parto como una enfermedad ya que necesita de un “tratamiento médico” para poderse “aliviar”; por el contrario, al estar en contacto con un ambiente con agentes patógenos diferentes al ambiente de la mujer, la hacen más propensa a infecciones; también vulnera su autonomía y la deja sin capacidad para decidir, de forma libre, sobre su cuerpo y su sexualidad ya que, la institucionalización de los procesos reproductivos no contempla la relación protagónica de la mujer durante estos procesos, sino que esta es desplazada y controlada por la autoridad del -llamado- saber médico.

En este planteamiento se entiende la atención del parto como una forma mecanizada de atención centrada en la tecnificación y la medicalización en donde, a veces, se tiende a una excesiva medicalización, intervencionismo y fragmentación del cuerpo de la mujer y, por consiguiente, el trabajo de parto deja de ser un proceso natural. Aunado a este hecho, las prácticas de cuidado holísticas que antes se proporcionaban, bajo este ahora se limitan y proporcionan en base al modelo biologicista, basado en la enfermedad, lo que influye en la aparición de los cuidados

de enfermería con un fundamento científico, en donde el objetivo es curar y proporcionar salud por medio de técnicas y procedimientos, de conformidad con los lineamientos establecidos por las instituciones de salud.

## **2.4 Naturalización de cuidados de enfermería**

Para la sociología el concepto “naturalización” es muy importante. Según Josep Vincent Marqués (1981), la naturalización es un fenómeno que lleva a los hombres a considerar sus acciones y sus creencias como naturales; es decir, ligadas a su naturaleza; lo considera como un discurso dominante en la mayoría de las formas de sociedad actuales al atribuir a causas naturales los hechos sociales; los individuos y los grupos se alejan de la comprensión de las reglas sociales que guían los comportamientos en sociedad. Josep Vincent Marqués configura que este discurso dominante es la biologización de los hechos sociales; un ejemplo es el poder entender la exclusión social ligada a características genéticas de los individuos que la sufren. Así, percibir a las mujeres como un grupo de personas que tienen en común características físicas propias supone ignorar los mecanismos de exclusión que durante siglos se han establecido sobre ellas.

Por otro lado, Bourdieu (1994) liga la naturalización a procesos de distinción social que las clases dominantes establecen respecto a las clases populares. Así, Bourdieu describe que las interacciones, humanas y técnicas, que codifican las experiencias maternas a lo largo del itinerario asistencial, están cargadas de fuerza simbólica, traduciendo los valores culturales hegemónicos del contexto hospitalario en la que se insertan, por lo que contribuyen al mantenimiento de la estructura social y clínica inmanente <sup>(26)</sup>. Lo que, desde la sociología, podría ayudarnos a explicar el por qué las prácticas de cuidado se han modificado y, con el paso del tiempo, se han naturalizado en el contexto social e institucional y que las hace tener un significado y “pasar desapercibidas” tanto para la enfermera como para la mujer, sujeto de cuidado.

Desde una perspectiva foucaultiana, se puede comprender la sociedad a través del análisis de sistemas de exclusión, en donde el saber está estrechamente unido al poder. En su artículo Irigibel-Uriz <sup>(27)</sup> hace referencia a la micromecánica del poder, presentada por Foucault, como estrategia para “*comprender los sistemas implícitos que determinan, sin que seamos conscientes de ello, nuestras conductas más habituales*”, (Foucault 1999) remite a una discusión de la estructura del conocimiento donde, necesariamente, confluyen el desarrollo identitario de enfermería; la construcción del conocimiento; el ejercicio profesional y sus manifestaciones; desde un marco social, político, económico y epistemológico particular.

Aunado a lo anterior, es importante conocer la forma en que se han brindado las prácticas de cuidado y concretarlas a los momentos históricos en los que estas han tenido lugar y, de esta manera, comprender el significado e interpretación que se tenía de ellas y que forman parte de la naturalización de cuidados a los que nos enfrentamos actualmente.

Como bien sabemos, históricamente existen aspectos que relacionan los cuidados de enfermería con antecedentes religiosos, en las tribus primitivas con los chamanes, el brujo, la curandera. Posteriormente con el cristianismo, los cuidados se impregnan con el concepto de ayuda y caridad, que institucionaliza al cuidado como **parte de una práctica** de la enfermera **altruista**, Hernández-Conesa <sup>(28)</sup> la describe como “La mujer como enfermera consagrada”. Practicado por una **enfermera caritativa, amorosa, desinteresada, obediente, humilde y desprendida de los bienes materiales**, que representa el “cuidar” como algo superior y, a su vez, convierte a la enfermería en una vocación sagrada. En esta época los cuidados fueron responsabilidad de las órdenes religiosas debido a la necesidad de mano de obra barata, lo que Collière (1993) describe de la siguiente manera: “las enfermeras/os aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural”.

Según Hem y Heggen, citados por Arango <sup>(29)</sup>, la compasión es la obligación moral que impone a la enfermera a cuidar de la vulnerabilidad de los pacientes y su dependencia de los profesionales de salud. Lo que puede sugerir que existe una “asimetría de poder” (de poder actuar, de poder decidir) entre quien compadece y aquel que es compadecido; naturalizándose así una práctica de cuidado enfermero basado en una asimetría de poder ya sea con la persona sujeto de cuidado o con los demás profesionales de salud.

En la edad moderna, del siglo XV a finales del siglo XVIII, tiene lugar la incorporación de las mujeres laicas a los hospitales, **con salario y horario; no se requería preparación**. En la sociedad industrial hay un fuerte desarrollo de la atención sanitaria; a las enfermeras se les comienza a exigir algo más que buena voluntad. A mediados del siglo XIX emergen las diaconisas de Kaiserswerth (Alemania) cuya formación durante 3 años en las escuelas femeninas estaban próximas o dentro de los mismos hospitales (hospitales docentes) para un beneficio mutuo, lo que orientó, desde un principio, la formación de las enfermeras a satisfacer las necesidades de los hospitales y de los médicos <sup>(30)</sup>, ya que sus conocimientos eran evaluados por catedráticos de medicina. Hacia 1944 la enfermera se limita a ser auxiliar del médico, para así él poder ir asumiendo funciones más complejas; lo que naturaliza las prácticas de cuidado de enfermería dependientes de las órdenes médicas, en donde la enfermera se convierte en “ayudante del médico” la cual debe seguir indicaciones, cumplir lineamientos y estar subordinada al médico.

Es importante recalcar que, a finales de esta época, siglo XVIII, en el área de la salud el modelo médico hegemónico se instaura. La concepción de este modelo se fundamenta en dejar de lado el conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban los conjuntos sociales, los cuales se transponen al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Este modelo presenta como rasgos fundamentales: biologismo, concepción teórica evolucionista positivista, individualismo, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de “los consumidores” en las acciones de salud, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, normatización de la salud-enfermedad en sentido medicalizador, tendencia a la escisión entre la teoría y la práctica, además de la estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; por el burocratismo, por la consecuente disminución de responsabilidades, y por la dominación de criterios de productividad <sup>(31)</sup>.

En este aspecto, podemos observar la interrelación de las prácticas de cuidado con la práctica de medicina ya que, al institucionalizarse el cuidado se entrena para el mismo, así como se observa el predominio del hacer técnico, fragmentado y categórico; lo que se puede observar en el estudio de Irigibel-Uriz <sup>(32)</sup>, un estudio de tipo cualitativo, con enfoque fenomenológico hermenéutico, que pretende observar las respuestas que la enfermería está construyendo en base a los problemas sociales asociados a la salud; dentro de sus hallazgos describe que las enfermeras no están respondiendo a las necesidades de la población; afirma que la enfermería no es crítica y que esa falta de cuestionamiento podría explicarse si se contextualiza históricamente a la enfermería como una disciplina feminizada a la sombra del poder de los médicos, de los curas y los militares, dentro de un contexto eminentemente patriarcal. Un dogmatismo y una alienación que se traduce en sumisión y abnegación y cuya explicación apunta al sistema hegemónico.

Para Nietzsche citado por Siles <sup>(33)</sup>, existe una moral de señores y otra de esclavos. La moral de los señores es la moral de la aristocracia. Los señores o aristócratas fabrican un sistema de valores a su medida y esta ortopedia axiológica se impone a los demás con la mayor naturalidad. Esto no sólo ocurre entre personas, sino que la misma mecánica parece funcionar para regular la relación entre colectivos sociales, laborales y profesionales; menciona un ejemplo: los médicos (grupo



profesional con altas cotas de institucionalización) organizan la forma de actuar y de pensar de las enfermeras (grupo de neodomésticas que actúan fuera de su primitivo entorno natural, el hogar, y que no reunía niveles de institucionalización equivalente al de los médicos). Lo que, desde el punto de vista filosófico, mantiene al colectivo social de enfermería dentro de un marco de limitaciones impuesto por el colectivo social de los médicos.

Finalmente, a lo largo de esta búsqueda, se puede dilucidar que la evolución de las prácticas de cuidado de enfermería ha estado influenciada por varios elementos dentro de los cuales encontramos cuestiones como el cuidado ligado a cuestiones de género (hombre-mujer); la organización social (ricos-pobres); la economía (capitalismo=cuerpo como fuente de lucro), política (predominio del curar vs predominio del cuidar) con lo que no sólo se han naturalizado las prácticas de cuidado, con fundamento en el modelo hegemónico, sino que también se han devaluado y pasado, en la actualidad, a evitarse y/o delegarse a otros profesionales, lo que hace invisible la práctica del cuidado a la persona sujeto de cuidado.

## **2.5 Autonomía profesional de enfermería**

En la literatura existen diversas definiciones de autonomía, la Real Academia Española describe a la autonomía como una "condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie" <sup>(34)</sup>. Tapp y *col* <sup>(35)</sup>, en su estudio, mencionan que la autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina, ya que para los profesionales es importante ejercer su práctica con base en la autonomía, pero muchas veces aplicar esta autonomía en la práctica no es tarea fácil, principalmente relacionan este hecho a que otros profesionales desconocen el saber de enfermería o bien este no es valorado.

Así mismo, Luengo <sup>(36)</sup>, describe que la autonomía no implica sólo el ejercicio de la práctica independiente, sino la aplicación del juicio crítico basado en conocimientos, que establece el profesional de enfermería en su actuar, el control que tiene el grupo

ocupacional sobre su propia práctica, su propio ejercicio, así como la autoridad y responsabilidad sobre las propias decisiones. Se relaciona con la posibilidad de generar conocimientos que puedan ser aplicados en la práctica, la elaboración de juicios críticos basados en conocimientos que se fundamentan en la ciencia del cuidado.

De lo anterior, podemos mencionar que, si bien es cierto que enfermería tiene un origen basado en prácticas de cuidado para preservar la vida, aunado al género y supeditado a prácticas de cuidado relacionadas con el modelo hegemónico, es con Florence Nightingale donde se inicia una delimitación de la función propia y distintiva de la enfermera la cual, no sólo toma en cuenta el proceso salud-enfermedad, sino que también fundamenta las prácticas de cuidado de enfermería en el conocimiento de las personas y su entorno. Nightingale <sup>(37)</sup> opinaba que la enfermedad era un proceso de reparación y que las funciones de la enfermera consistían en manipular el entorno del paciente para facilitar este proceso, lo que describió en su teoría y se utilizó como punto de partida para la creación de nuevas teorías y modelos de enfermería. Ella creía que el conocimiento desarrollado y utilizado por el personal de enfermería debía ser distinto de los conocimientos médicos <sup>(38)</sup> además de saber que estaba ante la más bella de las artes. Acorde con lo anterior, su pensamiento fue utilizado como punto de partida para la creación de nuevas teorías. Lo anterior significó pasar de una práctica basada en desconocimiento enfermero, sin identidad profesional, producido por la carencia de un cuerpo de conocimientos propio, a ubicarse en una profesión cuyo objeto de estudio es el cuidado.

En México, es a principios del siglo XX, que se establece la primera escuela de enfermería en el Hospital General, con un curso formativo de tres años. Con el devenir de los años los programas de estudio evolucionaron y han incorporado cambios sustanciales acordes a las necesidades y tecnologías emergentes <sup>(39)</sup>: de la enseñanza del cuidado basado en el proceso salud-enfermedad a la enseñanza de prácticas de cuidado apoyadas en teorías de enfermería sustentadas en la reflexión filosófica, lo cual se ha tratado de enseñar por medio de diversos métodos de enseñanza-aprendizaje.

Debido a lo anterior, el avance en la investigación enfermera ha contribuido a generar un cuerpo de conocimientos científicos que contribuye a mejorar las prácticas de cuidado lo que distingue el saber y el hacer de enfermería y que, a su vez, genera una toma de decisiones basadas en la ética y en la responsabilidad legal concediendo autonomía profesional a la enfermera (saber ser). Bajo este contexto, se pretende que enfermería logre autonomía profesional ya que existe con la implementación de hallazgos de las investigaciones

Por lo que, la formación profesional de enfermería hace énfasis en que la enfermera debe considerar a la persona que cuida con bases éticas y un sustento filosófico en el que predomine el humanismo <sup>(40)</sup> y holismo; sin embargo, como lo menciona Garzón, citado por Prieto <sup>(41)</sup>, “infortunadamente, en ocasiones, el contexto de la práctica y el sistema de organización no permiten mantener la coherencia esperada entre el saber ético y el saber de Enfermería que debe traducirse en las prácticas de cuidado, y por lo tanto, la percepción de la persona que recibe el cuidado lo califica como mal cuidado o cuidado des-humanizado al sentir o percibir que no se tienen en cuenta su valor y sus derechos como persona.”

Hecha esta salvedad, Tapp y col <sup>(35)</sup> describen que la relación entre los enfermeros apoya o disminuye el sentido de autonomía en la práctica. Describen elementos favorecedores de la autonomía como: orientar al personal nuevo, consultar con sus colegas, conocer las rutinas del servicio y ser discreto en los conflictos. Lo que se relaciona con el establecimiento de un clima que construya el conocimiento y la confianza entre pares.

Por otro lado, Lunardi *et al* <sup>(42)</sup> resaltan, en su artículo de revisión, que en la toma de decisiones se han enfocado posibles implicaciones éticas asociadas a la sumisión de las enfermeras y a su aparente dificultad de ejercer poder en sus múltiples relaciones de fuerzas, en las cuales ellas se introducen y son parte de las instituciones de salud en las cuales trabajan. Además del cuestionar esta aparente “falta de poder” existe el argumento en el cual las enfermeras subestiman o no reconocen el ejercicio de su poder, lo que los profesionales de enfermería pudieran

modificar si generan su autodeterminación, empoderándose de su rol autónomo adquiriendo la suficiente autoridad para cambiar las prácticas de cuidado otorgadas a la persona sujeto de cuidado.

En síntesis, podemos observar que los estudios describen que la autonomía de la práctica de enfermería está supeditada, principalmente, a la toma de decisiones independientes y la acción como el rasgo distintivo, otros autores mencionan que la identidad profesional es determinante en este tema; sin embargo, todos concluyen que la práctica de cuidados de enfermería es aún una práctica invisible ya que se encuentra supeditada a cuestiones como la relaciones de poder, lineamientos institucionales, reconocimiento social y una crisis entre la reflexión y la acción entre la práctica de cuidados de enfermería.

CAPÍTULO 3

# Marco teórico referencial

---

## CAPÍTULO 3

### Marco teórico referencial

La realización de prácticas de cuidado en un contexto hospitalario pueden propiciar la ejecución de un cuidado deshumanizado ya que no sólo se requiere del conocimiento teórico, procedimental y de conocimientos fundados en la evidencia científica de la enfermera, sino que también está asociado con ciertas características del cuidado institucionalizado como la masificación, la falta de continuidad en el cuidado o la despersonalización de la atención a la salud, <sup>(43)</sup> por lo que reflexionar sobre el enfoque humanístico de las prácticas de cuidado puede incidir en una práctica profesional de enfermería más respetuosa y digna de la satisfacción de la mujer durante el trabajo de parto.

Es así como, en este capítulo, abordaremos dos teorías de enfermería: **la teoría de los cuidados transpersonales** de Jean Watson, la cual es una actualización de la teoría del cuidado humanizado, en donde esboza aspectos éticos y espirituales-metafísicos que la enfermera debe contemplar en el *momento de cuidar* y **la teoría del cuidado humano** de Vera Regina Waldow la cual plantea las prácticas de cuidado enfermero desde una perspectiva humanística. Ambas teorías incluyen el referente “cuidado humano” desde el punto de vista humanista, fenomenológico, holístico o ecológico <sup>(44)</sup>.

En la documentación de la información para esta investigación, se consideró importante incluir una síntesis de las prácticas obstétricas que se encuentran en el Marco Legal, Normas y guía de práctica clínica las cuales aluden la atención de la mujer de forma humanizada y que promueven el trato a la mujer libre de violencia. Se incluyen las publicadas por la OMS, OPS y las existentes en México.

### 3.1 La teoría de Enfermería

Todas las profesiones tienen un cuerpo de conocimientos que sustentan su quehacer y las transforman en disciplinas y ciencias. Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo.

La teoría de la enfermería se ha desarrollado desde hace más de 40 años y ha estimulado un crecimiento notable en la profesión de enfermería. Aunque se realizaron esfuerzos continuados para desarrollar la enfermería como profesión, fue hasta la última mitad del siglo XX cuando los líderes de la enfermería empezaron a entender la necesidad de métodos conceptuales y teóricos en la investigación enfermera para desarrollar la base de conocimiento esencial para la práctica de la enfermería profesional <sup>(45)</sup>.

De acuerdo con algunas investigaciones <sup>(46,47,48)</sup>, las prácticas de cuidado proporcionadas a las mujeres durante el trabajo de parto necesitan un replanteamiento hacia la humanización de la salud y, resulta necesario, situarlos ética y profesionalmente ya que, es de esperarse, que las prácticas de cuidado que proporciona enfermería se encuentren en tensión con los discursos dominantes, debido al aceleramiento del saber: la tecnología, la enfermedad y la práctica basada en la evidencia, además de situarnos en un mundo globalizado, pluricultural y secular donde la negación del otro se ha transformado en una práctica cotidiana; por lo que las enfermeras no somos ajenas a ello y es por esta razón que teoristas como Waldow y Watson son vigentes y pertinentes para esta tesis ya que es necesario que reflexionemos y repensemos las prácticas de cuidado que llevamos a cabo en nuestro quehacer cotidiano.

En el caso particular de este estudio, enmarcamos la teoría de enfermería del cuidado humano de Waldow y el cuidado transpersonal de Watson ya que ambas teorías tienen una perspectiva humanística; Waldow con fundamento en el

pensamiento filosófico de la fenomenología heideggeriana, lo que favorece la realización de prácticas de cuidado de enfermería con una visión holística, y ecológica, ambas teóricas, vislumbran el cuidado como una relación existente entre la enfermera y la persona sujeto de cuidado (*una relación de ser y estar ahí*)

### **3.2 Teoría del cuidado humano de Vera Regina Waldow**

El cuidado humanizado se refiere a la esencia en la profesión de enfermería y es la manera de cómo cada enfermera/o demuestra lo humano que es brindar los cuidados a través de la actitud, valores y principios tanto profesionales como personales, es una interacción entre los conocimientos y sentimientos por cada enfermo que permite establecer una asistencia de calidad como expresión humana manifestada durante el cuidado ofrecido por enfermería al paciente.

Waldow toma como referente filosófico de su teoría a Heidegger, Mayeroff y Boff, en donde, para Heidegger (1969;2001) el cuidado constituye una forma de ser. El ser en el mundo se caracteriza por el cuidar, por estar permanentemente en relación. Es un comenzar (a) ser, completándose y haciéndose, indicando potencialidades y posibilidades. El cuidar significa solicitud, preocupación por el estar con los demás. El cuidado significa nuestra relación de estar-en-el-mundo que comprende un compromiso del *yo/self* consigo mismo, con el otro y con el todo mayor, el cosmos <sup>(49)</sup>.

Para Mayeroff (1971), es a través del cuidado que los seres humanos viven el sentido de sus vidas. El cuidar es un proceso que abarca el desarrollo; cuidar es ayudar a crecer y a realizarse y, para eso, existe un patrón común; al cuidar se experimenta al otro ser considerando sus capacidades y necesidades de crecimiento, el cuidar se da en relación con los demás.

Para Boff <sup>(50)</sup>, el cuidado supone un “compromiso afectivo con el otro”, refiere que la existencia humana tiene tres dimensiones: una dimensión material y terrenal; una dimensión espiritual y celestial; y una dimensión utópica, en donde la dimensión



utópica una la primera y segunda dimensión estrechando el ámbito de la actuación, centrándose en “la existencia personal y colectiva”. También hace referencia a la espiritualidad, en donde ser espiritual es despertar a la dimensión más profunda que hay en el ser humano y que le hace sensible a la solidaridad, justicia y la fraternidad.

Para Waldow <sup>(51)</sup> el cuidar actual de enfermería incluye los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, aseguradas por derecho y desarrolladas con competencia, lo que implica favorecer los potenciales de las personas para mantener o mejorar la condición humana durante el proceso de vivir y de morir. El cuidado es el fenómeno resultante del proceso de cuidar.

De esta forma, el cuidar abarca una acción interactiva. Esta acción y este comportamiento están calcados en los valores y el conocimiento del ser que cuida *para y con* el ser que es cuidado, el cual pasa también a ser cuidador. Es conveniente señalar que esta experiencia, que ocurre en un momento dado, resulta en una situación de cuidado. Entendiendo que de esta forma el ser-receptor de cuidado-participa (cuando es posible) ayudándose. Así pasa a ser cuidador de sí mismo, responsable, en cierta medida, total o parcialmente.

El proceso de cuidar abarca el crecimiento y sucede independientemente de la cura. Es intencional, y sus objetivos son variados, dependiendo del momento, de la situación y experiencia. Como es un proceso no hay preocupación por un fin.

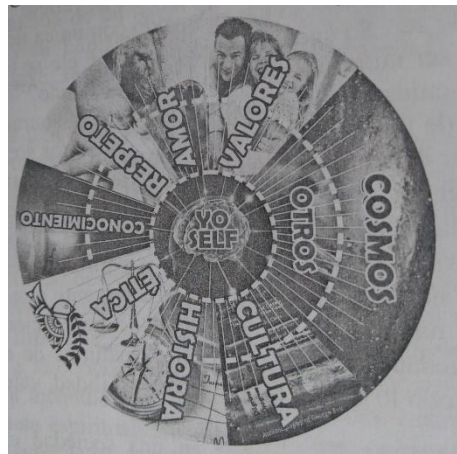
Los objetivos de cuidar abarcan, entre otros, aliviar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer, etc. la curación puede suceder o no, así como la muerte.

El cuidado humano (Waldow 1998), constituye una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra

espiritualidad; es contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida.

## Cuidado

La **figura 3** ilustra el **cuidado** (humano) representado por círculos que se interconectan (en líneas de puntos) y que componen el *yo/self*, el otro ser y el cosmos. Todas estas condiciones están permeadas de variables, como valores, conocimientos, respeto, ética, amor, cultura e historia. Las líneas onduladas representan su dinamismo, es decir, el flujo energético entre las dimensiones y las variables.



**Figura 3. Representación gráfica del cuidado humano. Waldow 2008.**

El fin prioritario del cuidar en la enfermería es el de aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar las crisis y las experiencias del vivir y del morir.

En la visión de Waldow, el cuidado está compuesto por acciones y comportamientos. Expresa que el cuidado, por sus múltiples características y principalmente por ser interactivo y no desarrollado por máquinas, presenta también variedades en sus expresiones de cuidar y muchas veces las cuidadoras fallarán en el cuidado, incluso teniendo buenas intenciones. Parece que el cuidado en su

sentido ideal no se procesa, aunque no deje de suceder. O mejor, el cuidado no ocurre, pero las intervenciones de las enfermeras se realizan.

### **El cuidado en la enfermería**

Para que el cuidado realmente se dé en plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, en la prestación de informes y en la educación del paciente y su familia. A esto debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar. Para Waldow, esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: la conjugación del conocimiento, de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad.

En la enfermería, el cuidar "comprende los comportamientos y actitudes demostradas en las acciones que le son pertinentes y aseguradas por ley y desarrolladas con competencia en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir" (52).

El cuidado no tiene tiempo ni espacio, es decir, no hay futuro, sólo el momento es experimentado en su totalidad. El espacio es absoluto.

### **Ambiente**

A veces se hace difícil, sino imposible, favorecer el cuidado, si el ambiente es hostil, si el equipo no valora el cuidado, tratando a los pacientes como objetos, y si la institución, como un todo, no ofrece apoyo para que se realice el cuidado. en este sentido, la enfermería debe hacer uso del poder del cuidado para garantizar un ambiente propicio, o, en otras palabras, un ambiente de cuidado, incluyendo el medio físico, administrativo y el social. Actualmente el ambiente tecnológico es inevitable y forma parte del mundo del ser en todos sus niveles: profesionales, educacionales y hasta familiares (51).

Para favorecer el ambiente de cuidado bajo esos cuatro aspectos es necesario que las cuidadoras entiendan el sentido de cuidar y lo valoren, sintiéndose motivadas, que tienen poder, para que el cuidado sea una práctica en la realidad de la enfermería, así como de todo el sistema, y no sólo un sueño.

### **Proceso de cuidar**

El proceso de cuidar es la forma en que se da el cuidado, es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado, en el que la primera tiene un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamientos de cuidar. El segundo, el ser cuidado, tiene un rol más pasivo y, en función de su situación, puede volverse más dependiente temporalmente; al cambiar hacia un rol menos pasivo, puede contribuir en el cuidado, haciéndose responsable del propio cuidado <sup>(51)</sup>.

El proceso de cuidar constituye todas las actividades desarrolladas por la cuidadora *para y con* el ser cuidado con base en conocimientos científicos, habilidad, intuición, pensamiento crítico, creatividad, acompañadas de comportamientos y actitudes de cuidado que implican promover, mantener y recuperar su dignidad y su integridad humana. Esta dignidad e integridad incluyen una plenitud física, mental, emocional, social y espiritual en las fases del vivir y del morir, constituyéndose, en una transformación de ambos: cuidadora y ser cuidado <sup>(52)</sup>.

La **figura 4** muestra ese proceso de cuidar. El proceso de cuidar ocurre, principalmente, entre el cuidador y el ser cuidado en el contexto del hospital, lo que no impide que pueda darse en otros contextos y se refiere a la forma en que la situación se presenta durante el encuentro entre el cuidador y el paciente.

La cultura organizativa está compuesta por variables o factores que influyen la forma en que se procesará el cuidado, a los cuales Waldow denominó componentes de la cultura organizativa.

Entre los componentes destaca el ambiente organizativo compuesto, a su vez, por los ambientes físico, administrativo, social y tecnológico <sup>(52)</sup>. Los dos primeros, el

físico y el administrativo, podrían considerarse componentes estructurales; el social, el componente afectivo que responde por la valoración del cuidado en la institución, y el ambiente tecnológico que, por sí sólo, responde por toda la parte tecnológica, la cual se encuentra en el área de la prevención, diagnóstico y tratamiento, también el cuidado.



Figura 4. Representación gráfica del proceso de cuidar. Waldow 2008

Por **ambiente físico**, Waldow entiende la estructura física y sus condiciones, tales como: instalaciones adecuadas, equipamientos, material suficiente y las condiciones seguras para el uso de las mismas.

El **ambiente administrativo** comprende la dirección hospitalaria, a todas las jefas de servicios y equipos, las que deberán ser concientizadas y motivadas para valorar el cuidado. Se espera que la administración de la institución provea el personal y material suficiente en todos los lugares y niveles, de modo que se favorezca la preparación y actualización técnica y científica con miras a la calidad de atención. También incluye apoyo en la planificación y desarrollo de las actividades de enfermería.

Por medio **ambiente social** se entiende la socialización y valorización del cuidado, o sea, el reflejo, en todos los sectores de la institución, de actitudes y relaciones armónicas o de cuidado. Representa la gentileza, solicitud, respeto, consideración, buena voluntad, buen humor y paciencia en el encaminamiento de todas las cuestiones de la organización.

Por medio **ambiente tecnológico** concibe a todas las actividades que se coordinan en el cuidado al paciente incluye, tanto las de comunicación e información en la prevención, diagnóstico y tratamiento, como las de ayuda funcional y procesamiento de datos e investigación, entre otros. Todos los componentes están bastante relacionados entre sí y deben contribuir a las relaciones de cuidado.

Las acciones y comportamientos de la cuidadora deberán unirse para que el cuidado promueva el crecimiento y la transformación, sin que importen las circunstancias, pues la finalidad del cuidado es ayudar a crecer ya sea para la vida, la muerte o la discapacidad <sup>(51)</sup>.

El momento de cuidar, está representado por un movimiento ondular que significa el tiempo y espacio indefinidos; es un movimiento evolutivo, energético, transformativo por eso, estético, este se da una vez que la cuidadora identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que se realice.

Esta fase incluye el desarrollo de la interacción interpersonal, la cual debe incluir iniciativas para ofrecer un ambiente adecuado (limpieza, privacidad, seguridad, condiciones térmicas adecuadas, etc.), debe reconocer al paciente o a su familia, demostrando aceptación; lo que puede expresarse por medio de palabras, miradas, gestos o con el acto de tocar <sup>(50)</sup>. Así mismo, la presencia de la cuidadora es importante ya que debe demostrar seguridad y eficiencia al desempeñar las intervenciones necesarias para brindar cuidado.

Waldow refiere que, durante la acción, la cuidadora debe comunicarse, aunque el silencio durante la acción también es reflexivo. Mientras desempeña la acción, se

plantea cuestiones e hipótesis que serán, al mismo tiempo, acompañadas de la evaluación de lo que está ocurriendo en el momento de cuidado.

Durante y después de la acción, la cuidadora observa la reacción del paciente, en esa fase, la reflexión es mucho más objetiva. La cuidadora reflexiona sobre lo que hizo, como lo hizo, quien ejecutó la acción, las reacciones del paciente y las condiciones del medio ambiente y del material; también refleja sus valores y sentimientos en relación con el paciente y el cuidado.

Realiza una evaluación general del evento y ve cómo se comportó cada componente involucrado: paciente, equipo de enfermería, familia, equipo de salud. Esta evaluación es reflexiva y tiene como objetivo auxiliar en el aprendizaje, la actualización de los cuidadores y la mejora del cuidado. Las respuestas y las actitudes respecto al cuidado debe analizarlas para verificar si el paciente ha obtenido algún beneficio o bienestar.

Las **acciones** de enfermería **de orden técnico**, planificadas por la propia enfermería o prescritas por el equipo médico, son evaluadas de forma objetiva, en general por medio de reacciones fisicoquímicas, de praxis, valores y niveles estandarizados de monitoreo de las funciones vitales y de las informaciones obtenidas por el trabajo propio paciente <sup>(51)</sup>.

Las **acciones de orden expresivo**, tales como acciones educativas, apoyo emocional, comodidad espiritual, entre otras, son averiguadas ante el propio paciente o familia por medio de la observación de signos subjetivos, tales como: relajación muscular, disminución del dolor, incomodidad y ansiedad, expresión facial y corporal, tono de voz, etc. <sup>(51)</sup>.

En general, para Waldow <sup>(52)</sup>, el proceso de cuidar involucra la transformación de ambos: el ser cuidado y los cuidadores. En lo que se refiere a la cuidadora, el crecimiento se traduce por la satisfacción, sensación de deber cumplido, de realización, mejora de la autoestima, más seguridad y confianza, placer y bienestar.

Incluso, constatando que el cuidado posibilita crecimiento para el ser cuidado y para la propia cuidadora, es frecuente que ésta se encuentre o viva el estrés el cual, dependiendo de la situación, del involucramiento y de la responsabilidad, puede ser mayor o menor. Si las condiciones del medio ambiente no son favorables puede haber insatisfacción, la vulnerabilidad aumenta y hace de la profesión una fuente de frustración.

En cuanto al ser cuidado, es posible que perciba que está experimentando una experiencia única, que reflexione sobre su situación y realice varios cuestionamientos, dudas e hipótesis que conciba, aunque no siempre son verbalizadas.

Así mismo, para Waldow, la hospitalización es un evento bastante atemorizante para algunas personas, la enfermedad es una amenaza, el sentirse enfermo o estar enfermo se caracteriza por una ruptura en la relación del ser humano con el mundo por lo que, el paciente se ve privado incluso, de su propia identidad, privacidad y autonomía.

La primera fase que el ser cuidado presenta, conforme puede ser acompañado por la figura, es la percepción de su condición de paciente. La aceptación está relacionada con la disponibilidad del paciente y su decisión de hospitalizarse, aceptar el tratamiento, el cuidado, su situación. Esta aceptación se hace más fácil si el paciente tiene conocimiento y se le informa sobre su estado, así como en la confianza que deposita en sus cuidadores <sup>(52)</sup>. El hecho de aceptar el cuidado es una decisión, no queriendo significar que el paciente acepte pasivamente todo lo que hagan con él. En este sentido, la colaboración es otro factor que puede denotar la aceptación o no y, evidentemente, depende del nivel de comprensión, de la conciencia, de lo que fue informado y solicitado, de la manera en cómo fue abordado, así como de su deseo y motivación para vencer las adversidades.

Para Waldow, la respuesta del ser cuidado puede ser observada a través de varios signos subjetivos, tales como quejas, dudas, preguntas o por el silencio; además de las respuestas objetivas. La reflexión también está presente, así como en todos los



demás momentos, relacionada con las dudas y cuestiones concernientes a su futura condición y a su desempeño.

El crecimiento es considerado, por parte del ser cuidado, una actitud más positiva y serena frente a las experiencias de enfermedad, pérdida, incapacidad o muerte. El conocimiento de sí y de sus potencialidades trae mejor autoestima, confianza en sí mismo y en la situación que está viviendo, lo que le reditúa en autosatisfacción. Además de que ocurre el alivio del dolor, el confort, la tranquilidad, la relajación, la preservación de la identidad, el bienestar, entre otros. El sentirse bien cuidado y acogido influenciará, sobre todo, para que la experiencia se haga positiva, posibilitando que el paciente enfrente mejor su situación.

Las variables circunstanciales del ser cuidado constituyen factores importantes para que el proceso de cuidar ocurra, y la cuidadora debe tener, en la medida de lo posible, conocimiento de esas variables o circunstancias.

Waldow <sup>(51)</sup>, considera las siguientes **variables circunstanciales del ser cuidado**: expectativas del paciente, conocimiento del paciente, motivación, rituales de cuidado y la familia, las cuales son de suma importancia para el momento de cuidado, por ende, enfermería debe conocerlas para lograr un cuidado más significativo y personalizado que contribuya al restablecimiento de la salud del ser cuidado.

**Las expectativas** incluyen la historia de vida del paciente, la historia de salud, sus valores, hábitos, en fin, todo aquello que pueda interesar en el momento del proceso de cuidar. Sin embargo, conviene saber discernir qué datos son realmente necesarios, principalmente, teniendo en cuenta el tiempo que se dispone con el paciente. Lo más importante de todo es saber sobre las condiciones actuales del paciente y el motivo de su hospitalización, saber cómo se siente, alentarle a verbalizar sus sentimientos y todo lo que relaciona a su condición actual. El conocimiento que la cuidadora tenga sobre el paciente contribuirá al proceso de cuidar, influenciando las respuestas del mismo en el presente, así como la motivación y sus expectativas.

**El conocimiento del paciente** es otra variable importante en cuanto a su situación actual, tratamiento y sobre los exámenes y procedimientos a los que será sometido. Al identificar la información que el paciente tiene, la enfermera podrá subsanar este fallo.

**La motivación** es considerada como la disposición para ser cuidado, para ayudar colaborando en la medida de lo posible y su deseo de crecer, incluyendo el deseo y voluntad de vivir, el aumento de conocimiento y aceptación frente a lo inevitable, a los misterios de la vida y de la muerte.

Las expectativas y la motivación están íntimamente relacionadas con el conocimiento de las experiencias previas del ser cuidado: con salud, enfermedad, hospitalización y cuidadores. Ellas pueden ayudar o dificultar el cuidado y su conocimiento puede ayudar a amenizar estados de ansiedad, miedo y angustia, en caso de haber sido negativas. Serenidad, buen humor, cariño, competencia, entre otros, contribuyen a la generación de expectativas positivas y dan como resultado una mejor aceptación y colaboración, con respuestas mucho más rápidas en el sentido de la recuperación.

**Los rituales de cuidado** constituyen los hábitos de salud y de cuidado, de higiene corporal y mental; engloban los valores personales y aquellos que forman parte de su historia, su cultura; conocerlos es importante para asegurar que el cuidado sea significativo y personalizado.

**La familia** es otra variable de extrema importancia. Su presencia ante el paciente y su cariño son fundamentales, el equipo debe estar atento aclarando, informando y dando apoyo, pues así habrá una gran ayuda para el crecimiento del ser cuidado. La mayoría de las veces, la familia también necesita cuidado y puede, a través de su comportamiento, expresar y solicitarlo. Si la organización valoriza el cuidado, los pacientes y familiares lo reconocen y se comportan de forma tranquila pues se sienten seguros, respetados, informados y saben que están siendo tratados con dignidad y consideración.

Así mismo, Waldow <sup>(51)</sup>, describe **variables que posee la cuidadora**, las cuales son descritas como competencias, incluye: la motivación, la experiencia, el conocimiento, las habilidades técnicas, la capacidad para cuidar y el pensamiento crítico.

**La motivación** consiste en el deseo de cuidar, los valores, el compromiso y la ética de la cuidadora. Está bastante relacionada a la experiencia y puede ser influenciada por el medio ambiente de la organización, las relaciones, la valorización del cuidado y el apoyo a la enfermería, así como por la remuneración, etc.

**La experiencia** está conformada por la experiencia educativa acerca del cuidado, proporcionada por la institución formadora, que influenciará en la manera de cuidar; por las experiencias anteriores adquiridas en relación con el sistema de salud, la relación con superiores inmediatos y con el equipo, o sea, el manejo con la autoridad; experiencias previas de cuidar (y también cómo ser cuidado, cuando es el caso).

En lo concerniente al tiempo de práctica, la experiencia es relevante. Estrechamente relacionado a ella, se menciona el desarrollo de la intuición como un componente esencial. El conocimiento representa no sólo aquel adquirido en la academia, sino también la relación de éste con la experiencia y el interés en mantenerla actualizada. Las escuelas proveen el conocimiento básico, con el paso del tiempo, la cuidadora, debe buscar la complementación del conocimiento, actualizándolo y perfeccionándolo. La reflexión que ocurre antes, durante y después de la acción de cuidar revela ese compromiso con el conocimiento.

La cuidadora, a cada nuevo encuentro, se enriquece y su experiencia se vuelve más rica, pues cada ser es un universo con singularidades propias. Por eso es importante cuidar fuera de los parámetros del modelo tradicional, de las estandarizaciones y clasificaciones, para percibir que cada ser reacciona a la experiencia vivida y no a la patología <sup>(52)</sup>.

**Las habilidades técnicas** componen una de las competencias con las que la cuidadora está bastante familiarizada; sin embargo, vale recordar que realizar procedimientos en el paciente es diferente de realizar procedimientos para y con el paciente, interactuando con él mismo.

**La capacidad para cuidar** incluye el autoconocimiento de la cuidadora, sólo con el conocimiento de lo que sí se puede mostrar, lo que se quiere ser. En adición a anterior, el autoconocimiento favorece conocer al otro ser. Otras capacidades involucran la responsabilidad, la obligación moral y la energía. Las cuidadoras necesitan energía para cuidar, pues, además de fortalecerse a sí mismas, pueden actuar como medios facilitadores para movilizar las energías de los pacientes y de sus familiares. Waldow atribuye a la honestidad como un atributo importante que capacita para el cuidado, además de los sentimientos; entre éstos, puede mencionarse la compasión, el amor, el respeto, la tolerancia y la solidaridad.

**El pensamiento crítico** es una competencia que, sugiere, se desarrolla en el período de formación, pero también se puede desarrollar en cualquier momento. El pensamiento crítico comprende la capacidad de cuestionar, analizar, emitir hipótesis, reflexionar y criticar alternativas, además de facilitar la creatividad, la flexibilidad, la confianza y la intuición.

### **Momento de cuidar**

El cuidado implica un movimiento hacia algo o alguien que es motivo de interés o preocupación. El ejercicio de cuidar es, por lo tanto, una acción que tiene direccionalidad concreta y determinada. Es una acción moral que se objetiva en aliviar, satisfacer, ayudar, confortar o apoyar a alguien. La acción de cuidar tiene siempre una connotación de proveer o favorecer el bien para otro ser.

El **ser** implica algo más que simplemente *estar con*. El *estar con* puede darse de forma que no haya una real implicación, en no caracterizarse como una verdadera

presencia. Esta presencia real, de cuerpo y alma, significa *ser con*. Cuidar es un compromiso, es ayudar al otro ser a crecer promoviendo su integridad y unidad, manteniendo su dignidad y singularidad.

El cuidado no es exactamente la técnica que se hace o el procedimiento, lo que diferencia el cuidar de un procedimiento es la preocupación, el interés, la motivación, expresados en un movimiento. Consiste en un impulso que nos conduce en el sentido de hacer algo para ayudar; es cuando se realiza la acción. En el caso de un procedimiento, sólo se concreta plenamente a cómo cuidar, es la forma en que se realiza la acción, esta no es interactiva. Se interacciona con el ser a través de palabras, gestos o miradas; hay implicación no sólo en lo que se hace sino también con la persona en quien se realiza la acción. Por lo tanto, lo que *diferencia el cuidar es como se hace*, es decir, con gentileza, respeto, consideración, pues se está prestando una ayuda a un ser humano que es digno de atención y para quien se tiene un compromiso, una responsabilidad. Además, de parte de la cuidadora, existe la intención de promover el bienestar, de mantenerlo seguro y cómodo, ofreciendo apoyo y minimizando los riesgos, reduciendo su vulnerabilidad. Se vislumbra la existencia de un sentimiento, es una acción y una actitud moral.

### **Relaciones de cuidado**

El éxito en el proceso de cuidar se debe, en gran parte, a las relaciones de cuidado que se trabajan en todas las instancias de la cultura organizativa, es decir, desde la recepción hasta la unidad de internación y en todos los sectores. No sólo las relaciones entre cuidadora y ser cuidado, sino de todas las personas que entran en contacto con el paciente y su familia, así como entre los equipos.

Las relaciones de cuidado comprenden "aquellas que se distinguen por la expresión de comportamientos de cuidar, que las personas comparten, tales como la confianza, respeto, consideración, interés, atención, entre otros" <sup>(51)</sup>. Las relaciones de cuidado pueden caracterizarse por relaciones a nivel de sujeto-sujeto y sujeto-esto o sujeto-cosa, considerando que no se cuida sólo de personas, sino de cosas, objetos, animales, plantas.

Las relaciones de cuidado en la dimensión sujeto-sujeto pueden presentarse de dos formas: sujeto-self y sujeto-otro. El sujeto-self se caracteriza por el cuidado personal y comprende el cuidar de sí, este cuidar de sí incluye el conocimiento de sí mismo, de sus potencialidades, necesidades y limitaciones. Así mismo, comprende el cuidar de la salud, del espíritu, del intelecto, de su tiempo, del ocio. En el ámbito personal o privado, se encuentra la forma de relación sujeto-otro que incluyen las relaciones genuinas o de cuidado natural y que se caracterizan por relaciones más íntimas como la familia y amigos.

La forma de relación sujeto-otro puede ser de tipo social o público y comprende las relaciones dirigidas a personas con las que no existe ningún vínculo de parentesco o afectivo, pero en ellas se evidencian el respeto, la consideración y la solidaridad. En este tipo de relación se encuentran las relaciones de cuidado profesional, caracterizadas por ocurrir entre el ser que necesita de cuidado y el ser que tiene, legalmente, la obligación moral de cuidar, implicando un comportamiento de responsabilidad y el uso de conocimiento y habilidades aprendidas formalmente en una institución formadora.

Puede ocurrir una forma de relación sujeto-objeto y en ésta, el ser que cuida no estará visualizando el ser cuidado como un ser integral, genuino y digno. En esta forma puede ocurrir una relación de no cuidado, ya que el ser está siendo considerado un objeto <sup>(52)</sup>.

Al crear relaciones de cuidado y al ser ejercitadas, se crea automáticamente, un ambiente o clima de cuidado, en el cual los valores de cuidado son enaltecidos. En un ambiente de cuidado, "las personas se sienten bien, reconocidas y aceptadas como son; se pueden expresar de forma auténtica y se preocupan unas con otras en el sentido de actualizar informaciones, suministrando e intercambiando ideas, ofreciendo apoyo y ayuda y responsabilizándose y comprometiendo con el mantenimiento de ese clima de cuidado ".

### **3.3 Filosofía y Teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson**

Watson propone una filosofía de la enfermería y del cuidado para disminuir la dicotomía entre teoría y práctica. Formula su trabajo a partir de otras teóricas enfermeras, Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow y Yalom y, sobre todo, de las ciencias básicas y humanas <sup>(53)</sup>. Hace énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto a la postura de Carl Rogers (1961). Es pionera en la integración de las humanidades, las artes y las ciencias ya que considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal.

Asimismo, ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial-fenomenológico) y con base espiritual, por lo que ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería; es decir, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo <sup>(54)</sup>. En algunos, casos afirma que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño y, se podría decir, es esencial para el desarrollo de las prácticas de cuidado a la salud.

Reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser ya que es el acto más primitivo que un ser humano realiza para llegar a ser un ser en relación con otro que lo invoca. Este llamado desde el otro es la base generadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Describe que, si todo cuidado responde a una necesidad, entonces el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería <sup>(55)</sup>.

Walker, citada por Pecho <sup>(56)</sup>, refiere que Watson, basada en los enfoques filosóficos mencionados con anterioridad, articula sus premisas teóricas, vinculado con las premisas básicas de la ciencia enfermera, quedando de la siguiente manera:

**Premisa 1.** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

**Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona junto con su rol.

**Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales y espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.



- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

### **Los siete supuestos teóricos de Watson**

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC). Los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación <sup>(55)</sup>, se detallan a continuación:

1. *El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal*, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo con las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades y de acuerdo con las necesidades humanas, sociales e institucionales, los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico y a los elementos con los que se cuenta, para que enfermería brinde un cuidado profesional requiere de un conocimiento del individuo y del ambiente que lo rodea.
2. *El cuidado está condicionado a factores de cuidado*, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos, los cuales serán diferentes ya que los individuos son únicos.
3. *El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar*. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto, tiende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
4. *Las respuestas al cuidado aceptan al individuo no sólo en su estado actual sino en sus perspectivas futuras*, por lo tanto, el cuidado siempre estará junto con el individuo aun cuando su entorno sea distinto.
5. *Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso*.

6. *La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.* El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
7. *La práctica del cuidado es central en la enfermería.* Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

### **Diez factores de cuidado de la teoría de Watson**

Watson considera los diez factores de cuidado (FC) los elementos de la filosofía del cuidado, que después denomina Proceso Caritas de Cuidados (PCC), que corresponde a una extensión de los anteriores. Cada uno de ellos posee un componente fenomenológico dinámico relacionado con las personas que participan en la relación enfermera-paciente <sup>(54)</sup>. Ofrece un lenguaje más fluido para entender, en un nivel más profundo, las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas. Estos son:

1. ***“Formación humanista-altruista en un sistema de valores”***, se convierte luego en la ***“práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”***. Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto sociocultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático.

Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos, esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debe formar parte de nuestras prácticas. Watson otorga importancia a la formación en ciencias humanas que brinden las herramientas necesarias para comprender las

dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos, por tanto, integra –emulando a Gilligan – el *cuidado amoroso* con la ecuanimidad lo que requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento.

2. ***“Incorporación de la fe - esperanza”***, se convierte luego en ***“Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”***. Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos.

De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos contribuirá a la sanación o mantención de la salud. Entonces, y de acuerdo con el viejo aforismo, “no siempre es factible curar, pero siempre cuidar”, la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado.

3. ***“El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros”*** será redactado más tarde como ***“El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”***. Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Por tanto, la expresión de los sentimientos es una forma de empatía con otros que trasciende el propio yo. Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, es por lo que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia. Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica.

El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de

la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

4. **“El desarrollo de una relación de ayuda y confianza”**. El cuidar la relación humana se convierte en **“Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”**. Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados, ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu.
5. **“La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos”**. Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un **“estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”**. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son “una ventana por la cual se visualiza el alma”. Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la

misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

6. ***“El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial”*** se convierte en: ***“el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”***. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico. El que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería es el proceso de enfermería ya que describe que la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas. El proceso de enfermería es un instrumento que, si se convierte en un proceso mecánico, centrado en la patología y no en el paciente, aunado al deficiente profesionalismo y no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales, puede desembocar en una posición rígida, autocontrolada y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante, dificulta la relación terapéutica y, en último término, no permite distinguir a un técnico de un profesional. Así mismo, el no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad. Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es trascendental adquirir confianza y

ejercer más autonomía, y desarrollar un marco de conocimientos respecto al cuidado

7. **“La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”**. Luego deriva a: **“Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”**. Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones a favor de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar.

La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida, persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que –según Watson– es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas. La educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, no sólo una entrega de conocimientos. El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, por tanto, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población.

8. **“La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural”** se convierte en: **“creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”**. Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el

requerimiento de una persona que, de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

9. **“La asistencia con la gratificación de necesidades humanas”**. Las que posteriormente llama: **“La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”**. Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo con Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, como nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal.

Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

10. **“El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”**. Este es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”.

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver

problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera/ro, entonces, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/ usuario resuelva sus propios predicamentos.

Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad.

### **3.4 El trabajo de parto**

Consideramos necesario incluir los conceptos referentes al trabajo de parto, ya que este proceso culmina con el parto y se encuentra dividido en fases, durante las cuales, la mujer en trabajo de parto adoptará diferentes conductas dependiendo de su umbral del dolor y de la experiencia que tenga sobre este proceso que son determinantes en la planificación y ejecución de las prácticas de cuidado a la mujer en trabajo de parto.

#### **Definición de trabajo de parto**

El trabajo de parto es el conjunto de actividades fisiológicas que tienen por finalidad la salida del feto a través de la vagina de la mujer, el trabajo de parto está dividido en tres periodos: el primero es la dilatación del cuello uterino, el segundo la expulsión del feto y el tercer periodo consiste en el alumbramiento <sup>(57)</sup>.



## **Periodos clínicos del trabajo de parto**

**Primer periodo del trabajo de parto.** Comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa (58).

**Fase latente:** es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, GPC NICE, 2007).

**Fase activa:** contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas. (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, NICE, 2007). La fase activa finaliza con dilatación completa (10 cm) y borramiento completo (100%).

Habitualmente se considera que una velocidad de dilatación cervical de menos de 0.5 cm a 1 cm por hora durante la fase activa (es decir, el período del trabajo de parto asociado con dilatación del cérvix de aproximadamente 3–4 cm a 10 cm) constituye un progreso lento del trabajo de parto, y el desencadenante de la intervención se estipula dentro de un período variable luego de dicha desviación. Si bien en general se reconoce que el trabajo de parto tiende a ser más rápido en las mujeres multíparas que en las nulíparas, en la práctica clínica a menudo se aplican los mismos criterios para la identificación de la prolongación de ambos grupos (59).

**Segundo periodo:** expulsión. comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

**Tercer periodo:** período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene

una duración promedio de 30 minutos (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

### **3.5 Marco Normativo y legal en México**

El Marco normativo y legal en México lo incluimos para evidenciar que las prácticas de cuidado que son realizadas a la mujer en trabajo de parto poseen un marco legal que debe ser respetado, de no ser así, se produce una violación a los derechos de las mujeres. El marco normativo está integrado por Leyes y Normas, expedidas por la Secretaría de Salud, que son de observancia obligatoria, y Guías de práctica clínica para la vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo.

#### **Marco Legal**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos <sup>(60)</sup>, de la cual nuestro país forma parte, reconoce en su artículo 25 numeral 2 que tanto la maternidad como la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especial. Por su parte, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su artículo 4 numeral 2 establece que los Estados parte deben adoptar medidas especiales, incluso las contenidas en dicha convención, encaminadas a proteger la maternidad no se consideran discriminatorias; y en su artículo 5 inciso a) además dispone que se deberán tomar las medidas apropiadas para garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia LGAMVLV <sup>(61)</sup> establece que los Derechos Humanos de las Mujeres son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención Sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), la Convención Sobre los Derechos de la Niñez.

En el título primero, capítulo I, artículo 4 define los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas federales y locales son:

- I. La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre;
- II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres;
- III. La no discriminación, y
- IV. La libertad de las mujeres.

Igualmente, el **artículo 5** numeral IV define a la violencia contra la mujer como cualquier acto u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

Al mismo tiempo, el **artículo 6** enlista los tipos de violencia contra las mujeres, en donde el numeral I se refiere a la violencia psicológica, la que define como cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

De igual modo, el **capítulo IV** en el artículo 18 hace referencia a la violencia institucional, definiéndola como los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Así mismo, el capítulo II referente al programa integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en su **artículo 38** describe el programa para las acciones con perspectiva de género para:

- I. Impulsar y fomentar el conocimiento y el respeto a los derechos humanos de las mujeres;
- II. Transformar los modelos socioculturales de conducta de mujeres y hombres, incluyendo la formulación de programas y acciones de educación formales y no formales, en todos los niveles educativos y de instrucción, con la finalidad de prevenir, atender y erradicar las conductas estereotipadas que permiten, fomentan y toleran la violencia contra las mujeres.

### **Marco Normativo**

Las Normas Oficiales Mexicanas son las regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40 de Ley Federal sobre Metrología y Normalización, que establecen las reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistemas, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, mercado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación <sup>(62)</sup>.

#### **NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**

Esta Norma <sup>(63)</sup> se encuentra dividida en 11 apartados: 0. Introducción, Objetivo y campo de aplicación, 2. Referencias, 3. Definiciones, 4. Símbolos y abreviaturas, 5. Disposiciones generales, 6. Vigilancia epidemiológica, 7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas, 8. Bibliografía, 9. Observancia de la norma, 10. Vigencia, 11. Apéndices normativos, en donde el apartado 5 Disposiciones generales, establece las mejores prácticas médicas para la atención de la mujer durante el trabajo de parto y parto, que son de observancia obligatoria y que la

vigilancia de su aplicación se aplica a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

## **Apartado 5. Atención del parto**

**5.5.1** En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

**5.5.2** Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

**5.5.3** Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

**5.5.4** En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para

decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea (2014) y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

**5.5.5** Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo con sus necesidades; se propiciará la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atenci3n m3dica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posici3n en que la embarazada se sienta m3s c3moda, en tanto no exista contraindicaci3n m3dica. Si la madre escoge recostarse deber3 recomendarse el dec3bito lateral izquierdo para prevenir hipotensi3n materna y riesgo de hipoxia fetal.

**5.5.6** La prescripci3n de analg3sicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizar3 seg3n el criterio m3dico, basado en evidencias y con atenci3n personalizada previa informaci3n y autorizaci3n de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Cap3tulo de Referencias, de la Norma.

**5.5.7** La inducci3n y conducci3n del trabajo de parto, as3 como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar seg3n el criterio m3dico, basado en evidencias y con atenci3n personalizada previa informaci3n y autorizaci3n de la paciente, mediante el consentimiento informado.

**5.5.8** La utilizaci3n de auxiliares de diagn3stico de laboratorio y gabinete como la cardiotocograf3a y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones espec3ficas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

**5.5.9** A la recepci3n de la embarazada en trabajo de parto, la tricotom3a vulvo perineal y la aplicaci3n de enema evacuante, no ser3n de aplicaci3n obligatoria, excepto en los casos que por indicaci3n m3dica as3 se requiera. Asimismo, se debe

reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

**5.5.10** Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

**5.5.11** El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

**5.5.12** El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo con las condiciones clínicas de la paciente.

**5.5.13** Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

**5.5.14** Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

**5.5.15** La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo con las condiciones clínicas de la embarazada y

del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

### **Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo**

En la actualidad se ha puesto atención a la valoración de los resultados de prácticas rutinarias a través de la medicina basada en evidencia, lo que ha puesto de manifiesto que la adopción de una serie de intervenciones -que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas o innecesarias, han constituido un grave error en la mejora de atención en los servicios de maternidad con el objetivo de ofrecer salud materno-fetal idónea y la optimización de los recursos en el área de salud. La actual guía fue actualizada en 2014, es de la competencia de Lic. En Enfermería Perinatal, Médicos Ginecólogos y Obstetras, Médico familiar, así como Enfermeras, Parteras, Médicos generales, Ginecólogos, Obstetras, urgenciólogos y personal de salud en formación <sup>(64)</sup>.

#### **Atención a la paciente embarazada en fase latente**

Es recomendable que las mujeres con embarazo de bajo riesgo, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (cesáreas, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento.

Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica.

Informar a las pacientes y a su familiar, las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada.



### **Momento para hospitalización a la paciente embarazada para atención de trabajo de parto en fase activa**

Deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presenten: Contracciones uterinas de 2 a 4 en 10 minutos. Dolor abdominal en hipogastrio. Cambios cervicales. (borramiento cervical > 50% a 80% y dilatación  $\geq$  de 3 o 4 cm).

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando: Estado clínico de la paciente (si se encuentra inquieta o con mucha ansiedad). Accesibilidad a unidades de atención obstétrica (domicilio distante de la unidad de atención).

### **Atención a la paciente en fase activa del trabajo de parto (calidez, acompañamiento y líquido orales y parenterales)**

Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:

- Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos.
- Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada.
- Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente.
- Asegúrese de preguntar a la paciente sus expectativas sobre el desarrollo del nacimiento de su bebé.
- Ofrezca información a la paciente y acompañantes de manera comprensible y pertinente.
- Informe a la paciente los procedimientos que está realizando.

- Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales.
- Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer.
- Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido.
- Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.
- Disipe ideas erróneas y muestre, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto.
- Obtenga el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen.
- Si propone una exploración con fines docentes o si esta será repetida por profesionales en formación, explique a la paciente y solicite su permiso.

Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo con las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.

Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto.

No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso; se debe evitar además el uso de soluciones glucosadas, ya que pueden poner en riesgo a la madre y al recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.

### **Indicaciones para conducción de trabajo de parto**

La inducción y conducción del trabajo de parto normal, debe tener indicación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes en forma rutinaria (ver indicaciones y

contraindicaciones de la conducción y tomar en cuenta las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop). La norma institucional al respecto debe de aplicarse siempre. En caso de indicarse, se deberá realizar con dosis controlada.

La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto.

### **Uso de enema, tricotomía y vaciamiento vesical**

No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto. Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva.

Siempre favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.

### **Utilidad del partograma y dilatación del cérvix y ampliación manual del periné**

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma incluyendo frecuencia de contractibilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad, cada 30 minutos).

No está sustentado de manera suficiente recomendar la utilidad de la dilatación manual del cérvix.

### **Utilidad de la monitorización fetal**

No se recomienda el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados. En su lugar se recomienda la auscultación intermitente (con Pinard,

monitor o doptone) de la frecuencia cardiaca fetal en embarazos de bajo riesgo posterior a la contracción uterina, cada 30 minutos.

No se aconseja el uso generalizado de la cardiotocografía externa en embarazos de bajo riesgo; deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto en los casos en que exista dificultad para auscultar el foco fetal y cuanto esté indicado el uso de oxitocina.

En los hospitales que atienden pacientes en trabajo de parto, se requiere la existencia de criterios técnico-médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.

### **Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto**

El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales.

Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.

En la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo.

El profesional de la salud que atienda partos no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención.

## **Utilidad de la movilización en el trabajo de parto**

Durante el período dilatante del trabajo de parto se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.

Procurar una posición cómoda de acuerdo con la infraestructura hospitalaria y las condiciones del servicio, de manera que se garantice la seguridad de la paciente.

## **Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto**

En el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como de las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se verán reflejadas en el momento del parto.

Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto, contando con las condiciones para ofrecer analgesia obstétrica, como otras estrategias desmedicalizadas como lo son los métodos psicoprofilácticos, a través de las posiciones, la respiración y la relajación.

La analgesia obstétrica no se realizará de modo rutinario, debiéndose recomendar previa evaluación de cada paciente.

## **Amniotomía en trabajo de parto**

No realizar amniotomía precoz de rutina. Se reservará para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto o sospecha de afección de bienestar fetal.

Se recomienda no realizar Amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto.

### **Posición en el período expulsivo**

Pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre el segundo periodo del trabajo de parto (10 centímetros de dilatación, o dilatación completa). Se recomienda que, durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación médica fundamentada por escrito.

Se recomienda tomar también en cuenta las actividades del personal de salud que atiende a la paciente en trabajo de parto, para no afectar los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto.

Procurar la atención del parto en posiciones verticales, tomando en cuenta la decisión de la mujer en trabajo de parto, de acuerdo con las condiciones de la unidad hospitalaria y la capacitación del profesional de la salud, siempre y cuando no exista una contraindicación médica.

Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical, de manera gradual.

CAPÍTULO 4

# Metodología.

---

## **CAPÍTULO 4**

### **Metodología**

#### **4.1 Diseño del estudio**

En este sentido y de acuerdo con Denzin y Lincoln “la metodología se centra en los mejores medios para adquirir conocimiento sobre el mundo” <sup>(65)</sup>, por lo que esta investigación corresponde a un estudio de metodología cualitativa <sup>(66)</sup>, con un diseño fenomenológico, descriptivo.

Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo en donde el investigador tiene como objetivo aprehender ese proceso de interpretación <sup>(66)</sup>. Se preocupa por la comprensión de los actores sociales y por ello de la realidad subjetiva, comprende los fenómenos a partir del sentido que adquieren las cosas para los actores sociales <sup>(67)</sup>, es decir, este estudio se considera fenomenológico por que intenta explicar la conducta de las enfermeras a través de la comprensión, en un nivel personal de motivos y creencias, que están detrás de las prácticas de cuidado que realizan a la mujer en trabajo de parto dentro de las instituciones de salud.

De acuerdo con Creswell, Alvarez-Gayou y Mertens citados por Salgado <sup>(68)</sup>, la fenomenología se fundamenta en las siguientes premisas:

- Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- Se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron), y el



contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).

- • Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.

Al mismo tiempo, el método fenomenológico tiene como objetivo ir descubriendo y describiendo las notas relacionadas entre sí por fundamentación a través de lo dado por el fenómeno estudiado, es decir, una comprensión intencional que da sentido. La intención es depurar el fenómeno considerado con el propósito de develar la estructura invariante o esencia.

A este método le interesa responder cómo las personas dan sentido a su experiencia vivida en un contexto o frente a un fenómeno en particular. La finalidad es describir el significado de esa experiencia vivida frente a los fenómenos de interés, hacer visibles los rasgos de esa experiencia, se interesa en las características comunes de la experiencia vivida a partir de la comprensión y cómo el significado es creado a través de contenidos de percepción. Es decir, una comprensión profunda de las experiencias vividas, suposiciones acerca de estas formas de conocimiento, cómo las experiencias individuales captan el sentido global y común, o esencias de una experiencia o evento <sup>(69)</sup>.

Así mismo, el propósito de la fenomenología hermenéutica de Heidegger (1989) es apropiarse del significado ya implícito en la experiencia vivida, mediante un proceso de pensamiento orientado por la destrucción y construcción hasta lograr interpretarlo como su verdad, esto es, revelar los fenómenos ocultos y, en particular, sus significados. La tarea fenomenológica se fundamenta en la deconstrucción, lo que implica mirar más allá del significado cotidiano y normal de la vida para ver el significado más grande en el ser <sup>(70)</sup>.

En este sentido, Rubio y Arias <sup>(71)</sup> describen que el cuidado de enfermería es un proceso de interacción con aspectos invisibles, donde la cercanía a la experiencia subjetiva del paciente es necesaria y proporciona una base para dicha relación, así

como la existencia de una perspectiva única por parte del profesional de enfermería en esta interacción. Para ello, se requiere del conocimiento subjetivo, esto es, del conocimiento que se revela por los métodos de investigación cualitativos <sup>(72)</sup>, como por ejemplo a través de la fenomenología.

#### **4.2 Selección del ambiente**

El escenario ideal para la investigación es definido, por Taylor y Bogdan <sup>(66)</sup>, como aquel en el cual el observador obtiene fácil acceso, establece una buena relación inmediata con los informantes y recoge, directamente, datos relacionados con los intereses investigativos. Siendo para el investigador todos los escenarios y personas dignos de estudio.

En este caso, para lograr el objetivo del estudio, se seleccionaron enfermeras y enfermeros que laboraran en una institución pública, ya sea de la Ciudad o Estado de México, el lugar seleccionado para la entrevista fue consultado con el participante, dejando que él decidiera el lugar y la hora de la entrevista.

Se realizaron cuatro entrevistas dentro de las instituciones de salud, en áreas comunes a su trabajo y cuatro entrevistas en el hogar de las participantes, cabe mencionar que una participante canceló su cita para la entrevista.

#### **4.3 Selección de los participantes**

Para Taylor y Bogdan <sup>(66)</sup>, es difícil determinar a cuántas personas se debe entrevistar en un estudio cualitativo. Glasser y Strauss <sup>(73)</sup> refieren que la estrategia del muestreo teórico puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar, es decir es indispensable incorporar a la mayor cantidad de personas relacionadas con el tema seleccionado.

Las/os participantes seleccionados tienen las siguientes características:

- Son enfermeras o enfermeros profesionales.
- Aceptaron participar en el estudio y ser videograbadas.
- Trabajan en un hospital público de la Ciudad y/o Estado de México.
- Se desempeñen o han laborado en el área de trabajo de parto, área de labor o tococirugía de su hospital con una experiencia mínima de 6 meses en el área.

A continuación, se describen los participantes.

E1, hombre, casado, tiene 2 hijos. Fue trabajador administrativo y realizó un curso para cambiar de categoría, tiene 20 años de laborar, como enfermero, en una institución de salud de la Ciudad de México y 6 años en una institución del Estado de México. Es Maestro en administración y estudiante de la Licenciatura en Derecho.

E2, mujer, casada, con un hijo nacido por vía vaginal en una institución de salud pública, tiene 7 años de laborar como enfermera, 4 en una institución pública y 3 en una institución privada, ambas del Estado de México. Es Licenciada en Enfermería, tiene aproximadamente 6 meses que la terminó.

E3, mujer, casada, con un hijo que falleció en una institución pública durante los primeros 30 días de vida extrauterina y, un segundo hijo nacido por vía vaginal en una institución privada, con 5 años de laborar en una institución pública del Estado de México. Es Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

E4, mujer, soltera, sin hijos, sin embarazos, con 7 años de laborar en una institución pública del estado de México. Es especialista perinatal.

E5, mujer, casada, con un hijo, con 26 años de laborar en instituciones públicas del Estado de México, 9 de ellos laborando en dos instituciones de la misma entidad federativa. Es maestra en enfermería con enfoque en administración.

E6, mujer, casada, con una hija nacida por vía vaginal en una institución pública, con 8 años de laborar en una institución de salud pública el Estado de México. Es especialista perinatal.

E7, mujer, soltera, sin hijos, sin embarazos, con 8 años de laborar en instituciones públicas, una en la Ciudad de México y la segunda del Estado de México. Es especialista neonatal y cuenta con un postécnico en pediatría.

E8, mujer, casada, con una hija nacida por vía abdominal en una institución de salud, con 8 años de laborar en instituciones públicas, una en la Ciudad de México y la segunda del Estado de México. Es especialista neonatal.

#### **4.4 Técnica de recolección de datos**

Según Franklin (1998) la elección de técnicas e instrumentos para la recopilación de datos debe de estar en función de las características del estudio que se pretende realizar. Por lo tanto, la elección debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador.

La técnica seleccionada fue la entrevista semiestructurada ya que brinda la oportunidad de comprender el fenómeno de estudio por medio de los discursos de las participantes al ser descritos en sus propias palabras, para Taylor y Bogdan <sup>(66)</sup>, las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas.

Para llevar a cabo la entrevista, se creó un instrumento para la recogida de información, con preguntas guía en donde se abarcaron temas esenciales. Las preguntas guía se modificaron conforme se fue desarrollando la entrevista; los aspectos de tipo biográfico no fueron modificados. Del mismo modo, se emplearon preguntas que nos llevaron a encontrar las experiencias, opiniones, conocimiento y conductas de las enfermeras entrevistadas que contribuyeron al cumplimiento del

objetivo. Así mismo, se realizó la grabación de las conversaciones y el uso de diario de campo.

Se localizaron los participantes del estudio por medio un informante clave, al cual se le explicó el objetivo del estudio, una vez aceptada la participación en el estudio se le dio a conocer el consentimiento informado (Anexo I).

Al inicio de la entrevista se les solicitó autorización para grabar la entrevista, se les explicó sobre la toma de notas durante la entrevista y el objetivo de las mismas, durante la entrevista se trató de esclarecer lo que los participantes solicitaban respecto a las preguntas.

La recolección de datos terminó cuando se llegó a la saturación teórica del fenómeno estudiado.

#### **4.5 Temporalización**

Este estudio inició en el mes de febrero de 2016 con la búsqueda de antecedentes que contribuyeron a la descripción de la problematización y el desarrollo del marco conceptual referencial. De noviembre a diciembre del mismo año se seleccionó el diseño y método adecuado para la investigación.

En febrero de 2017 inició la recolección de la información y terminó en junio del mismo año, a la par de la realización de las entrevistas, se llevó a cabo el análisis de la información. De octubre a noviembre del mismo año se trabajó sobre el análisis y discusión de las entrevistas restantes y se reconstruyó el marco teórico referencial.

#### **4.6 Análisis de la información**

El análisis de los datos se realizó por medio del microanálisis, el cual consiste según Strauss y Corbin, en realizar un análisis detallado, línea por línea, para generar categorías iniciales; combinación entre codificación abierta y axial, en donde se

sugieren relaciones entre ellas, y la interpretación del contenido de las transcripciones utiliza un conjunto de guías y procedimientos para desarrollar conceptualizaciones de los datos de manera inductiva <sup>(74)</sup>. Para el análisis de la información se asignaron claves a los participantes (E1, E2, E3, etc.) para la identificación de cada uno de ellos, la asignación fue nombrada conforme se fueron realizando las entrevistas

El análisis de los datos se realizó de manera inicial a través de la codificación abierta, <sup>(75)</sup> en donde se realizó una lectura cuidadosa de la entrevista seleccionada, para la codificación se seleccionaron párrafos y se seleccionaron las unidades significativas de análisis, se nombraron códigos en vivo y/o códigos sustantivos, se les asignó el nombre de la categoría, recodificamos; es decir, se realizó un análisis minucioso de ese concepto, se nombró la categoría y, finalmente, se sugirieron relaciones entre ellas; es decir, se llevó a cabo la codificación axial.

Para nombrar las categorías se buscaron “códigos vivos” que se relacionaran con las características del estudio teórico, sin llegar a producir una teoría nueva, cabe mencionar que surgieron hallazgos muy importantes frente al objetivo de estudio. Para Strauss y Corbin <sup>(74)</sup>, el análisis puede hacerse de estudios teóricos, los cuales buscan comprender o explicar rasgos de la vida social en grupo, en ésta, los investigadores señalan categorías importantes y se apoyan en los testimonios para ilustrar teorías.

#### **4.7 Rigor metodológico**

El tema de la rigurosidad o credibilidad puede ser abordado de diversas formas, igualmente válidas pero que matizan la discusión en un determinado sentido. Ante esta constatación, se ha hecho una opción por un análisis que, si bien considera el contexto o marco en que se da la discusión, privilegia la mirada “desde adentro” de los métodos cualitativos. En este estudio, se hizo énfasis en el criterio de credibilidad, transferibilidad y validez como elementos para alcanzar el rigor metodológico.

En donde la **credibilidad** se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado <sup>(76)</sup>. En este caso, se elaboró la transcripción textual de las entrevistas, posteriormente se les pidió a los participantes del estudio que leyeran la transcripción de la entrevista que se les realizó y confirmarían si lo que dijeron correspondía con lo transcrito, lo que permite tener una aproximación de lo que piensan y sienten los sujetos de este estudio.

El criterio de **transferibilidad** se corresponde con la validez externa en la investigación cuantitativa. Se refiere al grado en que los sujetos investigados son representativos del universo al cual pueden extenderse los resultados obtenidos. Se pretende determinar en qué medida es posible alguna transferencia entre dos contextos, como consecuencia de la similitud entre ellos. La transferibilidad no es una función del número de sujetos estudiados sino de los tipos de sujetos analizados <sup>(77)</sup>. En este caso, los hallazgos de este estudio se pueden ajustar a los hallazgos de otros bajo condiciones, contextos o circunstancias similares ya que se realizó la descripción del diseño del estudio, la descripción de los informantes, el contexto de la recolección de la información, las técnicas de recolección de la información y el análisis de los datos.

La **auditabilidad** llamada por otros autores como confirmabilidad <sup>(68)</sup>, se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.

Como parte de este criterio, en este estudio se utilizó la grabación en video de las entrevistas realizadas a los participantes, se describieron sus características y el proceso de selección de los mismos, se analizó la transcripción fiel de las entrevistas a los participantes.

De igual modo, se hizo uso del muestreo teórico, saturación teórica y la reflexividad como criterio de validez.

Para Strauss y Corbin <sup>(74)</sup>, el **muestreo teórico**, es la recolección de datos guiada por los conceptos derivados de una teoría que se está construyendo y basada en el concepto de “hacer comparaciones”, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones.

Así mismo, para Álvarez-Gayou <sup>(78)</sup>, **la saturación** se refiere al momento en el que, durante la obtención de la información, ésta empieza a ser igual, repetitiva o similar.

La **reflexividad** es el proceso de reflexionar críticamente sobre uno mismo como investigador. Es un proceso de subjetividad crítica en la que el investigador toma consciencia de uno mismo como indagador y como persona que responde al proceso de investigación, como una persona que comienza a conocerse a sí mismo dentro del proceso de investigación, con un sistema de valores y creencias personal que se ve afectado por los valores y creencias que descubre en el estudio. <sup>(79)</sup>

Como autora de este estudio y al realizar esta investigación, expreso que al ser enfermera especialista perinatal y haber sido víctima de violencia obstétrica durante la atención del parto de mi primer hijo, declaro estar muy comprometida con este tema, principalmente, con el trato de las enfermeras hacia las mujeres en periodo reproductivo, principalmente durante el trabajo de parto. Así como también, me es importante investigar los elementos que propician este tipo de acciones.



#### **4.8 Limitaciones**

Una limitación principal de nuestro análisis se refiere a la ausencia de estudios previos que hayan examinado; específicamente, las prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer en trabajo de parto en el contexto mexicano. Para dar sentido y permitir la comparación de nuestros hallazgos, hemos hecho referencia a la investigación realizada en otros contextos.

Otra limitación surgió cuando cuatro participantes decidieron que la entrevista se llevara a cabo dentro de su turno, en el hospital, ya que salir de él representaba un riesgo administrativo; por lo que sus entrevistas fueron realizadas en un área separada del área de labor, lo que les permitiera estar presentes por si se requería de su apoyo en una emergencia, y una de ellas fue solicitada casi al término de la entrevista. Otra de las entrevistas se realizó dentro de la jefatura de enfermería, por lo que hubo interrupciones durante la entrevista.

#### **4.9 Consideraciones éticas**

La siguiente investigación se realizó respetando los Código de Nüremberg, en los numerales I, II, IX. <sup>(80)</sup> Declaración de Helsinki, <sup>(81)</sup> en donde me apego a los principios generales de esta declaración; a la privacidad y confidencialidad, hago uso del consentimiento informado, la inscripción y a la publicación y difusión de resultados.

En el reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la salud, <sup>(82)</sup> me adhiero a los aspectos legales de la investigación en Salud Pública respecto a la protección de los sujetos protegiendo su identidad, realizando el respeto a su privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato y a entrevistar a los participantes que decidieron hacerlo de forma voluntaria y que firmamos el consentimiento informado.

## CAPÍTULO 5

# Hallazgos y discusión.

---

## **CAPÍTULO 5**

### **Hallazgos y discusión**

A lo largo de este capítulo, presentamos una visión general de los hallazgos y discusión obtenidos en el estudio a través del análisis de los textos transcritos de las entrevistas individuales a las enfermeras. Se exponen los hallazgos de acuerdo con las categorías propuestas para el análisis, y dentro de ellas, las subcategorías específicas e ideas o temáticas surgidas durante el proceso de codificación que han resultado más relevantes para la investigación, así mismo, se enunciaron como propiedades a las singularidades de las subcategorías las cuales, consideramos, complementan la descripción de la subcategoría.

En la redacción de los hallazgos fue necesario eliminar frases o párrafos, debido a que en ocasiones la narración hacía referencia a algún nombre de las enfermeras, también en alguna ocasión fue necesario revisar la redacción de las respuestas de los informantes, puesto que se hacía ininteligible en la forma en que estaba redactada en el momento de la entrevista, y también se excluyeron los textos eran muy redundantes o se alejaban del fenómeno de estudio. Hemos hecho referencia a todos los participantes en “femenino” para evitar cualquier posible identificación en las narraciones asociadas al género de los enfermeros.

## Caracterización de los informantes

A continuación, se muestra descripción de los participantes en una tabla.

No. de participante	Sexo	Grado académico.	Años laborando.	Aspectos biográficos.
E1	Hombre	Maestro en administración, estudiante de derecho.	20 años en institución pública.	Con 2 hijos.
E2	Mujer	Licenciada en Enfermería.	7 años, 3 en institución privado y 4 en institución pública.	Con un hijo nacido por parto vaginal en una institución pública, casada.
E3	Mujer	Licenciada en Enfermería y Obstetricia.	5 años en instituciones públicas.	Con un hijo que falleció en una institución pública y el segundo hijo, nacido por parto vaginal en institución privada, casada.
E4	Mujer	Enfermera Especialista Perinatal.	7 años en instituciones públicas.	Sin hijos, soltera.
E5	Mujer	Maestra en enfermería con enfoque administrativo.	26 años en instituciones públicas, 9 de ellos laborando en dos instituciones.	Con un hijo, casada.
E6	Mujer	Enfermera Especialista Perinatal.	8 años en instituciones público.	Con una hija nacida en hospital público, casada.
E7	Mujer	Enfermera Especialista Neonatal y postécnico en pediatría.	8 años en dos instituciones público.	Sin hijos, soltera.
E8	Mujer	Enfermera Especialista Neonatal.	8 años en instituciones público.	Con hija nacida en hospital público, casada.

Tabla 1. Descripción de los informantes. Elaborado por Cortés-García MR. 2017

Fuente: Encuestas realizadas a enfermeras que laboran en hospitales públicos de la Ciudad de México y Estado de México de enero 2017 – mayo 2017

## Diagrama de categorías

La presente investigación arrojó los siguientes hallazgos, los cuales describimos en un diagrama, en donde plasmamos las categorías, subcategorías y sus respectivas dimensiones:

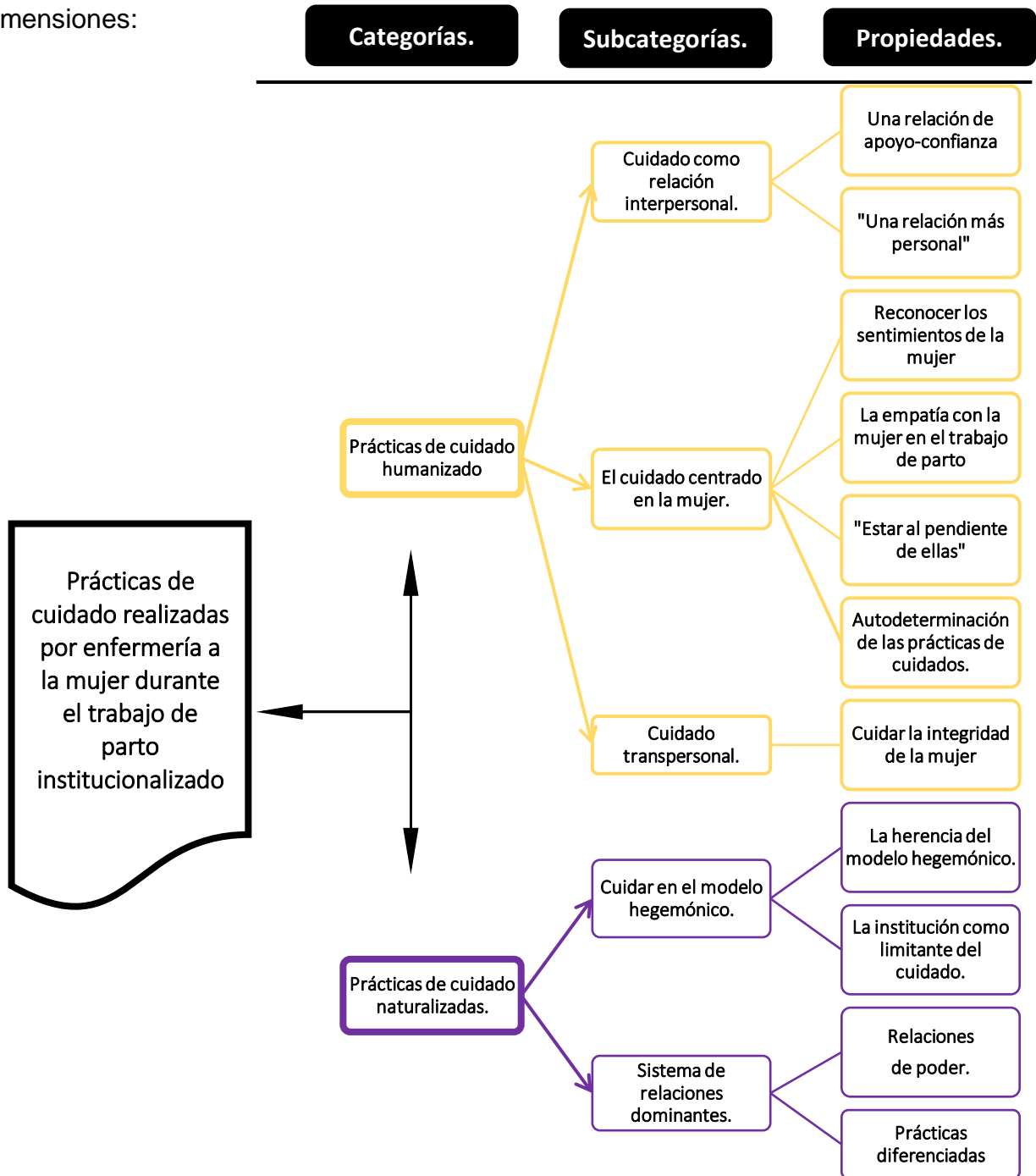


Figura 5. Elaborado por Cortés-García MR. 2017

Categorías emergentes del estudio de las expresiones de las enfermeras sobre las prácticas de cuidado que realizan a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado, México. Septiembre 2017.

A través del análisis de las narraciones de las entrevistadas, se desprenden dos categorías emergentes de la investigación sobre las prácticas de cuidado de enfermería realizadas a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado en México:

**Categoría 1. Las prácticas de cuidado humanizado** relatan las prácticas de cuidado que enfermería realiza de forma autónoma a las mujeres con base en sus conocimientos y experiencias, los cuales les permiten dar una respuesta a la condición del ser y estar de la mujer en trabajo de parto. De ella se desprenden tres subcategorías que dan cuenta de algunas premisas de las teorías de enfermería de Waldow y Watson que buscan comprender rasgos de las prácticas de cuidado que se brindan a las mujeres durante el trabajo de parto en las instituciones de salud.

El cuidado como una relación interpersonal explica la forma en que la enfermera se relaciona con la mujer que cuida; el cuidado centrado en la mujer da cuenta sobre las prácticas de cuidado que la enfermera proporciona a la mujer en trabajo de parto, en donde, considera, es importante reconocer los sentimientos que la mujer tiene en el momento de proporcionarle cuidado. Y como cuidado transpersonal se escriben las prácticas de cuidado que la enfermera lleva a cabo para proteger la integridad y dignidad de la mujer en trabajo de parto, proporcionándole un cuidado holista.

**Categoría 2. Las prácticas de cuidado naturalizadas (rutinarias)**, en esta categoría se describen las prácticas que la enfermera realiza a la mujer en el trabajo de parto y que están supeditadas al modelo hegemónico, que se relacionan con prácticas establecidas por lineamientos institucionales y que están relacionadas con un sistema de relaciones dominantes, propias de este modelo y que, desde la perspectiva de la mujer, pueden percibirse como violencia obstétrica. Estas categorías se dividen en subcategorías: cuidar en el modelo hegemónico y el sistema de relaciones dominantes.

## 5.1 Categoría 1. Prácticas de cuidado humanizado

A continuación, relataremos las categorías, subcategorías y dimensiones encontradas en este estudio, y las fundamentaremos con los comentarios realizados por nuestras entrevistadas.

El cuidado humanizado es más que un buen trato o satisfacción usuaria. En lo asistencial plantea dos puntos trascendentes: cambiar la mirada biomédica, para atender al otro respetándolo como persona, mirándolo, como dice Levinas: "La visión no es una trascendencia, otorga una significación por la relación que hace posible" <sup>(83)</sup>; y ayudarse de la tecnología para otorgar cuidados y no de tecnologizarlos; en donde "ese otro" necesita ser cuidado y al realizar el cuidado, el equipo de enfermería y el usuario obtienen frutos. Levinas comenta lo siguiente: "El encuentro infinito entre él mismo y el otro. Un encuentro que nace de la esencia incompleta de los seres humanos encuentro que nutre, en el que el Mismo busca al otro y en donde los dos tratan de completarse aun siendo seres incompletos"

**Tabla 2.**

Categoría 1	
Prácticas de cuidado humanizado	
Subcategoría	Propiedades.
Cuidado como relación interpersonal	Una relación de apoyo-confianza. "Una relación más personal"
El cuidado centrado en la mujer	Reconocer los sentimientos de la mujer. La empatía con la mujer en el trabajo de parto. "Estar al pendiente de ellas". Autodeterminación en la práctica de cuidados.
Cuidado transpersonal	Cuidar la integridad de la mujer

Tabla 2. Elaborado por Cortés-García MR. 2017. Fuente: Entrevista realizada a enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México y Estado de México que trabajan o han trabajado en el área de tococirugía. México. Septiembre 2017.

### 5.1.1 Subcategoría: Cuidado como relación interpersonal

**Tabla 3.**

Subcategoría	
Cuidado como relación interpersonal	
Propiedades.	
Una relación de apoyo-confianza.	“Una relación más personal”

Tabla 3. Elaborado por Cortés-García MR. 2017. Fuente: Entrevista realizada a enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México y Estado de México que trabajan o han trabajado en el área de tococirugía. México. Septiembre 2017.

Las relaciones personales que practica enfermería <sup>(84)</sup> con sus pacientes son esenciales para el desempeño profesional. Durante el trabajo de parto la enfermera brinda cuidado de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones inter personales sustentan la realización de las prácticas de cuidado.

La relación interpersonal es una relación humana particular en la que dos personas se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor auto comprensión y armonía; el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la sobrevivencia y desarrollo de la humanidad <sup>(20)</sup>.

Para Hildegard Peplau, <sup>(85)</sup> el primer contacto que existe entre la enfermera y el paciente es significativo ya que el paciente tiene una primera impresión del problema que lo lleva a la institución, en esta fase hace preguntas, intentando averiguar lo que tiene que saber para sentirse seguro y observando la forma en que le responden los profesionales

Así mismo, la profesión de enfermería sustenta su práctica en las relaciones interpersonales enfermera-paciente y exige una preparación no solo técnico-científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida esta última como la actitud de la profesional dirigida al sujeto que requiere ayuda para su desarrollo y bienestar como persona. No basta visualizar al paciente desde una mirada anatómico funcional, sino personal, social y espiritual, es decir, integral <sup>(86)</sup>.



Para Watson <sup>(54)</sup> una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

La **relación interpersonal**, desde las propiedades que emergieron, se enfoca a una relación de apoyo-confianza centrada en la comunicación que existe entre la mujer en trabajo de parto y la enfermera. Este tipo de relaciones inician en el momento que la enfermera se presenta con la mujer cuando ingresa al área de labor, hasta que es llevada a otro servicio; así mismo, implica “una relación más personal” en donde algunas enfermeras, comprenden lo que la mujer vive ya que lo vinculan con su propia experiencia al ser madre, otro punto es el platicar con ella o animar a la mujer para que confíe en sí misma.

#### **5.1.1.1 Una relación de apoyo - confianza**

La experiencia que viven los pacientes durante la hospitalización, así como los significados que ellos interpretan, demanda del personal de salud una comprensión individualizada. Lo anterior, exige el conocimiento de la condición sociocultural de las mujeres sujetos de cuidado, la construcción de relaciones humanas sanas, la madurez que promueve el crecimiento de la enfermera y que redundará en el beneficio para la mujer en trabajo de parto y la práctica de sus valores.

Para las enfermeras una relación de apoyo – confianza inicia cuando se presentan con las mujeres en trabajo de parto, empleando elementos que consideran importantes como el tono de voz, la forma en que se comunican con ella y el contacto físico a través de tomar la mano; es decir, el empleo de elementos verbales y no verbales, lo que consideran puede ayudar a ganar la confianza de la mujer en trabajo de parto y hacerla sentir segura sobre el cuidado que se le va a proporcionar.

Los relatos dejan ver la forma en que las enfermeras inician esta relación y el uso de los elementos de la comunicación que emplean.

*“Señora mi nombre es [...] soy enfermera y voy a estar con usted [...] así cualquier paciente por muy mal que esté con que escuche la voz, el tono, la forma [...] va a ganar confianza y va a sentirse más segura.” (E1:10:90)*

*“Pues primero que nada presentarse al paciente, brindarle como confianza” (E2:2:16)*

*“[...] la confianza, que se sientan confiadas; por eso yo me presento <yo voy a estar contigo durante el nacimiento de tú bebé y hasta que tú salgas de aquí a un servicio> [...] yo espero que eso les dé confianza que se sientan cómodas” (E5:6:97:106)*

*“Brindar una confianza con la paciente, <haber, la ayudo> y le tomo de la mano [...]” (E1:17:128)*

*“yo soy la enfermera [...], voy a estar a cargo de ti, y empezar a hacer la plática [...] es más que nada hablar con ellas psicológicamente” (E2:3:32)*

*“pues yo creo que lo básico, lo que sí aplicamos en todo momento es el platicar con la paciente [...] ósea la plática, la conversación [...] siempre que se pueda [...]” (E7:3:24)*

*“Yo creo que la comunicación efectiva es uno de los requisitos muy indispensables para poder romper con esa barrera que existe [...]” (E1:10:90)*

Los hallazgos proporcionan un claro soporte respecto a que las enfermeras encuentran en la acción de presentarse con la persona sujeto de cuidados una práctica de cuidado esencial en la formación de una relación de apoyo – confianza. Cuando las enfermeras logran establecer esta relación, esperan que surjan mejores resultados de salud en la atención a la mujer hasta su egreso del servicio, por lo tanto, es muy importante el tipo de comunicación que establezca en el encuentro inicial con la mujer en el área de labor, y que logren mantener durante el progreso del trabajo de parto.

Heyland y col. <sup>(87)</sup> describen que parte de la construcción de la relación entre la enfermera y paciente es llevada a cabo por medio de la comunicación y en su artículo revelan que la comunicación efectiva entre profesionales de salud/paciente/familia favorece la planificación de los cuidados y mejora la calidad

de la atención, también sugieren que el mejorar la comunicación y la toma de decisiones tendrá mayor impacto en la calidad de la atención, lo que coincide con los hallazgos de esta investigación ya que las enfermeras describen que el mantener una comunicación asertiva con las mujeres en trabajo de parto, favorece la relación de apoyo – confianza entre ambas, mejorando la realización de prácticas de cuidado a lo largo del trabajo de parto y durante la atención del mismo, redundando en la calidad en la atención.

Por otro lado, Maqueda-Martínez <sup>(88)</sup> citada por Ramírez y Müggenburg <sup>(89)</sup>, encontraron que el modelo comunicacional centrado en el paciente, propicia la confianza y al mismo tiempo ayuda al paciente a expresar sus necesidades, favorece la negociación y sensibilización ante la expresión de malas noticias, con lo cual se evitan barreras, además de que la comunicación es percibida por la enfermera como instrumento para alcanzar el sentimiento de confianza y de vínculo en la relación enfermera-paciente, lo que concuerda con los hallazgos de este estudio ya que las enfermeras utilizan las relaciones interpersonales como base o sustento para el desarrollo de las prácticas de cuidado a la mujer durante el trabajo de parto.

Por lo que las relaciones interpersonales son la base o sustento de las prácticas de cuidado, donde el uso de elementos comunicativos verbales, no verbales y el tacto son instrumentos esenciales al formar una relación, que esperan, tenga un efecto de confianza entre la mujer (sujeto de cuidado) y en la enfermera (sujeto que brinda el cuidado) lo que permite producir una relación de apoyo – confianza benéfica para el proceso de cuidado.

Igualmente, Hafsteindottir <sup>(90)</sup> concluye que el contacto físico de las enfermeras hacia los pacientes puede ser útil cuando las personas experimentan miedo, ansiedad o depresión, igualmente, puede beneficiar a los que requieren de mayor estímulo. En el caso de la mujer en trabajo de parto, Giraldo y *col* <sup>(91)</sup> encontraron que el ingreso a un ambiente hospitalario, la soledad y la ausencia de apoyo emocional puede aumentar el miedo al proceso del parto y predisponer a la mujer

para presentar una tolerancia más baja al dolor. Por lo que los hallazgos de los estudios anteriores coinciden con las narrativas de los hallazgos de esta investigación, ya que las enfermeras narran que utilizan el “tomar de la mano” a la mujer en trabajo de parto o el platicar con ellas como una forma de ayuda para hacer más cómoda su estancia en el área de labor, reducir la ansiedad y el estrés y hacerlas sentir más seguras.

#### **5.1.1.2 “Una relación más personal”**

Para comprender la disciplina de enfermería en su globalidad, como lo describen Chinn y Krammer <sup>(92)</sup>, debemos reconocer que el conocimiento científico de enfermería debe complementarse con la comprensión de la naturaleza humana. Es así como, al reflexionar sobre los elementos antes mencionados, seremos capaces de incluir tanto a la persona como al conocimiento en cada encuentro que se tiene con las mujeres en trabajo de parto y, de esta manera, ser capaz de reconocer las necesidades de cuidado que tiene cada mujer en trabajo de parto que llega a una institución de salud, dando como resultado una práctica de cuidado más humano.

Waldow <sup>(52)</sup> describe que para que el cuidado realmente se dé en plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, en la prestación de informes y en la educación del paciente y su familia. A esto debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar

Por lo tanto, las enfermeras, al vincular el conocimiento científico y la naturaleza humana consideran necesario establecer **“una relación más personal”** con la mujer que cuida, la cual va más allá de la acción comunicativa, en donde la enfermera involucra sus valores, voluntad y el compromiso ético que tiene para cuidarla. Para lograr este tipo de relación, posiblemente más emocional, la enfermera trata de comprender a la mujer durante su ingreso y estancia en el área de trabajo de parto, le explica el procedimiento que le va a realizar, comparte la

experiencia que ella misma ha tenido al ser madre, la motiva a confiar en ella misma para que logre el nacimiento de su hijo. La enfermera confía en que esta relación ayudará a que la mujer no sólo se sienta más segura, sino que también confíe en sí misma, generando un incremento en su bienestar y una reducción en su sufrimiento. Así lo describen los siguientes relatos:

*“[...] platico con ellas y les digo [...] y entonces como que ya se empieza a hacer una relación no tanto como personal de salud, sino más bien personal” (E3:6:68)*

*“Bueno cuando llega una mamá pues yo trato de platicar con ella porque a veces me dicen < es que tú no has sido mamá > ¡cómo crees! te pasa esto, esto y esto [...] entonces, de esa manera pues como que ya me creen [...]” (E3:4:46)*

*“[...] si la empoderas, si le das esa confianza de que puede hacer las cosas ¡sí lo hace! pero tienes que darle la suficiente confianza de mostrarle que tú crees en ella [...]” (E4:7:72)*

*“señora va a tener que pujar de esta forma, va a tener que respirar de esta manera, le van a hacer un corte [...] y se le va diciendo todo a la paciente y pues ella, por lo menos, va a ir sabiendo qué es lo que le va pasando y se va sensibilizando más [...]” (E1:13:100)*

*“[...] echarle las porras para que ella sienta ese apoyo y haga el resto del trabajo, porque finalmente, ella lo tiene que realizar” (E4:3:32)*

*“ Yo creo que con la comunicación efectiva [...] podemos obtener mejores resultados” (E1:10:90)*

*“A lo mejor va a requerir más atención en cuestión de que tú le des ánimo para que ella recupere la confianza en sí misma y de que sí puede [...]” (E6:7:65)*

Al hablar de una relación más personal, la enfermera enfatiza el reconocimiento de la mujer en trabajo de parto como ser humano y logran percibirla como alguien que precisa de ayuda. La enfermera brinda apoyo emocional motivando a la mujer a confiar en ella misma y en que puede realizar su trabajo de parto, todo lo anterior es similar a lo descrito en un estudio cualitativo realizado por Caron y Silva <sup>(93)</sup> donde refieren que las mujeres hospitalizadas en un centro obstétrico se sienten bien tratadas cuando el cuidador profesional demuestra disponibilidad para atenderla, lo que puede ser comprendido por las actitudes de enfermería de permanecer en

silencio, escuchar reflexivamente, verbalizar interés y aceptación, lo que constituye las estrategias de comunicación terapéutica.

Las enfermeras de este estudio puntualizan que lograr una relación personal a nivel o bien emocional con la mujer en trabajo de parto puede mejorar los resultados en su atención durante este proceso, que con el logro de una relación interpersonal efectiva se pueden tener menos complicaciones durante el trabajo de parto, lo que coincide con el estudio realizado por Gallardo, Maya y Vázquez <sup>(94)</sup> en donde identificaron en que las relaciones interpersonales potencian actitudes facilitadoras que permiten prevenir complicaciones, ayudan a las personas y favorecen, de esta forma, el crecimiento personal del profesional de enfermería.

### 5.1.2 Subcategoría: El cuidado centrado en la mujer

**Tabla 4.**

Subcategoría			
El cuidado centrado en la mujer			
Propiedades.			
Reconocer los sentimientos de la mujer.	La empatía con la mujer en trabajo de parto.	“Estar al pendiente de ellas”.	Autodeterminación de las prácticas de cuidados.

**Tabla 4. Elaborado por Cortés-García MR. 2017. Fuente:** Entrevista realizada a enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México y Estado de México que trabajan o han trabajado en el área de tococirugía. México. Septiembre 2017.

Watson <sup>(95)</sup> describe que cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para, efectivamente, llegar a ser; este ser es un ser en relación con otro que lo invoca. Este ser en relación con otro, absolutamente otro, es la base fundamental del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Indica que la expresión de sentimientos positivos y negativos significa centrar la relación en las sensaciones y en los aspectos no racionales de un acontecimiento lo que ayuda a canalizar la carga

emocional, a despejar la mente, a ver las cosas desde otro prisma y a tomar decisiones que van a optimizar la calidad de vida.

En la subcategoría “el cuidado centrado en la mujer” las propiedades que emergieron fueron: reconocer los sentimientos de la mujer, la empatía con la mujer en trabajo de parto, “estar pendiente de ellas” y la autodeterminación de las prácticas de cuidado. En la propiedad de reconocer los sentimientos de la mujer se describe cómo la enfermera considera los sentimientos de la mujer que ingresa al área de labor, como una parte fundamental del proceso de cuidado, ya que la expresión de sentimientos ayuda a la mujer a canalizar sus emociones y a la enfermera a planear mejores cuidados. La empatía por la mujer en el trabajo de parto emerge de la comprensión de las experiencias y de conocer la historia de vida de las mujeres bajo su cuidado. El “estar pendiente de ellas”, para la enfermera, es llevar a cabo prácticas de cuidado que se fundamentan en la valoración continua de enfermería en donde valora, en todo momento, el estado emocional y físico de la mujer en trabajo de parto así como las creencias que la mujer tenga sobre el trabajo de parto e implementa prácticas de cuidado encaminadas a favorecer el confort, la higiene, la disminución del dolor durante las contracciones, entre otras con la determinación de que esas prácticas implican una atención integral a la mujer durante este proceso.

#### **5.1.2.1 Reconocer los sentimientos de la mujer**

El proceso de trabajo de parto requiere de la interacción entre la enfermera y la mujer en trabajo de parto lo que implica el uso de elementos propios de la enfermera como: la escucha activa, observación, atención, compromiso afectivo los cuales son necesarios para conocer a la persona que cuida y, por ende, lograr que la autonomía de la mujer en el cuidado pueda verse reflejada.

En la narrativa, las enfermeras, relatan que en el momento de realizar la valoración de enfermería o durante el transcurso del trabajo de parto de las mujeres que ingresan al área de labor, reconocen los sentimientos que las mujeres tienen

durante este proceso los cuales son escuchados, generalmente, por las enfermeras. Sin duda la escucha activa, forma parte fundamental de la práctica de cuidados de enfermería a las mujeres en trabajo de parto. En este sentido, las enfermeras visualizan que los sentimientos que tienen las mujeres hacia su embarazo determinan la participación de la mujer en el trabajo de parto. Del mismo modo, los sentimientos que la mujer expresa, serán tomados en cuenta en la planificación de las prácticas de cuidado que la enfermera proporcione. Muestra de ello lo reflejan algunas narrativas:

*“Entrevisto a mi paciente, porque no sé, no sé si llega embarazada porque ella quiso o qué pasó, eso es muy importante.” (E2:8:78)*

*“[...] es lo más importante conocer a tu paciente, los sentimientos que trae desde allá afuera [...] es que muchas vienen <traigo la ropita> y otras <ya quiero que me lo saquen>, la otra paciente <ya lo quiero conocer>, desde ahí empiezas a ver su comportamiento y dices <con ella tengo que hablar más>.” (E2:8:80)*

*“Creo que muchas sí cooperan, pero creo que muchas veces, cuando ya no te están escuchando es también por su historia de vida, por sus experiencias, sus emociones, por todo lo que traen dentro; sus miedos, no sé, a lo mejor por eso se bloquean [...]” (E8:11:87)*

*“A lo mejor tienen miedo, pero al final lo enfrentan” (E6:11:93)*

*“Pues dejamos que primero la paciente nos diga su necesidad [...]” (E1:13:102)*

El reconocer los sentimientos de la mujer en trabajo de parto facilita a enfermería comprender el comportamiento de la mujer en trabajo de parto, en un estudio cuantitativo realizado a 247 mujeres suecas en una maternidad por Waldenström y col. <sup>(96)</sup> preguntaron a las mujeres de su estudio sobre sus experiencias de nacimiento, obteniendo como resultados que el 7% de las mujeres tuvo una experiencia de parto negativa y en esta experiencia negativa se encontraron factores de riesgo como: factores relacionados con la vida social de la mujer, el embarazo no deseado y falta de apoyo de la pareja; factores relacionados con los sentimientos de la mujer durante el parto, como dolor y falta de control, lo que se relaciona con los hallazgos encontrados en nuestro estudio, ya que, en la planeación de las prácticas de cuidado que enfermería proporciona a la mujer en



trabajo de parto, consideran el conocimiento de los sentimientos de la mujer hacia su embarazo, ya que estos determinan la participación de la mujer en el trabajo de parto y parto.

También, en el estudio antes mencionado, Waldenström y col. <sup>(96)</sup> mencionan que los métodos empleados para mejorar la experiencia de las mujeres en el parto, tanto la educación para el parto y la analgesia, parecían ser menos efectivos mientras que el apoyo en el parto y la escucha de los propios problemas de la mujer pueden subestimarse, lo que concuerda con los hallazgos de este estudio ya que las enfermeras refieren utilizar la escucha activa para reconocer los sentimientos de la mujer en trabajo de parto como una práctica de cuidado encaminada a mejorar su experiencia durante este proceso.

#### **5.1.2.2 La empatía con la mujer en el trabajo de parto**

Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es crucial para iniciar una relación terapéutica, por lo que la actitud **empática** supone ponerse en el lugar del otro <sup>(97)</sup>, es decir, ver el mundo como la otra persona lo ve, captando palabras, emociones, sentimientos y lo que nos transmite con las palabras; transmitirle lo que nosotros sentimos con lo que ella nos está comunicando y valorar, junto con el otro, sus preocupaciones y problemas. Todo ello significa que a la hora de empatizar con otra persona se dejan de lado nuestros puntos de vista y ponemos en práctica los valores de cada uno y de esta manera “entramos en el mundo del otro” sin ideas preconcebidas.

La importancia de propiciar empatía durante la realización de prácticas de cuidado predomina en el favorecimiento de la confianza y el establecimiento de vínculos significativos, cuales contribuyen en la calidad de la atención <sup>(98)</sup>.

En la narrativa de este estudio, las enfermeras describen que, para llevar a cabo una práctica de cuidado adecuada a la mujer en trabajo de parto, es necesaria la empatía. Las enfermeras observan que además de platicar con la mujer y saber de

sus sentimientos es necesario comprender la situación por la que está pasando, sus creencias, los sentimientos vinculados con la ilusión de tener a su bebé, el tener esposo o no. Así mismo, describen que el hecho de que no quieran “colaborar” en su atención puede corresponder a lo que la mujer está viviendo. Expresan que cuando se logra la empatía puede ser que la mujer en trabajo de parto se sienta acompañada únicamente con la presencia de la enfermera, ya que siente que la entiende, a fin de que el trabajo de parto fluya sin complicaciones, parte de esto lo reflejan las siguientes unidades de significado:

*“Hay pacientes que no nos ayudan mucho no participan, pero también debemos entender el por qué. Cada persona es una historia de vida y debemos adecuarnos a esta persona [...]”*  
(E1:12:100)

*“Si se logra la empatía a veces es suficiente con tu presencia, algunas lo prefieren así y la mujer se siente acompañada, siente que la están entendiendo, que sí tienes la empatía con ella y así va bien el trabajo de parto”* (E8:5:44)

*“Hay mujeres que llegan en trabajo de parto y llegan con la ilusión de tener a su bebé, también hemos tenido pacientes que tuvieron un bebé no planeado: una obligación.”*  
(E2:8:78)

*“Platico con ella y le pregunto ¿tienes esposo? y me dice <no> y ¿qué empiezo a hacer? empiezo a platicar con ella a orientarla, le digo < tú debes salir adelante, etc.> [...]”* (E3:7:68)

*“En las embarazadas es muy común traer los listones rojos o los seguros en la ropa, en el consultorio donde se ingresan se les pide que se despojen de su ropa y les cortan las pulseras [...] yo le pido al familiar que él la retire, no acabo con esa fuerza que ellas llevan”* (E4:11:111)

En el estudio de Triana <sup>(97)</sup>, las enfermeras refieren que la empatía en el trabajo de parto se lleva a cabo cuando la enfermera conoce el contexto cultural de procedencia, las experiencias o historia de vida, lo que le da la habilidad para comprender verdaderamente a la otra persona lo que, en este caso, se relaciona con los hallazgos de este estudio ya que las mujeres en trabajo de parto tienen una historia de vida que, en algunas ocasiones la enfermera tiene la posibilidad de explorar lo cual le permite mejorar la interacción establecida con la mujer durante el trabajo de parto.

Para Servín <sup>(99)</sup>, ser empático se manifiesta de diversos modos, desde la capacidad de escucha, hasta un proceso en el cual se acompaña al paciente. Este último enfoque es de especial atención pues el paciente no necesita que alguien le resuelva su problema, sino que alguien lo oriente en sus propios pasos, lo que concuerda con los hallazgos de este estudio ya que las enfermeras describen prácticas de cuidado que desarrollan debido al acercamiento que construyen con las mujeres durante el trabajo de parto; valoran las emociones y sentimientos que las mujeres tienen durante este periodo y tienen la capacidad de distinguir las necesidades que cada una de ellas presentan, de esta forma brindan prácticas de cuidado humanizadas.

Por lo que el comprender lo que la mujer en trabajo de parto piensa o siente debe interesar a la enfermera, ya que al responder con sensibilidad a lo que la mujer siente, puede beneficiar a la mujer en el trabajo de parto y favorecer su actitud durante el proceso de trabajo de parto.

### **5.1.2.3 “Estar al pendiente de ellas”**

Durante la realización del cuidado de enfermería surge la interacción paciente - enfermera en donde las prácticas no deben ser el centro de cuidado de enfermería, sino que su quehacer debe estar centrado en la persona sujeto de cuidado, en comprender sus necesidades, así como en la satisfacción de las mismas. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica <sup>(47)</sup>.

Parte de este quehacer lo definen como **“estar al pendiente de ellas”**, las enfermeras señalan como una parte esencial del cuidado de enfermería proporcionar confort a las mujeres que están bajo su cuidado durante el trabajo de parto el cual se consigue realizando acciones con base en conocimientos científicos y su pensamiento crítico, cubriendo sus necesidades ya sea llevándolas al baño, levantándolas de la cama o preguntándoles lo que necesitan como una forma de

favorecer el cuidado, tratando de hacer más satisfactoria la experiencia del trabajo de parto dentro de la institución. Los siguientes relatos dejan ver la forma en que las enfermeras proporcionan sus cuidados:

*“siempre estar al pendiente de ellas, de qué es, lo que necesitan, lo que sienten” (E2:2:18)*

*“[...] me dijo <oye me anda del baño>; ¿te paso un cómodo?, es que ¿qué crees? ya me lo pasaron tres veces y no puedo hacer ahí. Bueno, agárrate, párate, te ayudo [...] regresó la paciente contenta a la cama y descendió un poco más el producto.” (E4:6:65)*

*“[...] puedes observar, valorar y sabes que este es el momento en el que está en la etapa de transición y dices <ahorita le voy a hablar y no me va a escuchar> [...]” (E7:7:62)*

*“...y entonces, te apoyas con la otra compañera, levantas a la paciente, le calentamos una solución, la colocamos en la cintura, le damos masajito y la acuesto” (E2:2:20)*

*“Le dices al pasante <cámbiale el pañal> ya está todo mojado. ¡Si de por sí no es cómodo tener contracciones y luego la cama sucia! entonces como siempre, brindarles confort” (E2:10:98)*

*“[...] tratas de hacer más ameno, menos estresante y más satisfactorio para esa mujer, la experiencia de un trabajo de parto [...]” (E4:4:39)*

*“Siempre brindarles confort a los pacientes, estar al pendiente de ellas” (E2:10:92)*

El estudio de Silva <sup>(46)</sup>, establece que se debe hacer todo tipo de esfuerzo para asegurarse de que todas las mujeres reciban apoyo, no sólo de las personas allegadas, sino también de acompañantes profesionales, especialmente formados para ello. Este apoyo debe incluir la presencia constante, que se otorguen medidas de alivio y confort y que se brinde aliento continuo. Los profesionales de enfermería deben ser percibidos por las gestantes como una persona que le dará sostén que tratará de ser delicada en el trato, acariciarla, ayudarla, sonreírle y brindarle un cuidado adecuado. Lo que coincide con los hallazgos de este estudio ya que las enfermeras, en sus narrativas, expresan que proporcionan medidas de alivio y confort a la mujer que están cuidando, tratando de hacer más satisfactoria esta etapa del trabajo de parto dentro de la institución.

Para Pott <sup>(100)</sup>, la práctica de promover medidas de confort es inherente a la profesión del enfermero, por lo tanto, inherente al cuidado humanizado y al desarrollo de un cuidado de calidad, sin embargo, muchas veces es minimizada frente a las tecnologías presentes en ambientes complejos. Resalta la relevancia de las medidas de confort que los enfermeros y su equipo llevan a cabo ya que promueven esperanza, consuelo, apoyo, aliento y logran con la asistencia de calidad el restablecimiento de la salud del individuo. Lo que concuerda con los hallazgos de este estudio en donde las prácticas de cuidado que enfermería realiza a la mujer en trabajo de parto tienen la finalidad de promover apoyo, aliento y asistencia a la mujer en trabajo de parto.

Al mismo tiempo, Scarton y *col* <sup>(101)</sup>, encuentran que los profesionales de enfermería juegan un papel importante en el cuidado del parto y debe usar su conocimiento al servicio de la parturienta, reconociendo el momento único que está experimentando por ella y su familia, lo que también coincide con las narraciones de las enfermeras de nuestro estudio ya que se utilizan su conocimiento para proveer un ambiente “más ameno” o “menos estresante” para la mujer sujeto de su cuidado.

#### **5.1.2.4 Autodeterminación de las prácticas de cuidados**

Para Hughes y Agran (1998) el término autodeterminación posee dos acepciones una en un sentido nacional político y la otra con un sentido psicológico. Para las razones de este estudio, definiremos el sentido psicológico del concepto, el cual se define como “atributo personal o disposición a tener control sobre la propia vida y destino, es decir, a ser agente causal en la propia vida. Aparece con un vehemente debate acerca del determinismo y la libertad en la conducta humana” <sup>(102)</sup>.

En esta subcategoría, el cuidado centrado en la mujer es logrado a partir de la **autodeterminación de las prácticas de cuidado** que la enfermera realiza como parte de su quehacer profesional, inicia con la valoración a la mujer en trabajo de parto, continúa con la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, la apoya con la

realización de ejercicios respiratorios, observa las facies de la mujer en cada etapa de trabajo de parto. Como resultado de esta valoración, la enfermera distingue las etapas del trabajo de parto y considera que existe una etapa, en este proceso, en el que la mujer necesita mayor atención; además, ejecuta los cuidados necesarios para mejorar la salud y bienestar del binomio, lo cual se ejemplifica en los siguientes fragmentos:

*“Pues la mantienes en vigilancia estrecha porque le estás auscultando la frecuencia cardiaca fetal, le estás apoyando con los ejercicios [...]” (E6:6:48)*

*“[...] también la observas, ves su actitud. Su expresión te dice mucho, cómo va evolucionando el trabajo de parto [...]” (E8:5:42)*

*“Hay diferentes fases en el trabajo de parto y sí, lo puedes observar, lo puedes valorar [...]” (E7:7:62)*

*“En alguna etapa a lo mejor se va a desesperar y va a requerir más atención” (E6:7:64)*

*“[...] vas monitorizando el trabajo de parto de las mujeres previa valoración [...]” (E4:2:29:)*

Tapp y col <sup>(35)</sup>, encontraron en su estudio que los enfermeros experimentaron la autonomía cuando pudieron cumplir las metas del cuidado del paciente a través de sus conocimientos y habilidades. Ellos describieron la autonomía dentro del contexto de la comprensión y contribución del plan de cuidado, valorando las necesidades y la condición del paciente, comunicando en forma efectiva las preocupaciones y prioridades del cuidado, y coordinando los recursos del equipo multidisciplinario. La práctica autónoma se consideró como obvia y poco notoria cuando los enfermeros podían implementar la continuidad del cuidado. Lo que corresponde con los hallazgos de nuestro estudio ya que podemos observar en las narrativas de las enfermeras que utilizan su conocimiento teórico, tanto de enfermería como de medicina, para llevar acabo la implementación de cuidados, los cuales están supeditados a su conocimiento enfermero ya que utilizan la valoración de la mujer en trabajo de parto para dar continuidad a su cuidado, logrando su autodeterminación en las prácticas de cuidado.

Además, otorgan importancia a la realización de prácticas de cuidado enfocadas en proporcionar autonomía a la mujer durante el trabajo de parto tales como, disminuir las sensaciones de dolor, proporcionarles una posición que ellas desean como, por ejemplo; el bajarlas de la camilla, llevarlas al baño, además de tratar de proporcionarles motivación y acompañamiento. Las prácticas de cuidado que la enfermera realiza a la mujer en trabajo de parto son llevadas a cabo de acuerdo con su experiencia, sus conocimientos y con los recursos materiales que tenga dentro del área, así como lo que la propia mujer considera adecuado en el proceso de parto, así lo denotan los siguientes fragmentos:

*“[...] que la paciente deambule [...] si así ella lo requiere o bien, que haga algunos ejercicios, porque sí las dejamos hacer ejercicios [...]” (E4:3:31)*

*“[...] guiarla, a lo mejor quiere un familiar o no, o si le incomoda más que beneficiarle, a veces no es que le beneficie su pareja, a lo mejor prefiere otra compañía, a lo mejor nada más la tuya, así se siente bien.” (E8:5:42)*

*“[...] si tiene ganas de levantarse de la cama [...] la levanto de la cama, tengo cuidado que no esté muy inquieta, [...] y si puede dar un paso o quiere dar unos pasos alrededor de la cama, que descansa un poco, se vuelve a acostar y ahí la estamos vigilando [...]” (E5:2:29)*

*“Explicarle que en el trabajo de parto ella va a estar acompañada, va a tener a alguien a su lado que le puede dar confort, que la va a estar apoyando, ya sea con los ejercicios, masaje o dándole ánimo en todo momento” (E6:4:29)*

*“[...] si la empoderas, si le das esa confianza de que ella puede hacer las cosas, sí lo hace [...] pero tú tienes que darle la confianza y mostrarle que crees en ella [...]” (E4:7:72)*

*“[...] educas, acompañas, apoyas” (E6:4:31)*

El acompañamiento continuo, a la mujer durante el trabajo de parto, también favorece la detección de complicaciones o de signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también sólidos, cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto. En este caso, Cantero y col. <sup>(103)</sup> encontraron en su estudio “acompañamiento en la sala de partos: regla o excepción” que un pequeño grupo de mujeres mostró preferencia por estar únicamente en compañía de un profesional del equipo de salud en el

momento del parto. Indagar los motivos de esta decisión no formaba parte de su investigación, sin embargo, atribuyen a esta elección el contexto social desfavorable en el que se encuentra inmersa la mayoría de las pacientes, la falta de contención familiar, la ausencia de pareja, embarazos no deseados y pudor, entre otras causas, lo que coincide con los hallazgos de nuestro estudio ya que, tal y como lo describen los discursos, algunas mujeres prefieren estar acompañadas por la enfermera.

Además, en la revisión sistemática publicada por Cochrane titulada “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”, se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto: Incremento en el parto vaginal espontáneo, disminución en el uso de analgesia intraparto, disminución en la insatisfacción y la disminución en el tiempo del trabajo de parto aportando así, una relación entre la autodeterminación de las prácticas de cuidado de enfermería, relacionadas con el favorecimiento de los factores antes mencionados.

En otro estudio cualitativo, “Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas”, Scarton *et al*<sup>(101)</sup>, encontraron que las primíparas refieren como una de las prácticas de cuidado proporcionadas por los profesionales de enfermería la ambulación, la cual estaba orientada a ayudar a la progresión del parto y, en cierto modo, permite una mayor autonomía de la parturienta sobre su cuerpo, lo que le permite a la mujer sentirse parte activa de este proceso lo que concuerda con los hallazgos de nuestro estudio ya que las enfermeras mencionan resultados similares.

Otra práctica de cuidado que enfermería realiza a la mujer en trabajo de parto se encuentra la orientación sobre el trabajo de parto, la cual proporciona a la mujer cuando llega a su institución y continua durante su estancia en el área de labor hasta el periodo expulsivo. La orientación que proporciona enfermería se refiere a la técnica de respiración que la mujer puede realizar durante la contracción, las posiciones que puede adoptar para que no se canse o estrese durante el trabajo o, simplemente, para guiarla ya que expresa, el trabajo de parto es de la mujer. Así lo refieren las siguientes narrativas:



*“orientándolas desde que ingresan al área de triage, desde ahí empieza la orientación, tú orientación [...] le vamos enseñando las técnicas de respiración que ella puede utilizar durante el trabajo de parto [...]” (E4:2:30)*

*“[...] puedes observar, valorar y [...] en los momentos que no hay contracción es cuando intervienes” (E7:7:62)*

*“En labor se les enseña cómo respirar, las posiciones que puede adoptar para que una vez que llegue ahí, no llegue cansada y estresada y pueda terminar el trabajo” (E4:3:32)*

*“[...] tu primer trabajo es guiarla porque después de todo va a ser su trabajo” (E8:5:42)*

*“[...] el platicar con la paciente, la conversación [...] la vas orientando [...]” (E7:3:25)*

*“[...] cómo debe respirar y qué posiciones debe adoptar para que esto sea más tolerable para ella [...]” (E4:3:32)*

Caron y Silva <sup>(93)</sup> realizaron un estudio en un centro obstétrico de los hospitales de São Paulo en donde describen que, por medio del tacto, la enfermera percibe la dinámica de las contracciones y aprovecha el momento para orientar a la parturienta. Al llamarla por su nombre, usa la técnica de expresión que incentiva la verbalización del interés, en una demostración de que la parturienta existe como persona, con identidad distinta de las demás; lo que se coincide con los hallazgos de este estudio ya que, en este caso, la enfermera refiere que orienta a la mujer en trabajo de parto desde que ingresa al área de labor y refuerza la importancia de colaborar con la parturienta, valorizándola como persona, tal y como describen los anteriores autores.

Tapp y col<sup>(35)</sup>, en su estudio sobre la autonomía en la práctica de enfermería refieren que los relatos de los enfermeros dan ejemplos de la práctica en los cuales hay oportunidades de tomar decisiones y actuar. Algunos ejemplos que refieren son de enseñanza al paciente, apoyo psicológico, comodidad e intervenciones para el dolor, medidas de comodidad que se ofrecieron para ilustrar la toma de decisiones independiente y la acción, lo que coincide con los hallazgos de nuestro estudio, ya que la enfermera realiza prácticas de cuidado que están descritas por la OMS como

favorecedoras del trabajo de parto, que favorecen la relación entre la enfermera y la mujer en trabajo de parto y la satisfacción de la mujer sujeto de cuidado.

### 5.1.3 Subcategoría: Cuidado transpersonal

**Tabla 5.**

Subcategoría
Cuidado transpersonal
Propiedades.
Cuidar la integridad de la mujer

Tabla 5. Elaborado por Cortés-García MR. 2017. Fuente: Entrevista realizada a enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México y Estado de México que trabajan o han trabajado en el área de tococirugía. México. Septiembre 2017.

Para Watson <sup>(45)</sup>, el término “transpersonal” quiere decir más allá del propio ego y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. El objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior. se caracteriza por el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera trata de conservar el espíritu incorporado y no de reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Así mismo, explica que el desarrollo espiritual significa sensibilizarse con uno mismo y los demás, desarrollar relaciones basadas en un auténtico cuidado confiable, permitir la expresión de sentimientos positivos y negativos al escuchar las historias de otros, con el cuidado creativo basado en la solución de problemas, la enseñanza aprendizaje, lo relacional, lo significativo y lo subjetivo interior; contar con creación de ambientes de curación/ser el campo de caritas, efectuar actividad de asistencia de las necesidades básicas; tocar la mente, cuerpo y espíritu y no solo el cuerpo físico <sup>(104)</sup>.

Por lo que, para realizar el cuidado, es necesario considerar los valores humanísticos altruistas, además de practicar el amor, la bondad y ecuanimidad para consigo mismo y con los otros, en los discursos las enfermeras desarrollan, como parte de sus cuidados, el papel de protección de la mujer en trabajo de parto, principalmente, cuando los médicos o residentes de medicina realizan prácticas que atentan contra la dignidad de las mujeres, como los tactos vaginales constantes, el mal trato, realizar procedimientos que no están descritos como favorecedores del trabajo de parto o el quitar, a la mujer, sus pulseras al ingresar al área de trabajo de parto ya que no se está respetando sus creencias y cultura. Ante este tipo de situaciones, las enfermeras refieren proteger a las mujeres, defendiéndolas de las prácticas que les realizan y que pueden invadir su dignidad humana, aunque esto, en algunos casos, les genera problemas con sus compañeros médicos o incluso le resulte necesario ir en contra de lo establecido por la institución que labora. Muestra de ello lo describen los siguientes relatos:

*“[...] los internos y los residentes, yo sé que así lo van a aprender, el hecho de estarla tocando y a veces estarla dilatando ellos mismos, es muy incómodo [...] Pues luego te das un round con los médicos, o sea <espérense ya la revisó el interno> espérense otro ratito [...] a veces siento que se pasan mucho.” (E2:5:42)*

*“Pues a final de cuentas no puedes intervenir como tal, a lo mejor puedes darle tu comentario y decirle a la enfermera < de acuerdo con este lineamiento eso ya no se debe hacer> pero es en un lugar aparte” (E6:15:133)*

*“[...] No me voy a conflictuar con mis compañeros, de alguna manera estoy tratando de respetar el trabajo que está haciendo la mujer. Le comento a ella <no te preocupes, ignora a las demás personas, sólo concéntrate en las indicaciones que te estoy dando: cierra los ojos y escucha mi voz>” (E4:8:91)*

*“[...] a veces les hacen lo que se llama la maniobra de Kristeller [...] (E3:6:60)*

*“Yo, al menos sí les permito las pulseras, no se las corto, me hecho el round, pero yo les digo a mis compañeros <no me digas nada, yo le di permiso, que se deje puesta la pulsera> [...]” (E4:11:113).*

*“[...] la falta de respeto hacia las mismas pacientes es lo que yo creo que debemos evitar” (E1:19:140).*

El concepto de dignidad humana es una expresión eminentemente ética. La dignidad humana es el derecho que tiene cada ser humano de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona y Kant concibe la “dignidad” como un valor intrínseco de la persona moral, la cual no admite equivalentes. La dignidad no debe ser confundida con ninguna cosa, con ninguna mercancía, dado que no se trata de nada útil ni intercambiable o provechoso. Lo que puede ser reemplazado y sustituido no posee dignidad, sino precio. Cuando a una persona se le pone precio se la trata como a una mercancía <sup>(105)</sup>.

A través de los discursos se observa que la enfermera distingue prácticas del personal de salud que se realizan a la mujer y que afectan la dignidad y las creencias de la mujer, expresan desarrollar el papel de defensora de la mujer de este tipo de acciones, lo cual les genera conflictos entre sus compañeros; sin embargo, la enfermera enfatiza las acciones que no están fundamentadas como prácticas que mejoren el trabajo de parto.

En el estudio de las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto, Giraldo y *col* <sup>(91)</sup>, las mujeres describen el tacto vaginal y el Kristeller como un sentimiento desagradable, en voz de las enfermeras nos dicen que realizan prácticas de protección a la mujer en diversas formas ya que, en su conocimiento y experiencia observan que este tipo de prácticas no son agradables para las mujeres y que, al realizarlas, los médicos transgreden la dignidad humana de la mujer ya que ésta tiene el derecho a ser respetada y tratada como un ser humano y no como un objeto útil para el aprendizaje de ciertas prácticas.

## 5.2 Categoría 2. Prácticas de cuidado naturalizadas

Un mayor énfasis en los aspectos biomédicos modifica, aún más, los cambios en las actividades de enfermería y reduce la importancia de la atención. Las “prácticas de cuidado naturalizadas”, como nosotros las llamamos, son aquellas prácticas que enfermería lleva a cabo de forma dentro de su jornada laboral, las cuales están establecidas por las instituciones de salud y forman parte de la atención a las mujeres en trabajo de parto, las cuales no pueden ser cuestionadas o, incluso, se desarrollan de forma natural, sin ser reflexionadas.

Waldow <sup>(51)</sup> refiere que las prácticas de cuidado no se llevan a cabo dentro de las instituciones de salud ya que la enfermera tiene que cumplir con lo establecido por el modelo hegemónico en las instituciones de salud.

**Tabla 6.**

Categoría 2.	
Prácticas de cuidado naturalizadas.	
Subcategoría	Propiedades.
Cuidar en el modelo hegemónico	La herencia del modelo hegemónico. La institución como limitante del cuidado.
Sistema de relaciones dominantes	Relaciones de poder. Prácticas diferenciadas.

Tabla 6. Elaborado por Cortés-García MR. 2017. Fuente: Entrevista realizada a enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México y Estado de México que trabajan o han trabajado en el área de tococirugía. México. Septiembre 2017.

### 5.2.1 El cuidado en el modelo hegemónico

**Tabla 7.**

Subcategoría	
Cuidar en el modelo hegemónico	
Propiedades.	
La herencia del modelo hegemónico.	La institución como limitante del cuidado.

**Tabla 7.** Elaborado por Cortés-García MR. 2017. Fuente: Entrevista realizada a enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México y Estado de México que trabajan o han trabajado en el área de tococirugía. México. Septiembre 2017.

Durante el nacimiento del sistema capitalista, a fines del Siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX nace la clínica, en este caso, tanto la clase obrera como los dueños de los medios de producción y el Estado requiere de una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia; es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra que posibilite un desarrollo, control y legitimación del sistema dominante <sup>(36)</sup>, considerando lo anterior, surge el sistema de salud bajo el modelo hegemónico médico que tiende a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área de salud.

Con lo anterior, Parsons citada por Poblete <sup>(106)</sup>, define que los subsistemas institucionales tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en los individuos, que ingresan a ellos, un control social como cualquier subsistema social, de tal forma que rápidamente los individuos se adaptan a sus normas y funcionamiento, es por ello por lo que, probablemente, sea el aspecto institucional el responsable de modificar las prácticas de cuidado de enfermería en la institución de salud ya que el rol que enfermería cumple dentro de las instituciones hospitalarias está socialmente estructurado.

### 5.2.1.1 La herencia del modelo hegemónico

El lugar que actualmente ocupamos en el mundo de la medicina no es “natural”, es una situación que exige una explicación. La opresión de las trabajadoras sanitarias y el predominio de los profesionales masculinos no son resultado de un proceso “natural” directamente ligado a la evolución de la ciencia médica, ni mucho menos producto de una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo el trabajo de sanadoras. Al contrario, es la expresión de una toma de poder activa por parte de los profesionales varones. En esa lucha se dirimían cosas muy importantes. Concretamente, el monopolio político y económico de la medicina, esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio reporta. <sup>(107)</sup>

Acorde con lo anterior, consideramos las siguientes **prácticas rutinarias** en el área de labor como prácticas de enfermería heredadas del modelo hegemónico: **la recepción de material y equipo antes de proporcionar cuidados a la mujer en trabajo de parto, el seguimiento de indicaciones médicas y la ministración de medicamentos con horarios fijos** sin una previa valoración de las condiciones de salud de la mujer sujeto de cuidados.

Una rutina, según el diccionario de la Real Academia de la lengua <sup>(108)</sup>, es una costumbre o hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y de manera más o menos automática; en el caso de enfermería, las rutinas pueden ser innecesarias en el momento de brindar cuidado, ya que la **recepción del material** es una actividad que se lleva a cabo en el desarrollo operativo, como parte de lo establecido, mas no como una acción de cuidado que mejore o preserve la salud de la mujer en trabajo de parto y/o la proteja; un ejemplo de cómo da muestra las siguientes unidades de significado:

*“[...] llego y primero que nada, a veces le damos prioridad al material; el material, siempre es el material, de que te falta esto, te falta el otro” (E2:8:72)*

*“[...] recibimos lo que es nuestro material, que esté todo completo nuestro material.”  
(E3:9:98)*

En este caso, Lee y col. citados por Lopera <sup>(109)</sup>, en su estudio, refieren que “el aumento de trámites y tareas administrativas para las enfermeras ha llevado a una disminución en el cuidado directo” lo que se relaciona de manera directa con los hallazgos de este estudio ya que las enfermeras expresan realizar actividades de tipo administrativo, refiriendo la recepción del material y equipo como la primera actividad que realizan al llegar al servicio.

Por otro lado, en el mismo estudio, de Lopera <sup>(109)</sup>, las enfermeras diferencian las funciones que desempeñan con criterio y autonomía de las que consideran “carga”; cuando se deben cumplir por una orden o por un protocolo que no pueden modificar y que terminan ejecutándose de forma mecánica como una rutina, lo que consideramos, coincide con los hallazgos de nuestro estudio ya que las enfermeras expresan “siempre es el material” como una actividad que no pueden modificar y que tiene repercusiones si no la cumplen “que te falta esto, que te falta el otro”.

Otros hallazgos que ejemplifican el uso de rutinas en enfermería, lo encontramos en el estudio de Tapp y col <sup>(35)</sup>, en donde algunos enfermeros comentaron su frustración sobre la forma en que las rutinas rígidas y las prácticas estrictas (por ejemplo, “esta es la forma en que siempre lo hemos hecho”) pueden disminuir la autonomía en la práctica clínica, lo que tendríamos que tomar en cuenta como disciplina enfermera para la toma de decisiones y, de esta manera, influir de forma directa en el aumento de la autonomía profesional de enfermería.

En este caso, la enfermería no ha ejercido su autonomía frente al hecho de recibir material, enfermería tendría que establecer su actuar con base en la aplicación de un juicio crítico basado en conocimientos, establecer su propia práctica, ejercicio, autoridad y responsabilidad sobre las propias decisiones <sup>(36)</sup> que como gremio se tomen, en las cuales debe imperar el cuidado directo en primer lugar

Una vez terminada la recepción de material, así como verificar que la infraestructura se encuentre en condiciones favorables de uso, en segundo orden, se otorga el cuidado de la mujer y se prioriza el **cumplimiento de las indicaciones médicas**.



Con esta práctica prevalece el apoyo y asistencia al médico y no a la mujer en trabajo de parto; los siguientes discursos dan muestra de ello:

*“[...] ya después recibes a tus pacientes, empiezas a tomar signos vitales y veo indicaciones, todo” (E2:8:72)*

*“[...] llego checo mis signos, paso mis antibióticos, me voy a comer y a lo que sigue, punto.” (E2:5:44)*

*“Yo que estoy en salas, verifico que las cunas estén limpias, sino me pongo a limpiarlas y surto lo que necesito para dar la atención de enfermería” (E3:9:98)*

*“[...] y después se actualizan indicaciones, vamos pasando medicamentos conforme a horarios” (E2:12:97)*

En un estudio descriptivo <sup>(110)</sup> realizado en dos instituciones privadas y una de carácter social, en donde se buscó determinar la importancia de la administración de enfermería y sus implicaciones en el cuidado de los pacientes, se encontró que en las instituciones públicas las enfermeras manifestaron dedicar poco tiempo al cuidado toda vez que sus labores administrativas tales como: revisión de órdenes médicas, coordinación de actividades, elaboración de notas de cargo y de pedidos contribuyeron a que el cuidado pasará a segundo plano, siendo la administración del servicio la actividad laboral fundamental, lo que concuerda con los hallazgos de nuestra investigación ya que las enfermeras expresan realizar en primer orden actividades administrativas y en segundo orden actividades de cuidado, lo que disminuye la realización de prácticas de cuidado de enfermería centradas en la mujer en trabajo de parto.

Por otro lado, en un estudio etnográfico, Alcaraz y col. <sup>(111)</sup>, encontraron que el trabajo de los profesionales de enfermería se diluye en las funciones de coordinación de los servicios a lo que ellos nombran “administrar la sala”, en donde los enfermeros participantes señalaron que dedican casi todo su tiempo labor a actividades requeridas por la administración del servicio y a otras que podría llevar a cabo una secretaria, diligencias que ellas mismas califican como actividades que no les incumben, la parte administrativa, lo que puede relacionarse con las narrativas de las enfermeras de nuestro estudio ya refieren realizar actividades que

no conciernen al cuidado directo de la mujer en trabajo de parto, expresan que “limpian cunas” lo que corresponde al servicio de limpieza, “surten material” corresponde al área administrativa y “actualizan indicaciones” actividad administrativa de enfermería, lo que le deja menor tiempo para brindar el cuidado que necesita la mujer en trabajo de parto.

En este mismo estudio “Funciones del profesional de enfermería en las salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo”, Alcaraz y *col* <sup>(111)</sup>, describieron que las enfermeras realizan, primordialmente, actividades médico-delegadas, seguidas de actividades propias de secretaria de sala y de actividades administrativas de la institución, así mismo, la obligación de múltiples tareas lleva al profesional de enfermería a priorizar las actividades de cuidado, para brindar el cuidado directo respecto a condiciones biológicas y a procedimientos técnicos especiales; relegando, de esta manera, el cuidado de enfermería a un segundo plano. Lo que coincide con las narrativas de las enfermeras de nuestro estudio ya que, al llegar al turno realizan, en primer orden, actividades administrativas y en segundo, el cuidado directo a la mujer sujeto de cuidado.

En el estudio “el proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales”, Ledesma-Delgado y Mendes <sup>(112)</sup>, encuentran que en la organización de su trabajo, la enfermera da privilegio a las aplicaciones de medicamentos en la regulación del tiempo disponible conforme al número de pacientes y a las prescripciones medicamentosas, describen que la investigación de las necesidades y condiciones de los pacientes, basada en el tratamiento médico y percepciones de incomodidad, es realizada como una acciones de cuidado rutinaria, evalúan las necesidades y condiciones del paciente por medio de un proceso de recolección de información, no sigue un estándar determinado y prioriza datos del tratamiento médico que orientan los aspectos a evaluar y observar lo que se revela como un elemento central del cotidiano de las enfermeras en el contexto hospitalario. Lo que también coincide con los hallazgos de nuestro estudio ya que las enfermeras realizan el seguimiento de rutinas como parte de su quehacer enfermero, priorizando la

ministración de medicamentos con base en la prescripción y tratamiento médico, no así, desde la priorización de cuidados de enfermería.

Lopera <sup>(109)</sup> encontró que las enfermeras llevan a cabo una práctica en la cual predominan las acciones rutinarias guiadas por protocolos. Un trabajo guiado por protocolos se puede convertir en una rutina ya que se va acomodando a las pautas de evaluación de desempeño y no a su criterio profesional, estos hallazgos son coherentes con los de nuestro estudio en el cual, las enfermeras expresan que llevan a cabo prácticas estandarizadas que realizan de forma rutinaria cada vez que llegan a su área de trabajo.

Otro de los hallazgos relevantes, son los concernientes al **saber de la enfermera** sobre sus conocimientos científicos sobre el trabajo de parto, que pueden ser utilizados de manera interdependiente o independiente y que, sin embargo, son llevados a cabo **bajo la autorización médica** o en ausencia de los médicos, ejemplo de ello son la valoración obstétrica, valoración de la ministración de oxitocina, hacer uso de métodos no farmacológicos para el dolor o el uso de ejercicios psicoprofilácticos; tal como lo muestran las siguientes unidades de análisis:

*“[...]una paciente de 16 años, primigesta [...] como no bajaba el ginecólogo le dije <pasa, vamos a escuchar a tu bebé>, le hago tacto y ¡está completa!, entonces le hablé al ginecólogo <venga a revisar a la paciente> él dice <está completa>, la ingresamos y como a los 15 minutos parió” (E4:5:55)*

*“[...] en ocasiones, cuando no hay pediatra, nosotros tenemos que recibir al recién nacido, darle los cuidados inmediatos” (E3:9:100)*

*“Algo que salga del contexto ¡intervienes! no hay de que, <le toca al médico, ¡no! te toca resolver a ti>” (E7:4:34)*

*“[...] psicoprofilaxis me ha ayudado a concentrar a las pacientes durante su trabajo de parto” (E2:2:20,22)*

Para Lapeña y col <sup>(113)</sup>, los profesionales identifican que la falta de clarificación del rol de cada profesional implicado en el cuidado forma parte de los problemas

organizativos que generan malas relaciones. De manera que, si cada profesional conociera las actividades concernientes a su rol y al rol de los demás, nadie se sentiría molesto ante las actuaciones del otro, se eliminaría el estrés referido por aquellos profesionales que asumen tareas que competen a otros, y enfermería – como colectivo – dejaría de tener la sensación de tener que mostrar constantemente su valía y credibilidad profesional, lo que contribuiría a aumentar la autonomía profesional de los enfermeros, lo que coincide con los hallazgos de este estudio, ya que los profesionales de enfermería tienen las competencias necesarias para tomar decisiones en el momento en que se requiere y, teniendo un rol como profesional de salud, con libertad en la toma de decisiones como parte de un equipo multidisciplinario y no sólo en ausencia de un médico, contribuiría a mejorar las prácticas de cuidado realizadas a la mujer en trabajo de parto.

En otro estudio, Alcaraz y *col* <sup>(111)</sup> describen que las enfermeras se reconocieron como el centro, “las toderas”, las responsables que deben responder por todo lo que pasa en el servicio e incluso asumir todo tipo de actividades cuando no se dispone del personal específico, lo que se relaciona con las narrativas de las enfermeras de nuestro estudio ya que relatan las prácticas, de cuidado o no cuidado, que realizan en el área de tococirugía que no están explícitas como parte de un lineamiento institucional y que, sin embargo, las realizan únicamente bajo autorización médica y/o cuando no existe personal médico que las realice, lo que las envuelve en múltiples actividades que no tienen un claro enfoque en su objeto de estudio y que invisibiliza el actuar de enfermería.

Dentro de la subcategoría el cuidado en el modelo hegemónico, en el discurso de las enfermeras entrevistadas se observa que las prácticas que enfermería realizan están supeditadas a protocolos de atención, como parte de la herencia del modelo hegemónico. Las narrativas de las enfermeras hacen referencia a las siguientes: colocar una vía periférica a la mujer en trabajo de parto para ministrar medicamentos o soluciones en cuanto ingresa a la institución, la ministración de oxitocina es para que el trabajo de parto sea más rápido, la indicación de ambas: **acceso venoso periférico y la ministración de oxitocina** debe ser en base a una valoración

individualizada de la mujer en trabajo de parto pero, sin embargo, según las narrativas de las enfermeras, eso no sucede. Otra práctica que enfermería realiza en el área de tococirugía es la de **asistir al médico**. Las enfermeras dan muestra de ello en las siguientes narrativas:

*“A lo mejor el uso de oxitocina sí es como <ayuda> ya para darle <un empujoncito> a su dinámica uterina de trabajo de parto” (E4:5:45)*

*“Canalizarla, ponerle oxitocina, la tricotomía, a lo mejor los registros, que también no son valorados <a todas ponle el registro> [...]” (E6:14:129)*

*“[...] la venoclisis, no es valorada, son acciones que se hacen por rutina, que a lo mejor tú como enfermera podrías decir <no lo amerita> [...]” (E7:13:115)*

*“Ni siquiera teníamos vía. Se le puso oxitocina intramuscular, y después de que parió, se le colocó una vía” (E4:6:61)*

*“Tienes que hacer lo que tu médico te dice, las valoraciones médicas <tienes esto y te vamos a ingresar> aunque no tenga condiciones, unas buenas condiciones para su ingreso” (E7:2:6)*

*“[...] canalizar una vía, si es necesario ponerle medicamentos, verificar el goteo [...] asistir al médico durante las revisiones, pasar a la mujer a la sala de expulsión, cuando vaya a nacer su bebé, también asistir al médico, tanto al pediatra como al ginecólogo” (E1:11:92)*

*“Asistir al pediatra o a la ginecóloga [...]” (E3:9:100)*

En México, existe la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y Guías de práctica clínica basadas en evidencia científica las cuales orientan la práctica de enfermería en la atención a la mujer en trabajo de parto; en ellas se exponen prácticas descritas como “rutinarias”, las deben realizarse con previa valoración y no se deben realizar de forma habitual, también describen prácticas de cuidado que fortalecen la autonomía y el respeto de las creencias de la mujer en trabajo de parto.

Por otro lado, Rodrigo y Monforte-Royo <sup>(114)</sup>, puntualizan que la profesión de enfermería en España ha tenido dificultades para asumir las responsabilidades que han llegado a asociarse con su función de cuidado profesional, refieren que no

estado, tradicionalmente, involucradas en la toma de decisiones, siendo esta última responsabilidad de los médicos y debido a las dificultades que han tenido para asumir los riesgos asociados sigue habiendo una tendencia entre las enfermeras españolas a dejar la toma de decisiones en manos de los médicos. Lo que coincide con los resultados de nuestra investigación ya que se aprecia que las enfermeras tienen el conocimiento necesario para poder realizar prácticas de cuidado autónomas y llevar a cabo toma de decisiones fundamentadas en la norma antes mencionadas, lo que contribuiría a la realización de mejores prácticas de cuidado que beneficiarían a la mujer en durante el trabajo de parto; sin embargo, no llevan a cabo la toma de decisiones sino el seguimiento de indicaciones médicas y el “asistir” al médico en lo que necesite.

#### **5.2.1.2. La institución como limitante del cuidado**

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, Abbês <sup>(115)</sup> refiere que las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados a través de un trabajo vivo y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo, el acto de cuidar, dentro de las instituciones de salud es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidado centrados en el paciente sino centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado crisis en las instituciones; además, se agrega el hecho de que el modelo de atención del médico, empobrece y, se puede decir, invisibiliza las acciones cuidadoras del resto del equipo de salud.

Molina-Mula y *col* <sup>(116)</sup>, describen que la institución de salud estandariza la práctica de la atención médica, lo que tiene un impacto en la autonomía profesional y del paciente en lo que respecta a la toma de decisiones. Establecen que la gubernamentalidad, se entiende como un mecanismo de control social sobre las vidas de las personas (Foucault, 1979), se refieren al ejercicio del poder a niveles económicos, históricos y sociales y consigna la vida biológica como un evento político, lo que ha sido utilizado en la atención médica de múltiples maneras,

incluyendo comprender cómo las prácticas de gestión pueden controlar la capacidad de toma de decisiones de los pacientes y cómo la administración puede moldear la práctica de enfermería a través de la instrumentación y estandarización de protocolos y guías.

Para Butelman, citado por Poblete <sup>(106)</sup>, la instancia institucional determina las fronteras, más o menos precisas, más o menos permeables entre el adentro y el afuera; la que decide sobre los individuos que la integran, sobre los extraños; recibe mandatos y demandas, genera proyectos, planes, programas; edifica una estructura organizativa, instala procedimientos y rutinas; favorece u obstaculiza procesos de cambios; genera mecanismos y modos de regulación de conflictos en un aparato jurídico normativo.

En concordancia con lo anterior, la enfermera identifica los **lineamientos de las instituciones** como uno de los factores limitantes de las prácticas de cuidado enfocadas en la mujer en trabajo de parto, ya que existen rutinas estandarizadas y funciones instituidas que no le permiten ejercer prácticas de cuidado individualizadas y centradas en el cuidado holístico a pesar de tener el conocimiento para hacerlo. Si la enfermera llegara a desobedecer estos lineamientos, es reportada con sus superiores, lo cual refuerza, el apego al cumplimiento de lo establecido. Los siguientes discursos de las enfermeras dan muestra de ello:

*“Desde que entra la paciente, en camilla con barandales, para el uso de sus necesidades fisiológicas tiene que hacer el uso de cómodos, no adopta posiciones en los que ella se siente cómoda [...] sólo puede girarse a su derecha y a su izquierda, de preferencia de su lado izquierdo ¡no más!” (E4:4:43)*

*“El hecho de pasar un cómodo es decirle a la Señora <voy a pasarle un cómodo> y pensar; ¡pues no es tan cómodo, está frío! (E2:6:52)*

*“Esta es una forma muy prehispanica, el que estén en una camilla, que las pacientes pudieran caminar creo que les ayudaría mucho” (E3:4:50)*

*“[...] pero la institución, las normas o los lineamientos institucionales dicen < tienes que poner una venoclisis, tienes que hacer una tricotomía, tienes que acostarla>” (E7:13:115)*

*“La venoclisis, hay instituciones que son de norma, o sea, <pasa paciente> y le instalas la venoclisis” (E8:13:112)*

*“[...] <la paciente tiene estas indicaciones, está ingresada desde hace horas y no le han puesto una venoclisis>, cuando es una paciente que a lo mejor tiene su trabajo de parto que puede evolucionar tranquilamente, pero sino le ven <colgada la venoclisis> ¡no has hecho nada!” (E7:14:121)*

*“No es porque la enfermera decida o diga <estos son los cuidados que voy a dar a mi paciente en trabajo de parto> ¡no! porque son lineamientos institucionales que, si tú no los haces, de inmediato te reportan los médicos en la jefatura en enfermería [...]” (E7:14:118)*

En el estudio de Ledesma-Delgado y Mendes <sup>(112)</sup>, las enfermeras identifican en la estructura hospitalaria, las acciones/ interacciones de cuidado también siguen las rutinas estandarizadas y funciones instituidas como una forma de disciplinar el trabajo, mostrándose como elementos orientadores. Concluyen que la enfermera, como actor social, interactúa con sus pares y formula indicaciones de conducta a partir de las normas institucionales y, de ese modo, orienta su interacción con otros, alienándose cuando realiza tareas definidas por la institución de salud. Así mismo, encuentran como factor determinante de sus acciones/interacciones de cuidado, las prescripciones médicas. Lo que concuerda con los hallazgos de nuestro estudio ya que las enfermeras refieren que realizan prácticas que están estandarizadas dentro de las instituciones que, aunque ellas no concuerden con realizarlas, deben llevarlas a cabo como parte de su quehacer institucional y su interacción con los demás profesionales.

Por otro lado, Molina-Mula y col <sup>(116)</sup> en su estudio, definen un tema general al que llamaron “impacto de la instrumentalización del sistema de salud en la autonomía del paciente”, en donde obtuvieron 3 premisas, una de ellas es “la estandarización de la práctica de enfermería” la cual describe que la institución determina la actividad de una enfermera a través de una serie de normas y protocolos, por lo tanto, hay referencias constantes en los registros con respecto a si se ha llevado a cabo una determinada prueba, si se han cumplido los protocolos, etc. por lo que, las enfermeras asumen este papel delegado por el médico y la gerencia las condiciona



continuamente. Lo que es coherente con los hallazgos de nuestro estudio ya que las enfermeras observan y valoran que algunas prácticas no deben ser realizadas a la mujer en trabajo de parto ya que, consideran, no son necesarias, sin embargo, deben cumplir con ellas ya que si no las realizan se les llama la atención por medio de la jefa de enfermería, lo que controla la capacidad de la toma de decisiones de la enfermera y el moldeamiento de sus prácticas de cuidado.

Acorde con lo anterior Tapp y col <sup>(35)</sup>, encontraron que los enfermeros creyeron que su relación con los directores de enfermería tiene una influencia importante en su autonomía, y expresaron muchas expectativas. Ellos esperan que sus decisiones sean apoyadas por el director de enfermería en situaciones difíciles (por ejemplo, "voy a estar al lado del personal de enfermería y tendré en cuenta sus juicios hasta que se pruebe que están equivocados "), lo que se parece a las narrativas de las enfermeras de este estudio ya que se observa que tienen el conocimiento y la autodeterminación para realizar prácticas de cuidado centradas en la mujer en trabajo de parto dentro de la institución, sin embargo, no encuentran el apoyo necesario de las jefas de enfermería, para llevarlas a cabo.

En las narrativas, también se puede apreciar que las enfermeras perciben que las **normativas** pueden ser **diferentes de una institución a otra**, o incluso, de un turno a otro, por lo que la enfermera, al trabajar en instituciones o turnos con normativas distintas, realiza prácticas de cuidado dependiendo de la normatividad de la institución en la que se encuentre laborando, lo cual se puede ejemplificar en los siguientes discursos:

*“Algunas creo que son afortunadas, en el sentido de que se topan con una guardia en específico que sobre todo hace el trabajo <fuera de lo normal>; es decir, fuera de protocolos hospitalarios a los cuales estamos acostumbrados” (E4:1:23)*

*“El manejo, la valoración, la libertad de concientizar a la mujer en trabajo de parto es totalmente diferente en esta institución y en la otra. Son muchos aspectos en lo que son diferentes” (E7:2:6)*

*“En esta institución si ella siente mucho dolor [...] a lo mejor no hay nadie que la oriente; en la otra no, en ese momento le das el tiempo, le dices que es normal, le explicas; entonces, es diferente” (E8:3:13)*

*“[...] por ejemplo, en otro turno que estaba, no las podía tocar porque el médico no lo permitía, [...] aquí los médicos son muy accesibles” (E3:10,13)*

*“[...] instalar un acceso venoso, por protocolo institucional, no es impedimento en algunas guardias, para que la paciente deambule con todo y su tripié” (E4:2:31)*

*“Los cuidados de enfermería son por normativa. Ciertos cuidados son especiales y se le da mayor responsabilidad al enfermero general” (E1:1:10)*

*“En otros turnos el personal no es tan abierto a estas prácticas o más bien no quiere arriesgarse y, sobre todo, dedicarle tiempo a la mujer [...]” (E4:5:53)*

Galbany-Estragués y Comas-d'Argemir <sup>(117)</sup>, encontraron, con respecto al cuidado y la autonomía, que enfermería ha ganado poder en las instituciones de salud, en donde las dimensiones simbólicas se asocian con el valor y reconocimiento de ciertas actividades y profesiones. Esto se relaciona con los términos organizativos y en relación con la profesión médica, pero no puede generalizarse a la enfermería en general. Lo que podemos relacionar con los hallazgos de nuestro estudio ya que enfermería realiza prácticas de cuidado a la mujer en trabajo de parto que no podían realizarse con anterioridad en algunas instituciones o turnos lo cual, podríamos evidenciar como un ejemplo de la autonomía profesional de enfermería.

Por otro lado, las enfermeras mencionan que la **sobrecarga de trabajo** también es una limitante para poder llevar a cabo prácticas de cuidado integrales, expresan que tratan de cumplir con los lineamientos que favorecen la autonomía de la mujer en trabajo de parto; sin embargo, reconocen que la falta de recursos humanos y la carga laboral disminuyen la probabilidad de dar un cuidado centrado en la mujer en trabajo de parto, un ejemplo de cómo da muestra los siguientes fragmentos:

*“[...] y así cada una y como fueran saliendo [...] ya en ese momento la vamos canalizando, le vamos haciendo todo [...] y las que están <estancadas>, bueno pues poco a poco las vamos conduciendo” (E1:18:134)*

*“A veces no les puede dar tanta calidez por la sobre carga de trabajo que tienes, hay ocasiones en que llegamos a tener doce o quince pacientes, algunas en camilla y luego sentadas” (E2:2:18)*

*“A veces, como personal, decimos que el trabajo de parto humanizado ¿cuál humanizado? ¡aquí no se puede dar con tanto trabajo!” (E2:2:20)*

*“A veces siento que no se dan tantos cuidados por el exceso de trabajo [...]” (E3:8:88)*

*“El platicar con la paciente no te da tiempo muchas veces, le explicas cómo va a ir evolucionando su trabajo de parto, le podrás dedicar unos dos minutos y ya, te tienes que ir con las otras diez que están ahí.” (E7:4:25)*

Para Lee, citada por Lopera <sup>(109)</sup>, “el aumento de trámites y tareas administrativas para las enfermeras ha llevado a una disminución en el cuidado directo”; para De la Rosa y Zamora <sup>(118)</sup>, “la carga laboral ha obligado a las enfermeras a dedicar menos tiempo al cuidado”; Galbany-Estragués y Comas-d’Argemir <sup>(115)</sup>, describen que la falta de tiempo es la razón que se da más a menudo como una explicación de por qué la práctica de la enfermería se está desvinculando de la teoría de enfermería, en el estudio de Alcaraz y col <sup>(111)</sup>, refieren que con la disminución de recursos humanos, a las enfermeras se les asigna, en ocasiones, varias salas con alto número de pacientes, razón por la cual no dan el cuidado directo a los pacientes y se ven obligados a delegarlo, los resultados de los tres estudios anteriores coinciden con lo que refieren las enfermeras de nuestro estudio, ya que consideran que la sobrecarga de trabajo la obliga a dedicar menor tiempo a la mujer en trabajo de parto y, al mismo tiempo, la lleva a realizar prácticas mecanizadas que Waldow refiere como prácticas de no cuidado.

Así mismo, consideran que la **infraestructura, distribución y abastecimiento del área de labor o de tococirugía** no es adecuada para brindar un cuidado centrado en la autonomía de la mujer, describen la organización del área como inadecuada porque no les permite llevar a cabo un cuidado que satisfaga las necesidades básicas fisiológicas de las mujeres o el tener medicamentos necesarios para darles atención. Lo que describen en las siguientes unidades de significado:

*“[...] no puede levantarse al baño porque en primera ¡no hay baño! y le tienes que estar pasando cómodos [...] ¡Ni siquiera puedo cubrir una necesidad básica de la paciente!”  
(E7:13:115)*

*“[...] luego el espacio [...]” (E6:2:10)  
“a veces tenemos déficit de material, entonces tenemos que tener <nuestro guardadito>”  
(E2:11:100)*

Ledesma-Delgado y Mendes <sup>(112)</sup>, refieren que las enfermeras, delante de las condiciones de la estructura organizacional, se convierten en organismos activos capaces de modelar su línea de actuación, basándose en lo que consideran importante y significativo lo que se relaciona con los resultados de nuestro estudio ya que las enfermeras visualizan el “deber ser” como parte de la realización de prácticas de cuidado que, sin embargo, no puede llevarse a cabo por las limitantes que proporciona la institución desde la infraestructura hasta los recursos materiales, por lo que es difícil que las enfermeras brinden un cuidado humanizado a la mujer en trabajo de parto cuando la infraestructura de la institución no cuenta con el espacio y los servicios básicos indispensables para llevar a cabo una práctica de cuidados humanizados.

### 5.2.2 Sistema de relaciones dominantes

**Tabla 8.**

Subcategoría	
Sistema de relaciones dominantes	
Propiedades.	
Relaciones de poder.	Prácticas diferenciadas.

Tabla 8. Elaborado por Cortés-García MR. 2017. Fuente: Entrevista realizada a enfermeras que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México y Estado de México que trabajan o han trabajado en el área de tococirugía. México. Septiembre 2017.

Históricamente, las sociedades humanas han rendido un culto especial a todos los aspectos relacionados con el poder y el ejercicio del poder. <sup>(119)</sup>, por lo que, generalmente, las investigaciones de las relaciones sociales basadas en el ejercicio del poder se encuentran diadas conceptuales como amo-esclavo, ricos-pobres,

dominados-dominadores las cuales encuentran complejas transposiciones entre las prácticas y culturas de dominación.

Para Bourdieu, existe una correspondencia entre las estructuras sociales y mentales, refiere que el mundo social no sólo se compone de estructuras objetivas sino también de representaciones, percepciones y visiones. En donde el poder es constitutivo de la sociedad y, ontológicamente, existe en las cosas y en los cuerpos, en los campos y en los habitus, en las instituciones y en los cerebros <sup>(120)</sup>, por lo tanto, el poder existe físicamente, objetivamente, pero también simbólicamente. En el caso de enfermería, nos enfrentamos a un *habitus* basado en la realización de prácticas que repercuten en el trabajo de parto y en la autonomía de la mujer durante este el trabajo de parto.

En los discursos de las enfermeras podemos distinguir dos elementos que inciden en el sistema de las relaciones dominantes: **1) relaciones de poder y 2) prácticas diferenciadas.**

#### **5.2.2.1 Relaciones de poder**

Hasta bien entrado el siglo XVII todos aquellos procesos relativos a la maternidad estaban en manos de mujeres y eran ellas las que acompañándose las unas a las otras, cuidando las unas de las otras, traían al mundo a los hijos y velaban por la salud de la parturienta y el bienestar del recién nacido. De este modo las mujeres, con la excusa de la maternidad, establecían redes femeninas de ayuda y solidaridad con las que cubrían un buen número de carencias higiénicas, sanitarias, médicas y personales <sup>(121)</sup>, van siendo sustituidas por los varones médicos y el instrumental quirúrgico de corte científico. Por lo que, el parto ha dejado de ser un evento privativo de la mujer, pasando a ser un evento institucionalizado lleno de técnicas, procedimientos, innovaciones tecnológicas y una camilla en las instituciones de salud.

Acorde con lo anterior, dentro del campo de la salud, específicamente en la atención a la embarazada, referimos que las relaciones de poder existen cuando se otorga atención a la mujer en trabajo de parto en las instituciones de salud, las cuales, según Almaguer et al, <sup>(122)</sup> las definen como violencia simbólica, la cual es considerada un tipo de violencia institucional producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitima y naturaliza una serie de procedimientos por parte del personal de salud o administrativo sobre la mujer durante su atención obstétrica. Forma parte de la práctica diaria, con consecuencias graves como: discapacidad física, mental, social, infertilidad e incluso la muerte <sup>(123)</sup>

En los hallazgos, se observan mensajes que reproducen la relación de subordinación entre la enfermera y la mujer en trabajo de parto. En este tipo de prácticas se distingue el uso de mensajes que reproducen esta relación por medio de alzar la voz, usar su conocimiento para dominar, hacen uso de la intimidación, es decir, se aprovecha la situación de vulnerabilidad de la mujer y, en ocasiones, se anuncia el daño que va a sufrir el hijo de la mujer en trabajo de parto si no lleva a cabo las indicaciones que se le dan, en los siguientes testimonios, los informantes, argumentan lo que mencionamos:

*“Tenemos que aplicar un poquito más de disciplina, hacernos escuchar porque dicen < que el que grita más fuerte, es más escuchado” (E1:17:26)*

*“[...] yo puedo permitir que se mueva para que no se canse [...]” (E5:2:29)*

*“Sí, se habla de manera enérgica pero la misma ceguera, o más bien, sordera de la señora de no querer escuchar [...] ¡señora escúchenos! haber, ¡póngame atención!” (E1:16:124)*

*“Usted tiene que someterse, pero en la voluntad del conocimiento de la persona profesional que está, tanto el médico como la enfermera” (E1:6:43)*

*“[...] te vas a caer y al caerte te vas a lastimar y el bebé pues puede morir” (E5:3:53)*

*“Lo que pasa es que nosotros empleamos cualquier medio para poder hacer entender a la mujer lo importante del evento” (E1:16:120)*

*“Entonces se dejan someter porque prácticamente ellas se dejan hacer lo que uno les haga” (E1:4:27)*

*“Sí, hay muchas que no quieren participar <señora ahorita ya no lo haga por usted, hágalo por su bebé> ... ¡es que no puedo!, ¡tiene que poder! porque si no lo hace su bebé es el que va a salir más afectado” (E1:13:102)*

*“Pues tratar de controlar, de tranquilizarlas y decir la forma en que deben respirar” (E5:3:45)*

En su artículo, Irigibel-Uriz <sup>(27)</sup>, describe que el saber está estrechamente unido al poder. en primera instancia porque el poder que permea la red configurando la realidad constituye el cuerpo de saberes posibles. Y, en segunda instancia, porque estos mismos saberes constituyen una pulsión, un poder que atraviesa la misma red que los hace posibles.

En su estudio, Terán <sup>(8)</sup> delimita las prácticas consideradas como violencia simbólica durante la atención obstétrica a la mujer y la refiere como “los mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.”

En el anterior estudio realizado a 425 usuarias ingresadas en los servicios de puerperio de la Maternidad “Concepción Palacios”, Terán <sup>(8)</sup> reporta que en su estudio 210 usuarias (49,4%) manifestaron algún tipo de trato deshumanizante de parte del personal de salud; con lo que podemos contrastar las narrativas de las enfermeras de nuestro estudio con la percepción de las mujeres objeto de estas prácticas; ya que las enfermeras describen las formas en que realizan prácticas a las mujeres en trabajo de parto que hacen referencia a la intimidación, de parte de la enfermera, cuando se les dice que hagan lo que se les pide porque de lo contrario “su bebé sufrirá las consecuencias y la reproducción de relaciones de poder fundamentadas en el conocimiento de la enfermera, lo cual es percibido por la mujer como un trato deshumanizante.

Otra forma en la que observamos el uso de sistemas de relaciones de poder se encuentra en las narrativas de las enfermeras cuando solicitan “cooperación” a la

mujer en trabajo de parto, piden que la mujer ya que, desde su discurso, piden que la mujer haga lo que se le pide para que se lleve a cabo un trabajo de parto en donde, la enfermera o médico, deciden qué debe hacer la mujer en trabajo de parto o cuándo debe hacerlo, dejando de lado la decisión de la mujer sobre su propio cuerpo y proceso, lo anterior se ejemplifica con los discursos de las enfermeras:

*“Si yo no me comunico de manera efectiva con la paciente, la paciente ya no me va a querer cooperar” (E1:10:88)*

*“Las adolescentes como que no cooperan muy fácil...” (E5:3:47)*

*“[...] hay pacientes que no nos ayudan mucho [...] debemos hacer entender lo que nosotros queremos, conducir a la paciente para que nos ayude más [...]” (E1:12:100)*

*“[...] y le van diciendo todo lo que le van a hacer, pues ella por lo menos se va a ir sensibilizando más y nos va a ayudar a participar.” (E1:13:100)*

*“Ni con el apoyo que le brindamos, logramos que la paciente nos apoyara [...]” (E3:5:56)*

*“En ocasiones cuando las pacientes cooperan [...]” (E3:2:24)*

*“A veces uno les dice [hazte popó, hazte popó], pero ellas no saben ni como [no, pújale abajo, pújale abajo]...” (E3:5:54)*

En su estudio, Rocha y col <sup>(124)</sup>, encontraron que la deficiencia de información durante el prenatal, el modelo de asistencia y la hospitalización en el parto, le dan al médico el control y el poder de decisión sobre el proceso del parto y, simbólicamente, se establece la “subcontratación del parto”, o sea, se da un fenómeno cultural de transferencia del control de la naturaleza fisiológica ejercido por la mujer embarazada para un control técnico, por parte del médico, lo que se relaciona con los hallazgos de nuestro estudio ya que las enfermeras, en sus narrativas, hacen alusión del uso de su conocimiento para dirigir el trabajo de parto y parto decidiendo lo que la mujer debe hacer, pidiendo a la mujer que “coopere” con ella y no de forma contraria: la enfermera cooperando con lo que la mujer decida durante su trabajo de parto.

#### **5.2.2.2 Prácticas diferenciadas.**



Como parte del tipo de atención que ha sido naturalizada entre el personal de enfermería y que se relaciona con el sistema de relaciones dominantes lo observamos en la narrativa las enfermeras cuando incluyen sus prejuicios en el momento de dar cuidado a las mujeres en trabajo de parto, principalmente en las adolescentes, lo que redundo en la implementación de prácticas diferenciadas; los siguientes testimonios nos dan cuenta de ello:

*“[...] a veces las pacientes llegan muy autoritarias, muy groseras o también no saben, a veces, cuáles son los conocimientos necesarios para seguir en el trabajo de parto” (E3:10:122)*

*“[...] a veces, cuando llego, las compañeras me dicen <es una paciente que está renuente y no hace caso>” (E2:3:32)*

*“Un día recibo a una paciente de 16 años, yo estaba muy enojada, y le dije <¿en dónde está tu mamá?> ella contestó <está trabajando> [...] ¡ah! ¿y eso te hizo que buscaras un hombre? Yo tenía mucha impotencia ¿cómo es posible que una niña tenga un bebé?” (E3:6:60)*

*“[...] y la ingresamos. Como a los 15 minutos la niña parió. Porque al final es una niña [...]” (E4:5:55)*

*“[...] a veces sí, llegan muy desesperadas” (E3:2:24)*

*“...Vuelvo a decir, las primigestas son las que tienden a no seguir las órdenes, les dices cómo respirar y hacen todo lo contrario” (E5:3:47)*

*“Las adolescentes como que no cooperan muy fácil, vuelvo a decir, las primigestas son las que tienden a no seguir las órdenes, les dices cómo respirar y hacen todo lo contrario” (E5:3:47)*

*“[...] entonces, obviamente, que ellas no se van a comportar como la otra que lo planeó o la que tiene pareja.” (E2:8:72)*

Rocha y Faria <sup>(125)</sup> explican que lo que sucede antes de la interacción entre la enfermera y el paciente puede determinar la disposición que tiene el emisor y el receptor de aceptar y escuchar el mensaje y la forma cómo el mensaje fue emitido, lo que concuerda con lo referido por las enfermeras ya que cuando la enfermera se encuentra ante una mujer en trabajo de parto que se confronta con su subjetividad surge la dificultad en establecer una comunicación adecuada por el flujo de sentimientos diferenciados, expresando una actitud más impersonal, agresiva y de

control sobre las mujeres en trabajo de parto que se contraponen a sus ideologías o creencias.

En particular, Terán <sup>(8)</sup> en su estudio, describe la frecuencia del trato deshumanizante que perciben las mujeres de acuerdo con grupos etarios el cual fue de 57 % a mujeres entre 15 y 19 años, lo que Terán relaciona como un reflejo de la forma en que las mujeres son tratadas en la sociedad por lo que, las mujeres se configuran desde el principio para ser maltratadas en los hospitales públicos debido a su condición de mujer, de clase baja y / o indígena en entre otras características. Lo que es coherente con los hallazgos referentes a las prácticas que se realizan a la mujer en trabajo de parto ya que se encuentra que las enfermeras visualizan a las adolescentes como “niñas” y no como individuos, lo que resulta en prácticas de cuidado basadas en prejuicios y no en el uso del conocimiento de enfermería.

CAPÍTULO 6

# Conclusiones.

---

## CAPÍTULO 6

### Conclusiones

Los hallazgos expuestos permiten cumplir con el objetivo principal de este estudio, en función de él, evidenciamos las prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado, las cuales son identificadas como prácticas de cuidado humanizadas y prácticas de cuidado naturalizadas.

Evidenciarlas permitirá tener un mayor acercamiento a la práctica de enfermería en el área de tococirugía para contribuir a la reflexión de los conocimientos relacionados con la atención humanizada a la mujer en trabajo de parto, permitiéndonos obtener una idea clara del tipo de experiencias susceptibles de ser abordadas como gremio.

Las prácticas de cuidado forman parte fundamental del quehacer de enfermería ya que, como Waldow y Watson describen, lo humano en brindar cuidados lo encontramos cuando la enfermera incluye actitudes, valores y principios, tanto profesionales como personales, además de que, cada una de las prácticas de cuidado que realizan están relacionadas con los conocimientos y sentimientos que cada enfermera y paciente posee, lo que forma una experiencia de cuidado única para ambos.

Dentro de las prácticas de cuidado humanizadas que enfermería realiza a la mujer en trabajo de parto la enfermera desarrolla y mantiene una auténtica relación de cuidado a través de una relación de confianza, como Watson lo describe, este factor de cuidado, en nuestro estudio, se presenta como una práctica de cuidado, en donde, enfermería desarrolla una *relación de apoyo-confianza*, la cual genera a través de presentarse con la mujer en trabajo de parto, haciendo uso de elementos comunicativos como el tono de voz usado y el contacto físico como elementos que hacen sentir a la mujer segura del cuidado que recibirá y a la enfermera la lleva a lograr mejores resultados de salud en la atención del trabajo de parto y parto.

También hace uso de estrategias que promueven la expresión de sentimientos de la mujer en trabajo de parto ya que, enfermería reconoce que expresarlos ayuda a la mujer a canalizar sus emociones y conocerlos permite a la enfermera planear, de una mejor manera, sus cuidados. Lleva a cabo la escucha activa, la cual forma parte indispensable en el reconocimiento de los sentimientos de las mujeres en trabajo de parto, lo que es utilizado por la enfermera para mejorar la experiencia de cuidado. Y “toman de la mano” a la mujer en trabajo de parto o platican con ellas como una forma de reducir la ansiedad y el estrés que pudieran tener y para hacerlas sentir más seguras.

Como parte del mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, enfermería desarrolla prácticas de cuidado a la mujer en trabajo de parto evidenciadas en “una relación más personal” en donde la enfermera comparte la experiencia que ella misma ha tenido al ser madre, motiva a la mujer en trabajo de parto para que confíe en sí misma y logre el nacimiento de su hijo.

La enfermera promueve la expresión de sentimientos de la mujer en trabajo de parto con la finalidad de suscitar apoyo, ánimo y asistencia tratando de comprenderla, respecto a lo que piensa o siente, ya que la enfermera observa que esta práctica de cuidado puede mejorar el proceso de cuidado.

En lo anterior, observamos, desde la perspectiva de Watson, a una enfermera honesta, auténtica, con un rol fuera de los estereotipos y una relación de cuidado basada en la creencia del ser, como ser de cuidado único.

Se distinguen prácticas de cuidado centradas en la mujer, en donde, para Waldow, el momento de cuidar implica que la enfermera tenga un interés, preocupación o motivación por la persona, sujeto de cuidados. las prácticas de cuidado de enfermería, relacionadas con el momento de cuidar se relacionan con la empatía, la cual emerge con la comprensión de las experiencias y de conocer la historia de vida de la mujer que cuida.

Como parte de este momento de cuidado, enfermería lleva a cabo prácticas que le permiten “estar al pendiente de ellas” y que planean a través de la valoración continua de enfermería, lo que genera cuidados orientados a favorecer el confort, la higiene y disminuir el dolor, cuidando a la mujer de una forma más integral, además realizan un acompañamiento continuo, lo que puede incidir en un menor número de complicaciones y mayor satisfacción del cuidado recibido. Por lo que reiteramos que en las prácticas de cuidado existe una diferencia entre el cuidar y el procedimiento, como Waldow lo detalla en su teoría.

La práctica de cuidado transpersonal da muestra del compromiso moral que la enfermera tiene con las mujeres en trabajo de parto como refiere Watson, el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. En el caso de las prácticas de cuidado que enfermería realiza y que se relacionan con este factor de cuidado, podemos observar que la enfermera ejerce un rol de defensa de la mujer al limitar las prácticas médicas como los tactos vaginales excesivos. Además, protege a la mujer en trabajo de parto de prácticas que transgreden la dignidad humana de la mujer, se observa que reconoce el derecho de la mujer a ser respetada y tratada como un ser humano y no como un objeto útil para el aprendizaje de algunas prácticas hospitalarias.

Es indispensable ampliar la formación relacionada con la moral y la sensibilidad en enfermería, la cual debe ser tan importante como la enseñanza de las teorías, para que la enfermera perciba a la mujer como un ser humano integral, con valores, miedos, creencias y necesidades que puedan instituir prácticas asistenciales pautadas en el respeto, la atención, el interés y la motivación.

Por otro lado, las prácticas de cuidado naturalizadas son descritas como las prácticas que enfermería realiza a la mujer en trabajo de parto como parte de un entorno institucional, las cuales se establecieron desde la instauración del modelo hegemónico, el cual establece los lineamientos de acción y de estructura social dentro de las instituciones de salud. Estos lineamientos son introyectados por enfermería y, por su naturaleza, son difíciles de modificar ya que forman parte de

estructuras socialmente establecidas, sin embargo, es fundamental continuar con la reflexión e investigación sobre estos aspectos.

Se distinguen dos elementos importantes en las prácticas de cuidado naturalizadas; el cuidar en el modelo hegemónico y un sistema de relaciones dominantes.

El cuidar en el modelo hegemónico es realizado por enfermería como prácticas rutinarias, las cuales son realizadas sin llevarse a cabo la reflexión, estas prácticas las describimos como la recepción del material y equipo y el cumplimiento a las indicaciones médicas ya que son acciones que no se fundamentan en evidencia científica, son realizadas por enfermería en primer lugar al ingresar a su área de trabajo y postergan la realización del cuidado a la mujer en trabajo de parto.

El saber de enfermería queda supeditado a la autorización médica ya que colocar un acceso venoso, administrar oxitocina, no deja que la mujer se levante, etc. forma parte del cumplimiento de las indicaciones médicas que restringen la práctica de cuidados autónomos lo que resulta en detrimento de la práctica de cuidados centrados en la mujer en trabajo de parto.

Las enfermeras denotan prácticas que privilegian el apoyo y la asistencia al médico y, en otros casos, desvía la atención de la enfermera en los procedimientos y en la técnica y no en la persona sujeto de cuidado. Es conveniente enfatizar que la enfermera ante la ausencia del médico o por falta de personal, es cuando manifiesta tener la oportunidad de realizar algunas prácticas de cuidado autónomo.

Reconocen que la normatividad de las instituciones, la falta de recursos humanos y la sobre carga de trabajo limitan sus prácticas de cuidado autónomas, individuales e integrales, observan que estas limitaciones pueden variar de una institución a otra tal vez, la sobrecarga laboral y el cumplimiento de actividades, institucionalmente asignadas, sean algunos de los factores centrales en su actuar profesional.

Consideran que la infraestructura, distribución y abastecimiento del área de tococirugía no es adecuada para brindar un cuidado centrado en la autonomía de la

mujer ya que dentro de las salas de trabajo de parto no hay baños, el espacio es muy pequeño y, en ocasiones, no existe el material suficiente para el cuidado que necesita la mujer en trabajo de parto, lo que va en detrimento de la calidad del cuidado.

Así mismo, como parte de las prácticas de cuidado naturalizadas encontramos un sistema de relaciones dominantes en donde distinguimos dos elementos centrales: las relaciones de poder y las prácticas diferenciadas.

El sistema de relaciones dominantes da cuenta de las estructuras sociales y mentales existentes dentro de las instituciones de salud, en donde el poder es constitutivo de estas estructuras. Las relaciones de poder legitiman y naturalizan las prácticas realizadas a la mujer en trabajo de parto reproducen la subordinación de la mujer ante la enfermera, lo que determina, en gran manera, lo que la mujer en trabajo de parto puede o debe hacer.

En algunos casos la enfermera manifiesta que para que la mujer realice lo que se le pide, se hace uso de la intimidación, se sube el tono de voz, intimida por medio del conocimiento como una forma de dominación sobre la mujer, si no lleva a cabo las indicaciones que se le dan.

La relación de poder, también se manifiesta cuando de acuerdo con las enfermeras se solicita a la mujer en trabajo de parto que “coopere”, lo que denota el control que se ejerce sobre el proceso del trabajo de parto.

Las prácticas de cuidado diferenciadas realizadas por las enfermeras a la mujer en trabajo de parto están sujetas a la inclusión de los prejuicios que esta tenga en el momento que proporciona cuidados, estos prejuicios se relacionan con las características de la mujer que se está cuidando como la condición económica, el conocimiento del trabajo de parto y, principalmente, la edad; es decir en las adolescentes, por lo cual recomendamos profundizar en el estudio del efecto y las implicaciones de los prejuicios en el cuidado a la salud de las personas.



Finalmente, dentro de las situaciones que la enfermera reconoce como favorecedoras de su autonomía profesional encontramos, el tener a su lado profesionales que valoren el cuidado que realiza a la mujer en trabajo de parto, el cual forma parte de su quehacer enfermero, como una forma de mejorar la salud de la persona sujeto de cuidados, que las jefas de servicio les proporcionen seguridad cuando toman decisiones relacionadas con el bienestar de la mujer que cuidan, apoyando al gremio de enfermería, mejores condiciones intrahospitalarias, principalmente, tener recursos humanos suficientes para evitar sobrecarga de trabajo, infraestructura que permita movilizar a la paciente dentro del área y que esta tenga baños.

Por último, el conocimiento de la teoría de enfermería, del trabajo de parto, la normatividad y su propia experiencia permite a enfermería llevar a cabo una relación de apoyo-confianza que es fundamental para implementación el proceso enfermero, el cual no es fue mencionado por las enfermeras entrevistadas y, sin embargo, es vislumbrado en las prácticas de cuidado humanizadas realizadas a la mujer en trabajo de parto.

CAPÍTULO 7

# Propuestas.

---

## **CAPÍTULO 7**

### **Propuestas.**

#### **a. Aportaciones a la disciplina.**

La disciplina de enfermería debe guiarse bajo las bases éticas, filosóficas y ontológicas que le permitan dirigirse como la disciplina que es. El empleo de estas bases permitirá diferenciar las prácticas de cuidado que proporciona enfermería de las prácticas de cuidado que realiza cualquier otro profesional que cuide a la mujer en trabajo de parto.

Los hallazgos de este estudio permiten hacer visibles las prácticas de cuidado que realizan las enfermeras a la mujer en trabajo de parto dentro de las instituciones de salud. Estas prácticas se fundamentan en el uso de la teoría de enfermería, como el cuidado humanizado de teóricas como Watson y Waldow. Las prácticas de cuidado que nombramos “naturalizadas” están relacionadas con aquellas prácticas que se han venido legando a enfermería como parte de una organización jerárquica, basada en el género y que además ha contribuido a la reproducción de relaciones de poder entre la enfermera - el médico y la enfermera - mujer en trabajo de parto , las cuales han invisibilizado las prácticas de cuidado que enfermería realiza a la mujer en trabajo de parto que son autónomas y que se fundamentan en la teoría de enfermería.

#### **b. Aportaciones a la práctica.**

Las prácticas de cuidado descritas en este estudio contribuyen al discernimiento de las prácticas de cuidado fundamentadas en la teoría de enfermería y aquellas prácticas de cuidado de enfermería naturalizadas, las cuales son llevadas a cabo como parte del cuidado proporcionado a la mujer en trabajo de parto y que contribuyen al bienestar o bien a un cuidado deshumanizado.

Los profesionales de enfermería que trabajan en áreas relacionadas con la atención a la embarazada, en trabajo de parto, parto o puerperio necesitan defender el cumplimiento de los lineamientos de parto humanizado establecidos por las instituciones dedicadas a la protección de las mujeres, así mismo, revisar y hacer visible que el uso de políticas institucionales fundamentadas en el modelo hegemónico son llevadas a la práctica por medio del uso de rutinas que restringen, no solo la autonomía de la mujer en trabajo de parto, sino también las enfermeras como gremio profesional y que son descritas en varios estudios.

Enfermería debe ser líder en el estudio de su objeto de estudio, basándose así como tener claro sus bases éticas, filosóficas y ontológicas para que promover la eliminación de prácticas de cuidado que restringen la autodeterminación de las mujeres en trabajo de parto que repercuten en su salud y en la de sus hijos, así como de la familia y sociedad.

### **c. Aportaciones a la investigación.**

La teoría de enfermería genera un apoyo para la realización de investigaciones basadas en la experiencia de la enfermera, investigaciones de este tipo ayudarían a visualizar las prácticas de cuidado que se están llevando a cabo en las unidades de salud, lo que permitiría tener avances sobre la forma en que la teoría enfermera contribuye a la identidad de la misma y al ejercicio de su autonomía y, de esta forma, hacer visible la práctica de enfermería en el sistema de salud.

Referente al cuidado obstétrico, se necesita abordar temáticas que incluyan las experiencias, significados, vivencias de las enfermeras con un enfoque cualitativo, por medio de métodos fenomenológicos o etnográficos con la finalidad de contar con estudios los estudios que den muestra de la subjetividad y complementen a los estudios de carácter cuantitativo que existen en materia de atención obstétrica y que, generalmente, se basan en la percepción de las mujeres y/o en la visión médica; a fin de contar con una visión completa de la atención obstétrica en México

y con lo anterior realizar las mejoras necesarias, tanto en la enseñanza como en la implementación de políticas públicas de salud dentro de las instituciones.

#### **d. Aportaciones a las políticas públicas.**

Los hallazgos de este estudio permiten visualizar la ausencia de vigilancia de las autoridades en el cumplimiento de las normas y lineamientos establecidos a nivel mundial y nacional que protegen a la mujer de prácticas generadoras de violencia dentro de las instituciones de salud. Hace patente la necesidad de valorar, en México, la implementación de la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida así como del adecuado uso de los lineamientos y guías de atención a la mujer en trabajo de parto y parto que deben cumplirse en los hospitales, tanto públicos como privados, permitiendo el aumento de toma de decisiones enfocadas, no sólo a la autonomía de la mujer sino también a la disminución de complicaciones obstétricas y de la mortalidad materna y perinatal.

Así mismo, este estudio hace patente que los factores administrativos como la infraestructura hospitalaria, la falta de recursos humanos y materiales; la naturalización de prácticas como el seguimiento de indicaciones médicas, rutinas y la disparidad en las relaciones de poder entre el personal de salud, y la gestión de enfermería son algunas de las causas que limitan las prácticas de cuidado que enfermería brinda a la mujer en trabajo de parto y que disminuye el cumplimiento de las normas, guías y lineamientos existentes para la atención digna a la mujer en esta etapa.

La finalidad del fortalecimiento en la vigilancia e implementación de estas leyes es dar a enfermería mayor posibilidad de brindar cuidado fundamentado en la teoría de enfermería y la evidencia científica lo que contribuirá al aumento de la calidad en la atención brindada a las mujeres en los hospitales públicos, así como en la optimización de recursos.

De igual modo, consideramos que el aporte de esta investigación, en este rubro, puede mejorar la evaluación de las políticas existentes, desde la mirada de las mujeres que han tenido una atención de trabajo de parto en las instituciones públicas de salud.

CAPÍTULO 8

# Anexos.

---

## CAPÍTULO 8.

### Anexos.

#### Anexo 1. Consentimiento informado

Este **Formulario de Consentimiento informado** se dirige a enfermeras/os que trabajan en “\_\_\_\_\_”, que han laborado en el área de tococirugía, especialmente en el área de labor, y que se les invita a participar en la investigación que tiene como título “**Prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado**”.

**Investigador principal: María del Rosario Cortés García.**

**Organización: UNAM-CONACYT**

**Este documento de Consentimiento Informado consta de dos apartados:**

#### **PARTE I: Información.**

Soy enfermera perinatal y estudiante del programa de posgrado de Maestría en Enfermería, estoy investigando sobre las prácticas de cuidado que realiza la enfermera durante la atención a la mujer durante el trabajo de parto dentro de las instituciones de salud. El objetivo de este estudio es evidenciarlas para, posteriormente, hacer la documentación de las mismas ya que no existe evidencia científica de las prácticas de cuidado que realizamos, como enfermeras, en la sala de labor, además de conocer sus experiencias sobre este tema. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda o que el entrevistador no sea muy claro en lo que pregunta. Por favor, detenga la entrevista en el momento que considere oportuno y deme tiempo para explicarle. Si tiene dudas respecto a lo que se le pregunta durante la entrevista, le pido pregunte lo que considere necesario para que sus dudas sean resueltas.

#### **Procedimiento:**

Se llevará a cabo una entrevista semiestructurada de forma individual con la enfermera/o que decida participar en la investigación. Al participante se le preguntará, con anticipación, el lugar, la fecha y la hora en la que pudiera llevarse a cabo dicha entrevista. Las/os participantes tendrán la libertad de expresar lo que piensan en relación con el tema en cuestión y el moderador guiará cada sesión con respeto y tolerancia para favorecer sus comentarios. La duración de cada sesión de entrevista es de 30 minutos a una hora.

Al término de la investigación, si lo desea, se le proporcionarán los resultados de dicha investigación.

#### **Riesgos**

No existe ningún riesgo agregado para su salud al participar en esta investigación.

#### **Beneficios**

Se proporcionarán los resultados de la investigación.

#### **Confidencialidad**

Toda información obtenida es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**, por lo que sólo se le proporcionará al participante.

#### **Participación voluntaria.**



Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

**PARTE II: Formulario de Consentimiento.**

He sido invitada/o a participar en la investigación de ***“Prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado”***.

Entiendo que me han de realizar una entrevista en un lugar, fecha y horario establecido y que el objetivo es realizarme una entrevista con el objetivo de escuchar lo que exprese en la entrevista y que la información que exprese será considerada como confidencial.

Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará de ningún modo. Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

***He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.***

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

Estado de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017.

**Anexo 2. Instrumento de investigación**  
(GUÍA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA). MODIFICADA  
**Las prácticas de las enfermeras durante la atención a la mujer en el trabajo de parto.**

Objetivo:

Conocer las prácticas de las enfermeras durante la atención a la mujer en el trabajo de parto.

Lugar:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

**Datos generales**

Nombre del entrevistado:

Escolaridad:

Institución donde labora:

Años de laborar:

Tiempo que ha estado en servicios correspondientes a gineco-obstetricia.

**Preguntas de la entrevista.**

1. En su experiencia, ¿cuáles son las prácticas de cuidado que realiza a las mujeres en TDP?
2. ¿Cómo es la actitud de las mujeres que ha atendido durante la realización de los cuidados que le realiza?
3. Podría explicarme ¿cómo es la participación de las enfermeras durante la atención a las mujeres que están en trabajo de parto?
4. En su opinión, ¿cómo es el trato que reciben las mujeres en el área de labor por parte del personal?
5. Durante las prácticas que realiza en el trabajo de parto, ¿considera que se puede generar violencia obstétrica?
6. ¿Existen condiciones o circunstancias, dentro de sala de TDP en donde este tipo de prácticas son más comunes?, ¿puede describirme algunas?
7. ¿Qué hace usted cuando tiene mujeres que no siguen las indicaciones que se les da?
8. ¿Conoce prácticas que se realicen a las mujeres durante el TDP para que este sea más rápido y que la enfermera participe? ¿me las puede describir?
9. ¿En qué momento del TDP ha observado que se realizan prácticas que son violencia obstétrica?
10. ¿Me podría describir en qué momento se llevaron a cabo?
11. Imagínese dentro de la sala de trabajo de parto en un día de guardia, ¿puede platicarme lo que hace dentro de ella?
12. Por favor descríbame algunos derechos de la mujer en trabajo de parto.
13. ¿Cómo describiría la atención que se le otorga a las mujeres en TDP?

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## CAPÍTULO 9

# Referencias bibliográficas.

## Capítulo 9

### Referencias bibliográficas.

---

- <sup>1</sup> Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, et al. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. BSR. [Revista en internet]. 2007; [ citado 20 de noviembre de 2017]; 9(4). DOI: 10.1002/14651858.CD003766. [www.rhlibrary.com](http://www.rhlibrary.com)
- <sup>2</sup> López SO. De la costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX. 1<sup>ra</sup> ed. México: FES Iztacala, UNAM. 2007.
- <sup>3</sup> Arnau SJ, Martínez RE, Nicolás VD, Bas PE, Morales LR, Álvarez ML. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR. Rev. de Antropología Iberoamericana. [Revista en internet]. 2012; [citado 25 de enero de 2018]; 7(2):225-247. Disponible en: <http://www.redlyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
- <sup>4</sup> Rodríguez P. E. Autopercepción de la autonomía profesional y su relación con las actividades significativas que realizan las Licenciadas en Enfermería [tesis]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2003.
- <sup>5</sup> Waldow V.R. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Índex Enferm [Revista en internet]. 2014; [Citado 20 de febrero de 2018]; 23(4):234-238. Disponible en: <https://bit.ly/2J1IciY>
- <sup>6</sup> Sadler M, Santos MJ, Ruíz-Berdún D, Leiva RG, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reproductive Health Matters [Revisit on line]. 2016; [citada 30 diciembre 2016]; 24(47):47-55. Disponible en: <https://bit.ly/2EVcMIM>
- <sup>7</sup> Aguiar JM., Pires d'Oliveira A. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública.

---

[Revista en internet]. 2013; [citada 10 noviembre 2016]; 29(11): 2287-2296  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>

<sup>8</sup> Terán P, Castellanos C, González BM, Ramos DE. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev. Obstet Ginecol Venez. [Revista en internet]. 2013; [citado 16 Jun 2016]; 73(3):171-180. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

<sup>9</sup> Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz. Gaceta Oficial órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Xalapa-Enríquez; 28 febrero 2008. Disponible en: <http://bit.ly/2wfGqse>

<sup>10</sup> Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas. Publicada el 23 de enero de 2009. Disponible en: <http://bit.ly/2ibRRLr>

<sup>11</sup> Ley publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, número 189, cuarta parte, del 26 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://bit.ly/24By7Nf>

<sup>12</sup> UNFPA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Caracas. Disponible en: [http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf)

<sup>13</sup> Zeitlin J, Mohangoo A. European Perinatal Health Report. 2008. Disponible en: <https://bit.ly/2HDhnSF>

<sup>14</sup> Daza CR, Torres PA, Prieto RG. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Índex Enferm. [Revista en internet]. 2005; [citado 2 febrero 2018]; 14(48-49):18-22. Disponible en: <https://bit.ly/2H4NLjZ>

---

<sup>15</sup> Waldow R., V. Cuidado de enfermería. El cuidado integral del ser humano. 1<sup>ra</sup> ed. España: Índex; 2014.

<sup>16</sup> Piña BM. La ética y la crisis de la salud en México. Rev. cubana de Salud Pública. [Revista en internet]. 2012; [citado 20 julio 2016];38(3):463-470. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n3/spu12312.pdf>

<sup>17</sup> Collière MF. Origen de las prácticas de cuidados, su influencia en la práctica de la enfermería. En: Promover la vida. 1<sup>ra</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.

<sup>18</sup> Figueroa PG, Flores GN. Prácticas de cuidado y modelos emergentes en las relaciones de género. La experiencia de algunos valores mexicanos. La ventana. [Revista en internet]. 2012; [citado 20 noviembre 2017]; (35):7-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n35/v4n35a3.pdf>

<sup>19</sup> Benner P, Gordon S. Caring practice and caregiving. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1996.

<sup>20</sup> Melguizo HE, Alzate PL. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Av. Enferm. [Revista en internet]. 2008; [citado 10 noviembre 2017]; 26(1):112-123. Disponible en: <https://bit.ly/2BpMslr>

<sup>21</sup> Durán VM. Enfermería. Desarrollo teórico investigativo. 1<sup>ra</sup>. Ed. Colombia: Proyecto INNOVAR; 2001. Disponible en: <https://bit.ly/2oRHHJc>

<sup>22</sup> Sullivan T. El embarazo y el parto en la mujer mexicana, versión de los textos en Náhuatl de los informantes de Sahagún. Arqueología Mexicana; 1998. [citado 20 octubre 2017]; (29):16-21.

- 
- <sup>23</sup> Marín GJ. Del concepto de paradigma en Tomás S. Kuhn, a los paradigmas de las ciencias de la cultura. *Magistro*. [Revista en internet]. 2007; [citada 12 octubre de 2017]; 1(1):73-88. Disponible en: <https://bit.ly/2H40cIY>
- <sup>24</sup> Camaro CM. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*. [Revista en internet]. 2009; [citado 23 mayo 2016];14(32):147-162 Disponible en: <https://bit.ly/2H8AR0F>
- <sup>25</sup> Aguirre CA, Martínez RB, Rivero K, Blancas MC, Badillo PS, González BL, Marzuca JM. La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Salud Quintana Roo*. [Revista en internet]. 2013; [Citado 3 junio 2016]; año 6 (25):21-25. Disponible en: <http://www.salud.groo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>
- <sup>26</sup> Hernández GJ, Echevarría PP. 2016. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del 'paradigma tecnocrático. *Revista Internacional de Sociología* [Revista en internet]. 2016; [citado 16 octubre 2017]; 74 (1):e025. Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- <sup>27</sup> Irigibel – Uriz X. Los patrones de conocimiento (No) Posibles. Crítica foucaultiana a la clasificación de Barbara Carper. *Enfermería en costa rica*. [Revista en internet]. 2011; [citado 18 marzo 2018]; 32(1):30-36. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art6.pdf>
- <sup>28</sup> Hernández-Conesa J. *Historia de Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. 1ª ed. Madrid: Interamericana, McGraw-Hill; 1995.
- <sup>29</sup> Arango BG. Enfermería y el respeto a la autonomía en el ámbito hospitalario: entre la sobreprotección y el descuido. *Av. Enferm*. [Revista en internet]. 2013; [citado 5 febrero 2018]; 31(1):126-132. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/42191/43879>

- 
- <sup>30</sup> Matesanz SA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Rev. Adm. Sanit. [Revista en internet]. 2009; [citado 25 febrero de 2018]; 7:243-60. Disponible en: <https://bit.ly/1DRhtzP>
- <sup>31</sup> Menéndez, E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: La antropología Médica en México. 1<sup>ra</sup>.ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. Disponible en: <https://bit.ly/207GSNM>
- <sup>32</sup> Irigibel-Uriz X. Respuestas de enfermería a los problemas sociales asociados a la salud en Costa Rica. Índex Enferm. [Revista en Internet]. 2008; [citada 22 febrero 2018]; 17(2):101-105. Disponible en: <https://bit.ly/2H4NvgN>
- <sup>33</sup> Siles GJ. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Índex Enferm. [Revista en internet]. 2005; [citado 3 marzo 2018]; 14(50):07-09. Disponible en: <https://bit.ly/2H6qDZp>
- <sup>34</sup> Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Definición autonomía. 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=autonomia>.
- <sup>35</sup> Tapp D., Stansfield K., Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. Revista Aquichán. [Revista en internet]. 2005; [citado 10 marzo 2018]; 5(1):114-127. Disponible en: <https://bit.ly/2J41mEH>
- <sup>36</sup> Luengo MC, Paravic KT. Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. Índex Enferm. [Revista en internet]. 2016; [citado 13 marzo 2018]; 25(1-2):42-46. Disponible en: <https://bit.ly/2HF5E6b>
- <sup>37</sup> Amaro CC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer. [Revista en internet]. 2004; [citado 13 Mar 2018]; 20(3): Disponible en: <https://bit.ly/2qEBZmc>



---

<sup>38</sup> McEwen M. Overview of Theory in Nursing. In: McEwen M., Wills E. Theoretical Basis for Nursing. 3<sup>rd</sup> edition. China: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 24.

<sup>39</sup> Salcedo-Álvarez R. El profesional de enfermería que México necesita. Rev Enferm Inst. Mex Seguro Soc. [Revista en internet]. 2017; [Citado 10 marzo 2018]; 25(1):75-9. Disponible en: <https://bit.ly/2HwcXiT>

<sup>40</sup> Meza-Galván MA, Rodríguez-Nava VF., Gómez-Lamadrid O. Humanismo en enfermería. Rev Enferm Inst. Mex Seguro Soc. [Revista en internet]. 2009; [citado 18 marzo 2018]; 17(2):109-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092i.pdf>

<sup>41</sup> Prieto PG. Humanización del cuidado de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. [Revista en internet]. 2007; [citada 18 noviembre 2017]; 4(2):19-25. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30291/38452>

<sup>42</sup> Lunardi VL, Lunardi FW., Silveira RS, Silva MR., Svaldi JS, Bulhosa MS, Salum BM. Nursing ethics and its relation with power and work organization. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Revista en internet]. 2007; [cited 17 March 2018]; 15(3): 493-497. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000300020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300020&lng=en)

<sup>43</sup> González-Juárez L, Velandia-Mora I, Flores-Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED. Suplemento de Enfermería [Revista en internet]. 2009; [citada 18 noviembre 2017]; 14 (supl.1):40-43. Disponible en: <https://bit.ly/2H4P66h>

- 
- <sup>44</sup> Waldow VR. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Aquichán. [Revista en internet]. 2009; [citado 15 marzo 2018]; 9(3): Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/1523/1970>
- <sup>45</sup> Watson J. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A, editores. Modelos y Teorías en enfermería. 7<sup>ma</sup>. ed. España: Elsevier Mosby; 2011.
- <sup>46</sup> Silva NS. Análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el periodo de noviembre – diciembre de 2016. [tesis]. Argentina: Universidad Nacional de Rosario; 2017.
- <sup>47</sup> Herrera-Zuleta I, Bautista-Perdomo L, López-Reina J, Ordoñez-Correa I, Rojas-Rivera J, Suarez-Riascos H, et al. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería. Rev. cienc. cuidad. [Revista en internet]. 2016; [citada 13 marzo 2018]; 13(2):58-72. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.763>
- <sup>48</sup> García RY, Anaya GJ, Acosta LB, Álvarez MM, López AE, Vasquez FT. Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). Rev Cubana Obstet Ginecol. [Revista en internet]. 2016; [citado 23 marzo 2018]; 42(4): 485-492. Disponible en: <https://bit.ly/2vix3YG>
- <sup>49</sup> Waldow VR. Cuidado de enfermería: Reflexiones entre dos orillas. 1<sup>ra</sup> ed. España: Índex; 2014.
- <sup>50</sup> Álamo SM. La idea de cuidado en Leonardo Boff. Revista Tales. [Revista en internet]. 2011; [citada 10 marzo 2018]; (4):243-253. Disponible en: <https://bit.ly/2JPbltn>

- 
- <sup>51</sup> Waldow VR. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería. 1<sup>ra</sup> ed. México: Palabra ediciones; 2008.
- <sup>52</sup> Waldow VR. Atualização do cuidar. Aquichán [Revista na internet]. 2008; [citado 15 septiembre 2017]; 8(1):85-96. Disponible en: <https://bit.ly/1liOdGh>
- <sup>53</sup> Wesley. Teoría y modelos de enfermería. 2<sup>da</sup>-ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- <sup>54</sup> Rivera AL, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Actual. Enferm. [Revista en internet]. 2007; [citado 10 septiembre 2017]; 10(4):15-21. Disponible en: <https://bit.ly/2oGRFp6>
- <sup>55</sup> Urra EM, Jana AA, García VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. Enferm. [Revista en internet]. 2011; [citado 25 oct 2017]; 17(3):11-22. Disponible en: <http://bit.ly/2ztYfm5>
- <sup>56</sup> Pecho TM. Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en el hospital “Augusto Hernández Mendoza” ESSALUD ICA – 2016. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017.
- <sup>57</sup> Cunningham FG, et al. Manejo del trabajo de parto y el parto normal. En Obstetricia de Williams. 21<sup>va</sup> ed. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
- <sup>58</sup> Guía de práctica clínica. (2014). Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-052-08. Consultado 2 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2zHEbjk>

---

<sup>59</sup> Organización mundial de la salud (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto consultado 10 de agosto de 2016. Disponible en: [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

<sup>60</sup> Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. DUDH. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Art. 25 numeral 2. Disponible en: <https://bit.ly/1cmtkDV>

<sup>61</sup> Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. LGAMVLV Catalogo de Leyes. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Dominio Público. Última Reforma publicada en el DOF 28/01/2011. Disponible en: <http://www.cofemer.gob.mx/LGAMVLV.pdf>

<sup>62</sup> PROFECO (2012) Normas Oficiales Mexicanas competencias de la Procuraduría Federal del Consumidor. Consultado 05 de junio de 2016. Disponible: <https://www.profeco.gob.mx/juridico/noms.asp>

<sup>63</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007\_SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Dominio público. Última Reforma DOF: 07/04/2016. Consultado 10 de agosto de 2016. Disponible en: <https://bit.ly/1SCy9ht>

<sup>64</sup> Secretaría de Salud. Vigilancia y manejo del parto en embarazo de bajo riesgo: México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2zHEbjk>

<sup>65</sup> Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. Manual de investigación cualitativa. Paradigmas y perspectivas en disputa. Vol. II. Barcelona: Gedisa; 2012.

---

<sup>66</sup> Taylor S, Bogdan R. Teoría y metodología. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos aires: Paidós; 1987.

<sup>67</sup> Martínez J. Métodos de investigación cualitativa. Silogismos de Investigación. [Revista en internet]. 2012; [consultado 18 septiembre 2016]; 1(8):53-96. Disponible en: <http://cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53>

<sup>68</sup> Salgado LA. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. [Revista en internet]. 2007; [Citado 30 agosto 2017]; 13(13):71-78. Disponible en: <https://bit.ly/2rhKIQX>

<sup>69</sup> Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Revista en internet]. 2015; [citado 30 junio 2017]; 33(3): 435-443. Disponible en: <https://bit.ly/2JR4rsZ>

<sup>70</sup> Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. Multiciencias. [Revista en internet]. 2012; [citado 28 junio 2017]; 12(2):199-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/904/90424216010.pdf>

<sup>71</sup> Rubio AM, Arias BM. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Rev. Cubana Enfermer. [Revista en internet]. 2013; [citado 15 octubre 2017]; 29(3):191-198. Disponible en: <https://bit.ly/2H52A6j>

<sup>72</sup> De la Cuesta-Benjumea C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Texto & Contexto Enferm. [Revista en internet]. 2010; [citado 25 febrero 2017]; 19:762-766. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71416100020.pdf>

---

<sup>73</sup> Vegas MH. Investigación cualitativa para el abordaje de la gestión pública local. Observatorio Laboral Revista Venezolana. (Revista en internet). 2013; [citada 10 junio 2017]; 6(11):79-95. Disponible en: <https://bit.ly/2J4pyHo>

<sup>74</sup> Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.

<sup>75</sup> Vivar C, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo L. La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en Enfermería. Índice de Enfermería [Revista en internet]. 2010; [citada 5 junio 2017]; 19(4):283-288. Disponible en: <https://bit.ly/2s8Pnm3>

<sup>76</sup> Castillo E, Vásquez ML, El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica. [Revista en internet]. 2003; [citado 25 diciembre 2016]; 34(3):164-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>.

<sup>77</sup> Palacios VB, Sánchez GC, Gutiérrez GA. Evaluar la calidad en la investigación cualitativa. Guías o Check lists. Actas del 2º Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación. [citado 10 mayo 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4229112.pdf>

<sup>78</sup> Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología. México: Paidós Educador; 2003.

<sup>79</sup> Moral S. C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. Revista de Investigación Educativa. [Revista en internet]. 2006; [citado 20 noviembre 2016]; 24(1):147-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321886008>

<sup>80</sup> Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. En: Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después

---

de cincuenta años? Cuad. Bioética [Internet]. 1999 ene-mar. [citada 5 abril 2017]; IX (37): 103-112. Disponible en: <https://bit.ly/2vkFhjt>

<sup>81</sup> Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Octubre 2013. [citada 5 abril 2017]. Recuperada de: <https://bit.ly/2q7WZDo>

<sup>82</sup> Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación: 2012 [consultado 25 noviembre 2016]. Disponible en: <https://bit.ly/1SBpqPT>

<sup>83</sup> Ceballos VP. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. enferm. [Revista en internet]. 2010; [citado 19 septiembre 2017]; 16(1):31-35. Disponible en: <https://bit.ly/2ETwJj0>

<sup>84</sup> Cibanal LJ, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2<sup>da</sup> ed. España: Elsevier España; 2010.

<sup>85</sup> Peplau H.E. Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. España: Salvat Editores; 1990.

<sup>86</sup> González O. Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichán. [Revista en Internet]. 2007; [citado 15 octubre 2017]; 7(2): 130-138. Disponible en: <https://bit.ly/2qBW9NB>

<sup>87</sup> Heyland DK, Allan DE, Rocker G, Dodek P, Pichora D, Gafni A. Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life care. Open Med. [Revist on line]. 2009; [citado 18 octubre 2017]; 3(2): 101-110. Disponible en: <https://bit.ly/2Hs5l0Y>

- 
- <sup>88</sup> Maqueda-Martínez MA, Ibáñez LM. La habilidad de comunicar caminando hacia el paciente. Rev. Esp. Com. Salud. [Revista en internet]. 2012; [citado 8 octubre 2017]; 3(2):158-66. Disponible en: <https://bit.ly/2qCP3rz>
- <sup>89</sup> Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria. [Revista en internet]. 2015; [citado 8 octubre 2017]; 12(3):134-143. Disponible en: <https://bit.ly/1M6Wptb>
- <sup>90</sup> Hafsteindottir T. B. Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. Intensive and Critical Care Nursing. [Revista en línea]. 1996; [citado 11 octubre 2017]; 12(5):261-271. Disponible en: <https://bit.ly/2vkbTtL>
- <sup>91</sup> Giraldo MD, González ME, Henao LC. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Av. Enferm. [Revista en internet]. 2015; [citado 25 octubre 2017]; 33(2):271-281. Disponible en: <https://bit.ly/2H4TLon>
- <sup>92</sup> Chinn P, Kramer M. Theory and Nursing: a systematic approach Nursing's knowledge development pathway. En: Emergence of Nursing as a science. 1a ed. USA: Mosby; 1999. p. 29-45. Disponible en: <http://bit.ly/2jcwvy8>
- <sup>93</sup> Caron OAF, Silva AI. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Rev. Latino-am Enfermagem. [Revista en internet]. 2002; [citado 30 octubre 2017]; 10(4):485-492. Disponible en: <https://bit.ly/2Hqxqpn>
- <sup>94</sup> Gallardo S. K., Maya P. G., Vásquez T. M. La comunicación: llave maestra para la aplicación de valores humanísticos y altruistas en el cuidado de los niños. Revista Cultural del Cuidado Enfermería. [Revista en internet]. 2011; [citado 31 octubre 2017]; 8(1):5-16. Disponible en: <https://bit.ly/2H3UuGZ>



- 
- <sup>95</sup> Watson J, Watson's theory of transpersonal caring. En: P.H. Walker & B. Neuman. Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration New York: NLN Press; 1996.
- <sup>96</sup> Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. Birth Issues in perinatal care. [Revista on line]. 2004; [citada 18 octubre 2017]; 31(1):17-27. Disponible en: <https://bit.ly/2H8uyKp>
- <sup>97</sup> Triana RC. La empatía en la relación enfermera-paciente. Av. Enferm. [Revista en internet]. 2017; [citada 25 octubre 2017]; 35(2):121-122. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00121.pdf>
- <sup>98</sup> Gallegos AM. Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico. Rev. CONAMED. [Revista en internet]. 2008; [citado 20 octubre 2017]; 13 Supl 1:27-30. Disponible en: <https://bit.ly/2JSCAZN>
- <sup>99</sup> Servín HD. La empatía con el paciente adicto: su conceptualización por médicos, psiquiatras y psicólogos [tesis]. Ciudad de México: Centros de integración juvenil; 2010.
- <sup>100</sup> Pott FS, Stahlhoefer T, Félix JV, Cestari MM. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev. bras. Enferm. [Revista na internet]. 2013; [citado 02 noviembre 2017]; 66(2):174-179. Disponible en: <https://bit.ly/2vkKyaE>
- <sup>101</sup> Scarton J, Ressel LB, Siqueira HCH, et al. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. Rev Fund. Care Online. [Revista na internet]. 2018; [citado 17 noviembre 2017]; 10(1):17-24. Disponible en: <https://bit.ly/2J1mGe4>

---

<sup>102</sup> Peralta F, González-Torres C. El movimiento hacia la autodeterminación personal: antecedentes y estado actual. En Reyes M, Albéniz B, Conejero S. coord. El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días. *XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea*; 2009: 181-192. Disponible en: <https://bit.ly/2vhOY1Y>

<sup>103</sup> Cantero A, Fiuri L, Furtaro K, Jankovic M, Llompart V, San Martín ME. Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* [Revista en internet]. 2010; [citado 16 noviembre 2017]; 29(3):108-112. Disponible en: <https://bit.ly/2J25aq3>

<sup>104</sup> Ortega JM, Ojeda VG, Ortiz DA, Guerrero CR. Espiritualidad y cuidado de enfermería. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*. [Revista en internet]. 2016; [citado 15 noviembre 2017]; 5(10):1-17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5662592.pdf>

<sup>105</sup> Michelini DJ. Dignidad humana en Kant y Habermas. *Revista anual de la Unidad de Historiografía e Historia de las ideas*. [Revista en internet]. 2010; [citado 6 noviembre 2017]; 12(1):41-49. Disponible en: <https://bit.ly/2vaoA5s>

<sup>106</sup> Poblete TM. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* [Revista en internet]. 2007; [citado 31 octubre 2017]; 20(4):499-503. Disponible en: <https://bit.ly/2d1QmKf>

<sup>107</sup> Ehrenreich B, English D. Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Barcelona: La sal; 2006.

<sup>108</sup> Diccionario de la Lengua española. 23<sup>va</sup> ed. Asociación de Academias de la Lengua Española; 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Wrm3W7c>

- 
- <sup>109</sup> Lopera B, et al. El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. *Revista Cuiden*. [Revista en internet]. 2016; [citada 5 enero 2018]; 7(2):1262-1270. Disponible en: <https://bit.ly/2Hv4Lzn>
- <sup>110</sup> Hanna LM, Villadiego ChM. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. *Revista Colombiana de Enfermería*. [Revista en internet] 2014; [citada 8 febrero 2018]; 9(9):65-70. Disponible en: <https://bit.ly/2J3pTtF>
- <sup>111</sup> Alcaraz LG, Zapata HM, Gómez GM, Agudelo TE. Funciones del profesional de enfermería en las salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Investigación y Educación en enfermería*. [Revista en internet]. 2010; [citada 1 marzo 2018]; 28(1):43-53. Disponible en: <https://bit.ly/2H93uuk>
- <sup>112</sup> Ledesma-Delgado E, Mendes RM. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistencias. *Rev Latino-am Enfermagem* [Revista en internet]. 2009; [citado 25 enero 2018]; 17(3). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_08.pdf)
- <sup>113</sup> Lapeña MY, Cibanal JL, Pedraz MA, Macía SL. As relações interpessoais dos enfermeiros na assistência hospitalar e o uso das capacidades comunicativas. *Texto Contexto Florianópolis*. [Revista en internet]. 2014; [citado 5 noviembre 2017]; 23(3):555-562. Disponible en: <https://bit.ly/2ETRzP6>
- <sup>114</sup> Rodrigo O, Caïs J, Monforte-Royo C. Professional responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses. *Nursing Inquiry*. [Revist on line]. 2017; [citada 20 marzo 2018]; 24:e12202. Disponible en: <https://bit.ly/2HG0Vkk>

---

<sup>115</sup> Abbês BN. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Cad. Saúde Pública [Revista en internet]. 2008; [citado 10 noviembre 2018]; 24(8):1953-1955. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800023>

<sup>116</sup> Molina-Mula J, Peter E, Gallo-Estrada J, Perelló-Campaner. Instrumentalisation of the health system: An examination of the impact on nursing practice and patient autonomy. Nursing Inquiry. [Revista on line]. 2017; [citado 10 marzo 2018]; 25:e12201. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nin.12201>

<sup>117</sup> Galbany-Estragués P, Comas-d'Argemir D. Care, Autonomy, and Gender in Nursing Practice: A Historical Study of nurses' Experiences. J. Nurs Res. [Revista on line]. 2017; [citado 14 marzo 2018]; 25(5):361-367. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28877123>

<sup>118</sup> De la Rosa ER, Zamora MG. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? Índex Enferm. [Revista en internet]. 2012; [citada 15 febrero 2018]; 21(4):219-223. Disponible en: <https://bit.ly/2HuYr11>

<sup>119</sup> Blanco LR. Campos, relaciones y redes de poder: debates teóricos para la comprensión de las disputas del control del estado. Rev. Reflexiones. [Revista en internet]. 2012; [citada 15 noviembre 2017]; 96:95-106. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4796688.pdf>

<sup>120</sup> Capdevielle J. El concepto de habitus: "con Bourdieu y contra Bourdieu". Revista Andaluza de Ciencias Sociales. [Revista en internet]. 2001; [citado 5 junio 2016]; (10):31-45. Disponible en: <https://.unirioja.es/download/articulo/3874067.pdf>

<sup>121</sup> Moncó B. Maternidad ritualizada: un análisis Desde la antropología de género. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. [Revista en internet]. 2009; [citada 15 marzo 2018]; 4(3):357-384. Disponible en: <https://bit.ly/2H6WC0D>

---

<sup>122</sup> Almaguer JA, José GH, y Vargas VV. La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. Centro Nacional de Equidad de género y salud reproductiva. Género y salud en cifras. [Revista en internet]. 2010; [citado 3 junio 2016]; 8(3):3-20. Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/SepDic10.pdf>

<sup>123</sup> Tinoco-Zamudio MT. La subjetividad del médico y mortalidad materna. Rev. CONAMED. [Revista en internet]. 2013; [consultada 10 abril 2016];18(4):157-164. Disponible en: <https://bit.ly/2JUwFmY>

<sup>124</sup> Da Rocha PR, Franco SC, Baldin N. El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. Rev Bras Anesthesiol. [Revista en internet]. 2011; [citado 10 diciembre 2017]; 61(3): 204-210 204. Disponible en: <https://bit.ly/2H6xmM5>

<sup>125</sup> Rocha OT, Faria SS. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enferm. glob. [Revista en internet]. 2013; [citado 08 octubre 2017]; 12(30): 76-90. Disponible en: <https://bit.ly/2HGBpM4>