

**“¡GRACIAS POR ESTAR AHÍ!”  
ACOMPañAMIENTO PSICOLóGICO DURANTE EL PARTO, UNA  
APROXIMACIÓN AL PARTO HUMANIZADO**

**Experiencias significativas para conceptualizar el quehacer psicológico durante  
el parto**

**ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

**Tesis para optar al título de psicólogo**

**LINA JULIANA ÁLVAREZ CALDERÓN  
YULIANA ESPINOSA VALENCIA  
LAURA CATALINA FERNÁNDEZ GÓMEZ**

**Director de tesis**

**Mg. ANDRÉS ENRIQUE ZÁRATE PRADILLA**

**Proyecto de grado**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**Floridablanca, 2018**

## Resumen

**Introducción:** El objetivo de la presente investigación fue conceptualizar el rol del psicólogo durante el trabajo de parto en dos E.S.E.s de Colombia en favor del parto humanizado, partiendo del supuesto que el modelo de humanización busca encontrar un equilibrio entre las prácticas medicalizadas que se han generado a partir de los avances tecnológicos y el parto no intervenido que genera altos índices de mortalidad neonatal, el cual se da por medio del trabajo interdisciplinar resaltando la importancia de la intervención psicológica.

**Metodología:** La presente investigación fue de tipo cualitativo con un diseño de investigación-acción-participante (IAP), en la cual se recolectó la información a través de la observación directa registrada en diarios de campo siendo esta la fase de diagnóstico y la intervención por medio de talleres reflexivos con el personal de salud y el acompañamiento psicológico a las gestantes. Se trabajó con 38 mujeres gestantes y 79 sujetos del personal del área de la salud pertenecientes a las instituciones Hospital local del Norte en Bucaramanga y Hospital San Juan de Dios en Sonson.

**Resultados:** Se logró identificar el impacto favorable del acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto y en la implementación de estrategias institucionales de promoción del modelo de parto humanizado por medio de la clasificación de las prácticas en barreras y factores facilitadores, que sirvieron como base para la formulación de una propuesta de intervención dirigida a los profesionales.

**Palabras claves:** Acompañamiento psicológico, trabajo de parto, parto humanizado, parto institucionalizado, violencia obstétrica, salud mental, estrategias de afrontamiento, trabajo interdisciplinar.

### **Abstract**

**Introduction:** The objective of this research was to conceptualize the role of the psychologist during childbirth in two ESEs of Colombia in favor of humanized childbirth, starting from the assumption that the humanization model seeks to find a balance between the medicalized practices that have been generated from technological advances and untreated childbirth that generates high rates of neonatal mortality, which occurs through interdisciplinary work highlighting the importance of psychological intervention.

**Methodology:** The present research was of qualitative type with a participant-action-research (PAR) design, in which the information was collected through direct observation recorded in field journals, this being the diagnostic phase and the intervention by Reflective workshops with healthcare professionals and psychological support for pregnant women. We worked with 38 pregnant women and 79 subjects of healthcare professionals belonging to the North Hospital in Bucaramanga and San Juan de Dios Hospital in Sonson.

**Results:** It was possible to identify the favorable impact of psychological support during childbirth and in the implementation of institutional strategies to promote the humanized delivery model through the classification of barriers and facilitating factors, which served as the basis for the formulation of an intervention proposal aimed at professionals.

**Keywords:** Psychological accompaniment, childbirth, humanized childbirth, institutionalized childbirth, obstetric violence, mental health, coping strategies, interdisciplinary work.

## Tabla de contenido

Introducción.....	1
Planteamiento del problema .....	1
Pregunta de investigación.....	4
Justificación .....	4
Objetivos.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Marco teórico.....	8
Antecedentes de investigación.....	8
Psicología de la salud .....	17
Promoción de la salud en el parto .....	19
Historia del parto.....	22
Parto humanizado.....	24
Parto Institucionalizado. ....	28
Valor del embarazo: una cuestión de protección jurídica .....	30
Metodología.....	35
Población .....	39
Muestra. ....	39
Instrumentos .....	40
Consentimiento informado. ....	40
Taller reflexivo.....	40
Diario de campo. ....	41
Atlas. Ti. ....	41
Resultados .....	43
Transformación por medio del modelo de intervención IAP .....	44
Primer ciclo: Detectar el problema. ....	45
Segundo ciclo: elaborar el plan.....	46
Tercer ciclo: implementar y evaluar el plan. ....	48
Cuarto ciclo: Retroalimentación. ....	50
Primer ciclo: diagnóstico y detección del problema - Prácticas institucionales en dos E.S.E.s de Colombia.....	51
E.S.E ISABU Hospital Local del Norte - Bucaramanga. ....	51
E.S.E Hospital San Juan de Dios – Sonsón. ....	56
Prácticas compartidas por las dos E.S.E.s .....	59

Barreras y factores facilitadores hacia el parto humanizado .....	60
Segundo y tercer ciclo: elaboración, implementación y evaluación del plan - Acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto .....	64
Actitudes afectivas positivas.....	64
Favorecer habilidades de afrontamiento.....	69
Fortalecimiento de vínculos.....	76
Trabajo interdisciplinar. ....	77
Cuarto ciclo: retroalimentación - Transformación de los discursos hacia el parto.....	81
Discurso de los profesionales. ....	81
Discurso de las gestantes. ....	85
Propuesta de intervención dirigida a los profesionales .....	86
Modelo de empoderamiento dirigido a las gestantes .....	95
Discusión.....	96
Conclusiones.....	104
Bibliografía.....	105
Apéndices .....	115

**Tabla de figuras**

<b>Figura 1.</b> Metodología IAP.....	38
<b>Figura 2.</b> Modelo de implementación IAP .....	44
<b>Figura 3.</b> Prácticas institucionales en dos E.S.E.s .....	54
<b>Figura 4.</b> Barreras y factores facilitadores hacia el parto humanizado .....	63
<b>Figura 5.</b> Acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto.....	65
<b>Figura 6.</b> Discursos hacia el parto.....	82
<b>Figura 7.</b> Propuesta de intervención dirigida a profesionales. ....	87
<b>Figura 8.</b> Recomendaciones a las gestantes. ....	95

## **Introducción**

*“Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer”*

*Michael Odent*

La presente investigación de tipo cualitativo con un enfoque de investigación-acción y se basa en el sustento teórico del acompañamiento psicológico en pro del parto humanizado, el cual comprende las diferentes etapas del desarrollo gestacional como lo son la etapa prenatal, perinatal y postnatal, teniendo en cuenta como un aspecto fundamental el trabajo de parto y el alumbramiento. La concepción de parto humanizado se enfoca en elementos primordiales como lo son la autonomía y la libertad de la mujer y busca establecer un apoyo continuo y empático por parte de los profesionales a cargo del acompañamiento en dichas etapas, como de su pareja o familiares; de igual forma, busca proporcionar medidas para mejorar la comodidad y la intimidad, generando un clima de confianza en que el que la mujer pueda satisfacer sus necesidades; y finalmente brindar a ella la información clara y constante sobre la evolución del parto, aspectos que generan beneficios como la reducción en los niveles de ansiedad, partos más cortos y menos traumáticos (Araoz, 2007).

Por lo anterior, la presente investigación busca conceptualizar el rol que ejerce el psicólogo durante el trabajo de parto a través de la identificación de las prácticas, discursos y actitudes presentes en los actores de dos E.S.E.s de Colombia por medio del proceso de observación y participación en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

### **Planteamiento del problema**

A partir del siglo XVIII el mundo occidental se vio fuertemente influenciado por el sistema biomédico, el cual comprende, interpreta y resuelve por medio del método

científico todos los procesos biológicos de los seres humanos. *“El sistema biomédico moderno ha logrado un lugar de poder, por encima de otras alternativas de atención como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones”* (Belli, 2013, p. 27). Por lo anterior, se establecen las relaciones entre médico-usuario, donde el usuario es visto como un sujeto pasivo que debe someterse a las dinámicas preestablecidas. Dichas dinámicas se fundamentan a partir del ejercicio del poder, en el cual el personal médico es quien tiene el conocimiento y a partir de este se ejerce el dominio sobre ellos.

Por lo anterior, la atención humanizada y el cuidado integral tienen poca relevancia, debido a esto se pueden presentar diferentes formas de violencia dentro de las que se evidencia la violencia física, psicológica, simbólica y cultural, las cuales se encuentran invisibilizadas y en la mayoría de los casos ignoradas, tanto por quienes las cometen como por quienes las sufren (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).

La violencia obstétrica se evidencia a partir de acciones como procesos de medicalización innecesarios, entre los cuales se encuentran los reiterados tactos vaginales y en algunas ocasiones sin justificación médica; la omisión del nombre al sustituirlo por apelativos como “mamita” o “mamacita”; la intimidación e invalidación emocional, la imposibilidad para expresar inquietudes y opiniones, la ridiculización y juzgamiento y el aislamiento de la familia, entre otras (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016), lo que ha generado un cambio en la perspectiva y visión del parto como un proceso natural ligado a las etapas de desarrollo y sexualidad de la mujer y se ha convertido en un proceso medicalizado, dirigido por profesionales, en donde la mujer gestante es desligada de su autonomía y vivencia plena de este.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, en la actualidad han surgido inquietudes por parte de los profesionales y de las instituciones prestadoras de servicios de salud acerca de los beneficios y aportes de las practicas humanizadas y se han generado modificaciones, aceptando el desafío de adoptar una visión de este modelo, con el fin de aportar elementos favorables a la calidad de vida y bienestar de las gestantes, neonatos, redes de apoyo y a los profesionales encargados de dicha área, alcanzando un equilibrio entre lo natural y los procesos médicos que sean requeridos en ese momento (Biurrungarrido y Goberna-Tricas, 2013).

Asimismo, el acompañamiento psicológico durante el parto presenta grandes vacíos epistemológicos, debido a que durante esta etapa la participación ha sido tradicionalmente por parte de los médicos (obstetras) y enfermeros; por lo anterior, surge la necesidad de estudiar los fenómenos que se presentan y aportan a la teoría y a la práctica elementos fundamentales desde el saber psicológico, para que se generen iniciativas que aporten favorablemente en el proceso, teniendo como foco de atención tanto a la mujer gestante, como al neonato, a la red de apoyo y a los profesionales implicados en dicha etapa. Ya que desde la psicología se pueden trabajar aspectos como el manejo emocional, la empatía, la tolerancia, el manejo del dolor, entre otros elementos, pues actualmente el saber y hacer psicológico se encuentra direccionado casi exclusivamente hacia el periodo de gestación y la prevención de riesgos de salud mental de la madre gestante y el neonato, restando importancia a la investigación e intervención psicológica durante el parto.

Por lo tanto, un concepto fundamental para la presente investigación es el de la dignidad humana desde la perspectiva bioética, la cual es entendida como:

*“Un principio moral según el cual la persona humana nunca debe ser tratada solo como un medio sino como un fin en sí, es decir, que el ser humano no debe ser nunca empleado como instrumento puesto que sería desconocer que es un fin en sí mismo”* (Diccionario Latinoamericano de Bioética, 2008, p. 277).

Por esto, la importancia de reconocer la dignidad humana, particularmente en las mujeres gestantes, teniendo en cuenta los principios éticos fundamentales de autonomía y respeto, los cuales son indivisibles a dicho concepto y deben cumplirse con el objetivo de relevar todo lo que se constituye como naturaleza humana (Diccionario Latinoamericano de Bioética, 2008), ya que como se mencionó anteriormente por prácticas medicalizadas, lo humano se ha convertido en un elemento en segundo plano.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es el rol del profesional en psicología durante el trabajo de parto para favorecer las prácticas desde y hacia parto humanizado?

### **Justificación**

La presente investigación se realiza con el objetivo de conceptualizar el rol que ejerce el psicólogo durante el parto en dos E.S.E.s de Colombia en favor de promover el parto humanizado, entre las cuales se encuentra el Hospital Local del Norte de la ciudad de Bucaramanga y el Hospital San Juan de Dios seccional Sonsón, a través de la observación y trabajo con el personal del área de la salud, la población de mujeres gestantes; describiendo aspectos como las relaciones que se establecen entre los actores, la forma en la que se llevan a cabo las diferentes prácticas y discursos, el rol que tiene la mujer a lo largo del proceso y las estrategias de intervención psicológica implementadas, buscando la posible transformación hacia la aplicación y uso adecuado de las prácticas de parto humanizado.

La razón principal por la cual se decide trabajar la presente temática surge a partir de la necesidad de generar una sensibilización en los profesionales a cargo del área de la salud, ya que en la mayoría de las ocasiones a nivel institucional pasa desapercibida la violencia contra la mujer, específicamente la obstétrica, generando consecuencias psicológicas. Según la Organización Mundial de la Salud (2014, p. 1)

*“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”.*

Según lo mencionado anteriormente, la violencia obstétrica se presenta de manera frecuente, pero no es un acto denunciado, debido a que se cree que dichas prácticas son normales y socialmente aceptadas. *“Si no hay demandas no hay cifras, por ende, la violencia obstétrica existe, pero es silenciosa”* (Roldan, 2017, párr. 12).

En Colombia la violencia obstétrica actualmente es un tema sobre el cual no se encuentran cifras claras, ni mayor información, debido a que, como se mencionó anteriormente, es un evento que pasa desapercibido y es desconocido e ignorado por las mujeres y por el personal perteneciente al área de la salud como lo son los médicos, los enfermeros y los psicólogos (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).

Con la presente investigación se busca impactar y sensibilizar favorablemente a todos los profesionales del área de la salud implicados en el acompañamiento de la etapa de gestación y alumbramiento, tomando el acompañamiento psicológico como un campo de acción que puede generar efectos positivos, adoptando una postura humana frente a su qué

hacer con el fin de brindar mayor bienestar, promocionar la salud mental, la calidad de vida, el protagonismo y la autonomía de la mujer gestante.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Conceptualizar el rol que ejerce el psicólogo durante el parto en dos E.S.E.s de Colombia en favor del modelo de parto humanizado.

### **Objetivos específicos**

Evidenciar las prácticas institucionales presentes en el trabajo de parto en dos E.S.E.s de Colombia.

Contrastar las barreras y factores facilitadores hacia el parto humanizado presentes en dos E.S.E.s de Colombia.

Identificar cuáles son los discursos de los profesionales en el área de la salud durante el trabajo de parto en dos E.S.E.s.

Diseñar propuesta de sensibilización e intervención psicológica enfocada a mejorar las prácticas y procedimientos hacia un parto humanizado.

## Marco teórico

### Antecedentes de investigación

Hasta hace 200 años todos los cuidados del parto eran humanizados y mantenían a la mujer en el centro y en general, respetaban la naturaleza y la cultura (Wagner, 2006), pero con el pasar de los años ha surgido avances tecnológicos que traen consigo la modificación de las diferentes prácticas y procedimientos, especialmente en el campo clínico, por esto, el proceso de gestación y alumbramiento ha perdido su esencia como un proceso natural y se ha convertido en un proceso medicalizado, en el cual la mujer ha perdido su protagonismo y se aborda desde la perspectiva de enfermedad, viendo a la mujer como una paciente, despojándola de la autonomía y del protagonismo lo que caracterizaba dicho proceso y convirtiéndose en algunas ocasiones en víctima de violencia obstétrica.

Se entiende como violencia obstétrica a aquellas prácticas médicas que se realizan de manera rutinaria e irrespetuosa, dirigidas hacia la mujer, específicamente en el momento de la atención al parto en diferentes instituciones hospitalarias y en las cuales se puede sobrepasar la dignidad de la persona (Belli, 2013). Pozzio (2016) define la violencia obstétrica como:

Un tipo de violencia que se encuentra *“frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados” (...)* *“que es producto del patriarcado, que se manifiesta en la legitimación de procedimientos como la apropiación del cuerpo de la mujer y un trato deshumanizador y una patologización de sus procesos naturales”*. (p. 106)

A partir de esto, se han realizado diferentes investigaciones que dan sustento teórico crítico a los conceptos relacionados con la deshumanización del parto y su impacto en la salud materna y neonatal.

Se iniciará el análisis de los antecedentes con el estudio realizado por Andrade, de Vasconcelos y Ferreira (2008), titulado *Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?* Este estudio de corte exploratorio-descriptivo tuvo como objetivo analizar la atención al parto bajo la mirada de adolescentes embarazadas, en la perspectiva de la humanización. Dicho estudio contó con instrumentos de carácter descriptivo, como encuestas semi-estructuradas, las cuales se aplicaron a una muestra de 30 adolescentes gestantes, quienes dieron a luz en el Hospital del Distrito Gonzaga Mota; del mismo modo, los investigadores recurrieron a la obtención de información mediante la observación e interacción con el grupo de adolescentes, analizando el funcionamiento de los servicios y el personal a cargo de estos durante el proceso de parto, la cual fue registrada por medio de diarios de campos.

Una vez recolectada la información necesaria para la investigación, los autores procedieron a la categorización, sin perder de vista siempre la importancia de las prácticas realizadas en la institución durante el proceso de parto y aquellas prácticas asignadas por la Organización Mundial de la Salud para dicho proceso, en el estudio realizado se tuvo en cuenta una categoría en específica según Andrade et al. (2008) “La categoría "A" envuelve prácticas que son útiles y benéficas para el trabajo de parto y parto, favoreciendo, tanto a la embarazada como al bebé, y por ello, deben ser estimuladas.”

De esta forma Andrade et al. (2008) en su investigación buscó analizar algunas prácticas pertenecientes a dicha categoría como lo son:

*“Ofrecer a la mujer el máximo de informaciones y explicaciones; libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto; técnicas no- invasivas y no- farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto, como masaje y técnicas de relajación; y contacto precoz piel a piel entre madre y bebé y el apoyo al inicio del amamantamiento materno en la primera hora del posparto.” (p. 188)*

Las cuales se relacionaron con la información recolectada, donde se encontró que sólo 12 del total de las encuestas, arrojaron que si explicaban a la madre gestante los procedimientos que se iban a realizar, pues la mayoría expresó que eran informadas una vez el procedimiento se había realizado, en relación a la libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto se encontró que de la muestra total participante, 19 mujeres que decidieron adoptar una posición horizontal durante el trabajo de parto, seguido de 10 de ellas las cuales dieron a luz en una posición de semi-cuclillas y solo una opto por una posición lateral.

De acuerdo con las técnicas no invasivas y no farmacológicas de los dolores del trabajo de parto, se considera que este es uno de los factores más importantes al momento de hablar sobre el cuidado humanizado de mujeres gestantes; pues se busca la minimización de estos a través de diversas técnicas no farmacológicas. Durante el estudio se comprobó que técnicas como el baño con agua tibia, masajes, el caballito o balón se percibían como efectivas en las adolescentes en trabajo de parto, pues 19 de ellas aseguraron haber recibido alguno de estos tratamientos por parte del grupo de enfermeras profesionales y afirman haber experimentado disminución en la escala de dolor. Sin embargo 11 de las mujeres participantes no recibieron este tipo de tratamiento, por negación propia o por falta de tiempo durante el trabajo de parto.

Finalmente, con relación al estímulo del primer contacto físico entre madre y bebé y al amamantamiento posparto, el 90% de las participantes es decir un total de 27 adolescentes gestantes lograron tener un contacto precoz con el neonato, lo cual según la OMS en 1996 el contacto piel a piel precoz entre la madre y el bebé es muy importante psicológicamente, pues estimula madre y bebé a conocerse, iniciando el eslabón afectivo. Con relación al amamantamiento solo el 34% de las madres fueron estimuladas al amamantar en la misma sala de parto y el porcentaje de madres que no practicaron el alimentar al neonato expresaron razones como que una vez había nacido se lo llevaron, sin recibir algún tipo de información del porqué de este tipo de hechos, lo cual indica que la implementación de este tipo de técnicas llevan el alumbramiento hacia un camino más sensible y humanizado, favoreciendo tanto a la madre como al neonato; igualmente demuestra que el acompañamiento realizado por los profesionales (en este caso enfermeros) es percibido por las gestantes como la satisfacción a sus necesidades afectivas como la atención, la comprensión y el afecto.

Un segundo estudio estuvo a cargo de Bravo, Uribe y Contreras (2008), el cual se centró en el cuidado percibido durante el proceso de parto desde el punto de vista de las madres a través de una búsqueda bibliográfica en bases de datos como *proquest*, *scopus*, *elsevier*, *ebm*, *google scholar* y *cinhal*; su objetivo principal fue conocer la percepción del buen cuidado de las mujeres en proceso de parto. Algunos de los criterios para la clasificación de los artículos fueron la de ser artículos de primera fuente, los cuales fueron de acceso totalmente gratuito y de preferencia en inglés.

La clasificación de la información adquirida a través de la revisión bibliográfica se realizó mediante la creación de categorías, en las cuales se relaciona el buen cuidado con competencias identificadas durante el estudio, una de ellas es *la percepción del buen*

*cuidado y la competencia técnica* en la cual se evidencia la percepción que tienen las mujeres gestantes sobre las prácticas que se relacionan con el buen cuidado durante el proceso de parto y los conocimientos técnicos-procedimentales de los profesionales que intervienen en este; por lo tanto cabe resaltar cómo las mujeres son sometidas a procedimientos médico-instrumentales durante el trabajo de parto, algunos de ellos de forma repetitiva si se encuentran siendo atendidas en alguna instituciones de enseñanza, los cuales para algunas mujeres son facilitadores durante el parto, pero para otras es considerado como violencia obstétrica o malestar físico e innecesario, dichas percepciones se ven influenciadas por la forma como se realizan, pues de estas depende totalmente la forma en la que serán percibidas.

Una segunda categoría es la *percepción del buen cuidado y la competencia relacional* en la cual se resaltan factores influyentes para el buen cuidado durante el trabajo de parto, como lo es el *apoyo emocional profesional* el cual es fundamental para la humanización del proceso de parto, pues según los estudios revisados durante la investigación, la aproximación tanto física como relacional influyen favorablemente en la mujer gestante, pues el conocer y generar un vínculo con la matrona, enfermera o acompañante profesional durante el proceso garantiza el apoyo emocional, el cual pueden brindarse a través de palabras de aliento, palabras suaves, sentimientos de empatía y compasión hacia la mujer. Un factor estrechamente relacionado con el *apoyo emocional profesional* es el *trato profesional suave y femenino* en el cual se resalta la labor de las enfermeras durante el acompañamiento del trabajo de parto, pues según estudios revisados durante la investigación, las mujeres que recibían un trato suave, sonrisas o simplemente ayuda por parte de estos profesionales de la salud, vivían un parto más satisfactorio y una generaban una carga afectiva más fuerte hacia la experiencia.

El *facilitar la presencia de un familiar* es un factor de vital importancia durante el parto pues según Bravo et al. (2008) *las mujeres reportan la necesidad de recibir amor y apoyo desde la familia, fundamentalmente desde la madre y la pareja* pues una de las investigaciones revisadas reveló que las mujeres aún sin tener la opción de ser acompañadas por sus parejas, consideraban su presencia de total importancia, pues al acceder al acompañamiento de sus parejas o seres queridos, evidenciaron disminuciones en la escala de dolor. Igualmente el *aporte de información efectiva* permite a la mujer centrarse en el proceso que vive, restando importancia a temores o miedos causados por la desinformación de los procedimientos los cuales se llevan a cabo durante el parto; finalmente el *respaldo profesional de la madre* es aquel factor en el cual la mujer gestante identifica el respaldo por parte de los profesionales en cada decisión que toma durante el parto, ya sea abogando por esta al momento de sentirse vulnerable o apartada del proceso, como en algunos instantes de confusión donde solicita la asesoría de profesionales, es por esto que el establecimiento de vínculos afectivos durante el trabajo de parto, mejoran la calidad de la experiencia y favorecen la salud mental materna y neonatal.

Por otra parte, es fundamental para la presente investigación tener en cuenta los aspectos psicológicos en el periodo de gestación, por lo cual se tienen en cuenta los resultados evidenciados en un estudio a cargo de Morales et al. (2008), dicha investigación se titula *Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio*, y es de corte longitudinal prospectivo correlacional. Tiene como objetivo principal analizar las variables psicológicas relativas a la personalidad de las mujeres gestantes, también tiene en cuenta elementos como la sintomatología psiquiátrica, las preocupaciones acerca del embarazo, las creencias sobre el parto, el locus de control, las estrategias de afrontamiento en relación con la sintomatología clínica y la existencia de complicaciones durante el

proceso de gestación, los indicadores de calidad de vida de las mujeres gestantes, la percepción y control del dolor durante el parto, el tipo de parto, los indicadores de bienestar neonatal, la satisfacción en relación al nacimiento, el desarrollo del vínculo y cuidado del hijo y la presencia de depresión posparto.

Los resultados arrojan que la personalidad de las mujeres tiene fuerte influencia en la forma en cómo se afronta la transición a la maternidad y los cambios que esto acarrea. De igual forma, las creencias y el miedo sobre el parto vaginal se ven influenciados por la ansiedad, la cual determina la tolerancia al dolor (Marín et al., 2008).

De la misma manera, otros de los factores que incide en la definición del parto como experiencia positiva son la toma de decisiones, la sensación de control, la información, el apoyo de la pareja y del personal sanitario; y la autonomía de la mujer en su proceso de parto (Morales et al., 2008).

En cuanto a la tolerancia al dolor se encuentran relacionadas las características individuales como la edad, el nivel educativo y las experiencias previas de partos anteriores, pero elementos como el estrés, la ansiedad y la depresión pueden influir desfavorablemente en los umbrales de tolerancia al dolor. Por esto es importante aplicar en las mujeres gestantes mecanismos de distracción, con preferencia hacia aquellos que requieran de mayor capacidad atencional, al igual que las estrategias que emplean conductas motoras, de la misma manera que emplear estrategias de afrontamiento efectivas y reinterpretar las sensaciones de dolor puede generar un aumento del control percibido acerca de este (Morales et al., 2008).

Otra característica psicológica fundamental es el locus de control, relacionándose el locus de control interno con niveles bajos de dolor, por consiguiente, se deben disminuir las

atribuciones externas con el objetivo de aumentar la posibilidad de modificar las creencias de la mujer gestante y de esta manera obtener una mayor tolerancia al dolor crónico.

Continuando con la línea de investigación, un estudio realizado por Behruzi, Hatem, Goulet y Fraser (2011), titulado *The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital* surgió de la evidente preferencia por parte de mujeres gestantes con bajo riesgo obstétrico hacia hospitales de tercer nivel en los cuales manejan el concepto de parto humanizado, este estudio según Behtzi et al (2011) “*El objetivo de este estudio fue explorar los factores organizativos y culturales, que actúan como barreras o facilitadores en la provisión de atención obstétrica humanizada en un hospital altamente especializado, afiliado a la universidad en la provincia de Quebec, en Canadá*”.

Los instrumentos empleados durante la investigación fueron entrevistas semiestructuradas, diarios de campo, observación de los participantes, cuestionarios autoadministrados y archivos o documentos. El estudio de caso estuvo compuesto de tres grupos de personas claves en el estudio: un primer grupo integrado por administradores, un segundo grupo integrado por profesionales y un tercer grupo compuesto por las madres gestantes y sus familias.

A partir de la información recolectada se elaboraron categorías temáticas, clasificadas según el contexto de estas, las cuales buscaban describir los factores facilitadores y las barreras que se presentan al momento de incluir el concepto de parto humanizado en una institución altamente especializada. Una de las principales categorías es *Cuidado y familia-modelo de cuidado*, según el estudio de Behruzi et al, el hospital centra sus estrategias hacia un enfoque de cuidado, basado en el trabajo integrado de familia y profesionales; desde el punto de vista de cada participante del estudio, la familia contaba

con un rol importante tanto durante el periodo gestacional como en el trabajo de parto, por lo cual era de vital importancia ir informando a los familiares y a la paciente sobre los procedimientos a seguir, como se ha confirmado en los estudios anteriormente revisados. Resaltando la importancia de la familia y el rol de cuidado que esta representa al momento del alumbramiento.

También es importante mencionar algunos otros factores facilitadores para el parto humanizado, encontrados en el estudio, tales como el ambiente de trabajo entre profesionales y administrativos, igualmente la seguridad y comodidad brindada a la madre gestante, tanto por parte del hospital como por la familia o sus acompañantes; igualmente las instalaciones para proporcionar un parto sin dolor y el acompañamiento constante. En cuanto a las barreras, se encontró que la escasez de profesionales de la salud, la estimación del desempeño médico y el deseo de especialización por parte de todos los profesionales de la salud, conducían la experiencia hacia un camino menos satisfactorio, pues la presencia excesiva de profesionales no necesarios develó una falta de privacidad y fallas en la atención hacia la mujer.

Otro estudio realizado por Terán, Castellanos, González y Ramos (2013) permitió identificar la percepción que tenían las usuarias acerca de la atención que recibían durante el trabajo de parto y si esta se relacionaba con alguna práctica considerada como violencia obstétrica. En los resultados de dicha investigación se encontró que una de las prácticas de violencia obstétrica que predomina es la realización de actos médicos como los tactos vaginales y la administración de oxitócitos sin algún tipo de consentimiento informado. De igual forma, se evidenció un trato deshumanizante por parte de los profesionales a cargo del área de la salud, en algunas ocasiones, las mujeres se veían impedidas a tener el primer contacto con el recién nacido, también recibían críticas por el llanto o gritos durante el

trabajo de parto, al igual que burlas, comentarios irónicos y descalificadores, así como la imposibilidad para manifestar sus miedos e inquietudes a lo largo del trabajo de parto y durante el parto.

A partir de las diferentes prácticas de violencia obstétrica como las mencionadas anteriormente, surge el llamado a humanizar la atención del parto y de igual forma, la necesidad de un cambio en el modelo de atención sanitaria que aumenta con la implementación de la modalidad de parto humanizado y que genere un balance entre las intervenciones que son adecuadas para reducir la mortalidad materna, donde se presten servicios integrales y de alta calidad centrados en las necesidades de la mujer gestante, lo cual se relaciona con la perspectiva de bienestar y calidad de vida tanto de la mujer como del neonato. Dicha relación es sustentada en investigaciones como las realizadas por Valenzuela Mujica, Uribe Torres, y Contreras Mejías, (2011); Biurrun-Garrido y Gobernáticas (2013), en las cuales se evidencian elementos comunes como: la menor cantidad de procesos invasivos, el rol protagónico, la participación activa y el nivel de control de la mujer a lo largo de las diferentes etapas del proceso de gestación y el alumbramiento; y para finalizar el componente interpersonal como el respeto y la confianza que brindan los profesionales del área de la salud a cargo de los procesos de atención a la mujer gestante.

### **Psicología de la salud**

Desde el establecimiento de la psicología como ciencia y profesión, el tema de salud ha sido una prioridad y se ha estudiado que cualquier variable que se relaciona con el individuo tiene impacto significativo en su bienestar, calidad de vida y salud. A partir de esto surgió una rama contemporánea conocida como psicología de la salud, la cual se encarga de estudiar los factores psicológicos que intervienen en el proceso de salud y de

enfermedad en términos de evaluación, promoción, prevención e intervención (Oblitas-Guadalupe, 2015).

La psicología de la salud busca fomentar la atención en salud de alta calidad para todos los individuos en las diferentes culturas, ya que utiliza como modelo central explicativo el modelo biopsicosocial, es decir, asume una perspectiva de trabajo interdisciplinario entre los actores de intervención en salud, y adicionalmente, reconoce el peso de los componentes biológicos, psicológicos, sociales y conductuales de las personas (Oblitas-Guadalupe, 2015).

En la actualidad, existe sin número de evidencia de que la salud, bienestar físico y la calidad de vida de los seres humanos está relacionada con sus conductas, pensamientos, relaciones sociales, sentimientos y emociones, ya que estas pueden generar efectos positivos o negativos. Por esto, la psicología de la salud hace uso de elementos de intervención de la psicología clínica que se encuentran direccionados a la promoción de la salud, prevención de las afectaciones en la salud y en la calidad de vida de los individuos (Oblitas-Guadalupe, 2015).

A partir de lo mencionado anteriormente, es relevante para la presente investigación basarse en los elementos de este campo de la psicología, ya que busca promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres gestantes y de los neonatos, así como de los profesionales implicados en el proceso de trabajo de parto y del parto; con el fin de fomentar conductas consecuentes con los planeamientos del modelo de parto humanizado, de igual manera, busca favorecer a las mujeres gestantes a través de técnicas de reducción del dolor durante el trabajo de parto, entrenamiento en estimulación al neonato, favorecimiento de las relaciones interpersonales, la lactancia materna como elemento

fundamental para establecer el vínculo madre-hijo, entre otras conductas que favorezcan esta etapa del ciclo vital.

### **Promoción de la salud en el parto**

Según la OMS, (1998) se entiende por salud pública a la “ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”. Para abordar el concepto de salud pública es necesario mencionar la Declaración de Alma-Ata, la cual surge de la conferencia realizada del 6 al 12 de Septiembre de 1978 en Kazajistán; la cual abarcó la atención primaria, definiéndola como: *“un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud”* (Chan, 2008, párr. 1), dicho concepto buscaba cambios respecto a la salud e implementación de estrategias políticas y sociales que facilitaran el avanzar hacia una salud más equitativa.

Por lo tanto, esta declaración lleva a la salud pública hacia un nuevo rumbo, impulsando a todos los países a evaluar y extender las competencias para la atención en salud, no solo centrándose en las intervenciones médicas, sino al mismo tiempo, incluyendo las limitaciones sociales, culturales y de infraestructura, las cuales pueden presentar fallas, generando procesos de entorpecimiento en la prestación de servicios en salud de calidad a todos los ciudadanos (UNICEF, 2008).

La carta de Ottawa fue desarrollada el 21 de noviembre de 1986 a partir de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, que tenía como objetivo principal *“Salud Para Todos en el año 2000 y en adelante”* (OMS, 2015), debido a que a

nivel mundial se estaban presentando grandes expectativas sobre un nuevo movimiento de salud pública. En dicho documento se consignan diversos elementos que al ser aplicados proporcionan a los individuos mejoras en el sistema de salud, que le permitan alcanzar un estado de bienestar tanto físico como mental y social; y se basó en el progreso que se había obtenido a partir de la Declaración sobre atención primaria de salud en Alma-Ata en 1978.

En este orden de ideas, se busca promocionar la salud debido a que es un constructo que se encuentra ligado al progreso personal, social y económico, los cuales hacen parte de la calidad de vida de los seres humanos. Por lo anterior, los diferentes programas de promoción de la salud se deben adaptar a las necesidades y requerimientos locales, con el objetivo de alcanzar la equidad sanitaria y favorecer la calidad de vida como elemento primordial para el bienestar de los individuos que hacen parte de una comunidad.

El concepto de calidad de vida ha sido utilizado ampliamente como medida de bienestar, sin embargo, no existe una definición unificada de dicho concepto. Según la OMS, calidad de vida se entiende como:

*“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno”*

(Grupo de la OMS sobre la calidad de vida, 1996, párr. 10).

De este modo, la calidad de vida se ve impactada por la promoción de la salud que es responsabilidad tanto del sector de la salud como de los diferentes entes sociales, gubernamentales y económicos. Por lo tanto, al hablar de salud el discurso debe trascender del plano institucional medicalizado hacia esferas sociales, políticas y comunitarias, que

incluyan aspectos subjetivos y culturales; y de este modo el sector salud actúe como mediador entre los intereses para promover el mejoramiento de la calidad de vida.

La presente investigación está focalizada hacia una población específica, que son las mujeres gestantes y la población neonatal. Por ende, es importante traer a colación los principios y políticas en salud pública enfocados al favorecimiento de la salud de dicha población. De este modo, en el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el Marco IFC “*Trabajando con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*” (OMS, 2015), el cual busca integrar los elementos de promoción de la salud consignados en la Carta de Ottawa junto con estrategias que promuevan la salud materna y neonatal (SMN). El Marco IFC pretende fortalecer y brindar una atención más apropiada y de calidad a las mujeres embarazadas, madres y recién nacidos por parte de las familias y comunidades.

Desde la perspectiva de la salud pública, el parto es un proceso fisiológico que implica vulnerabilidad tanto para la madre como para el recién nacido, por este motivo se han implementado políticas encaminadas a la prevención y el tratamiento oportuno de las situaciones de riesgo que han generado la reducción de la morbilidad perinatal y materna. De la misma manera, se tiene en cuenta dentro de estas políticas el trato que recibe la mujer durante el trabajo de parto y el parto, ya que este aspecto interfiere en la satisfacción de la maternidad y constituye un recuerdo del ciclo vital de la madre. (Cáceres-Manrique y Nieves-Cuervo, 2017)

La salud de la mujer gestante es un factor determinante para la salud y bienestar físico, social y emocional del neonato, por esto, es fundamental que la madre tenga acceso a los insumos privados y públicos que se encuentren a su alcance y de igual forma dichos insumos deben prestarse de manera eficiente y oportuna a lo largo de las diferentes etapas

de gestación. Por lo tanto, la conexión de la salud madre e hijo durante este proceso se yuxtapone en un solo proceso que requiere ser abordado de manera holística.

Las estrategias de intervención direccionadas a promocionar la salud materna y neonatal tienen como objetivo principal aumentar y mejorar el acceso a los servicios de salud, trabajar en aspectos como la equidad y el género; el empoderamiento de la mujer y alcanzar la participación de la comunidad en los procesos de planificación de los programas que aporten a la mejora de los servicios.

El parto humanizado es un modelo de intervención en salud que ha tomado fuerza en todos los países debido a que en ámbitos de salud pública genera menores tasas de morbilidad materno-perinatales, la experiencia más satisfactoria para la mujer y su familia, considerable ahorro económico para el sistema de salud y elevadas tasas de éxito en la lactancia materna, el cual es un factor fundamental para la prevención y promoción de la salud (Freyermuth y Sesia, 2009).

### **Historia del parto**

Desde los inicios de la historia el parto pese a ser un proceso fisiológico, siempre ha contado con cuidados y atenciones. A lo largo de la historia las matronas han tenido un papel importante teniendo una actitud de acompañamiento más no intervencionista.

Realizando un recorrido por el periodo clásico medieval se llegó a identificar el interés de los médicos por centrarse en el proceso de gestación, actuando únicamente en casos de gran importancia como cuando se necesitaba realizar un aborto. A partir del siglo XVII dichas prácticas comienzan a modificarse debido a la incorporación de los cirujanos en la atención del parto y la implementación de los fórceps; naciendo así la tecnificación de la asistencia al nacimiento. (Biurrún-Garrido y Goberna-Tricas, 2013).

Finalizando el siglo XIX se incorporaron modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad implantando una atención sanitaria. Siendo así un proceso para iniciar la atención del parto en hospitales, a los que las mujeres acuden por partos complicados, refiriéndose así a la mujer gestante como una mujer enferma necesitada de asistencia. En la segunda guerra mundial en el siglo XX, se da inicio a la medicalización de los servicios de maternidad, se cambia el escenario asistencial en el parto; trasladándose del interior del hogar a una sala de parto autoritaria, que se justifica a través de las mejoras hospitalarias y obstétricas, poniendo así en dominio al médico; lo que generaría una desposesión de la mujer sobre el control de su cuerpo. (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013).

En la década de 1980 se empieza a cuestionar la praxis médica, gracias algunas voces críticas de diversos movimientos sociales que influyeron de manera importante en el cambio de la atención hospitalaria, donde se cambia la visión autoritaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 realiza una revisión sobre los servicios de medicalización que se le estaban prestando a las gestantes, debido a que estos no cumplían a cabalidad con las necesidades y expectativas, limitando su autonomía; por tal razón la OMS promulga la recomendaciones para evitar, así, ciertas prácticas no justificadas que podrían llegar a atentar contra la dignidad de la mujer gestante, especificando que tenían el derecho a una adecuada atención en el parto que incluya su participación en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, para poder brindar una atención integral, llegando a proponer que se debe tener en cuenta los factores familiares, psicológicos, sociales, valores y creencias, constituyendo así un valor por la mujer en su estado emocional, dignidad y autonomía durante el parto (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013).

En la actualidad se ha generado problemáticas debido a las visiones tradicionales que contemplan la atención medicalizada del parto y un nuevo movimiento que defiende la humanización de los servicios del parto; sin dejar atrás u omitir los servicios que realiza el personal de salud para poder brindar un bienestar para la mujer gestante como para el neonato.

### **Parto humanizado.**

Con el objetivo de dar una explicación profunda del concepto de parto humanizado, es importante mencionar como punto de partida el concepto de humanización. Aunque la humanización tiene diversas maneras de ser definida, todas estas definiciones giran en torno a que es el proceso de singularidad evolutiva que ha generado una inteligencia operativa que se da como producto de la socialización entre la especie y el medio. Es la capacidad para comprender el proceso de la vida y de desarrollar las habilidades para adaptarse al entorno por medio del conocimiento, el pensamiento y la tecnología. Toma como aspecto central las relaciones humanas y la cultura como eje de la articulación de la especie (Carbonell & Hortola, 2013).

Desde una perspectiva global humanizar la asistencia en salud durante el parto se entiende como el modelo de atención sanitaria fundamentado en conocimiento técnico y evidencia científica, el cual tiene como objetivo principal convertir a la mujer en el pilar central, tomando en cuenta las opiniones, valoraciones emocionales y necesidades que surgen durante la atención del embarazo, el parto y puerperio (Biurrun-Garrido y Gobernáticas, 2013). Es decir, que a partir del conocimiento fisiológico, se intervenga únicamente en caso necesario, teniendo en cuenta elementos como la comprensión, la comunicación, brindar información clara y oportuna acerca de los riesgos y beneficios; así como el

cuidado, la libertad, el respeto de creencias, pensamientos, sentimientos, percepciones y costumbres culturales (Cáceres-Manrique & Nieves-Cuervo, 2017), alcanzando un balance entre las intervenciones médicas y las necesidades de la gestante, con el fin de promover el bienestar y la satisfacción de la mujer.

Por lo anterior, según Almaguer, García y Vargas (2012) para que un parto sea humanizado debe incluir aspectos como:

- Reconocer a la madre como protagonista durante el proceso.
- No realizar intervenciones rutinarias en el proceso, únicamente intervenir en una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho a la educación para el embarazo y el parto.
- Tener en cuenta las necesidades de las gestantes.
- Respetar la intimidad durante el parto y el posparto.
- Brindar atención y apoyo continuo (por parte de la red de apoyo y los profesionales intervinientes).
- Favorecer la libertad de posición en el parto y movimiento durante el trabajo de parto (cuclillas, horizontal, sentada o como lo desee).
- Promover una relación armónica entre los profesionales y las gestantes.
- Establecer el vínculo inmediato a través del contacto piel a piel.
- Promover la lactancia materna.

A partir de lo mencionado previamente y adicional a la revisión de literatura del respectivo tema, surgieron dos componentes que permiten analizar en conjunto los postulados del modelo de parto humanizado. Estas son: El componente interpersonal y el componente intrapersonal.

### *El componente interpersonal*

El componente interpersonal, como su nombre lo dice, hace referencia puntualmente a todos aquellos vínculos e interacciones recíprocas que se establecen entre las personas en determinado contexto social (Bisquerra, 2002). El modelo de parto humanizado propone que deben existir interacciones constantes y favorables entre los profesionales intervinientes (médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros y psicólogos), las mujeres gestantes y sus redes de apoyo (pareja, familiares y/o amigos), debido a que esto favorece la disminución del dolor y la sensación de apoyo (Bravo et al. 2008), así como la comunicación interdisciplinar favorece la calidad de la atención que se le brinda a las gestantes (Wagner, 2007).

Adicionalmente, dentro del componente interpersonal se tiene en cuenta el contacto precoz piel a piel entre la madre e hijo, debido a que esto favorece la creación de vínculos de apego seguro posteriores, así como favorece su bienestar psicológico (OMS, 1996).

Según Simkin (2002) el modelo comprende tres tipos de apoyo fundamentales en la atención y acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto y que hacen parte del componente interpersonal, estos son:

- El apoyo informativo: Hace referencia a brindar la información necesaria y veraz durante la evolución del parto, el estado de la mujer y del feto.
- El apoyo emocional: Comprende una actitud empática y amable, un adecuado lenguaje verbal y no verbal y la gestión de un ambiente de tranquilidad para la gestante que traerá beneficios a la evolución del proceso.

- Representación: Los profesionales que acompañan el proceso o bien, la pareja o acompañante, deben ayudar a la mujer gestante a expresar sus ideas, opiniones y generar con ella un clima de confianza.

### ***Componente intrapersonal***

El componente intrapersonal hace referencia a la capacidad que posee una persona para construir una percepción de si mismo frente a su entorno y diferentes situaciones, así como las habilidades para organizar y dirigir su comportamiento (Gardner, 1999). De igual forma, como menciona Bar-On (2000) *“Reúne la habilidad de ser consciente, de comprender y relacionarse con otros”*.

El elemento central para el modelo de humanización del parto es el protagonismo de la mujer gestante a lo largo de las etapas de su proceso de gestación y alumbramiento, por lo tanto, en este caso se tienen en cuenta los tipos de control que se evidencian durante el trabajo de parto, los cuales aportan al bienestar materno, según Valenzuela, Uribe y Contreras (2011) estos son:

- El control externo: Hace referencia al control que es ejercido por los profesionales que intervienen en la atención de la gestante durante el trabajo de parto y el parto.
- El control interno: Se refiere al propio comportamiento, lo que engloba elementos del modelo como la escogencia de la posición para el momento del parto, así como la libertad de movimiento. También tiene en cuenta elementos como la toma de decisiones respecto a los procedimientos que se realizan, así como las estrategias que se emplean para el manejo del dolor y para alcanzar estados de relajación que favorezcan la vivencia del proceso.

La observación empírica ha permitido identificar que las prácticas de parto humanizado permiten que la mujer aumente y afiance su autoestima y la confianza en sí misma, así como las habilidades para dar a luz, cuidar y lactar al bebé y en él mejora el desarrollo emocional y psicomotriz, de la misma manera, favorece el vínculo emocional entre madre-hijo y con la pareja o familiares cercanos (Freyermuth & Sesia, 2009).

Finalmente, el objetivo del parto humanizado excede la visión de disminuir la morbilidad materna y perinatal, como se mencionó anteriormente, está enfocado a que la mujer y el bebé tengan una vivencia del embarazo, parto y puerperio como procesos placenteros, en los cuales se ofrezca herramientas de empoderamiento, habilidades de crianza, amor, confianza y calidad de vida (Freyermuth & Sesia, 2009).

### **Parto Institucionalizado.**

Se entiende por parto institucionalizado a aquel que es atendido en una Institución Hospitalaria de Salud por un personal altamente especializado, preparado para cualquier eventualidad que pueda llegar a presentarse; dependiendo del nivel en el que se encuentre la institución puesto que no todas las instituciones pueden tener la misma práctica a nivel obstétrico.

Según la Resolución del Ministerio de Salud de la República de Colombia (1994) número 5261:

*“Los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. En el nivel 1 podemos encontrar médico general, personal auxiliar, y otros profesionales de la salud, en un nivel 2 cuenta con médico general con interconsulta, remisión o asesoría del personal o recursos especializados y en un nivel 3 y 4 cuenta con médico especialista con la participación del médico general”* (p. 45).

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, el parto institucionalizado se enfrenta a una diversidad de retos y procesos durante la atención a nivel obstétrico, de este modo se puede llegar a presentar violencia obstétrica silenciosa, a través del uso de medicamentos innecesarios en algunos casos tales como los *oxitócicos*, que ayuda a tener contracciones uterinas permitiendo que estas sean de mayor frecuencia y duración, permitiendo una dilatación más rápida y reduciendo el tiempo del trabajo de parto, llegando así a vulnerar los derechos de la mujer, ya que sólo debe usarse en momentos que sean totalmente esenciales y así evitar el sufrimiento fetal y de la madre.

Otro medicamento usado en las instituciones de salud es la *epidural*. Es el método para el alivio del dolor más estudiado y aplicado, siendo un analgésico que consiste en un bloqueo local en la región lumbar para así disminuir el dolor durante el trabajo y alumbramiento del parto (Vásquez Soto, 2006), teniendo en cuenta las situaciones en que no se debe poner la analgesia así evitando tener contraindicaciones más adelante, sin embargo, cuando la madre y el neonato tienen signos de alarma es necesaria su aplicación.

**Tabla 1.**

En qué situaciones no se puede administrar la analgesia (*Epidural*).

Contraindicaciones absolutas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rechazo de la mujer.</li> <li>● Alergia a fármacos.</li> <li>● Infección general o local (lugar de la punción). Alteraciones de la coagulación.</li> <li>● Enfermedad neurológica (por ejemplo, esclerosis múltiple).</li> <li>● Deficiencia mental.</li> </ul>
------------------------------	--

Contraindicaciones relativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatías previas (por ejemplo, insuficiencia cardíaca).</li> <li>• Deformidades medulares (por ejemplo, espina bífida).</li> <li>• Deformidades vertebrales (por ejemplo, escoliosis).</li> <li>• Intervenciones vertebrales previas.</li> <li>• Obesidad mórbida.</li> <li>• Tatuaje en la zona de la punción.</li> </ul>
------------------------------	---

**Tabla 1.** Retomada de: construcción propia basada en el escrito “Analgnesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo” de M.<sup>a</sup> del Carmen Vásquez Soto (Matrona de A.E de INGESA de Ceuta-docente UDM de Ceuta- Master en Salud Materno – Infantil, 2006)

Por otra parte, la inducción del trabajo de parto va a desencadenar contracciones uterinas para poder conseguir un parto vaginal, asociándose a la maduración cervical que consiste en facilitar el ablandamiento, borramiento y dilatación de cuello uterino el cual es necesario para la inducción, en comparación con el trabajo de parto espontáneo, predominantemente en primigestantes (Espinosa- Torres y Pérez-Camacho, 2014).

### **Valor del embarazo: una cuestión de protección jurídica**

Muchas de las mujeres sufren maltratos durante el embarazo sin importar si son físicos o psicológicos teniendo un alto índice de riesgo de abortar, de ser asesinadas, suicidarse; generando así que el bebé tenga problemas al nacer y un sufrimiento fetal.

El programa *Acción de la Conferencia Internacional y el Desarrollo (CIPD)*; gracias a la elaboración de este programa muchos países han promulgado leyes que penalizan la violencia contra la mujer, teniendo en cuenta que prohíben prácticas como la mutilación genital femenina. Estas leyes se están aplicando de manera progresiva para

proteger a las niñas y mujeres que se encuentran en estado de gestación y poder promover una salud general. (Naciones Unidas, 1994)

Si no se cuenta con un respaldo jurídico y normativo no es posible brindar una protección a las embarazadas dado que ellas en ciertas ocasiones se sienten totalmente vulnerables; algunas de las leyes que contempla las Naciones Unidas es tener una edad mínima para poder contraer matrimonio.

Todos los países deben optar por tomar medidas encaminadas a velar por el bienestar de la mujer que protejan y cumplan los derechos que ofrecen un buen punto de partida para asegurar esta medida de protección efectiva generando una buena penalización para la violencia contra la mujer (OIT, 2000).

Contando con tener el derecho a una información efectiva sobre la salud sexual y reproductiva, la implementación de exámenes sistemáticos obligatorios durante la etapa gestacional; para poder brindar una medida de protección y apoyo financiero a las mujeres embarazadas (incluyendo la cobertura de los gastos médicos y medidas para garantizar sus ingresos) (OIT, 2000).

La mujer cuenta con un convenio sobre la *protección de la Maternidad (adoptada en 1919 y revisada por última vez en el 2000)*; establece una protección contra el despido injustificado durante el embarazo, concesión de licencias de maternidad y disposiciones especiales para los periodos de la lactancia, así como el pago de prestación pecuniaria. (OIT, 2000).

Estableciendo las prestaciones médicas que deberán comprender la asistencia prenatal, durante el parto, después del parto y la hospitalización siempre y cuando sea

necesaria. El horario de trabajo al que se enfrenta la materna no le deberán de asignar tareas que sean perjudiciales para la madre y su hijo; el convenio exige que las licencias de maternidad tengan una duración de 14 semanas e incluyen obligatoriamente un periodo de seis semanas después del parto para proteger la salud de la madre e hijo. Este convenio cubre a todas las mujeres sin importar si están casadas o son madres solteras.

La realidad de las políticas, leyes y reglamentaciones existentes generan un limitante al acceso a los servicios de la salud para las madres solteras o para las menores de edad, ya que, en la práctica, se dejan a muchas mujeres por fuera del sistema que precisan de la ayuda en este servicio. Este proceso de discriminación también ocurre en los servicios que exigen pagos por adelantado, excluyendo así a quienes son demasiado pobres para afrontar ese gasto. Siguen existiendo servicios de salud que exigen una aprobación de un tercero (madre, esposo, o cualquier familiar) para tratar a una mujer esté o no embarazada. Para poder proteger a todas las embarazadas hay que dar una respuesta urgente frente a este tipo de situaciones y eso implica la revisión de políticas y reglamentos. Las circunstancias ambientales, sociales y jurídicas pueden ser desfavorables para las mujeres embarazadas; puesto que deben remitirse a los marcos generales de los derechos humanos para poder obtener los recursos necesarios y así eliminar las fuentes de la exclusión social frente a la propia prestación de atención prenatal.

Actualmente en Colombia las mujeres se enfrentan a situaciones jurídicas, sociales y ambientales muy similares a las mencionadas anteriormente, donde reciben la atención a salud como un servicio de la cual son clientes, no solo al momento de solicitar de asistencia médica sino en situaciones de emergencia durante la gestación e inclusive durante el trabajo de parto, son vistas como clientes o en un caso más cercano, como enfermas.

Es por esto que desde el 2017 el Congreso Nacional de la República de Colombia solicitó el proyecto de ley No. 63 o Ley de Parto humanizado la cual tiene como objeto:

*“Garantizar los derechos de las madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos a los recién nacidos; su aplicación regirá para todo el Sistema general de Seguridad Social en salud (SGSSS), Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Empresas sociales del Estado, del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo”* (p. 3).

Rescatando los derechos fundamentales de las gestantes expuestos por el Congreso Nacional de Colombia; donde se resalta:

*“El derecho a ser informada de las diferentes decisiones médicas, situación o complicación y a sus diversos tratamientos; ser tratada con respeto y así mismo con individualidad donde se respete su derecho a la privacidad e intimidad; a ser considerada como una persona sana al momento del nacimiento, facilitando su participación como protagonista de su propio parto; a recibir la atención integral, adecuada, oportuna y eficiente en el marco del respeto hacia sus valores, costumbres y creencias; a recibir una asistencia psicosocial de ser necesaria y cuando lo requiera; a ser informada durante todo el trabajo de parto; el derecho a estar acompañada durante el parto y posparto, por un familiar o una persona de su entera confianza; a tener a su hijo siempre a su lado durante toda la hospitalización, a ser informada sobre los beneficios de la lactancia, contando con la información y apoyo necesarios e igualmente información sobre signos de alarma y cuidados de sí misma y del neonato; recibir información sobre los diversos métodos de planificación familiar; a recibir analgesia si es el caso y la institución cuenta con esta y finalmente el derecho a realizar sus controles en la*

*institución donde será el parto, después de la semana 32 con el objetivo de reconocer y familiarizarse con el personal médico y la institución” (p. 1).*

## Metodología

*La presente investigación es de tipo cualitativo, con un enfoque de investigación-acción, el cual, según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “Busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean”, teniendo en cuenta el significado, las perspectivas, opiniones y experiencias que tienen dichos fenómenos para la comunidad.*

El principal exponente de la metodología IAP en Latinoamérica es el sociólogo colombiano Orlando Fals Borda (Musitu-Ochoa et al., 2004). Con dicho modelo Borda buscó aportar elementos aplicables en el ámbito académico y para generar un compromiso social de transformación en cuanto a las formas de organización política y social en Latinoamérica. (Musitu-Ochoa et al., 2004). Por esto, el objetivo de la IAP es estimular las prácticas de autogestión, crear nuevas estructuras de organización social y generar en éstas dinámicas culturales fomentando la creatividad, el liderazgo y la autonomía, y al mismo tiempo, enriquecer el conocimiento y las experiencias de los investigadores (Musitu-Ochoa et al., 2004).

Para la propuesta IAP Borda se basó en un modelo de investigación-intervención, en el cual se hacen partícipes las personas pertenecientes a la comunidad, con el fin de que puedan autogestionar la solución a las necesidades y de mostrar la pertinencia, relevancia y el impacto de la intervención de los profesionales en las comunidades (Musitu-Ochoa et al., 2004). De igual forma, plantea que los profesionales cumplen con el rol de catalizadores sociales, es decir, que su intervención permita influir para que el proceso que se vive en la comunidad se ejecute de forma eficaz y efectiva, pero establece que no es pertinente dirigir las acciones que se deben realizar, que se debe respetar la autonomía y la capacidad de toma de decisiones de los miembros de la comunidad (Musitu-Ochoa et al., 2004).

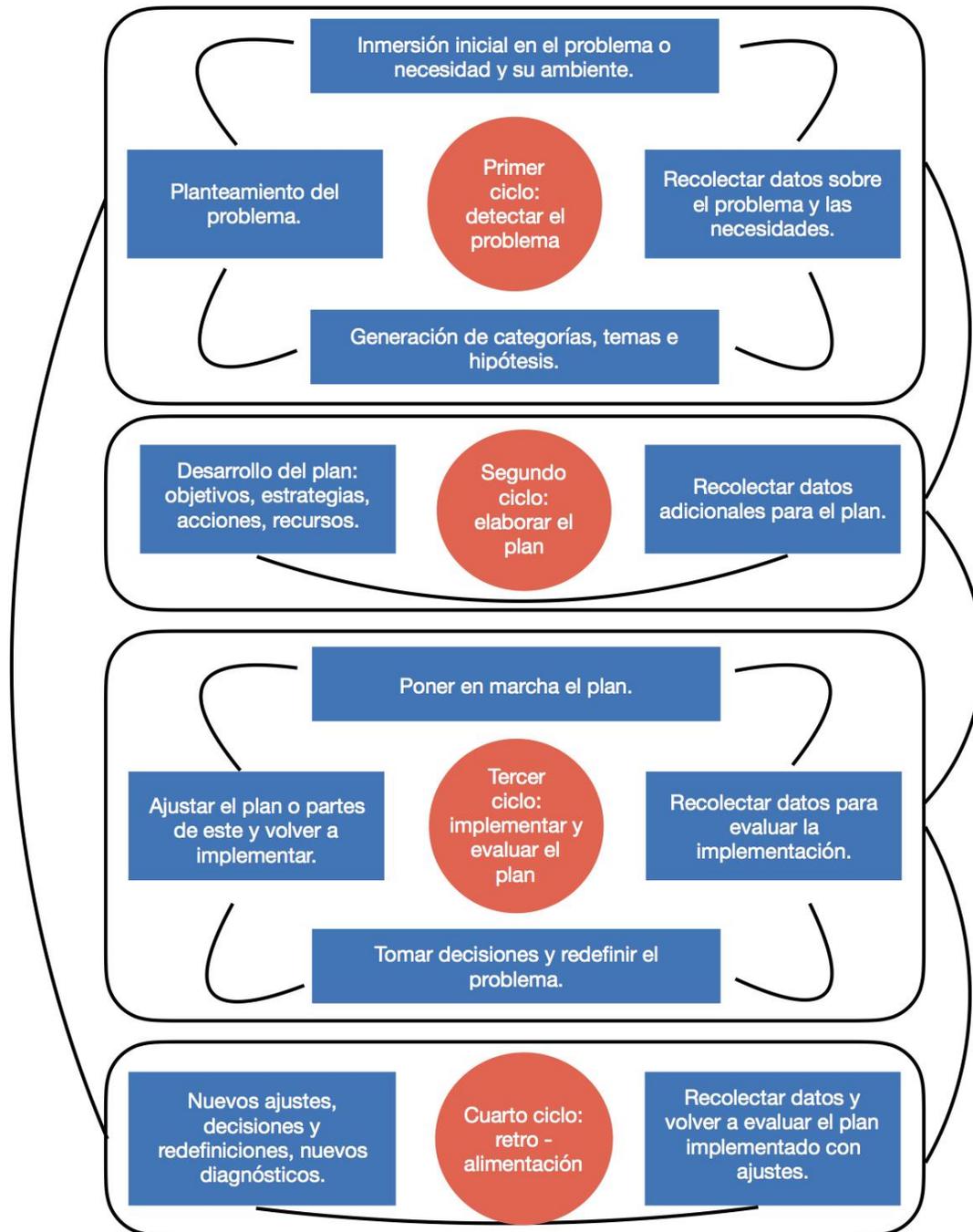
La IAP se compone de 5 fases que explicadas a continuación:

1. **Constitución del equipo:** En esta fase se realiza el contacto inicial por parte de los catalizadores sociales con los miembros de la comunidad a través de visitas, revisión de documentos o con informantes clave, con el fin de conocer sus características. Es fundamental la identificación de los líderes, beneficiarios potenciales, miembros afectados y demás grupos que pueden estar involucrados en las dinámicas comunitarias (Musitu-Ochoa et al., 2004).
2. **Identificación de las necesidades básicas/problemáticas/centros de interés:**  
En esta fase se establece una primera aproximación a la situación sobre la que se intervendrá posteriormente. Posteriormente se define el problema y de esta manera se delimita el campo de estudio (Musitu-Ochoa et al., 2004). A partir de esto se establecen las sub-fases de acción que son:
  - Establecimiento del equipo de trabajo y con la colaboración conjunta se realiza la propuesta de investigación y la detección de las necesidades (Musitu-Ochoa et al., 2004).
  - Elaboración del diagnóstico a partir de la recolección de información. En esta fase se hace uso de técnicas como la entrevista, la observación, el trabajo con grupos focales, entre otras según la exigencia (Musitu-Ochoa et al., 2004).
  - Análisis e interpretación de datos con el fin de ampliar las perspectivas a través del marco de referencia tanto teórico como práctico de la información recolectada (Musitu-Ochoa et al., 2004).
3. **Devolución sistemática de la información:** Una vez identificadas las necesidades, estas se deben difundir a la comunidad. La devolución se puede

realizar por medio de la comunicación verbal, carteles, plegables, entre otros medios que generen impacto en la comunidad (Musitu-Ochoa et al., 2004).

4. **Planificación de las acciones:** A partir de la información previamente recolectada y analizada se plantea un programa de acción, con el fin de priorizar los problemas según la importancia que se otorgue a estos por parte de la comunidad y de igual forma se evalúa la factibilidad de la soluciónn que se plantee (Musitu-Ochoa et al., 2004).
5. **Autogestión:** Es el proceso a través del cual los miembros de la comunidad satisfacen las necesidades sentidas por medio de la potenciación y obtención de recursos (Musitu-Ochoa et al., 2004).

Para la presente investigación los catalizadores sociales trabajan de la mano con los profesionales del área de la salud que laboran en las salas de partos de dos E.S.E.s, con las mujeres gestantes y con sus redes de apoyo para cumplir a cabalidad con las fases establecidas por el modelo, las cuales se encuentran expuestas en la Figura 1 y de esta manera generar cambios positivos en la comunidad.



**Figura 1.** Metodología IAP

Fuente: Hernández, Fernandez y Baptista (2010).

**Población**

La población del proyecto está determinada por el flujo de mujeres gestantes y sus redes de apoyo y/o acompañantes que asisten a las E.S.E.s que serán descritas a continuación, al igual los profesionales del área de la salud (médicos, auxiliares de enfermería y enfermeros) que tengan contacto durante el trabajo de parto con la mujer gestante.

E.S.E Hospital San Juan de Dios seccional Sonsón, ubicado en el departamento de Antioquia. Es una institución de primer nivel, con un enfoque en atención a las mujeres gestantes según el modelo establecido de parto humanizado.

E.S.E ISABU Hospital Local del Norte de Bucaramanga, ubicado en el departamento de Santander. Es una institución de segundo nivel de complejidad que presta sus servicios con tecnología de óptima calidad.

**Muestra.**

La muestra de la presente investigación es homogénea, debido a que comparten características similares centradas en el tema de investigación. De igual forma, es una muestra por oportunidad y conveniencia, debido a que son casos que se presentan de manera fortuita y a los cuales los investigadores tienen acceso (Hernández et al., 2010).

La muestra de La E.S.E. Hospital Local del Norte (ISABU), está compuesta por 3 médicos especialistas en el campo de ginecología y obstetricia, 4 jefes de enfermería, 4 médicos generales, 7 auxiliares de enfermería, 12 estudiantes de medicina, 25 estudiantes de enfermería y 30 mujeres gestantes con edades comprendidas entre 14 y 32 años. Por otra parte, la muestra de la E.S.E Hospital San Juan de Dios seccional Sonsón está compuesta por 8 mujeres gestantes, 8 médicos y 16 auxiliares de enfermería.

## **Instrumentos**

### **Consentimiento informado.**

El consentimiento informado es un documento que acompaña el proceso de investigación, dentro de este se consignan los aspectos éticos y legales Colombianos que rigen la investigación, de igual forma se realiza una breve explicación de la misma con el objetivo de ofrecer la información necesaria a los participantes sobre los aspectos centrales que les permite tomar la decisión de participar de manera voluntaria, conociendo los beneficios y los riesgos que toda investigación en humanos conlleva, de esta manera los participantes dan la autorización para el registro de la información que requiere el estudio. De igual forma conocen la información de los responsables a cargo del proceso. El formato se encuentra en el *Apéndice 1*.

### **Taller reflexivo.**

El taller reflexivo es un instrumento de intervención con la comunidad, se trabaja a partir de un tema central y por medio de la participación activa, se realiza una construcción grupal de preguntas, experiencias, planteamientos y propuestas que llevan a la reflexión a través del intercambio argumentativo de los participantes (Gutiérrez, 1998). De igual forma, se tienen en cuenta el uso de elementos creativos como el uso de carteleras construidas por los participantes, en las cuales la materia prima son sus conocimientos o experiencias previas y a partir de los cuales se generan elementos de discusión que conlleven a la reflexión, la cual tiene como fin establecer compromisos grupales para generar cambios en la comunidad (Gutiérrez, 1998). En la presente investigación se aplicaron dos talleres reflexivos (*Ver apéndice 4*) donde se trabajó con los profesionales

que laboran en la sala de partos del Hospital Local del Norte en Bucaramanga acerca de temáticas centrales del modelo de parto humanizado.

### **Diario de campo.**

El diario de campo es un instrumento central para la recolección de información para la presente investigación. En él se consigna la información ontológica recolectada por medio del método de observación, se describen lugares, participantes, verbalizaciones, situaciones y demás elementos que son relevantes para la investigación (*Hernández et al., 2010*). *Por otra parte, se consigna la información epistemológica que da sustento teórico a las situaciones descritas y se registran los tiempos designados para la observación y la información del investigador que está realizando el proceso. El instrumento se encuentra en el apéndice 2.*

### **Atlas. Ti.**

Atlas. Ti surgió en la Universidad Tecnológica de Berlín entre 1898 y 1992 (Muñoz-Justicia y Sahagún-Padilla, 2017). El análisis de la información recolectada por medio de los diarios de campo y del trabajo en las instituciones se realizó a través del software Atlas. Ti v8, el cual que permite codificar los datos encontrados, posteriormente organizarlos en categorías y subcategorías, representándolas de manera gráfica y finalmente a partir de esto construir teoría.

El proceso de análisis que realizado, consistió en el seguimiento de pasos propuestos por Hernandez, Fernandez y Baptista (2010, pp. 494 - 496), expuestos a continuación:

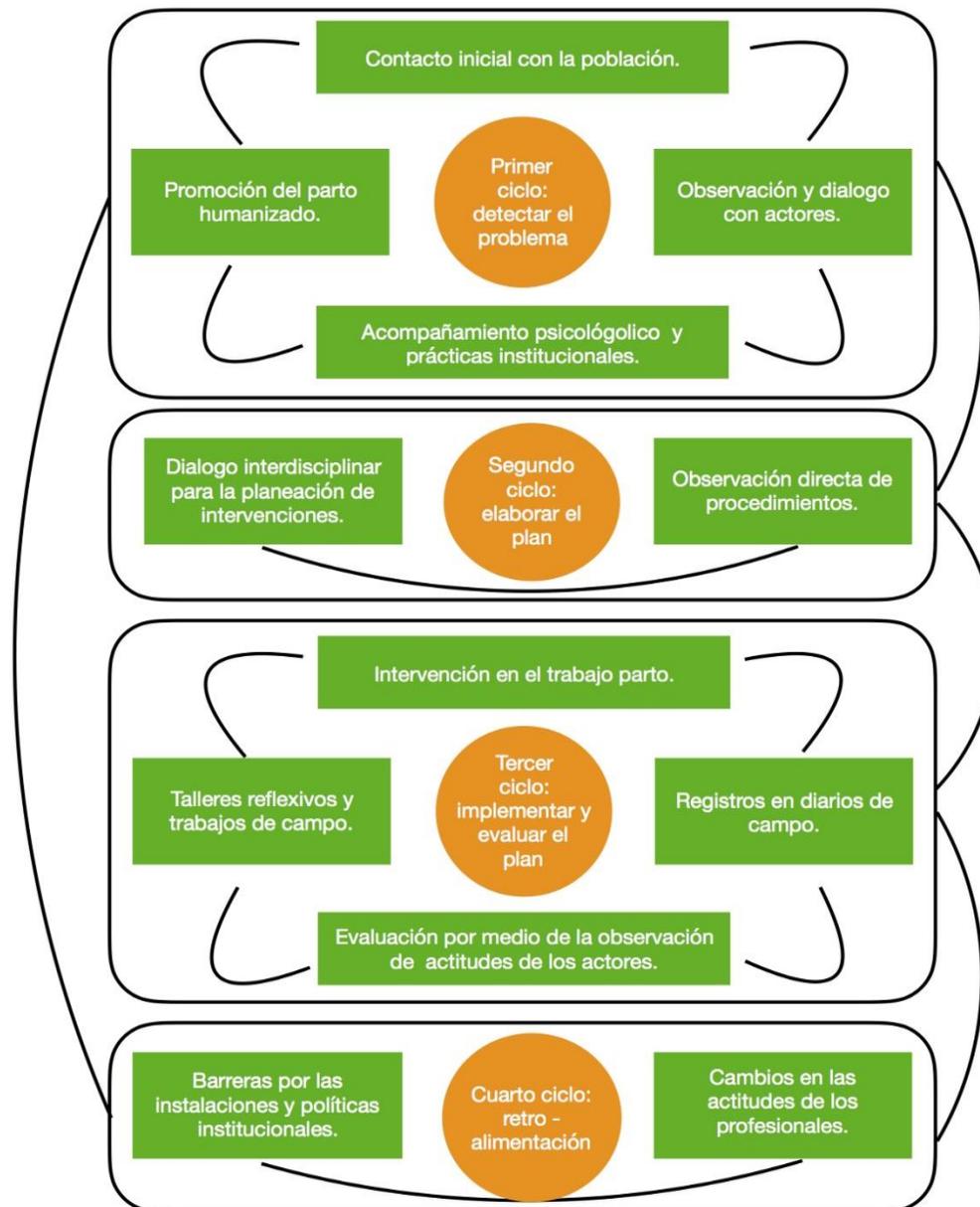
1. Se realizó codificación abierta de los datos recolectados, es decir, se revisaron los segmentos del material, posteriormente se analizaron para formular categorías iniciales de significado.
2. A partir de las categorías formuladas inicialmente, se realizó la codificación axial, la cual consiste en seleccionar la categoría central y relacionar otras categorías, por lo cual surgen las subcategorías, teniendo en cuenta si estas son condiciones causales, acciones e interacciones o consecuencias.
3. Posteriormente se realiza la codificación selectiva, donde se compara el esquema u organización emergente con las unidades que componen este y a partir de esto se establecen las relaciones entre categorías y temas.

## **Resultados**

Mediante las observaciones realizadas en las diferentes sesiones, registradas a través de los diarios de campo, posteriormente analizadas y organizadas gráficamente en el software Atlas. Ti, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales están organizados para dar respuesta según los objetivos establecidos en la presente investigación.

A lo largo de la presentación de los resultados se hará uso de verbalizaciones, las cuales pueden tener nombres que han sido modificados con el fin de respetar y preservar la confidencialidad de los participantes.

## Transformación por medio del modelo de intervención IAP



**Figura 2.** Modelo de implementación IAP

Como se expuso en la metodología de la investigación, la IAP está estructurada en diferentes fases que permiten un acercamiento y trabajo efectivo con la comunidad de interés, en este caso con las instituciones prestadoras de servicios de salud, en la localidad

de Sonsón – Antioquia y en Bucaramanga – Santander. A continuación se realizará una explicación de dichas fases y los resultados encontrados en éstas.

**Primer ciclo: Detectar el problema.**

Inicialmente, se realizó el *contacto inicial con la población* de las dos instituciones con el fin de tener un diagnóstico inicial acerca de las dinámicas que se llevan a cabo durante la atención del parto, escuchar las diferentes opiniones y perspectivas de los actores e identificar quienes son los líderes y personas a cargo de los procesos de sala de partos por medio de la *observación*. Se entabló dialogo con algunos de ellos para poder reconocer algunas posturas y creencias hacia la temática del parto humanizado, así como el rol que ocupa la psicología en la sala de partos y en el acompañamiento a la mujer gestante.

En el hospital San Juan de Dios, el modelo de parto humanizado se encontraba establecido e implementado, por consiguiente, las prácticas y procedimientos con la gestante a lo largo del embarazo, durante el trabajo de parto y el alumbramiento se encuentran direccionadas bajo esta visión, asimismo, el rol del psicólogo es fundamental durante todo el proceso, especialmente durante el trabajo de parto, pues es quien se encuentra realizando el acompañamiento de la gestante de forma permanente, lo cual le trae beneficios para el afrontamiento efectivo del proceso por medio de técnicas como lo son la regulación emocional, el empoderamiento, adecuado manejo del dolor, entre otras, las cuales serán expuestas en el apartado de acompañamiento psicológico, por esto, en la institución la intervención que se debía implementar era en favor de promover y afianzar las prácticas empleadas por el personal y de la misma manera trabajar junto con las gestantes en el empoderamiento del proceso.

Por otra parte, en el Hospital Local del Norte, se identificó por medio del dialogo y la escucha activa que los profesionales tenían conocimientos acerca de los postulados centrales del modelo de parto humanizado, sin embargo, a lo largo de las observaciones realizadas en esta institución se evidenció la aplicación de prácticas medicalizadas como el uso frecuente de tactos vaginales, el empleo de la posición horizontal o litotomía, el uso de apelativos para dirigirse a la gestante, el uso de medicamentos por vía intravenosa, entre otras, las cuales se encuentran descritas en el apartado de prácticas institucionales, motivo por el cual, surgió la necesidad de promocionar y fomentar en la institución aspectos de humanización de las prácticas en el trabajo de parto con el fin de favorecer la salud mental y el bienestar físico de las gestantes.

Por consiguiente, se establecieron dos categorías principales de trabajo y análisis: el *acompañamiento psicológico* y las *prácticas institucionales*, las cuales serán descritas en los apartados siguientes. Asimismo, se planteó el objetivo central de trabajo para las dos E.S.E.s el cual se basa en la *promoción del parto humanizado*, pues esto permite fortalecer las prácticas del modelo el Hospital San Juan de Dios y sensibilizar a los profesionales e implementar algunas estrategias propias del modelo de humanización del parto en el Hospital Local del Norte.

### **Segundo ciclo: elaborar el plan.**

Una vez realizado un diagnóstico, en el Hospital Local del Norte de Bucaramanga, se socializó con los representantes de las diferentes áreas como enfermería, medicina y psicología y junto con ellos se establecieron los objetivos de trabajo por medio de diferentes sesiones en las cuales se emplearan estrategias y recursos con el fin de comenzar a generar cambios en los actores, para así favorecer el bienestar de la gestante.

A partir de esto, se generaron ideas de realizar talleres reflexivos con los profesionales y con las gestantes, encaminados a promover conocimientos de parto humanizado y la empatía como se registró en la siguiente situación: *“se realizó una reunión con el médico obstetra en la cual surgió la necesidad de comenzar a trabajar en conjunto con los profesionales que acompañan los procesos en la sala de partos. Se planeó realizar un taller reflexivo en el cual se evidenciarán los conocimientos que se tenían acerca del parto humanizado y se dialogó acerca de diferentes temáticas que se podrían trabajar, como la empatía, las posiciones para el alumbramiento, entre otras”*.

Seguido de esto, se planearon las diferentes sesiones de intervención con objetivos que facilitaran el trabajo junto con los profesionales y con el fin que se familiarizaran con la temática y con la implementación de algunas acciones que se buscaban modificar y se les llamaban *“pasos hacia un parto humanizado”*.

De la misma manera, en el Hospital San Juan de Dios, los objetivos establecidos para trabajar junto con los profesionales de la institución para mantener y fortalecer el modelo de parto humanizado fueron el trabajo interdisciplinar como elemento central, que permitía fortalecer las prácticas empleadas en la sala de partos por medio del acompañamiento del psicólogo, las cuales consistían en brindarle a la gestante autonomía y privacidad a lo largo de todo el proceso, así como diferentes estrategias para manejar el dolor y favorecer el proceso y promover en ellas el empoderamiento por medio del dialogo durante el trabajo de parto y en las sesiones del curso psicoprofiláctico que se realizaban en la institución.

Adicionalmente, se aplicó la *observación directa de los procedimientos* empleados en cada una de las E.S.E.s, tanto las prácticas como los discursos y actitudes de los profesionales, con el fin de identificar aspectos adicionales que pudieran enriquecer las

intervenciones, ya que estos favorecían la promulgación y el apoyo a los postulados del modelo de humanización y podrían facilitar la consecución de los objetivos que se habían establecido en cada institución.

### **Tercer ciclo: implementar y evaluar el plan.**

Dentro de la tercera fase se encuentra la implementación del plan de trabajo, es decir, se comenzó a emplear la estrategia del acompañamiento psicológico a las gestantes durante el trabajo de parto, asimismo, el trabajo interdisciplinar durante todo el proceso y en el Hospital Local del Norte se llevó a cabo la implementación de los talleres reflexivos y promoción del modelo con las gestantes y con el personal de atención.

Durante la implementación del acompañamiento psicológico a las gestantes durante el trabajo de parto en las dos instituciones, se identificó que el uso de estrategias psicológicas como la regulación emocional, el manejo del dolor, entre otras (ver figura 6), generaban sensación de bienestar en la gestante, así como mayor capacidad de control y empoderamiento del proceso, pues se satisfacían sus necesidades inmediatas, se le brindaba constante compañía, apoyo, escucha e información, lo que traía consigo el afrontamiento efectivo por parte de ellas. Esto se evidenciaba por medio de la observación y de las verbalizaciones de las gestantes posterior al alumbramiento, en las cuales, se reconocía la importancia del profesional que escuche y atienda a las necesidades y asimismo se encuentre presto a apoyar y validar las reacciones emocionales propias del proceso.

Otra estrategia implementada fueron los talleres reflexivos en la institución Hospital Local del Norte de Bucaramanga, pues como se mencionó anteriormente, aunque tenían conocimientos acerca del modelo de parto humanizado, no se implementaba ninguna práctica postulada por este, por lo cual se trabajó con los estudiantes y profesionales a cargo

de la sala de partos por medio de dos talleres reflexivos, a partir de los cuales se construían conocimientos, se compartían experiencias personales y creencias, que permitían crear conciencia sobre las diversas prácticas que se aplicaban y de la misma manera permitían la sensibilización y el cumplimiento de los compromisos establecidos en los talleres con el fin de dar pasos hacia el parto humanizado.

La evaluación de la implementación de dichos talleres, permitió evidenciar modificaciones principalmente en el discurso de los profesionales, debido a que se sustituyó el uso de apelativos por llamar a las gestantes por su nombre, asimismo, se fortaleció la empatía que debe estar presente en la relación entre la gestante y el profesional, lo que se expresaba por medio de un trato más cercano, dentro del cual se tenía en cuenta la escucha de las necesidades de las gestantes, permitiéndoles la libertad de movimiento, así las instalaciones sean una barrera para favorecer este aspecto y de la misma forma, la validación de las emociones presentes durante esta fase.

Finalmente, se realizó un taller de promoción del parto humanizado con las gestantes que asisten a los controles prenatales en el Hospital local del Norte que tenía como fin generar empoderamiento, también la adquisición del conocimiento de los postulados centrales del modelo y que se estaban comenzando a implementar algunas estrategias en la institución para hacer de su proceso algo más beneficioso. Esto generó en ellas gran interés, debido a que algunas no conocían nada acerca del modelo, de sus derechos y de la importancia de empoderarse de su proceso, así como de la libertad que tenían

**Cuarto ciclo: Retroalimentación.**

Esta fase comprende la devolución a las instituciones de los resultados obtenidos a lo largo del proceso, así como para los investigadores requiere de un proceso de evaluación de las estrategias implementadas y de si hubo o no cambios a lo largo del proceso.

Inicialmente, en el Hospital San Juan de Dios, el acompañamiento psicológico fue acogido favorablemente por parte de las gestantes y de los diferentes profesionales, así como del desempeño de éste en función de fortalecer el modelo de parto humanizado que ya se encontraba estructurado e implementado en la institución, lo que sirvió de modelo y de contraste para el trabajo con el Hospital Local del Norte.

Con respecto al Hospital Local del Norte, los resultados fueron notorios y satisfactorios, pues gracias al acompañamiento psicológico las mujeres manifestaron gratitud y mayor sensación de control, lo que se evidenció en verbalizaciones como: *“muchas gracias por estar ahí y por acompañarme en todo esto”*.

En cuanto al trabajo con los profesionales se evidenciaron cambios en las actitudes de estos, como por ejemplo, comenzaron a llamar a las gestantes por sus nombres, sin hacer uso de apelativos, resaltaron la importancia de ser empáticos y validar las emociones y los sentimientos de las gestantes, de la misma manera, se encontraban prestos a las necesidades de ellas, como darles la libertad de caminar o moverse por la sala de partos, así mismo, se realizaban ejercicios pélvicos guiados por parte de las auxiliares o del personal que se encuentra presente en la sala.

No obstante, se resalta que en la institución Hospital Local del Norte la implementación a cabalidad del modelo de parto humanizado se ve impedida debido a barreras como la falta de instalaciones o planta física para poder brindarle a la gestante

privacidad en su proceso, así como las actitudes de algunos profesionales que implementan prácticas de atención de parto bajo la perspectiva de parto medicalizado.

A partir de esto, se realizó la identificación de las diferentes prácticas implementadas por los profesionales durante el trabajo de parto en las dos instituciones objeto de estudio que se describen y analizan en el siguiente apartado.

### **Primer ciclo: diagnóstico y detección del problema - Prácticas institucionales en dos E.S.E.s de Colombia**

En la figura 3 se exponen las prácticas realizadas en las dos E.S.E.s objeto de estudio de la presente investigación con el fin de realizar el respectivo análisis, categorías y llegar a una formulación descriptiva de dichas prácticas. En ésta se representan las prácticas del Hospital Local del Norte de color rojo y las del Hospital San Juan de Dios de color amarillo, así mismo, las prácticas que se presentan de forma simultánea en las dos instituciones se representan de color verde.

#### **E.S.E ISABU Hospital Local del Norte - Bucaramanga.**

Inicialmente se encuentra demarcada en la figura 3 de color rojo la categoría de las prácticas evidenciadas en la E.S.E ISABU *Hospital Local del Norte de Bucaramanga*, las cuales están encaminadas hacia la institucionalización del parto.

#### ***Ausencia de privacidad***

La ausencia de privacidad durante el trabajo de parto en las gestantes es un aspecto que se destacó a lo largo del trabajo de observación, pues debido a la infraestructura de la institución, las gestantes se encuentran en salas de *trabajo de parto colectivas*, en las cuales usualmente se encuentran entre 2 o más mujeres como se manifiesta en la siguientes situaciones: “*en la sala de parto se encontraban 4 mujeres*”, “*al momento de iniciar la*

*observación se encontraban 2 mujeres en trabajo de parto” y “4 mujeres gestantes que se encontraban en la sala de partos, aunque únicamente dos de ellas se encontraban en trabajo de parto”.*

Aunque esto suele suceder en diversas instituciones como lo menciona Hayón (2016) muchos hospitales a nivel nacional e internacional carecen de condiciones mínimas para brindarle a las mujeres un espacio para el parto seguro y confortable, pues generalmente las salas de parto son compartidas y se inhibe su intimidad y se les quita la posibilidad de ser acompañadas por sus familiares quienes deben realizar el *acompañamiento desde la sala de espera* como se expone: *“en la sala de espera se encontraba su mamá y su esposo”, “su familia y el papá del bebé se encontraban acompañándola desde la sala de espera”* o *“en la sala de espera se encontraba toda su familia y su pareja”*. Esto genera tanto en la gestante como en sus familiares mayores niveles de ansiedad, pues la mujer usualmente espera recibir el apoyo de sus personas cercanas y de la misma manera, sus familiares anhelan estar al tanto del estado de la mujer y del bebé y deben esperar a que algún profesional salga a brindarles información.

Adicionalmente, el *uso de ropa quirúrgica* se asocia con la ausencia de privacidad porque si la gestante desea moverse, caminar con libertad o acostarse de determinada manera, sus genitales quedan expuestos y como plantea el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (s.f) se debe *“permitir a la gestante el uso de ropa personal e interior”* (p. 5), pues esto le evitará sentirse incomoda en el trabajo de parto. El uso de ropa quirúrgica se evidencia en diferentes situaciones como: *“las mujeres que se encontraban en trabajo de parto utilizaban batas desechables, gorro y pañales”* o *“al ingresar a la mujer le pidieron que se quitara su ropa de calle y le colocaron una bata y un gorro”*.

Asimismo, dentro de la categoría de *ausencia de privacidad* se encuentra la presencia excesiva de profesionales, debido a que la institución por ser pública y tener apoyo de instituciones de educación superior debe recibir a los estudiantes de diferentes carreras, los cuales realizan sus prácticas y observan todos los procedimientos realizados en las mujeres, lo que vulnera completamente su intimidad. Como por ejemplo: *“en la sala había 15 personas, incluyendo auxiliares de enfermería, estudiantes y los médicos”* o *“en relación con el personal de salud, se encontraban de turno dos médicos internos en consulta y valoración, 5 estudiantes auxiliares de enfermería, 3 auxiliares de enfermería, dos jefes de enfermería y una médica obstetra”*. Esto genera en las mujeres incomodidad, la cual se manifiesta por medio de su lenguaje no verbal.

Otro aspecto que se relaciona con la ausencia de privacidad son los *tactos vaginales frecuentes* que son realizados a las gestantes durante el trabajo de parto, pues según la OMS (2015) *“se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo”* (p. 14). Lo usual en la institución era realizar tactos vaginales de maneras recurrentes, aun cuando la mujer expresaba su inconformidad ante la práctica, de la misma manera, estos eran presenciados por gran número de estudiantes y como se mencionó anteriormente, esto le generaba sensación de incomodidad a la gestante. Esto se manifiesta en situaciones como: *“la obstetra llegó y realizó un tacto, pasado un rato llegó otro médico a realizar otro tacto a la gestante”*.

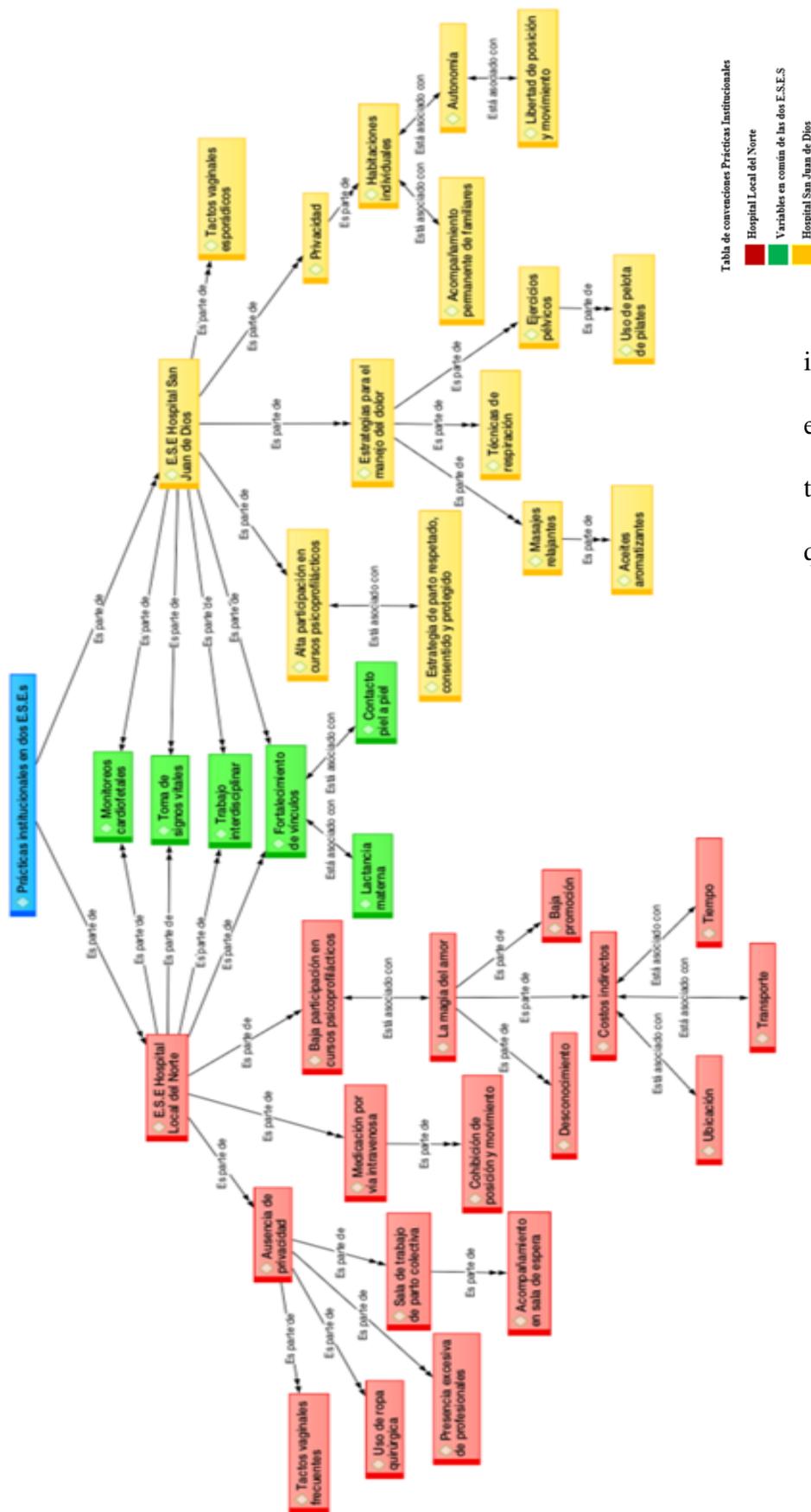


Tabla de convenciones Prácticas Institucionales  
■ Hospital Local del Norte  
■ Variables en común de las dos E.S.E.S  
■ Hospital San Juan de Dios

*Medicación por vía intravenosa*

Se pudo identificar que en esta institución todas las mujeres que se encontraban en de parto tenían medicación por vía intravenosa, por la cual se les

**Figura 3.** Prácticas institucionales en dos E.S.E.s

suministraba oxitocina y misoprostol con el fin de acortar la duración del trabajo de parto.

La OMS (2015) respecto a este elemento menciona que no se recomienda utilizar líquidos intravenosos pues el uso difundido de estos es innecesario, pues esto afecta no solo los recursos económicos de las instituciones, sino también la movilidad de la gestante, por esto surgió la subcategoría de *cohibición de la posición y movimiento*, pues se evidenció que por tener el suero constantemente la movilidad de las mujeres se encuentra obstaculizada, es decir, si la gestante desea caminar para aliviar su dolor, tiene que cargar los líquidos en su mano y tener cuidado de que no se vaya a desplazar la aguja, lo que puede generarle lesiones. Por ejemplo: “*se evidenció que los medicamentos por vía intravenosa estaban limitando la movilidad de las gestantes, tanto para ir al baño, para levantarse a caminar o si querían estar acostadas hacia otro sentido*”.

### ***Baja participación en los cursos psicoprofilácticos***

La institución presta el servicio de cursos psicoprofilácticos a las mujeres gestantes a través de un programa conocido como *la magia del amor*, pero por medio de verbalizaciones de los profesionales como: “*la gestante manifestó no tener conocimiento de los cursos psicoprofilácticos*” se evidenció que aunque la institución presta el servicio de los cursos a las gestantes, por motivos como la *baja promoción* de estos por parte de los profesionales que realizan los controles prenatales, por condiciones socioeconómicas como los *costos indirectos* que acarrea la asistencia a estos y la ubicación donde se llevan a cabo trae consigo largos *tiempos* de desplazamiento, así como la deficiencia en los servicios de *transporte* o por el valor que deben pagar para acceder al servicio; afectan la asistencia de las mujeres.

**E.S.E Hospital San Juan de Dios – Sonsón.**

Por otra parte, se encuentra la categoría de las prácticas empleadas en la E.S.E ISABU *Hospital San Juan de Dios de Sonsón*, las cuales se encuentran encaminadas hacia el parto humanizado y que rescatan la importancia del acompañamiento psicológico a la gestante durante el trabajo de parto y que sirvieron para realizar el contraste con las prácticas de la E.S.E Hospital Local del Norte de Bucaramanga, así como de modelo para implementar algunas de éstas.

***Estrategia de parto respetado, consentido y protegido***

En la institución San Juan de Dios – Sonsón se encuentra implementada la estrategia de parto respetado, consentido y protegido, la cual hace referencia al modelo de implementación de parto humanizado que busca promover el nacimiento digno, fundamentado en evidencia científica y respaldado por profesionales capacitados idóneamente para la atención a las gestantes, con el objetivo de respaldar el nacimiento como una de las oportunidades de riqueza social, asimismo, las instalaciones se encuentran adaptadas para generar un ambiente cálido, en donde el respeto se evidencie por medio del trato cariñoso y educado en la relación profesional-gestante y de la misma manera en el cuidado del cuerpo, el respeto por los tiempos y la fisiología del parto (Hospital San Juan de Dios, 2017)

El parto seguro y respetado respalda la idea que la mujer posee autonomía y poder para elegir, sentirse segura y confiar en su cuerpo para afrontar su proceso y que el personal se encuentra presto a escuchar sus necesidades y atender a estas, adicionalmente conoce los riesgos de las intervenciones médicas y no hace uso de estas de manera injustificada (Hospital San Juan de Dios, 2017).

A continuación, se realizará la descripción de las prácticas implementadas en esta institución a través del modelo de parto respetado, consentido y protegido.

### ***Privacidad***

La privacidad es un elemento primordial que se le debe brindar a la gestante durante el trabajo de parto. Por esto las instalaciones se encuentran adaptadas para brindarle a la gestante *habitaciones individuales* en donde pueda estar acompañada por un familiar de manera permanente y que disponga del espacio para moverse con libertad y realizar diferentes ejercicios que favorezcan su proceso. Esto se evidencia en situaciones como: *“la gestante es guiada hacia su respectiva habitación acompañada de su esposo y de la psicóloga que acompaña el proceso”*. Asimismo, se busca que tanto las instalaciones como el trato a las gestantes sea cálido y se preserve la dignidad de su proceso.

### ***Tactos vaginales episódicos***

Según la OMS (2015) los tactos vaginales deben realizarse cada 4 horas para evaluar la evolución del trabajo de parto. En esta institución procuran cumplir a cabalidad con dicha recomendación, por esto, los tactos que se realizan a las gestantes son realmente necesarios para verificar el avance en el proceso, teniendo en cuenta los deseos y las preferencias de las gestantes y respetando los espacios en los que ella se sienta cómoda para realizar el proceso. Por ejemplo: *“bueno Carmen, vamos a realizar un táctico para saber cómo estas, le realizan un tacto y le indican que va muy bien, que ya está en dilatación de 7 cm, es un gran avance en cuatro horas”*. Como se evidencia, los tactos en esta institución se realizan aproximadamente de cada 3 a 4 horas, esto favorece la sensación de bienestar y de comodidad en la gestante, pues como bien se sabe, los tactos vaginales pueden ser en

algunas ocasiones procedimientos incómodos para ellas, por consiguiente, es necesario reducir a un mínimo el número total de tactos.

### ***Estrategias para el manejo del dolor***

Las estrategias para el manejo del dolor son implementadas desde apartados epistemológicos de la psicología, que permiten favorecer el afrontamiento del trabajo de parto en la gestante y serán explicados y ejemplificados posteriormente en el apartado de acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto (ver figura 6).

Algunas estrategias implementadas son los masajes relajantes con aceites aromáticos, las técnicas de respiración y relajación progresiva (tensión-distensión), los ejercicios pélvicos haciendo uso de la pelota de Pilates, asimismo las estrategias de afrontamiento paliativo como la desviación atencional que se realiza por medio del dialogo, la expresión emocional y la toma de perspectiva; las cuales generan beneficios para el proceso y la salud mental de la gestante.

### ***Alta participación en cursos psicoprofilácticos***

La institución ofrece y promueve a las gestantes el servicio de curso psicoprofiláctico que hace parte de la estrategia implementada por la institución de *parto respetado, consentido y protegido*, que permite a la gestante tener una preparación física y psicológica para el parto, adicionalmente tiene como fin que las gestantes tengan conocimientos acerca de diversas técnicas que les permitan disminuir o eliminar el estrés y las diferentes reacciones emocionales presentes durante ese momento (Marroquín, s.f). Esto se evidencia por medio de situaciones como: *“la gestante expresó que había ido a los cursos psicoprofilácticos y que les enseñaban movimientos y cosas de respiración”*. Adicionalmente, la participación en estos cursos genera beneficios adicionales como la

confianza, ya que en estos se les brindan conocimientos para que durante ese momento puedan comprender los sucesos que enfrentan y tener mayor control acerca de éstos.

### **Prácticas compartidas por las dos E.S.E.s**

A través de la observación y los trabajos de campo, se identificaron prácticas impartidas en las dos E.S.E.s objeto de estudio de la presente investigación, las cuales, en la figura 3 se encuentran demarcadas de color verde.

#### ***Monitoreos cardiorfetales y toma de signos vitales***

Según las recomendaciones de la OMS (2015) “se recomienda un partograma de la fase activa con una línea de acción de cuatro horas para monitorear el proceso del trabajo de parto” (p.11). Dado que en las dos instituciones se hacía uso de estas prácticas con intervalos de tiempo prolongados entre cada uno de estos, sin embargo, en el Hospital Local del Norte a las gestantes se les daba un trato distante al momento de realizarlos que se manifiesta como: *“mamita no se mueva que me interrumpe el monitoreo”* o *“una auxiliar llego a tomar los signos vitales y la gestante le pidió esperar porque tenía las contracciones muy fuertes a lo que la auxiliar respondió con gesto de desagrado”*, porque cuando llegaban las contracciones las gestantes se movían para tolerar el dolor. En contra posición a esto en el Hospital San Juan de Dios cuando se iban a realizar los monitoreos, la auxiliar le decía a la gestante que iba a esperar una vez ella estuviera lista para poder realizarlos.

Por lo anterior se evidencia, que aunque los monitoreos cardiorfetales y la toma de signos vitales son prácticas necesarias en el trabajo de parto para evaluar el estado del feto, de la gestante y el proceso del trabajo de parto, pero en esto influye la escucha de las

necesidades de la gestante y la libertad de decidir en el momento en el que ella se sienta cómoda para poder realizarlo.

### ***Trabajo interdisciplinar y fortalecimiento de vínculos***

Estas dos prácticas son empleadas en las dos instituciones y es de resaltar, pues son conductoras hacia la promoción del parto humanizado. Se encuentran explicadas y ejemplificadas en el apartado correspondiente al acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto (ver figura 6).

### **Barreras y factores facilitadores hacia el parto humanizado**

Una vez analizados y descritos en los apartados anteriores los resultados encontrados en las diferentes categorías que representan las prácticas, discursos y estrategias implementadas en las dos instituciones Hospital Local del Norte y Hospital San Juan de Dios, surgió la necesidad de clasificarlas y organizarlas gráficamente en la figura 4 por medio de barreras que se presentan en las instituciones para la implementación del modelo de parto humanizado, así como los factores facilitadores que permiten promover y fortalecer la visión del modelo.

Se estableció la categoría de barreras para clasificar todas aquellas prácticas evidenciadas que dificultan la implementación de los postulados del modelo de parto humanizado en las instituciones y que pueden generar malestar en las gestantes durante el proceso como se evidencia en la figura 4.

Las prácticas que se clasificaron como barreras para la implementación del parto humanizado son: la ausencia de privacidad a través del uso de ropa quirúrgica que se obliga a las gestantes a utilizar durante el trabajo de parto; el discurso de institucionalización que se relaciona con las actitudes normativas de deshumanización presentes en los

profesionales y se evidencian por medio de prácticas como el trato distante en la relación profesional-gestante, la invalidación emocional por medio del lenguaje no verbal de desagrado, el uso de apelativos como “*mamita*”, “*la de la cama A*”, entre otros, los cuales traen como consecuencia una pérdida de identidad en el sujeto.

Asimismo, la desinformación que tienen las gestantes acerca de los procedimientos que se implementan, así como del su estado y del estado del feto; el control externo que se evidencia por medio de prácticas como la cohibición de posición y movimiento en las gestantes, siendo obligadas a adoptar la posición horizontal para el alumbramiento y el hacerle frente a las contracciones en la posición que es demandada por los profesionales.

Adicionalmente, se establecieron como barreras para la implementación del modelo a la medicación por vía intravenosa, los tactos vaginales frecuentes, la ausencia de privacidad debido al flujo constante de personal médico y la nula participación de las gestantes en el curso psicoprofiláctico ofrecido por la institución que se da por causas como la baja promoción de este o por factores socioeconómicos asociados a las mujeres.

Por otra parte, en los factores facilitadores se clasificaron todas aquellas prácticas que se evidenciaron como favorables para la implementación y promoción del modelo de parto humanizado y que pueden ser aplicadas y fortalecidas por el psicólogo en las instituciones. Estas prácticas facilitadoras fueron: el trabajo interdisciplinar, que busca darle un abordaje holístico a la gestante a lo largo de su proceso; los tactos vaginales esporádicos, pues como se mencionó en el apartado anterior, los tactos vaginales deben realizarse con un promedio de tiempo de espera aproximado entre 3 a 4 horas según la evolución y el estado de la gestante.

Un elemento fundamental que facilita la implementación del parto humanizado son los discursos y las actitudes afectivas positivas, pues la relación cercana y respetuosa entre

el profesional y la gestante es un aspecto que aumenta la sensación de apoyo y bienestar, lo cual se relaciona de la misma forma con brindarle información constante acerca de los procedimientos llevados a cabo, el estado y la evolución del proceso y de la misma manera, estando prestos a atender y responder a las necesidades que tenga la gestante, brindando privacidad a través de instalaciones cómodas y cálidas para su estadía y la compañía de la persona o familiar que ellas deseen.

Igualmente, la alta participación de las gestantes al curso psicofilactico que se brinda en el Hospital San Juan de Dios es un factor facilitador, pues permite a la mujer comenzar el empoderamiento y la autonomía para enfrentar el proceso desde etapas posteriores y adquirir conocimientos de los beneficios para la lactancia materna y todas las practicas que se pueden llevar a cabo en el momento del trabajo de parto, lo cual permite que el afrontamiento sea aún más efectivo.

Por su parte, el reconocimiento del acompañamiento psicológico por parte de las gestantes y los demás profesionales es favorable y promueve el modelo humanizado del parto, pues el psicólogo es quien capacita e implementa estrategias para el manejo del dolor como las técnicas de respiración, los masajes relajantes, los ejercicios pélvicos y las técnicas de fortalecimiento de vínculos como lo son el contacto piel a piel y la lactancia materna temprana y exclusiva, prácticas que son explicadas posteriormente en el apartado de acompañamiento psicológico.

Finalmente, para favorecer el parto humanizado y el empoderamiento de la mujer hay que promover el control interno, el cual se relaciona con la autonomía en cuanto a la posición y movimiento, empleando diferentes posturas como la vertical y comunicando sus ideas, necesidades y creencias.

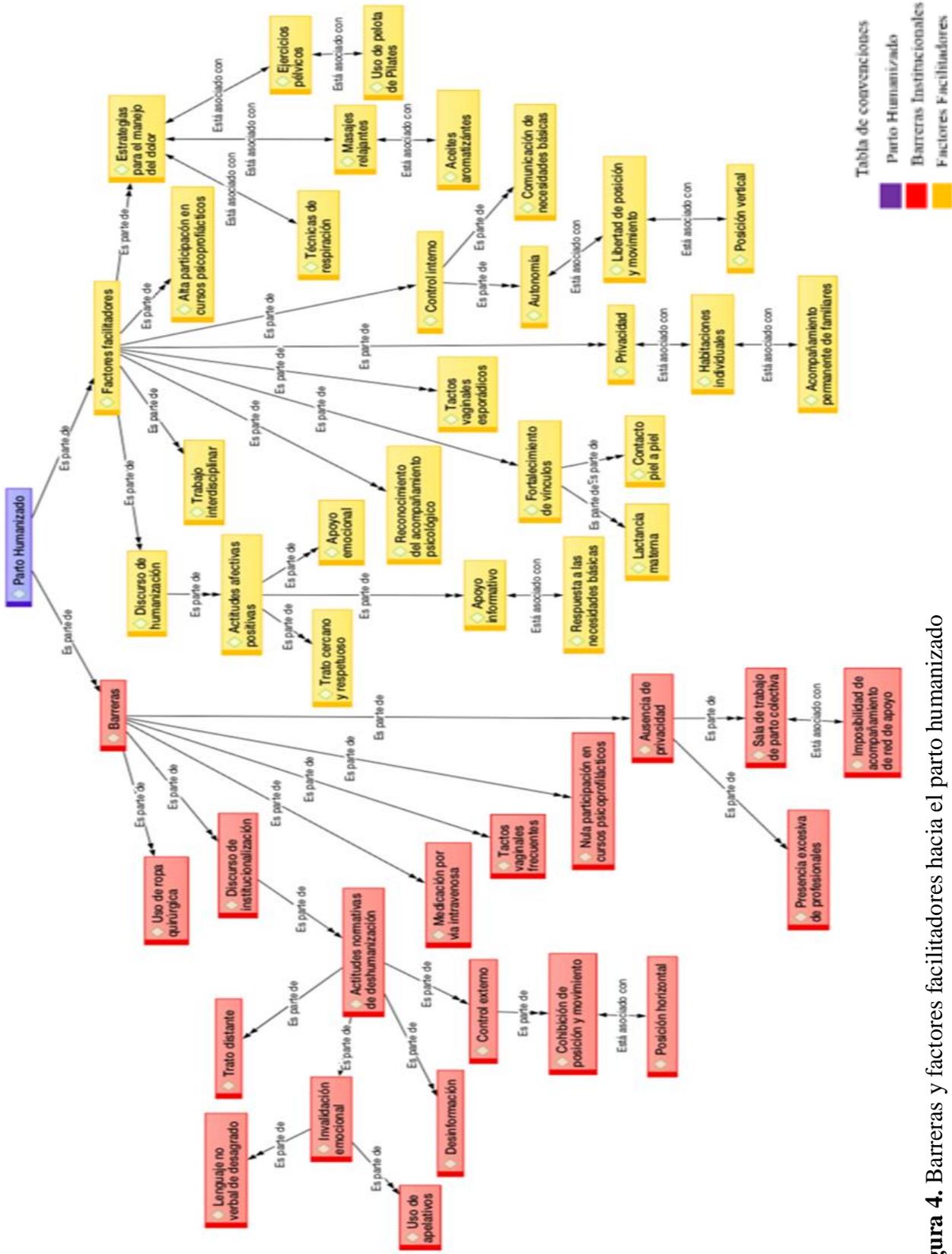


Figura 4. Barreras y factores facilitadores hacia el parto humanizado

## **Segundo y tercer ciclo: elaboración, implementación y evaluación del plan -**

### **Acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto**

En la figura 5 se busca dar un panorama general sobre las reflexiones ontológicas, metodológicas y epistemológicas alcanzadas por parte de los investigadores con el fin de dar respuesta a uno de los objetivos generales el cual busca conceptualizar el que hacer de psicólogo respecto al acompañamiento psicológico a las mujeres gestantes durante el trabajo de parto. Por medio del cual se pretende *promover la salud mental de la gestante y se favorecen las prácticas direccionadas hacia el parto humanizado.*

#### **Actitudes afectivas positivas.**

La primera categoría identificada en color naranja en la figura 5 corresponde a las *actitudes afectivas positivas* que deben tener los psicólogos al relacionarse con las gestantes. Una actitud se conoce como una manera de responder, comportarse, actuar o valorar una situación de manera aprendida por parte del contexto y puede ser positiva o negativa hacia una persona, objeto o una situación (Ortego, López, & Álvarez, sf). Las actitudes buscan crear una relación cercana y positiva que le permita al profesional aplicar diferentes elementos propios del campo, con el fin de favorecer el acompañamiento y la experiencia en la mujer. Se evidencian en situaciones como: *“se trató a la gestante con mucha tranquilidad y paciencia entre la auxiliar de enfermería y la psicóloga”* o *“entablamos un clima de confianza y tranquilidad con la materna y el padre de la bebé”*.

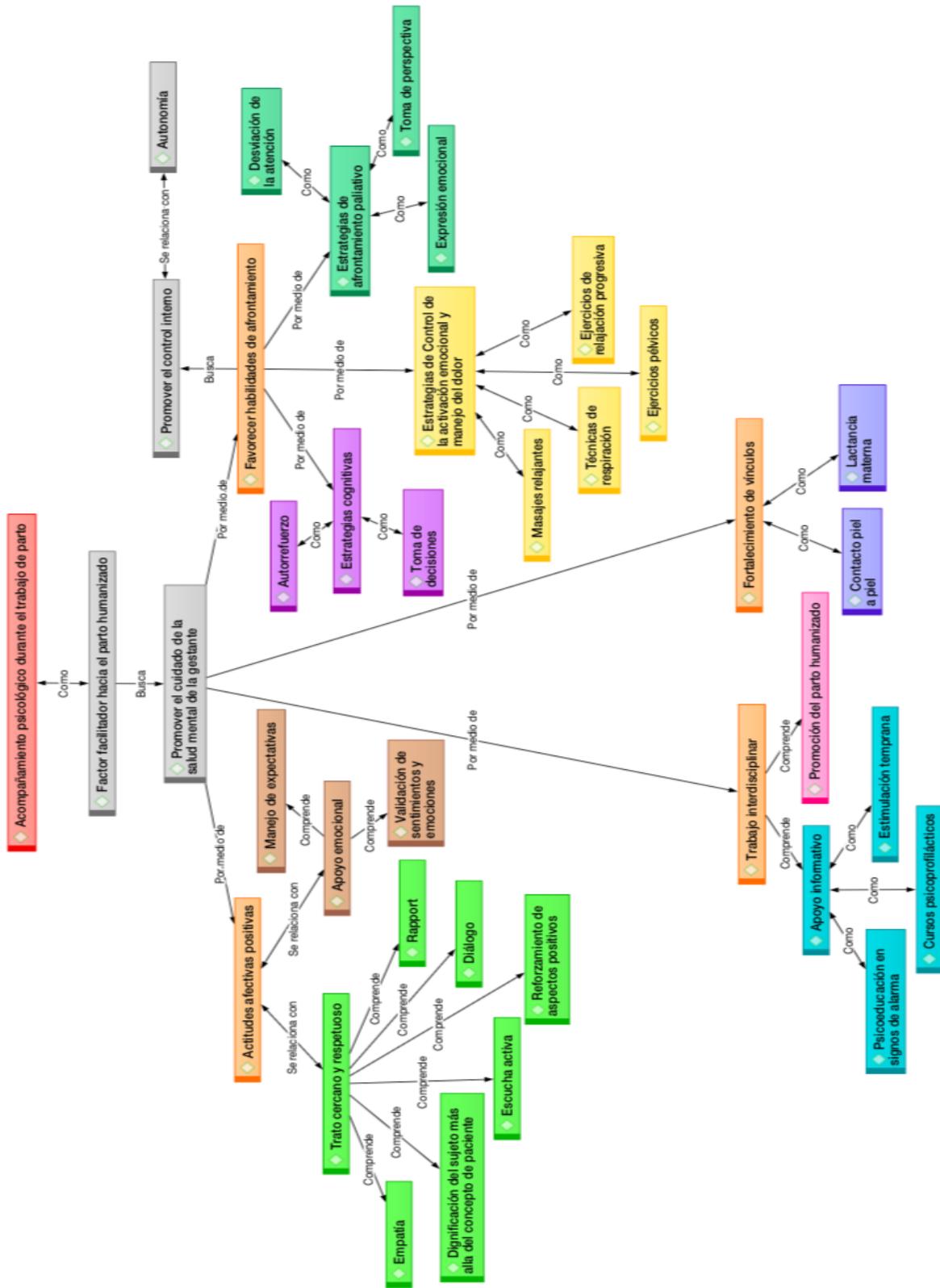


Figura 5. Acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto.

### ***Trato cercano y respetuoso***

Dentro de la categoría de actitudes afectivas positivas se encuentra el *trato cercano y respetuoso* demarcado en la figura 5 con el color verde claro, el cual se genera por resultado de la relación entre el psicólogo que realiza el acompañamiento y la mujer gestante y que se expresa en verbalizaciones como: “¿Doña “Andrea” quiere que realicemos ejercicios de respiración que nos ayuden con el dolor y para la oxigenación de Ángel?”. De este modo el profesional se muestra próximo a la identificación de las necesidades de la gestante generando un clima cálido y estimulando la autonomía del paciente en el manejo de las reacciones fisiológicas del parto.

En la relación entre el psicólogo y la mujer gestante, en cualquier ámbito terapéutico, se debe tener como punto de partida el *rapport*, el cual es una variable contextual que prepara el escenario para la intervención y busca establecer una conexión armoniosa y comprensiva (Buskist & Saville, 2001). El *rapport* se demuestra por medio de situaciones como: “Me presento y le pregunto a la gestante si desea el acompañamiento durante el trabajo de parto” o “Me presento, mi nombre es... y soy psicóloga en formación de la UNAB, veo que te encuentras bastante alterada, ¿Deseas que te acompañe y pueda ayudarte con ejercicios a manejar el dolor?”.

De la misma manera, es importante que el psicólogo tenga *empatía*, la cual desde la perspectiva de Carl Rogers (1989, pp. 244) es “tratar de comprender lo que la experiencia de la otra persona significa para ella” y ésta se evidencia en situaciones en las que el psicólogo y los demás profesionales comprenden la situación ante la cual se está

enfrentando la gestante y utilizan sus recursos para hacer del proceso algo favorable y satisfactorio.

A lo largo del acompañamiento es indispensable el *diálogo* con la gestante si ella así lo desea y la *escucha activa* de sus sentimientos, pensamientos y emociones, así como el *reforzamiento de los aspectos positivos* de la gestante que favorezcan su proceso y le permitan mantener diversos comportamientos o manejo de sentimientos que aporten a este, pues el refuerzo en la relación terapéutica hace referencia a presentarle a la gestante un estímulo agradable que le permita seguir manteniendo su respuesta adaptativa (Olivares & Méndez Carrillo, 2010). Este tipo de reforzamiento se manifiesta como: “*muy bien así es, respire profundo y puje con fuerza*”, “*súper bien así es*” o “*lo estás haciendo muy bien, mira todo lo que has avanzado, sigamos así*”.

Del mismo modo, el trato cercano y respetuoso tiene como fin la *dignificación del sujeto más allá del concepto de paciente*, pues, como se mencionaba en apartados anteriores, como resultado de la medicalización la mujer gestante adquirió el rol de paciente, como si dicha etapa se viera como una enfermedad y no como un proceso que hace parte del ciclo vital de la mujer y que por lo tanto es natural y debe ser abordado como eso, principalmente desde la perspectiva psicológica, pues la mujer está enfrentando diversos cambios físicos y psicológicos en el inicio de esta nueva etapa de su vida.

### ***Apoyo emocional***

Por otra parte, en la figura 6 de color marrón se encuentra demarcada la subcategoría correspondiente al *apoyo emocional*, el cual según Méndez y Barra (2008) es “*brindar empatía, cuidado y confianza al individuo, proporcionándole seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión*” y es relevante que el psicólogo esté presto a

brindar este tipo de apoyo a lo largo del trabajo de parto o en situaciones de crisis que se pueden presentar, ya sea, la pérdida del feto o complicaciones durante éste. El apoyo emocional se demuestra en situaciones como: *“La mujer se encontraba en crisis emocional debido a que había tenido un aborto espontáneo, el psicólogo realiza una intervención en crisis y pasados unos minutos la gestante se encuentra regulada emocionalmente para seguir los procedimientos necesarios para la expulsión del feto”*.

Los demás profesionales reconocen que este elemento aportado por el psicólogo impacta favorablemente en la gestante y sus familiares *“Gracias al acompañamiento psicológico se evidencia cómo disminuyen las respuestas emocionales desbordadas de las gestantes y la familia se encuentra más calmada también”*, pues es esencial apoyo emocional para la familia como para la gestante, ya que esto les permite ser conscientes de las emociones experimentadas y de esta manera poder regularlas durante la espera.

De acuerdo con lo anterior, es importante que el psicólogo realice *validación de sentimientos y emociones* en las gestantes, pues esto favorece que éstas se experimenten como un elemento natural, esencial y adaptativo dentro del proceso y no se conviertan en un obstáculo para la evolución y culminación del parto. Validar una emoción consiste principalmente en hacer explícita la emoción que se cree que tiene la persona, ya sea en forma de duda o si la emoción es muy clara afirmándola, poniéndole nombre y hablando acerca de ella y de la misma manera dejando al sujeto, en este caso a la gestante, expresarla de manera explícita y acompañándola (Gobierno de Canarias, 2014), pues es elemental que identifique que tiene todo el derecho de sentir determinadas emociones en dicha situación, lo que genera en ellas sentimientos de comprensión y reconocimiento de su experiencia, aumentando de esta manera también las verbalizaciones de pensamientos y sentimientos, así como de la expresión de preocupaciones y la confianza que enriquece la relación.

La validación emocional se encuentra en situaciones como: *“vamos doña Tatiana, que ya todo este cansancio y dolor que sé que está sintiendo se va a acabar”, “yo sé que te está doliendo pero tú sabes que esto hace parte del proceso que estás viviendo y es normal, pero lo estás haciendo bien” o “entiendo que te está doliendo mucho, es normal que llores y que sientas temor es una experiencia nueva para ti”*.

Finalmente y por causa de la situación el psicólogo debe tener un *adecuado manejo de expectativas* que presenta la gestante o los familiares que se encuentran acompañándola, pues en esa situación, en ocasiones por desconocimiento o por las ansias del alumbramiento se pueden generar pensamientos irracionales, preocupaciones entre otros aspectos que pueden generar sentimientos negativos que afecten el proceso.

#### **Favorecer habilidades de afrontamiento.**

Durante el trabajo de parto el psicólogo puede hacer uso de diferentes estrategias que le permitan favorecer las habilidades de afrontamiento a situaciones que le están generando estrés, tensión o malestar emocional a la gestante generando en ella procesos de auto-regulación emocional, así como análisis y reflexión de la situación que le permitirán afrontar y culminar con éxito el trabajo de parto (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Estas estrategias *promueven el control interno* de la mujer gestante, el cual hace referencia a que ella tenga *autonomía* y libertad para decidir sobre su proceso y la manera en la cual lo quiere manejar, siempre y cuando la favorezca a ella y al feto. Esto se evidencia en situaciones como *“la mujer decidió ir caminando hasta la sala de partos” o “se le dijo a la gestante que si prefería permanecer acostada en la cama podía hacerlo o de la forma en que ella lo deseara”*.

Para favorecer las habilidades de afrontamiento en la situación de trabajo de parto el psicólogo puede hacer uso de diferentes estrategias, tanto cognitivas, como de control de la activación emocional y de afrontamiento paliativo del dolor ajustándolas a las necesidades de la gestante.

### ***Estrategias cognitivas***

Las *estrategias de afrontamiento cognitivas* demarcadas en la figura 5 de color morado, como bien su nombre lo dice, pretenden que el psicólogo pueda trabajar con la gestante sus pensamientos o creencias que le están generando determinado tipo de comportamientos (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012), los cuales pueden estar dificultando o facilitando el desarrollo del trabajo de parto de manera adecuada y adaptativa.

Durante el trabajo de parto, el psicólogo puede trabajar estrategias de *autorrefuerzo* las cuales hacen referencia a que la gestante reconozca de manera positiva sus intentos para hacerle frente a la situación y de los resultados que ha obtenido con estos intentos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Los autorrefuerzos se evidencian en los discursos de las gestantes como: *“Doctora me están aumentando las contracciones pero estoy respirando bien y me duelen pero ya después me siento como más tranquila”*. Como se demuestra, esto le permite a la gestante aumentar su autoeficacia y sus competencias de afrontamiento y de la misma manera aumentan su motivación a realizar diversos comportamientos que le permitan sentirse de manera grata.

Adicionalmente, el psicólogo puede fomentar la *toma de decisiones* en la mujer gestante durante su trabajo de parto como herramienta que le permita también favorecer el empoderamiento en su proceso, así como la comodidad y la libertad de enfrentarlo de la manera que sea preferible para ella y que le permita tener al final una sensación de

bienestar, pues la toma de decisiones consiste en identificar la situación estresante o adversa y descomponerla en unidades que sean manejables estableciendo un plan de acción en función de alcanzar la meta establecida (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La toma de decisiones se muestra en situaciones como: *“la obstetra le expresó a la gestante que si prefería realizar los pujos en cuclillas para facilitar el proceso podía hacerlo y ella aceptó”, “la gestante decidió permanecer de pie y apoyó una de sus piernas en la camilla porque se sentía más cómoda, realizó dos pujos más y dio a luz al neonato sin ningún tipo de inconveniente o contratiempo”* o en ese otro caso lo que se le dijo es que *“ella estaba en derecho de expresar sus ideas y tomar la decisión de no acceder a que le realizaran más tactos pues ya le habían hecho dos en ese momento”*. Es de gran importancia resaltar este aspecto en las gestantes, pues se manifiesta de manera reiterativa que por el hecho que se encuentran en una institución de salud a cargo de médicos y demás profesionales de la salud, ellas no tienen la capacidad de decidir frente a su situación.

### ***Estrategias de control de la activación emocional y manejo del dolor***

Las estrategias de activación emocional y manejo del dolor, demarcadas en la figura 5 de color amarillo, son utilizadas como procedimientos de autocontrol que sirven al cliente, en este caso a la mujer gestante, para aliviar los síntomas fisiológicos y la tensión emocional que se maneja durante el trabajo de parto (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Se le enseña a la gestante a detectar los momentos en los que la activación cesa y en donde se presenta el incremento con el fin de poder controlarla de manera favorable, especialmente en el afrontamiento de las contracciones.

Existen diversas técnicas no farmacológicas que sirven favorablemente para mitigar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto, dentro de estas se encuentran los

*masajes relajantes*, los cuales según Huntley, Coon y Ernst (como se citó en Arjona, 2015, p. 26) “*estimulan la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión, es una técnica basada en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo para relajar la musculatura tensa y calmar a la gestante*”.

Para esto, es importante tener conocimiento de los lugares donde es más efectivo poder realizar el masaje, así como emplear diferentes aceites esenciales, los cuales están compuestos por químicos naturales extraídos de plantas y que llegan directo al sistema nervioso central favoreciendo el manejo emocional y físico (Capo, 2016), por esto se reduce el dolor, lo cual se manifiesta en situaciones como: “*las estudiantes de enfermería le hacían masajes a nivel lumbar*” y “*comencé a realizar un masaje en la parte baja de la cintura con aceite para ayudarlo a disminuir el dolor*”. De la misma manera, se resalta la importancia emplear este tipo de técnica por intervalos de tiempo, ya que la gestante puede sentir cansancio por permanecer mucho tiempo en la misma posición.

Otra estrategia para el control de la activación emocional son las *técnicas de respiración*, las cuales “*operan mediante las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal, puesto que tasas inspiratorias bajas, amplitudes amplias en cada inspiración y respiraciones predominantemente abdominales aumentan el control parasimpático del funcionamiento cardiovascular*” (Olivares y Méndez Carrillo, 2010, p. 31). Estos ejercicios se aplican en situaciones como: “*Doña Sandra vamos a respirar calmadamente y profundo para que no se vaya a marear y le llegue suficiente oxígeno a la bebé*” o “*la estudiante de psicología inicia el acompañamiento con una respiración guiada, que consiste en hacer consciente a la gestante del movimiento del abdomen, inhalando en 4 segundos, sosteniéndolo en 2 y exhalando en 4 segundos, así como intervalos en donde se le pedía a*

*la gestante que respirara al ritmo que su cuerpo lo pidiera, todo esto con el fin de que la gestante retomara la calma”.*

El control adecuado de la respiración es muy favorable para que la gestante pueda hacerle frente a los niveles elevados de activación fisiológica, particularmente durante las contracciones y esta es una de las estrategias más sencillas para ser aplicadas durante el acompañamiento psicológico y sin duda, favorecerán la sensación de bienestar de las gestantes.

Adicionalmente, para regular el dolor que experimenta la gestante durante el trabajo de parto existen diversos *ejercicios pélvicos*, los cuales pueden ser guiados por el psicólogo, o bien, por las auxiliares de enfermería que se encuentran en sala, estos ejercicios pueden ser: realizar cuclillas o semicuclillas, abrir las piernas y flexionarlas apoyando la espalda contra la pared y las pelotas de Pilates. Por ejemplo: *“se realizaron movimientos circulares con la gestante al momento de la contracción y cuclillas en el intervalo de cada contracción”* y *“la gestante realizó ejercicios con el balón de Pilates para el manejo del dolor”*.

Estos ejercicios sirven para relajar la musculatura y mejorar la movilidad de la pelvis y trae consigo diferentes beneficios como: menor alteración en la frecuencia cardíaca del feto, menor probabilidad de necesitar el suministro de analgésicos, se acorta el tiempo del trabajo de parto, se aumenta el espacio en la pelvis para el descenso del bebé, entre otros (Alva, 2005).

Del mismo modo, se encuentran los ejercicios de relajación progresiva, que busca la discriminación de los niveles de tensión y relajación que se presentan en la gestante y que parte de la premisa que *“las respuestas del organismo a la ansiedad provocan*

*pensamientos y conductas que su vez producen tensión muscular en el sujeto”* (Olivares y Méndez Carrillo, 2010, p. 32).

El objetivo principal de estos ejercicios es reducir la tensión fisiológica y de esta manera reducir la ansiedad que experimenta la gestante durante el proceso, sin embargo, cabe resaltar que esta técnica debe ser adaptada a las necesidades de la gestante y al tiempo que dura el acompañamiento, por esto se emplea el ejercicio preferiblemente en el grupo muscular de extremidades superiores, particularmente con las manos como por ejemplo: *“la gestante se encontraba acostada y cuando llegaba la contracción tomaba de las manos a la psicóloga y apretaba, cuando la contracción pasaba soltaba las manos”*.

### ***Estrategias de afrontamiento paliativo del dolor***

Las habilidades de afrontamiento paliativo del dolor, demarcadas en la figura 5 con el color verde oscuro, son estrategias que pueden ayudar a mitigar el malestar producido por una situación cuyo grado de molestia es suficiente para alterar a la persona (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012, p. 429).

Una de las estrategias de afrontamiento es la *expresión emocional* o la expresión adecuada de afectos favorece afrontar la situación (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012), ya que de esta manera la gestante puede compartir todos aquellos sentimientos y emociones que acompañan su proceso y el psicólogo puede hacer validación de estos, para que la gestante los evidencie como un elemento adaptativo durante el proceso del trabajo de parto. Esto se evidencia por medio de verbalizaciones como: *“Tengo contracciones, me duele mucho, me duele, ayúdenme por favor”* o *“lo otro que me da miedo es hacerme popo mientras estoy en el parto”*. Por lo anterior, es relevante también que el psicólogo tenga conocimiento de

las diferentes reacciones fisiológicas y emocionales que tienen las gestantes para que pueda ofrecer un acompañamiento y orientación oportuna a estas.

Por otro lado, se encuentra la *toma de perspectiva* que es una técnica muy útil cuando las gestantes tienden a incrementar o magnificar sus síntomas y el grado de aversión de estos. La manera más adecuada de llevar a la mujer a que tome cierta perspectiva es analizando la dimensión temporal del grado máximo de aversión es decir, que el dolor no siempre se mantiene en la misma intensidad, sino que este presenta oscilaciones (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012) Por ejemplo: *“Yo sé que te está doliendo Lucía, pero vamos a fijarnos que el dolor disminuye cuando pasa la contracción y que esta dura tan solo unos segundos”* y *“Doctora es que ahorita no me está doliendo tanto, pero cuando llegue la contracción voy a respirar profundo y ojalá pase rápido”*.

Asimismo, es de gran importancia estar atentos a que la gestante no crea que su dolor no va a terminar o que es insoportable, animando a la gestante y haciéndole ver que cada contracción le permite estar más cerca de dar a luz y que su dolor terminará pronto.

Finalmente, se encuentra la *desviación de la atención*, aprovechando la premisa de que la capacidad atencional del sujeto es limitada, por esta razón es útil servirse de dicha técnica para reducir el malestar (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012). El psicólogo o cualquier profesional que realice el acompañamiento a la gestante puede utilizar esta técnica por medio de estrategias como el dialogo, narrar algunas anécdotas, pensar en cosas agradables, crear historias o imaginar diferentes situaciones que le permitan restar atención a los estímulos dolorosos como se manifiesta en la siguiente situación: *“Durante la espera, se dialogó con la gestante acerca de diferentes aspectos de su vida, de su relación con sus padres y del apoyo que estos le estaban brindando, también de lugares que le gustaría conocer, todo esto con el fin de distraer su atención del dolor de las contracciones.”*

### **Fortalecimiento de vínculos.**

La categoría de fortalecimiento de vínculos, se encuentra en la figura 6 representada de color azul oscuro, es relevante dentro del acompañamiento y el trabajo psicológico durante el parto, pues es indispensable entender la vida afectiva como eje central de la existencia del ser humano, así como motor para el desarrollo de relaciones seguras, además *“es importante conocer el papel que juega la afectividad en el establecimiento de lazos afectivos sólidos, permanentes e incondicionales que traen como causa niños felices y seguros de sí mismos en la sociedad”* (González, Gross, y Pulido, 2014, p. 36). Dentro de esta categoría encontramos las subcategorías de contacto piel a piel y lactancia materna.

#### ***Contacto piel a piel***

Una forma de fortalecer el vínculo entre madre-hijo es el *contacto piel a piel* inmediatamente tras el parto, ya que permite poner en marcha el proceso de vinculación y es un aspecto grato para la gestante y para el bebé, debido a que es un *“periodo especial en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila, gracias al cual puede interactuar con su madre, reptar sobre su abdomen, desplazarse hasta el pecho e iniciar el amamantamiento”* (de Miguel et al., 2010, p. 4).

El contacto piel a piel tiene diversos beneficios tanto para la madre como para el bebé como: *“favorecer la adaptación a la vida extrauterina, facilitar la regulación térmica, disminuir el tiempo de llanto, disminuir la ansiedad materna, aumentar la frecuencia y duración de la lactancia materna”* (de Miguel et al., 2010, p. 5), entre otros beneficios, que de manera central están aportando elementos favorables a la salud mental de la madre y de su hijo y aumentan la sensación de bienestar posterior al parto. Este se manifestó en situaciones como: *“Después del alumbramiento se realizó de manera inmediata el contacto*

*piel a piel entre la mamá y la bebé*”, a partir de esto se pudo evidenciar que el bebé así como la gestante experimentaban una sensación de calma, lo cual permite apoyar y verificar los planteamientos teóricos de uno de los beneficios de esta técnica y por esto el psicólogo debe velar porque se le permita a la mujer realizar el contacto piel a piel inmediatamente después del alumbramiento.

### ***Lactancia materna***

Es importante para el psicólogo trabajar junto con la gestante y los demás profesionales en promover la lactancia materna, pues esta tiene diversas ventajas para la salud de la mujer y del bebé. Según la OMS (2018) *“la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta”* (párr. 1), pues la leche materna es el primer alimento natural de los niños y proporciona los nutrientes necesarios para sus primeros meses de vida, de la misma manera, promueve el desarrollo sensorial y cognitivo y protege al bebé de adquirir infecciones que pueden causarle la muerte (OMS, 2018).

Se encontró que en algunos casos las mujeres no podían lactar por falta de estimulación *“no he podido darle tetica porque no me sale leche”*, en este caso, el psicólogo se encarga de brindarle conocimientos a la mujer acerca de la estimulación en el área de los pezones para que se facilite el amamantamiento.

### **Trabajo interdisciplinar.**

Es de suma importancia promover que la atención en salud, particularmente en la mujer gestante, esté a cargo y conformada por un equipo interdisciplinario integrado por profesionales capacitados en el adecuado manejo e intervención en diversas situaciones. Este equipo debe incluir el área de psicología, medicina y enfermería, con el fin de

construir conocimientos por medio de un proceso colectivo desde diferentes perspectivas integrales (Perini, Benitez y López, 2013).

El trabajo interdisciplinar se evidencia de manera relevante en el acompañamiento que se le da a la gestante durante el trabajo de parto *“la estudiante de psicología, el médico y la enfermera se encontraban ahí haciendo el respectivo acompañamiento, en pro de que la mujer tuviera el manejo del dolor”* y permite aplicar diversas estrategias desde las diferentes perspectivas y trabajando en pro de favorecer el proceso en la mujer gestante.

### ***Apoyo informativo***

Dentro de la categoría de trabajo interdisciplinar se encuentra el *apoyo informativo*, el cual se le brinda de manera constante y oportuna a las gestantes para que tengan el conocimiento acerca de su estado y del estado del feto, especialmente de la vivencia de diferentes emociones, pensamientos y sentimientos que se presentan en ella durante el trabajo de parto o de diferentes elementos que la gestante considere pertinentes.

De la misma forma, esta subcategoría comprende brindarle información a la red de apoyo de la gestante, ya sean familiares o acompañantes, pues se evidenció que dependiendo de la institución en la cual la gestante se encuentre, puede tener el acompañamiento permanente por parte de ellos, de lo contrario deben estar en la sala de espera, sin ningún tipo de comunicación con la mujer, por esto, el psicólogo puede intervenir como mediador comunicándole a la familia el estado en el cual va el proceso y de esta manera reducir y mitigar la ansiedad que experimentan los actores.

Adicionalmente, el apoyo informativo es una variable del trabajo interdisciplinar, pues el psicólogo debe encontrarse informado y tener conocimiento de las diferentes prácticas que se lleven a cabo durante el trabajo de parto y el proceso de acompañamiento,

esto se evidencia en verbalizaciones como *“es importante comunicarle al paciente cualquier situación que está sucediendo, tanto con ella como con el bebé”*, pues está en constante relación con los demás profesionales que intervienen y de esta manera puede realizar aportaciones desde su área de conocimiento y enriquecer la labor en la sala de partos.

***Promoción del parto humanizado como estrategia de intervención acción participación (IAP)***

La subcategoría de *promoción de parto humanizado* comprende el trabajo con el grupo de profesionales y estudiantes del área de la salud que se encuentra en la sala de partos dentro de las instituciones objeto de estudio, el cual se sustenta bajo la metodología de la IAP y que tiene como objetivo principal fomentar y difundir las ideas y conceptos que comprende el parto humanizado, por medio de la realización de talleres reflexivos y grupos focales, en los cuales los participantes comparten ideas y conocimientos que tienen acerca de la humanización del proceso. A partir de la construcción colectiva se generó concientización sobre los beneficios que aportan estas prácticas y la manera en la cual se pueden comenzar a implementar y fortalecer en cada E.S.E.

Es relevante resaltar la favorable acogida de los diferentes profesionales con los cuales se trabajó el proceso de promoción, lo que se evidenciaba en acciones como: *“en la reunión entre las estudiantes de psicología y la obstetra que se encontraba de turno en la sala de partos, surgió la necesidad de realizar talleres reflexivos alusivos al tema de parto humanizado, con el fin de sensibilizar al personal de la salud sobre las prácticas y conceptos acerca de este, para comenzar a implementarlas.”* o por medio de verbalizaciones como: *“ya llegaron las chicas del parto humanizado”*. De la misma forma

un factor favorecedor fue la relación que se estableció con los diferentes actores, lo que generaba en ellos mayor disposición para el trabajo, así como la implementación de los compromisos hacia la humanización que se instauraban posterior a cada taller.

Los resultados obtenidos en las instituciones fueron favorables, por una parte en el Hospital Local del Norte se pudieron evidenciar cambios en aspectos como los discursos de los profesionales, que favorecían la relación con la gestante, ya que pasó de ser distante a implementarse la empatía como eje central durante el proceso, de la misma manera la validación de sentimientos y emociones y llamarlas por sus nombres durante su permanencia en la institución, debido a que el uso de apelativos era una práctica permanente antes del trabajo a partir del modelo de humanización y de las desventajas que traía el llamarlas con sobrenombres.

Adicionalmente, algunos profesionales que lideran los procesos en sala de partos se empoderaron de la promoción del modelo y de la implementación de diferentes técnicas para la regulación emocional y el manejo del dolor, así como de la libertad de movimiento en el trabajo de parto y los beneficios de adoptar diferentes posiciones en el parto.

Asimismo, en el Hospital San Juan de Dios, el fortalecimiento del modelo impactó favorablemente, debido a que se afianzó el trabajo interdisciplinar entre psicología, medicina y enfermería y trajo resultados favorables a las gestantes, pues se identificó que la sensación de apoyo y bienestar se aumentaba gracias al acompañamiento psicológico que se brindaba, a las estrategias que se implementaban, adicionalmente la autonomía y la privacidad que poseían generaba mayor bienestar, lo que se evidenciaba por medio de verbalizaciones de gratitud.

De la misma manera, en las instituciones se pudo realizar actividades con las mujeres gestantes, que tenían como fin que se familiarizaran con los postulados del modelo,

los beneficios y derechos que se promueven por medio de este como es la autonomía, la toma de decisiones, el acompañamiento permanente de un familiar, la expresión de sentimientos, emociones y necesidades y el derecho a ser tratadas con dignidad, pues se encuentran dando vida y no en condición de enfermedad o minusvalía.

El modelo de promoción de parto humanizado liderado por el área de psicología se consigna en el apartado de propuesta de intervención dirigida a los profesionales y puede servir como guía de implementación en diferentes instituciones.

#### **Cuarto ciclo: retroalimentación - Transformación de los discursos hacia el parto Discurso de los profesionales.**

En la figura 6 se evidencian los discursos encontrados por parte de los profesionales y de las mujeres gestantes quienes son los actores principales de la presente investigación. Desde la teoría el discurso se puede considerar una práctica, una creencia o un conocimiento que construye una realidad y nos brinda una forma más amplia de entender el mundo, es la forma de comunicar ya sea verbal o no verbal dentro de los distintos contextos sociales (Urra, Muñoz y Peña; 2013).

#### ***Discurso hacia el parto humanizado***

En la categoría *discurso de los profesionales* se identificaron dos clases de discurso, el primero encaminado *hacia la humanización*, el cual hace referencia a su actuar profesional, en su manera de relacionarse con las gestantes y que se representa en verbalizaciones como: *“Yo creo que es importante tener en cuenta todo lo que hemos hablado de parto humanizado y es importante también abrir estos espacios de reflexión porque son cosas que le pasan a uno como profesional todo el tiempo”* o *“necesitan acompañamiento durante este proceso, necesitan sentirse cómodas y libres”*.

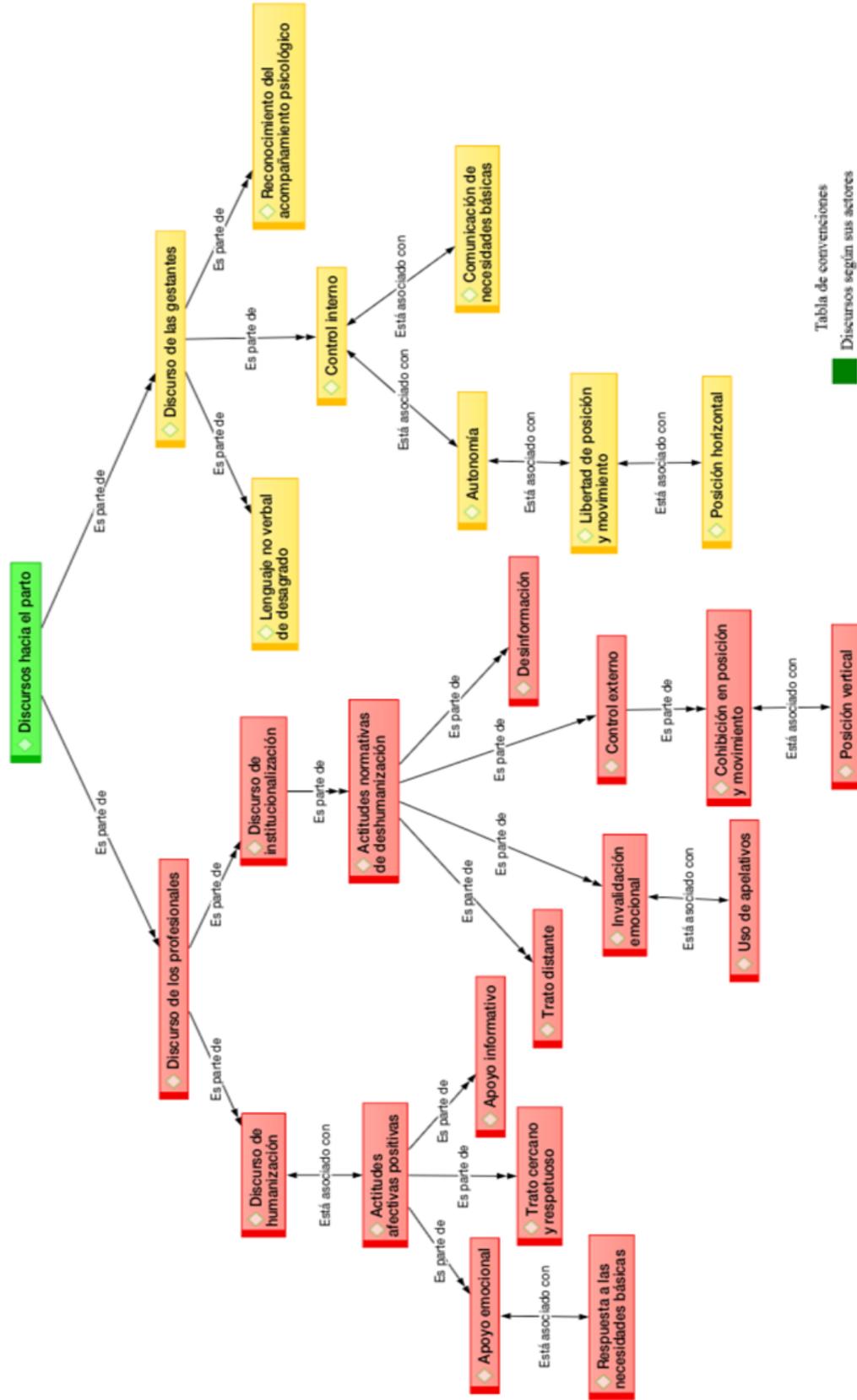


Figura 6. Discursos hacia el parto.

Tabla de convenciones  
 Discursos según sus actores  
 Discursos institucionalizado y Profesionales  
 Discurso de las gestantes

A

is  
 ci  
 ;  
 básic

os del parto humanizado se relacionan con las *actitudes afectivas positivas*, dentro de las cuales se encuentra el *trato cercano y respetuoso* que se demuestra en discursos como: “*Uno puede pedirle con palabras más respetuosas que no le hace bien gritar para poder aliviar su dolor, también puede explicarle por qué no es conveniente que ella esté gritando pero siempre de forma respetuosa*” y el *apoyo emocional*, el cual según Méndez y Barra (2008) es “*brindar empatía, cuidado y confianza al individuo, proporcionándole seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión*” y por último el *apoyo informativo* que hace referencia a explicarle a la gestante acerca de su estado y del estado del feto y de los procedimientos que se realizan durante el trabajo de parto y a través del cual se da *respuesta a las necesidades básicas* como tomar agua, ir al baño, esperar a que pasara la contracción para tomarle los signos vitales, entre otras.

#### ***Discurso institucionalizado hacia el parto***

Por otra parte, se encuentra el *discurso hacia la institucionalización*, el cual se ve evidenciado por medio de *actitudes normativas de deshumanización* que son aquellas que rigen su actuar, pensar y sus creencias enfocadas en las prácticas institucionales, sin tener en cuenta el sentir del paciente y en este caso el de la mujer gestante; estas actitudes se evidencian a través del *trato distante*, la *invalidación emocional* expresada en situaciones como “*Sin gritar mamita porque sé que le duele, pero tenemos más pacientes y no podemos hacer nada*”, “*¡A ver! Si tomó la decisión de tener un bebé tiene que asumirlo*” o “*Así como abrió las piernas para hacer a ese bebé, ábralas acá mamá*”. En las anteriores verbalizaciones hechas por parte de los profesionales se evidencia un trato poco digno y cargado de prejuicios hacia la mujer gestante, ubicándola en un imaginario de culpabilización frente a un proceso natural como lo es el estado de gestación y el alumbramiento.

Una subcategoría de la invalidación emocional es el *uso de apelativos* como: “*la de la cama A*”, “*la que tiene 40 semanas*”, “*mamita*” o “*la paciente del sufrimiento fetal*”. Frente a estas expresiones hechas por parte de los profesionales se puede interpretar la negación del sujeto al colocarle sobrenombres, un proceso más que deshumaniza el parto, ya que al evitar identificar a cada una de las gestantes respetando su identidad es una práctica muy frecuente en profesionales de la salud, violentando las relaciones interpersonales asertivas. Así como plantea Rodríguez (s.f) lo adecuado sería que cada gestante pudiera llamarse por su nombre, evitando, de esa manera, el uso de diminutivos o sobre nombres, los cuales legitiman la relación de verticalidad entre las gestantes y los profesionales.

Por otro lado también se encuentra el *control externo* que se entiende según Urrea (2012, p. 3) como la manera en la cual los profesionales “*convierten el cuerpo en objeto y se establecen relaciones paternalistas que vulneran la autonomía de las mujeres*” que se manifiesta a través de la *cohibición en la posición y el movimiento*, es decir, se restringe a la gestante de poder adoptar diferentes posiciones durante el trabajo de parto y de la misma manera de poder desplazarse por la habitación con el fin de mitigar el dolor, evidenciándose a través de la imposición de la *posición horizontal* en el alumbramiento.

Lo anterior se evidencia en situaciones como: “*la gestante quería caminar, sin embargo, era necesario pedir la autorización del médico obstetra por seguridad y para evitar inconvenientes*”, “*cuando llegamos a la sala de partos, acomodaron a la gestante en posición horizontal*” y en verbalizaciones como: “*evitemos inconvenientes, de ahora en adelante todas pasan en silla de ruedas a la sala de partos*”.

### **Discurso de las gestantes.**

La segunda subcategoría corresponde al discurso evidenciado en las mujeres gestantes, la cual comprende el *control interno* que hace referencia a “*la capacidad del ser humano para decidir y construir su contexto*” (Urrea, 2012, p. 4), esta capacidad se relaciona directamente con la *autonomía* que se asume como “*proceso conjunto deliberativo paciente-profesional de la salud que incluye identificación de valores, análisis de información hasta la toma de decisiones y se ve como autodesarrollo moral*” (Urrea, 2012, p. 4).

De la misma manera, la autonomía se relaciona con la *libertad de posición y movimiento* que permite que la gestante pueda realizar movimientos para el control del dolor y optar por diferentes posiciones para el parto como la *posición vertical*, esto se evidencia por medio de situaciones como: “*María decidió permanecer de pie y apoyó una de sus piernas en la camilla, realizó dos pujos más y dio a luz al neonato sin ningún tipo de inconveniente o contratiempo*”.

En cuanto a la *comunicación de necesidades básicas* se hace referencia a que las gestantes manifiestan a los profesionales sus inquietudes y deseos tales como: “*No he podido darle tetéca porque no me sale leche*”, “*quiero ir al baño porque tengo ganas de hacer popó*”, “*quiero tomar una ducha rápidamente por favor*” o “*ya no aguanto más quiero pujar ya*”.

El discurso de las gestantes también comprende todos aquellos comportamientos que se manifiestan por medio del *lenguaje no verbal de desagrado* que se presenta cuando los profesionales realizan diversos procedimientos ejerciendo total control sobre ellas “*la mujer demostró sentirse incómoda en ese momento por la presencia de los estudiantes, por lo cual intentaba taparse sus genitales, pero se le impedía*” o “*se cubría la cara*”, esto se

presenta como resultado de la incomodidad que experimentan las gestantes al ser sometidas a diferentes procedimientos como los tactos vaginales frente a amplio número de profesionales y que, sin duda, representa una situación de vulneración de su privacidad.

Finalmente, dentro del discurso de las gestantes se encuentra el *reconocimiento del acompañamiento psicológico* que favorecía el afrontamiento del trabajo de parto y las prácticas que en éste se incluyen “*Muchas gracias por estar ahí y por acompañarme en todo esto*”, “*doctora no me deje sola, por favor me acompaña en todo momento*”, “*gracias doctoras por su colaboración*”, “*no sé que habría hecho sin usted*” o “*la felicito doctora espero que sigan realizando esa gran labor*”. Esto permite inferir, que el acompañamiento psicológico genera sensación de bienestar y compañía a las mujeres gestantes, asimismo, favorecen su salud mental y la del bebé, pues la experiencia de su parto será grata.

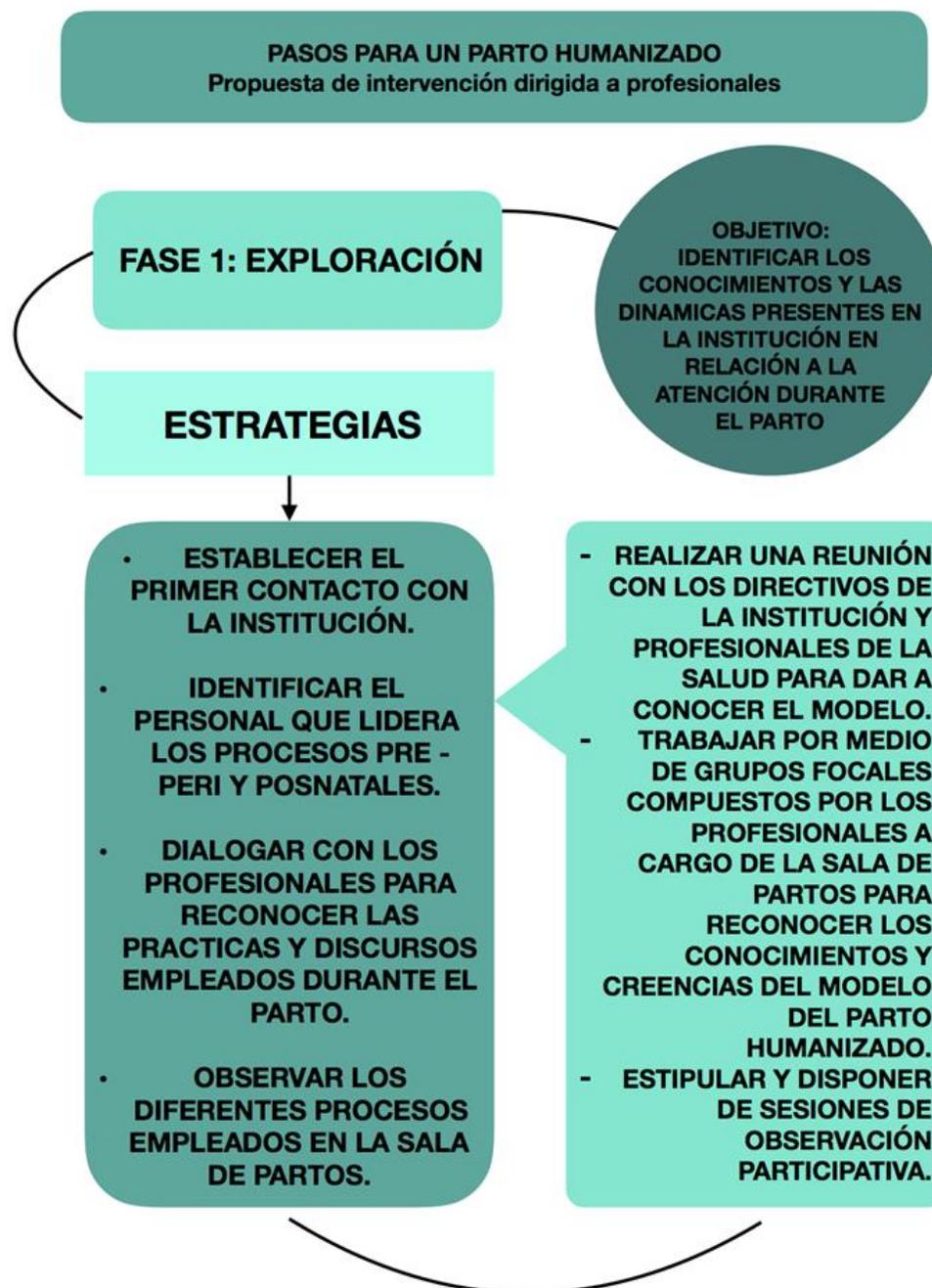
### **Propuesta de intervención dirigida a los profesionales**

A partir del trabajo realizado en las instituciones junto con los profesionales encargados del área de sala de partos y respondiendo a uno de los objetivos de la presente investigación, se formuló un bosquejo de propuesta de intervención, la cual puede ser aplicada por los profesionales del área de la salud interesados en promover el modelo de parto humanizado y específicamente por psicólogos, quienes poseen pleno conocimiento de las diferentes técnicas propuestas en ésta.

La propuesta se encuentra conformada por 4 fases, las cuales se componen de un objetivo central que se busca alcanzar en cada una de estas, así como de las estrategias que se pueden llevar a cabo y de las actividades que se pueden realizar e implementar para alcanzar los objetivos y de la misma manera promover el parto humanizado por medio del quehacer del profesional del área de psicología u otras áreas de la salud interesadas.

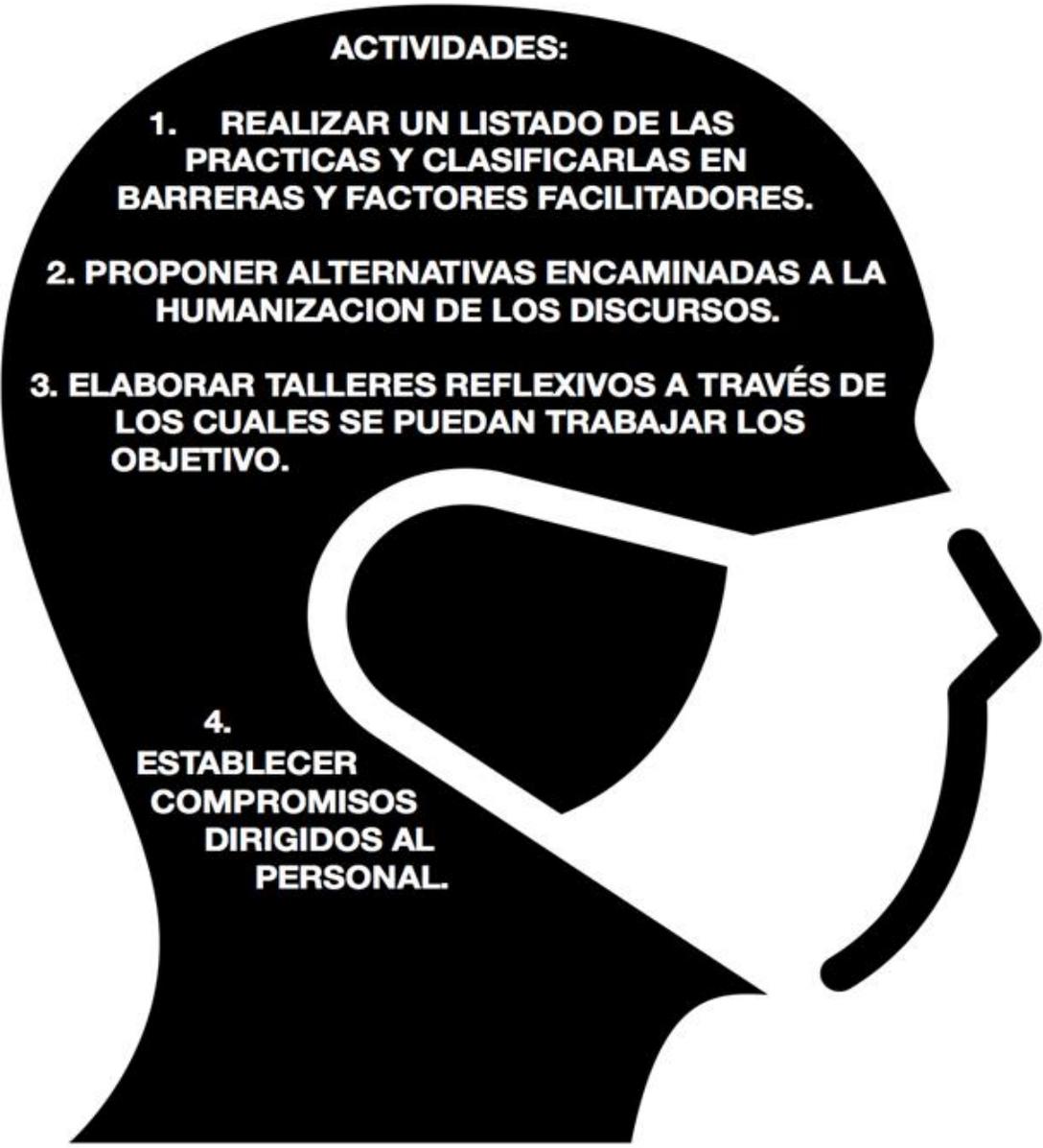
Las fases son: fase 1, la cual hace referencia a la exploración; fase 2, donde se realiza el diagnóstico de la institución y la formulación del plan que se llevará a cabo; fase 3, que se enfoca en el empoderamiento de la comunidad, es decir, de aplicar las estrategias y actividades para generar cambios en ésta; y finalmente la fase 4, que corresponde a la evaluación del impacto de la aplicación de la propuesta, así como la retroalimentación a la

comunidad. Estas serán explicadas de manera detallada a continuación.



**Figura 7.** Propuesta de intervención dirigida a profesionales.





**ACTIVIDADES:**

- 1. REALIZAR UN LISTADO DE LAS PRACTICAS Y CLASIFICARLAS EN BARRERAS Y FACTORES FACILITADORES.**
- 2. PROPONER ALTERNATIVAS ENCAMINADAS A LA HUMANIZACION DE LOS DISCURSOS.**
- 3. ELABORAR TALLERES REFLEXIVOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE PUEDAN TRABAJAR LOS OBJETIVO.**
- 4. ESTABLECER COMPROMISOS DIRIGIDOS AL PERSONAL.**

## **ESTRATEGIAS:**

- 1. FOMENTAR LA AUTONOMÍA Y EL EMPODERAMIENTO DE LA GESTANTE COMO PROTAGONISTA EN EL TRABAJO DE PARTO.**
- 2. ORIENTAR A LOS PROFESIONALES EN LA PRÁCTICA DE LA EMPATÍA, DEL TRATO CERCAÑO Y EL RESPETO EN RELACIÓN CON LA GESTANTE.**
- 3. PROMOVER LOS BENEFICIOS DE LA LIBERTAD DE POSICIÓN Y MOVIMIENTO EN EL TRABAJO DE PARTO.**
- 4. IMPLEMENTAR EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN LA INSTITUCIÓN.**
- 5. ESTABLECER PAUTAS DE PROMOCIÓN DE LOS CURSOS PSICOPROFILÁCTICOS.**
- 6. DISMINUIR LAS PRACTICAS MEDICALIZADAS.**

### **FASE 3: EMPODERAR A LA COMUNIDAD**

**OBJETIVO:  
DESARROLLAR LAS  
ESTRATEGIAS DE  
INTERVENCIÓN EN LA  
INSTITUCIÓN**

## ACTIVIDADES

**GRUPOS FOCALES PARA TRABAJAR CONCEPTOS DEL MODELO DE PARTO HUMANIZADO.**



**REALIZACIÓN DE FORMATOS DE "COMO QUIERO MI PARTO".**



**GENERAR EL COMPROMISO DE DIRIGIRSE A LAS GESTANTES POR SU NOMBRE.**



**TALLER REFLEXIVO ALUSIVO A EMPATÍA.**



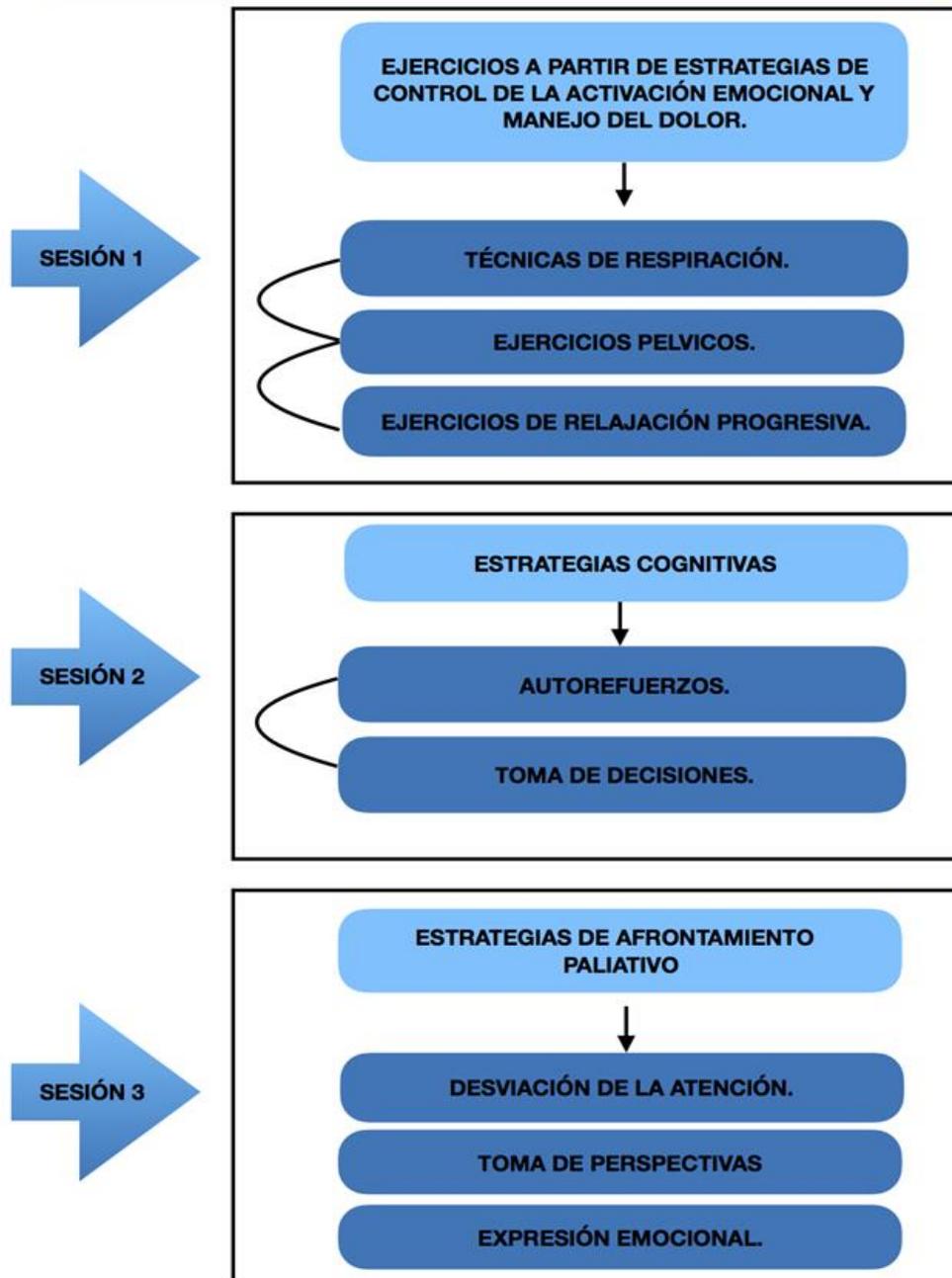
**MODELAMIENTO DE LAS POSICIONES QUE SE PUEDEN ADOPTAR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y SOCIALIZACIÓN DE SUS BENEFICIOS.**

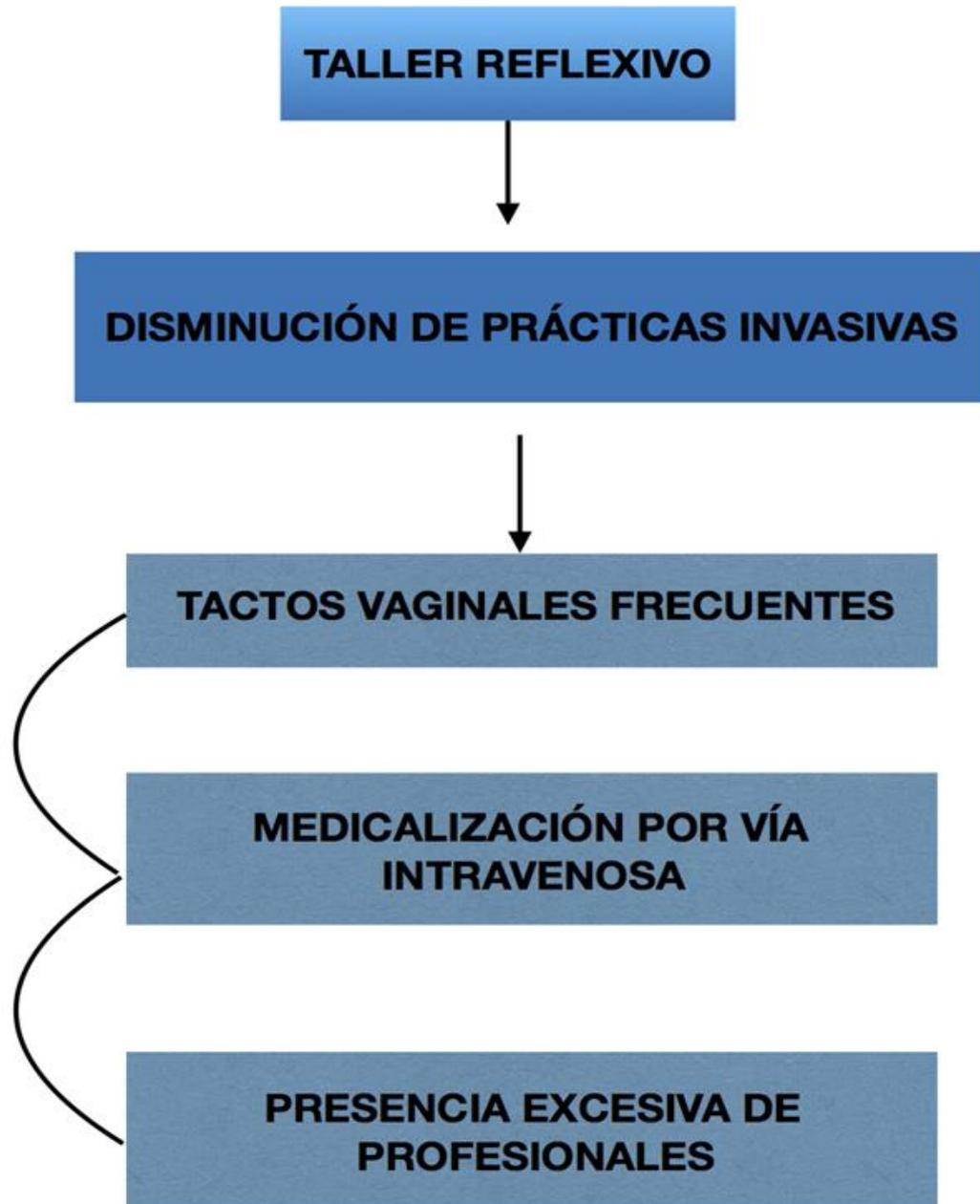


**PUBLICIDAD DE LOS CURSOS PSICOPROFILÁCTICOS EN LA INSTITUCIÓN Y POR PARTE DE LOS PROFESIONALES.**



## REALIZAR EJERCICIOS PARA GENERAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO







Modelo de empoderamiento dirigido a las gestantes



Figura 8. Recomendaciones a las gestantes.

## Discusión

Teniendo en cuenta el objetivo principal de la investigación el cual es conceptualizar el rol del psicólogo durante el parto en favor del modelo parto humanizado, se lograron identificar diferentes estudios y revisiones sistemáticas que permiten contrastar la información evidenciada en el apartado de resultados.

Algunos de estos estudios abarcaban la violencia obstétrica, dentro de la cual se identifican y reconocen las prácticas institucionalizadas hacia la deshumanización que son ejercidas por profesionales de la salud; como ejemplo está el estudio realizado en Venezuela en 2001, dentro del cual participaron 425 mujeres que se asistieron a la sala de Maternidad “Concepción Palacios” entre mayo y agosto de este año para dar a luz; la práctica que más se identificó por medio de las entrevistas fue el “trato deshumanizante” el cual comprende actos como:

*“obstaculizar el apego precoz (1 de cada 4 mujeres), críticas por llorar o gritar durante el parto (21.6%), imposibilidad de preguntar, manifestar miedos e inquietudes (19.5%), burlas y comentarios irónicos y descalificantes (15.3%) Principales perpetradores del trato deshumanizado, aparece el personal de enfermería (70%), en segundo lugar sería el personal médico. Los actos médicos sin consentimiento informado fueron reportados por el 66,8 % de las mujeres, el principal de ellos fue la realización de tactos vaginales reiterados por múltiples examinadores y el segundo corresponde a la administración de oxitócicos” (Terán, Castellanos, González Blanco y Ramos, 2013 p.171).*

Durante la investigación se logró identificar en una E.S.E muchas de las practicas deshumanizadas mencionadas anteriormente como las burlas o comentarios descalificantes,

las cuales llevan a la invalidación emocional de la mujer gestante, el control externo a través de la desinformación como el actuar médico sin consentimiento informado, de igual forma, la realización reiterada de tactos vaginales, los cuales son ejercidos por múltiples examinadores como estudiantes, residentes y profesionales médicos, ante los cuales se evidenciaban expresiones de desagrado tanto verbales como no verbales por parte de las gestantes, algunas de estas eran cubrirse la cara y el cuerpo.

Adicionalmente, sustentado en el aporte de Terán (2011), se evidencio el uso de oxitocina como acelerador al trabajo de parto, pues una vez eran admitidas e ingresadas a sala de partos se procedía a canalizar e iniciar la administración de estos medicamentos por vía intravenosa, lo cual representaba una obstaculización al movimiento de la gestante, cohibiendo su traslado por la sala y generando una pérdida de autonomía, la cual se observó en múltiples situaciones en las cuales si la gestante quería dirigirse al baño o caminar por la sala para aliviar el dolor, debía tener la autorización del personal médico.

Arguedas en su propuesta conceptual de la violencia obstétrica a través de la experiencia de mujeres gestantes costarricenses, acentúa cómo las practicas institucionalizadas hacia la deshumanización anteriormente mencionadas e incluyendo a estas, la obstaculización del apego precoz del niño como cargarlo o amamantarlo de forma inmediata, son actos deshumanizados que se presentan sin causa o sin justificaciones médicas (Arguedas, 2014). Aunque es importante resaltar que en ambas instituciones se presenta el amamantamiento, en una de ellas las madres debían esperar la autorización del personal médico para realizar este acto, el cual debería ser inmediato y sin aprobación.

Durante la investigación se identificó la presencia de prácticas institucionalizadas hacia la deshumanización en el trabajo de parto a través de la observación directa de los

profesionales de la salud implicados en este, se realizaban talleres de sensibilización hacia el parto humanizado con el fin de reducir la presencia de estas, en los cuales se trataron aspectos centrales como la empatía, la validación emocional, la privacidad y principalmente la importancia del acompañamiento. En su gran mayoría el personal de salud siempre se mostró abierto a la participación en dichos talleres, abiertos a la adaptación y adecuación de nuevas prácticas encaminadas hacia la humanización, como fue el caso de reducir el uso de apelativos hacía las gestantes y empezar a dirigirse a ellas por su nombre, aunque no todos lo hicieron, el número de profesionales que adoptaron esta practicas fue significativo.

Adicionalmente en relación a la empatía, los profesionales reconocieron ejercer practicas institucionalizadas de forma rutinaria sin tener en cuenta el estado emocional de la paciente, sin preguntar si ella tenía conocimientos acerca de los cambios que experimentaba o de los procedimientos que se llevaban a cabo, solo ejercían las prácticas ya establecidas, por lo tanto se trabajó el darle importancia a la gestante, resaltando su rol protagónico durante el parto; muchos de ellos implementaron técnicas mínimas como el preguntar sobre su estado, si tenía dudas en relación a las prácticas que se estaban llevando a cabo, simplemente iniciando los procedimientos con una breve explicación del por qué eran necesarios, cómo se realizarían y los sentimientos que se experimentaban durante el mimo.

Respecto al acompañamiento existía la ventaja de la presencia del mismo en una institución dentro de la cual se realizó la investigación, esta cuenta con un programa estructurado donde se parte de la estrategia "*parto respetado, consentido y protegido*", que sirvió como modelo para las estrategias ejercidas durante el trabajo de parto y se adaptaron a la institución en el cual no se presentaba, adecuando estas a las necesidades de la E.S.E y sin restar importancia a las limitaciones a nivel estructural.

El personal de salud de la E.S.E Hospital del Norte reconoce la importancia de implementación del acompañamiento de un familiar y de la misma manera resalta las barreras que existen frente al acceso de este, ya que debido a las condiciones socioeconómicas como el sector en el cual se encuentra ubicada la E.S.E y a la población a la cual se le brinda el servicio de salud, representan riesgos para los profesionales.

De igual forma predominan las falencias a nivel de estructura como el adecuar una habitación para 4 o 6 gestantes, lo cual impide el respeto a la privacidad y el acompañamiento permanente por parte de familiares, debido a esto, es fundamental que el psicólogo realice el acompañamiento a la gestante, con el fin de mitigar los sentimientos de soledad y vulnerabilidad que se puedan presentar. Así como lo menciona Simkin en 1996, el cual posteriormente es citado por Alva en 2005 donde recalcan cómo *“los científicos han empezado a reconocer la influencia de las emociones en el parto y consideran que atender las necesidades emocionales durante el parto puede mejorar sus resultados”* (p. 35).

Durante el desarrollo de la investigación, se realizaron intervenciones con los actores, en este caso, la intervención ejercida era el constante acompañamiento por parte de las estudiantes de psicología a las gestantes durante el trabajo de parto, dicha intervención se basaba en emplear técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor como la respiración, ejercicios guiados en los intervalos de la contracción, de igual forma se abordó la regulación emocional y las respuestas emocionales, a través, de técnicas de relajación, respiración e imaginación. Simkin en 1995 enmarca el beneficio que trae consigo promover diferentes técnicas de relajación que proporcionen bienestar emocional, el cual puede reducir conductas de *lucha o huida*, las cuales pueden ralentizar el trabajo de parto. Una vez dado el alumbramiento se intervino por medio de psicoeducación al momento del

amamantamiento, pues en determinadas ocasiones las gestantes manifestaron tener inconvenientes para amamantar al neonato.

Asimismo, Alva en su estudio sobre el significado de la experiencia del parto, cita a Soucase, Monsalve y Soriano (2005) quienes resaltan investigaciones que han enmarcado el efecto de las variables psicológicas, identificando la manera en la cual algunas estrategias de afrontamiento se relacionan positivamente con el manejo activo del dolor y con ajustes a este tanto a nivel físico como psicológico, siendo este el sustento para Alva afirmar que: *“el tener una Doula proporcionando a la mujer en trabajo de parto estrategias activas para enfrentar el dolor, colabore para hallar una forma más funcional y adaptativa de sobrellevar la experiencia dolorosa”* (p. 62).

A medida que se realizaba el ejercicio de brindar acompañamiento psicológico a las gestante, los actores de la investigación resaltaban los beneficios de este y la necesidad de tener un psicólogo asignado para realizar este tipo de intervenciones, pues, aunque el Hospital local del Norte cuenta con psicólogos de planta para realizar interconsultas y consultas externas, no se presta el servicio en sala de partos a menos que exista alguna urgencia o emergencia inmediata, pues según lo referido por las gestantes solo eran consultadas por psicología al inicio del embarazo y una vez están internas en piso, al cual asisten si se evidencia riesgo de depresión post parto, desordenes de estrés postraumático o algún signo a nivel psicológico de alarma, lo cual demuestra la necesidad de la presencia del psicólogo durante todo este proceso.

Tal como lo menciona Álvaro García en su monografía sobre el *Acompañamiento en el Parto*, dentro de la cual resalta la importancia y los efectos de este:

*“Si tomamos en cuenta todas las características que conlleva el parto, en relación a los cambios físicos y psicológicos que se suscitan en las mujeres durante el mismo y el estado de vulnerabilidad en que se encuentran, el sostén emocional que se le pueda brindar a la mujer se convierte un elemento de vital importancia. Para ello, la posibilidad de que la mujer esté acompañada por una persona que ella considere pertinente y necesaria durante el parto, otorgaría a la mujer una contención que la podría ayudar a transitar de forma positiva dicha experiencia. A su vez, desarrollar una asistencia que habilite el acompañamiento, donde los profesionales médicos brinden una atención desde la empatía, el respeto hacia las mujeres, permitiría lograr una atención más humana de este proceso.” (p. 31)*

García brinda el sustento teórico que aún es difícil de encontrar en la bibliografía, pues aunque existen numerosos estudios sobre el parto humanizado, la violencia obstétrica o las prácticas deshumanizadas durante el parto, por esto se resalta la necesidad de construir teoría a partir de la información recolectada durante la investigación.

Es decir, por mínimos que simulen ser algunos factores todos tienen un rol durante el desarrollo de este trabajo, como lo es el manejo de las emociones y el dolor, a través de los cuales se pueden reducir respuestas motoras o verbales como gritos, insultos, llanto fuerte, golpes e incluso síncope; evitando que el alumbramiento y todas las prácticas que lo preceden sean un recuerdo aversivo para la gestante, mitigando las respuestas de invalidación emocional por parte del personal de salud que la acompaña, el cual evidencia a través de este tipo de acciones la necesidad de sensibilizarse sobre acciones más humanizadas a la hora de abordar situaciones que demuestran ser estresantes para su quehacer profesional.

De la misma manera el profesional debe estar capacitado para manejar expresiones emocionales negativas sin llegar a verbalizaciones encaminadas hacia la deshumanización como un “no grite” o “sin llorar porque altera a las demás”; las cuales posiblemente se presenten en ellos como respuestas automáticas frente a este tipo de situaciones.

El acompañamiento no solo debe centrarse en la regulación de emociones o las técnicas de manejo del dolor sino que el psicólogo debe abarcar otras necesidades de las gestantes durante el trabajo de parto, necesidades como la facilitación del control interno por parte de ella, el respeto a la privacidad de la misma y el ser puente de información, con el fin de comunicar a la familia de la gestante todo aquello que surja durante el trabajo de parto en caso que ellos no puedan encontrarse presentes.

Por lo anterior, el rol del psicólogo debe ser multidireccional, no solo centrarse en la gestantes, sino trabajar en simultaneo con el personal médico brindando herramientas que faciliten su quehacer, en las ocasiones que sea necesario la comunicación con la gestante, es decir si la mujer ha establecido un vínculo empático y de comunicación con el psicólogo este puede ser mediador entre el personal médico y ella, si es el caso de presentarse algún inconveniente durante la transferencia de información.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, durante la investigación se presentó el caso de una gestante adolescente, la cual se encontraba muy alterada a causa de las respuestas emocionales que se manifestaban en sus compañeras de sala, una vez se identifica el detonante para el desborde emocional presentado por la gestante, la estudiante de psicología media ante el personal médico para la autorización de acompañamiento por parte de la familia en el pasillo anterior a la sala de partos, comprometiéndose a velar por la seguridad de la gestante y de la sala. Una vez se inicia el acompañamiento, la psicóloga

trabaja en conjunto con la familia buscando a estabilidad de la gestante y logrando de esta manera un trabajo de parto menos estresante para ella y sus familiares. Este caso puntual sirve para resaltar una de las funciones que se puede realizar desde la psicología en pro del bienestar mental de la gestante por medio de prácticas encaminadas hacia un parto humanizado.

Adicionalmente el psicólogo en su trabajo multidireccional debe sensibilizar al personal médico y a los actores involucrados durante el trabajo de parto, sobre prácticas más humanizadas que encaminen este proceso hacia la desinstitucionalización del mismo, es decir, necesita contar con recursos humanos capacitados para el tratamiento de los diferentes factores que se puedan presentar durante el trabajo de parto tanto a nivel físico como psicológico.

Es allí donde surge la necesidad de sensibilizar a toda persona que participe en este tipo de prácticas, como lo son las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor, los ejercicios físicos guiados, masajes o simplemente el movimiento; técnicas de relajación, respiración e imaginación que busquen la disminución del dolor y sus respuestas emocionales a partir de las cuales puede mejorar el entorno en el cual se da el parto, puesto que pueden existir barreras a nivel estructural.

Finalmente es relevante contar con personal capacitado humanamente, dicho en otras palabras, tener a disposición de las gestantes, personas que entiendan, comprendan y sean capaces de reconocerse en ellas, mejorando el trato y mitigando actitudes de deshumanización como la invalidación emoción.

## Conclusiones

El rol del psicólogo durante el trabajo de parto es un área hacia la cual no se ha dado notoria relevancia en el ámbito científico ni laboral, pues se conoce que el psicólogo es quien acompaña y realiza el abordaje a las mujeres durante la etapa prenatal y posnatal. Por esto, surgió la necesidad de revisar los apartados epistemológicos del campo de la psicología clínica y de la salud, que permitieran la adaptación e implementación de diferentes técnicas para asistir el trabajo de parto en las gestantes y que, asimismo, se pudieran anclar a los postulados del modelo de parto humanizado, para dignificar el proceso de nacimiento como un elemento propio de la naturaleza humana, con el fin de promover la salud mental y el bienestar físico de la gestante y del recién nacido a través de la intervención y el acompañamiento durante la etapa perinatal, lo cual permitió evidenciar los beneficios que trae consigo y la relevancia que tiene su labor en las instituciones.

Por medio de la técnica de observación como psicólogo y participante activo en las dinámicas institucionales, se pudieron evidenciar las diferentes prácticas empleadas durante el trabajo de parto, que permitieron generar un diagnóstico de la situación en las instituciones con las cuales se trabajó, a partir del cual se estableció el plan de acción de promoción y fortalecimiento del acompañamiento psicológico y del modelo de parto humanizado, que trajera consigo el empoderamiento tanto de los profesionales como de las mujeres gestantes.

A partir de la descripción de las prácticas y del diagnóstico generado a partir de éstas para el abordaje del personal en las instituciones, se generó un análisis minucioso de aquellas que dificultaran el empleo del modelo de parto humanizado y de la mano de éste

de las estrategias implementadas por el psicólogo y contrastarlas gráficamente con las que facilitarían este proceso, con el fin de fortalecer las positivas y mitigar las que obstaculizan la atención de excelente calidad y humanizada que brinde bienestar físico y mental a la gestante, que se trabajó en la fase 3 del modelo IAP, que corresponde a la implementación de la estrategia y la evaluación del impacto de esta.

Los discursos de los profesionales se identificaron en la fase de diagnóstico, pues estos también eran necesarios para esclarecer las actitudes presentes frente al modelo de humanización, la intervención psicológica y las dinámicas que se llevaban a cabo en cada institución y posteriormente se implementó el plan de intervención para mitigar discursos y actitudes de deshumanización en los profesionales, lo cual generó resultados positivos que se evidenciaron en la fase de evaluación, pues hubo una transformación notable en éstos, dando cuenta por medio de la reducción del uso de apelativos y mayor apoyo a la implementación de estrategias y modelo del parto humanizado.

Finalmente, como resultado y producto del análisis, planteamiento, implementación, evaluación y retroalimentación del modelo de investigación-acción-participante encaminado a conceptualizar el rol que ejerce el psicólogo en pro de las prácticas parto humanizado durante la atención del trabajo de parto en las mujeres gestantes, se formuló un bosquejo de propuesta de intervención dirigida a los profesionales que se encuentren interesados en promover la humanización de las prácticas en sala de partos en diferentes instituciones y como un modelo sujeto a enriquecimiento por parte de la psicología como área central y demás áreas de la salud.

## **Bibliografía**

- Almaguer, J., García, H. y Vargas, V. (2012) Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras*. México. Vol. 10. Núm. 2/3. Retomado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Alva, I. (2005). El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo de doula: un estudio comparativo con redes semánticas naturales. Colima, México.
- Andrade, A., Vasconcelos, A. y Ferreira, E. (2008). Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 185-191. Retomado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008>
- Araoz, R. (2007). Parto natural Humanizado. *Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina*, 14 - 18. Retomado de: [http://cientifica.umsa.bo/articulo/-/asset\\_publisher/0Gzk/content/parto-natural-humanizado](http://cientifica.umsa.bo/articulo/-/asset_publisher/0Gzk/content/parto-natural-humanizado)
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Arjona, M. (2015). *Proceso de parto y estrategias para afrontarlo*. Obtenido de Universidad de Jaén : <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1713/1/TFG%20ArjonaLopez%2CAntonio.pdf>
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence. Insights from the emotional quotient inventory. En: Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (eds). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development assessment and application at home, school and in workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, págs. 363-88.

- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1(7), 25-34. Retomado de: [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L. y Fraser, W. (2011). The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health*, 11, 53. Retomado de: <http://doi.org/10.1186/1472-6874-11-53>
- Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66 Ediciones Mayo, S.A. Retomado de: <https://medes.com/publication/85768>
- Bisquerra, R. (2002). Educación emocional: el desarrollo de competencias emocionales en la ESO. *Investigación para el concurso de catedrático de universidad*. Barcelona: Universidad de Barcelona (inédito).
- Bravo, P., Uribe, C. y Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 179-184. Retomado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>
- Cáceres-Manrique, F. d. y Nieves-Cuervo, G. M. (2017). Atención Humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 128-134.

- Campbell, J, Garcia, M y Sharp, P (2004). *Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries*. Violence Against Women. Retomado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801204265551>
- Capo, C. (2016). La aromaterapia en cuerpo y alma. *Salud Total - Médicos y medicinas*, 44-47.
- Carbonell, E. y Hortola, P. E. (2013). Homonización y Humanización, dos conceptos clave para entender nuestra especie. *Revista Atlántica-Mediterránea*, 7-11.
- Chan, M. (2008). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de Organización mundial de la salud: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>
- de Miguel, J., Álvarez, L., Crespo, P., Fernández, A., Velasco, C., Odriozola, J. M., . . . Gutierrez, P. (Marzo de 2010). *Protocolo de contacto piel con piel en el área de partos*. Obtenido de Hospital Universitario Marques de Valdecilla: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20HUMV.pdf>
- Diccionario latinoamericano de bioética (2008) Dir. Juan Carlos Tealdi. *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*: Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: UNESCO. ISBN: 978-958-701-974-2. Retomado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>
- Espinosa, C. y Pérez, M. (2014). Guía de práctica clínica e inducción al parto. *Clínica de la mujer, excelencia en medicina para la familia*. Retomado de: [https://www.clinicadelamujer.com.co/files/induccion\\_de\\_parto.pdf](https://www.clinicadelamujer.com.co/files/induccion_de_parto.pdf)
- Freyermuth, G., y Sesia, P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Mexico: Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos.

García, A. (2015). Acompañamiento en el parto, un recorrido histórico. Biblioteca digital de la Universidad de la Republica. 69 – 70.

Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligence for the 21st century*. New York: Basic Books.

Gobierno de Canarias. (2014). *Más allá de la escucha activa: la Validación*. Recuperado el 2018, de <http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublogs/cepicoddelosvinos/files/2014/06/Validacion-de-las-emociones.pdf>

González, J., Gross, K. y Pulido, J. (Junio de 2014). *Fortalecimiento del vínculo afectivo y corresponsabilida en padres, madres y cuidadores del nivel de sala materna y caminadores del Jardín Infantil La Paz de la Secretaría Distrital de Integración Social*. Bogotá, Colombia.

Gutiérrez, G. (1998). *Metodología de taller reflexivo*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana. Editorial UPB.

Hayón, A. (10 de Junio de 2016). Sin intimidación ni lugar para el trabajo de parto. *Diario Z*.

Hernandez, R. Fernandez, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G. y Sakala C. *Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley yamp; Sons, Ltd.).

Hospital San Juan de Dios. (18 de Septiembre de 2017). Estrategia de parto respetado, consentido y protegido. *Parir y nacer con sabiduría*. Sonsón, Antioquia, Colombia.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. (s.f). *Guía de asistencia al parto normal*.

Recuperado el Octubre de 2018, de

[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/protocolo\\_sego\\_parto\\_normal.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/protocolo_sego_parto_normal.pdf)

Marroquín, R. (s.f). Razones y utilidad de los cursos psicoprofilácticos. *Revista fucsia* , 1

Méndez, P. y Barra, E. (2008). *Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores*. *Psykhé* (Santiago), 17(1), 59-64. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100006>

Ministerio de salud de Colombia (1994). Resolución 5261 “*Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud*”. Retomado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf)

Morales, M. D., Rodriguez, M., Carmona, F. J., Abellan , M., Moren Moure, M. A. y

Peñacoba, C. (2008). *Influence of psychological factors on pregnancy, childbirth and puerperium. A longitudinal study*. Obtenido de NURE Retomado de: <https://doaj.org/article/5b82ffb15b044df7bf49735f6fa8c518>

Muñoz-Justicia, J. y Sahagún-Padilla, M. (2017). *Hacer análisis cualitativo con Atlas. Ti*. Obtenido de <http://manualatlas.psicologiasocial.eu/atlasti7.pdf>

Musitu-Ochoa, G., Herrero-Olaizola, J., Cantera Espinosa, L. y Montenegro-Martínez, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Ed. UCO. Barcelona. España. Retomado de:

[http://tema.unabvirtual.edu.co/pluginfile.php/109869/mod\\_resource/content/1/Introducci%0n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20Comunitaria.pdf](http://tema.unabvirtual.edu.co/pluginfile.php/109869/mod_resource/content/1/Introducci%0n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20Comunitaria.pdf)

Oblitas-Guadalupe, L. A. (2015). *Atlas de Psicología de la Salud*. Bogotá: Biblomedica Editores.

Olivares, J. y Méndez Carrillo, F. (2010). *Técnicas de modificación de conducta* (pág. 136). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

OMS. (1985). *The Ottawa Charter for Health*. Obtenido de Organización mundial de la Salud: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/#>

OMS. (1996). *¿Qué es calidad de vida?* / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Retomado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>

OMS (1998). *Glosario de la promoción de la salud*. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Retomado de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

OMS. (2004). *Promoción de salud mental*. Retomado de OMS: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Retomado de OMS: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

OMS. (2015). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Organización mundial de la salud.

Retomado de Organización mundial de la Salud: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/#>

- OMS. (2018). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/)
- Ortego, M. d., López, S. y Álvarez, M. L. (sf). *Universidad de Cantabria*. Retrieved 2018, from [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema\\_04.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_04.pdf)
- Perini, L., Benitez, R. y López, C. (2013). *La intervención interdisciplinaria en Salud Mental: lo que la Ley no puede resolver*. Obtenido de Perspectivas unam: <http://perspectivas.unam.edu.ar/wp-content/uploads/2016/11/La-intervención-interdisciplinaria-en-Salud-Mental.pdf>
- Pozzio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101-117. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Pulido, S. y Rodríguez, J. (2014). *Manual básico de uso: Software NVIVO. V 9 & 10*. Bogotá Colombia: Universidad Nacional de Colombia. [http://www.fce.unal.edu.co/media/files/UIFCE/Estadistica\\_Descriptiva\\_y\\_Analisis\\_Cualitativo/Manual\\_de\\_Uso\\_Basico\\_NVivo\\_9\\_\\_\\_10.pdf](http://www.fce.unal.edu.co/media/files/UIFCE/Estadistica_Descriptiva_y_Analisis_Cualitativo/Manual_de_Uso_Basico_NVivo_9___10.pdf)
- Restrepo, A., Rodríguez, D. y Torres, N. (2016). "Me descuidaron el parto": La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de salud a mujeres durante su proceso de parto. *Universidad Pontificia Javeriana*. Bogotá, Colombia. Retomado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezDaniela2016.pdf?sequence=1>

- Rodriguez, R. (s.f). Violencia obstétrica: lucha por un parto humanizado. *Pikara Magazine*, 1-2.
- Rogers, C.R., (1989). El proceso de convertirse en persona. Barcelona, Paidós. Pp. 244.
- Roldán, N. (2017). La violencia Invisible. Qué hay detrás del parto. *El espectador*.  
Retomado de: <https://cromos.elspectador.com/estilo-de-vida/la-violencia-invisible-que-hay-detras-del-parto-24960>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer .
- Simkin, P. (2002). Supportive care during labor: *A Guide for busy nurses*. *JOGNN*. 31: 721-32.
- Terán, P., Castellanos, C., Gonzalez, M., y Damarys, R. (2013). Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias. *Revista Obstétrica Ginecológica de Venezuela*, 171 - 180.  
Retomado de: <http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
- UNICEF. (2008). *Estado mundial de la infancia 2009*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Retomado de [unicef.org](http://www.unicef.org): <https://www.unicef.org/spanish/sowc09/report/report.php>
- Urra, E. Muñoz, A y Peña, J. (2013). *El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud*. *Enfermería universidataria*;10(2):50-57.
- Urrea, F. (2012). *Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioéticagénero*. Bogotá, Colombia: Revista Colombiana de Bioética, vol. 7, núm. 2, pp. 89-106 Universidad El Bosque.

- Valenzuela, M., Uribe, C. y Contreras, A. (2011). Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index de Enfermería*, 20(4), 243-247. Retomado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300007>
- Vásquez, S. (2006). Analgesia epidural durante el parto y otras medidas de apoyo. *Hospital universitario de Ceuta, Dirección territorial de Ceuta e Instituto Nacional Sanitario*, 19-30. Retomado de: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Analgesia\\_epidural.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Analgesia_epidural.pdf)
- Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina Naturista* (10), 598 - 610. Retomado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986342>

## Apéndices

### Apéndice 1. Consentimiento Informado

#### PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

#### UNAB CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudiantes del programa de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga cursando proyecto de grado, requerimos de su colaboración para la participación en nuestra investigación. Se realizará el respectivo acompañamiento psicológico durante el trabajo de parto y se tendrán en cuenta verbalizaciones evidenciadas en el tiempo de observación. Adicionalmente, se tomará registro fotográfico.

#### **Riesgos de la participación o posibles molestias**

El presente estudio se rige por las normas Éticas Colombianas para la investigación (resolución 8430/1993) por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos, de esta manera se cataloga como **una investigación en humanos con riesgos mínimos, no existiendo ningún riesgo serio** como consecuencia inmediata o tardía de la participación en esta investigación.

#### **Confidencialidad**

La información obtenida en el presente estudio mantendrá un carácter confidencial, respetando su integridad y dignidad como participante. Así mismo se omitirá su identidad en los resultados obtenidos, éstos se utilizarán sólo con fines prácticos y académicos.

**Derecho a rehusar o retirarse del estudio**

Su participación en este estudio es voluntaria respetando su libre elección y sin coacción alguna, por lo tanto, usted puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de alguna explicación adicional al personal investigador y sin que por ello se generen para usted sanciones o perjuicios.

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en Bucaramanga, Santander/Sonsón, Antioquia. En plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado adecuadamente de los procedimientos, ventajas y riesgos a los que puedo estar sometido como participante del estudio referente a esta declaración.

---

**Firma del participante****Información de los estudiantes:****Correo electrónico:**

lalvarez13@unab.edu.co

yespinosa195@unab.edu.co

lfernandez68@unab.edu.co

azarate3@unab.edu.com

## **Apéndice 2. Diarios de campo**

### **Inv. 1 – Diario de campo N° 1.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa valencia.

FECHA: 03/02/2018      HORA: 6:36 Am

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

#### **OBJETIVO**

Acompañamiento psicológico Durante el parto.

#### **ONTOLÓGICO:**

Durante el tiempo de observación en sala urgencias y de partos se encontraba una auxiliar de enfermería, medico de turno e interno de ginecobstetricia, que se encargan del ingreso que se le da a la materna iniciando con el uso del catéter (sin uso de líquidos, a no ser necesario) por protocolo si no; no se podría ser ingresada a hospitalización; durante este día solo se encontraba una materna de 27 años en trabajo de parto que se había desplazado de zona rural.

Se pudieron observar aspectos como:

Un trato de mucho respeto por parte de los profesionales hacia la mujer gestante que se encontraban en trabajo de parto y fue entregada a la auxiliar de enfermería encargada de hospitalización.

Contando con comodidades como lo es la calefacción por el clima tan frio que se maneja en Sonsón, pelotas de Pilates para el manejo del dolor, aceites aromatizantes que permiten una relajación durante las contracciones por parte de psicología se le realiza un

masaje a la materna en la parte inferior de su espalda, contando con la compañía constante de una familiar o persona que ella desee que este durante este proceso <sup>1</sup>.

La mujer gestante ingresa a hospitalización con una dilatación de 5 y con contracciones de alta intensidad; se le realiza la pregunta a la madre si desea estar acompañada durante el trabajo de parto a lo cual contesta “*claro que sí, esto es muy duro y uno no necesita estar solo*”.

Se inicia con unos ejercicios básicos en la pelota de Pilates lo que permite una relajación en el piso pélvico y ayuda a tener una buena dilatación y ayuda a que el bebé pueda tener un descenso.

Luego durante cada contracción se le realiza un masaje en la parte baja de la cintura para ayudarle a disminuir el dolor , se mantiene una conversación con la materna para distraer el dolor se le realizan preguntas tales como “ *Doña Sandra , como se va a llamar su bebé*”, “ *Ángel*” “*que belleza de nombre* “; se le indica “ *vamos a empezar a respirar Doña Sandra, para así poder ayudar a ángel a que tenga una buena oxigenación*” , “ *muy bien Doña Sandra , así se hace ya casi vamos a conocer a Ángel*”. Se observa que las auxiliares ingresan a la habitación cada 30 minutos para realizar un monitoreo de los signos vitales de la materna y del feto para verificar que no se esté altera la presión de la madre y haya un posible sufrimiento fetal.

Con el paso del tiempo la madre completa su dilatación, llega la médica y realiza un tacto e indica que la madre ya está lista para pasar a sala de parto, le realiza una ruptura de membranas e inmediatamente se sale para sala de parto e iniciar el procedimiento adecuado la madre se siente insegura y con miedo refiere “ doctora no me deje sola, por favor me acompaña en todo momento” le contesto yo “ *claro que si doña Sandra, ahí voy a estar todo el tiempo para lo que necesite*”, adentro en la sala , la médica indica “vamos

doña Sandra *que ya todo este cansancio y dolor se va a cavar*”, *“muy bien así es, respire profundo y puje con fuerza*”, *“súper bien así es”* , bueno mi señora *“le vamos ayudar realizándole un pequeño corte porque, el bebé no es capaz de salir”*<sup>3</sup>. Durante todo el procedimiento en sala se encuentra la médica que tenía turno en urgencias y la estudiante de ginec obstetricia quien se involucra de manera importante durante todo el proceso y se integra de una manera adecuada y realiza un trabajo de parto humanizado <sup>2</sup>. La madre y el equipo profesional logran excelente trabajo y todo sale según lo planteado por la estrategia que se maneja en el hospital.

### EPISTEMOLÓGICO

1. El mecanismo de acción de la aromaterapia ha demostrado los efectos psicológicos y fisiológicos de los aceites esenciales, no solo mostraron efectos en los parámetros fisiológicos, como lo es la presión arterial; pero se refleja mejoría psicológica del estado de ánimo, presentado un incremento en la producción de sustancias relajantes, estimulantes y sedantes propias del cuerpo. Conrad,2010 (como se citó en Hernández et al,2013)
2. Es decir que, a partir del conocimiento del proceso fisiológico, se procure intervenir solo en caso necesario, partiendo de la comprensión y el respeto de las creencias, costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones, propios e individuales, de cada mujer durante el trabajo de parto y el parto. (Cáceres y Nieves, 2017).
3. La atención de un parto humanizado implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. (Cáceres y Nieves, 2017).

**Inv. 1 - Diario de campo N° 2.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa Valencia

FECHA: 19/02/2018 HORA: 4:00 am a 9:36am

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Identificar el discurso de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las mujeres gestantes.

**ONTOLÓGICO**

Durante el acompañamiento realizado a la materna de 17 años y a su esposo de 26 años consulta inicialmente por urgencias a las 4 de la mañana por dolores y a esa misma hora me llaman para realizar el respectivo acompañamiento desde el inicio se observa un trato importante hacia la materna dado que estamos disponibles todo el tiempo para poder brindar la mejor calidad durante este proceso.

Llegó al área de urgencias, me presento con la médica de turno me saluda amablemente y me entrega a la materna, me presento como debe ser, en ese momento está pasando por contracciones me agarra la mano con mucha fuerza y expresa *“Doctora ya le pongo cuidado, es que tengo una”*; respira aceleradamente y yo le indico *“doña Silvia vamos a respirar calmadamente y profundo para que no se vaya a marear y le llegue suficiente oxígeno a la bebé”*<sup>1</sup>.

Teniendo todo listo subimos con la auxiliar de enfermería y el esposo a su respectiva habitación ; como se ha observado en otros panoramas el maltrato a con madres adolescente, en este caso fue todo lo contrario, trataron a la madre con mucha tranquilidad y paciencia entre la auxiliar y yo entablamos una empatía de confianza y tranquilidad con la

materna y el padre de la bebé, le preguntamos cuantas semanas de gestación tenía , lo exámenes como estaban, si había asistido a control , respondiendo a todo de manera positiva, al llegar al cuarto me manifiesta “ *Doctora pero usted va estar todo el tiempo conmigo “ le digo que” sí y me responde”;* “ *menos mal porque tengo mucho susto”* la tranquilizó hablamos del nombre de la bebé, se llamará Luciana , la auxiliar le indica “*que se cuate para realizar toma de signo vitales”* la ayuda a subir a la cama tratándola con delicadeza porque en ese instante le da una contracción. Manifiesta la auxiliar “*tranquila mamá la contracción está muy buena, tómela con calma respire profundo para que no se maree*”, “*cuando se le pase la contracción le tomos los signos para que no esté incomoda*”. Teniendo una dilatación de 4 teniendo un trabajo de parto bueno, contando con contracciones de buena actividad y una excelente disposición por parte de la madre, con la que empezamos a realizar una serie de ejercicios para poder ayudar avanzar la dilatación y culminar con éxito el trabajo de parto y LUCIANA puede descender con más facilidad realizamos cuclillas en 3 series de a 5 cuclillas “*doctora yo no soy capaz de hacerlo*” respondo “*si vas hacer capaz yo estoy aquí para ti y para LUCIANA*” realizamos el ejercicio juntas luego<sup>2</sup>. Empezamos a caminar en el cuarto, me agarra fuertemente en cada contracción, a las 6 de la mañana llega la médica encargada y le indica “bueno mamá vamos a realizar un táctico para saber cómo estas “*le realizan un tacto y le indican*”, “*mamá súper bien ya está en 7 un gran avance en dos horas*” los esperado. Seguimos con la misma rutina de ejercicios dejando la descansar claramente y le realizo un masaje en la es parte baja de la cintura para que descansa un poco del dolor.

Con el paso del tiempo la madre llega a la culminación de dilatación y borramiento de su cuello indica “*que ya siente ganas de hacer popo , de pujar*”; la médica da la orden

de pasar a sala de parto y se inicia un acompañamiento, la médica le dice *“mamá vamos a tratar de pujar con mucha fuerza”*

*“aguanta la respiración”, “mamita, dale sostenla, sostenla no la subas”, “ya se ve la cabeza dale muy fuerte, en la próxima la sacamos”.*

Logra salir LUCIANA sin ningún inconveniente la madre la recibe con mucho amor teniendo la compañía de su esposo, lloran los dos y manifiestan *“gracias doctoras por su colaboración”, “no sé qué hubiera hecho sin ustedes”, “ya estaba muy cansada”* la médica responde *“la mamá también realizó un muy buen trabajo”, “todos somos un equipo de trabajo y complemento”*. Permitiendo generar confianza y tranquilidad durante el trabajo de parto.

## EPISTEMOLÓGICO

1. La atención de un parto humanizado implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. (Cáceres y Nieves, 2017, p. 5).
2. El ejercicio influye en las condiciones del bebé que está por nacer, hace que el hijo a través de los movimientos de la madre aumente los movimientos propios y modifique la posición dentro del vientre para un mejor descenso. Además, el ejercicio favorece la entrada de oxígeno y circulación al bebé permitiendo que respire mejor y tenga un crecimiento adecuado. (Suarez y Muñoz, 2008).

**Inv. 1 - Diario de campo N° 3.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa Valencia

FECHA: 26/02/2018

HORA: 6:00 am hasta 10:47 am

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

**OBJETIVO:**

Identificar el tipo discurso y la actitud de escucha de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las mujeres gestantes.

**ONTOLÓGICO**

Madre de 32 años multigestante, quien llega a urgencias con una dilatación de 8 por la cual me llaman con urgencias a pesar de ser un mujer que ya iba a tener su séptimo hijo, logre hablar con ella de cómo se sentía, que tan pequeño era su hijo menor a este que ya estaba en camino relata que tiene un año de edad *“pero ahora si voy a pasar los papeles a la brigada para operarme como me recomendó la auxiliar de enfermería”*<sup>1</sup>.

Se realiza el ingreso a hospitalización con urgencia e ingresa directamente a sala de partos y la auxiliar comenten *“mijita estas de urgencias”, “hágale mija que usted puede, acá estamos para ayudar en todo lo que necesites”, “ya la médica sube y vas a estar mucho mejor con ese mucharejo”* la mamá solo responde con sonrisas y dolor en sus contracciones.

Se realizó el protocolo adecuado de limpieza, llegamos a sala de partos y la madre realiza dos pujos y el bebé sale inmediatamente, con un llanto impresionante fuerte y bello. La medica indica *“mama felicitaciones te fue súper bien, hiciste muy buen trabajo” “casi que no alcanzo a estar para recibirlo” “mamá ahora te voy a revisar y verificar que estés muy bien internamente y no tengas coágulos de sangre” “te voy a limpiar para poder tener mejor visibilidad “; “te ardera un poquito al momento que vuelva ingresar mi mano”, la madre pregunta “¿Doctora estoy bien?, ¿Me desgarre mucho? , ¿Es que me arde demasiado?”: la médica responde “mi señora no se desgarro, le arde por lo que le indique, porque volví a ingresar mi mano para verificar que todo estuviese en orden”, “pero no se preocupe que ya estoy terminando para que la limpien muy bien”.*

Se termina una larga jornada de acompañamiento con una satisfacción enorme puesto que se logra el objetivo planteado en este apartado.

#### EPISTEMOLÓGICO

1. La atención de un parto humanizado implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. (Cáceres y Nieves, 2017).

**Inv. 1 - Diario de campo N° 4.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa Valencia.

FECHA: 27/02/2018

HORA: 6:00 pm hasta 11:30 pm

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación

**OBJETIVO:**

Evidenciar el tipo de relación existente entre las mujeres gestantes y los profesionales a cargo de la sala de partos y acompañamiento psicológico.

**ONTOLOGÍA**

Por medio de la observación ingresa una materna de 22 años acompañada de su esposo de 43 años, con trabajo de parto normal, se cuenta con la presencia de un estudiante practicante de obstetricia de la universidad de Antioquia con el que se realiza un trabajo interdisciplinario y logramos realizar buen trabajo en equipo, contando con la auxiliar de enfermería que estuvo pendiente durante todo el proceso de trabajo de parto y medica general de turno.

Tuvimos un largo trabajo de parto en el cual , iniciamos con ejercicios de cuclillas y pelota de Pilates para poder tener un mejor proceso en la dilatación, el esposo estuvo pendiente de la madre todo el tiempo realizo los ejercicios con ella <sup>1</sup>, le ayudaba a calmarse , la madre intenta pujar pero no logra la agudeza de la contracción para poder realizar el pujo, se le realizan un seriado de masajes, para que entre en un momento de relajación y manejo del dolor mediante la respiración combinado con los masajes y la respiración , la

auxiliar de enfermería se encuentra en ese momento arreglando y adecuando la sala de partos para que la madre se sienta cómoda y en un lugar cálido <sup>2</sup>.

La médica ingresa a la habitación y expresa *“mamá voy a realizarte un tacto para saber ya cómo vas y te pasamos a salita”* la madre se encuentra dilatada en 8 con lo mismo que ingreso y la bebé ya encuentra en canal de parto pero aún muy arriba le toman signos vitales a la madre y al feto y se encuentran totalmente estables. La madre sigue caminando y realizando los ejercicios adecuados, llega en un momento donde la madre indica *“me duele mucho doctora en la parte de abajo me puede ayudar por favor”* se llama a la médica encarada le realiza nuevamente tacto por los deseos de la madre de pujar le realizan nuevamente el tacto pero la madre no ha avanzado mucho , por lo cual logramos identificar que al momento en que realiza la cuclillas la madre puja y se logra tener un buen pujo donde se alcanza a observar la cabeza de la bebé la médica da la instrucción *“vamos armarle un tendido a la madre en el suelo y en la cama ella va a tener ese bebé aquí”, “ donde ella se sienta totalmente cómoda, necesitamos que la bebé salga ya , está teniendo sufrimiento fetal ( lo indica solo para el personal de salud)” , “ donde te sientas cómoda mamá para dar a luz”,* la médica me dice *“doctora me duelen las rodillas pero hágame el favor y se tira al suelo y me indica cuando la bebé la vea salir”* y en cuestión de dos pujos la bebé salió , la recibí la auxiliar de enfermería así hubiese tenido que trabajar el doble para limpiar la habitación manifiesta *“ un hermoso trabajo y labor hecha en equipo”*.

El bebé nace con una maravillosa maniobra en cuclillas lo cual genera un buen descenso del bebé. La madre es revisa inmediatamente igual que la bebé las dos están en perfecto estado, la madre sufre un pequeño desgarro el cual es corregido en sala de partos por la médica, la cual le explica *“mamá tienes un pequeño desgarro”*; la mamá pregunta *“doctora y cuando me toca quitarme los puntos”* , la médica responde *“Mujer estos puntos*

*no debes venir a quitártelos y nada, eso se caen solitos , no te preocupes todo va estar bien”, la madre manifiesta “doctora muchas gracias por su paciencia , nadie hubiese hecho lo que usted hizo por mí”.*

Se le realiza educación sobre lactancia materna lo importante y esencial que es, pregunta cómo se debe dar pecho a la bebé, le explico con mucho cuidado como lo de realizar cuidando también la integridad del bebé.

### EPISTEMOLOGÍA

1. El ejercicio influye en las condiciones del bebé que está por nacer, hace que el hijo a través de los movimientos de la madre aumente los movimientos propios y modifique la posición dentro del vientre para un mejor descenso. Además, el ejercicio favorece la entrada de oxígeno y circulación al bebé permitiendo que respire mejor y tenga un crecimiento adecuado. (Suarez y Muñoz, 2008).
2. Según Conrad, 2010 el mecanismo de acción de la aromaterapia ha demostrado los efectos psicológicos y fisiológicos de los aceites esenciales, no solo mostraron efectos en los parámetros fisiológicos, como lo es la presión arterial; pero se refleja mejoría psicológica del estado de ánimo, presentado un incremento en la producción de sustancias relajantes, estimulantes y sedantes propias del cuerpo. (como se citó en Hernández et al, 2013).
3. La leche materna constituye, por si sola, el mejor alimento y la mejor bebida al contener los minerales y nutrientes necesarios que deben darse en forma exclusiva a un niño o una niña hasta los seis meses de vida, acompañada de otros alimentos hasta los dos años. (Álzate et al, 2009).

**Inv. 1 - Diario de campo N° 5.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa valencia.

FECHA: 28/02/2018            HORA: 9:00

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos

METODOLOGÍA: Observación.

**OBJETIVO:**

Evidenciar el tipo de control que poseen las mujeres gestantes en el trabajo de parto desde su ingreso a la institución.

**ONTOLOGÍA**

Paciente de 21 años de edad es ingresada por urgencia no tiene un acompañante que se haga cargo de ella o este con ella durante todo el proceso e ingreso a hospitalización, se le realiza un acompañamiento contaste a la madre, ingresa con una dilatación de 6 y buena actividad de contracciones, siendo secundi- gestante con diferencia del parto anterior hacia año y medio.

Luego de lograr empatía con la madre realiza con mucho cuidado los ejercicios propuestos como lo son las cuclillas que ayuda a tener un mejor descenso y dilatación durante el trabajo de parto generando una mejoría en el posicionamiento del bebé dentro del vientre materno<sup>1</sup> , en cada contracción estamos hablando de su hijo anterior y como había sido el parto , lo cual comenta *“doctora fue muy normal , no me demore mucho , lo único fue que me rompieron fuente...respiro profundo en medio de la contracción y siguió con el relato”*, comentando que era lo único que le daba temor puesto que a su hijo le habían lastimado la cabeza al momento de la ruptura de membranas. Iniciándole otra contracción

respira profundo y luego *“doc como venía contándole solo me da miedo eso que a mi niña también le lastimen la cabeza”*

Sigue comentando mientras se le realiza un masaje indica que le ha dado muy duro tener que vivir en el campo que no le gusta *“pero que no soy capaz de dejar a mis papas y más porque mis hijos son la adoración de ellos y no sería capaz de decepcionarlos”*, luego dice *“ahhhhh lo otro que me da miedo es hacerme popo mientras estoy en el parto”* a lo cual se le responde que no se preocupe que para eso estamos para cuidarla a ella y a su bebé que siempre vamos a estar . Que lo importante es que se sienta cómoda y no vaya a sufrir un mareo fuerte y ahí si tuviéramos problemas. Al transcurrir 4 horas después del primer tacto la médico vuelve y realiza el tacto la madre indicando *“mamá sigues con la misma dilatación inicial”*,” *No podemos dejar que te nos pases o de lo contrario tendremos sufrimiento fetal, por eso lo mejor decisión es ponerte OXITOCINA, para así no perder la buena actividad con la que venimos contando”*, la médica explica *“ lo que la ayudará a tener más contracciones y con mejor intensidad y así no tendrá que seguir sufriendo durante más tiempo y más porque a pesar de los ejercicios se le están mermando las contracciones”* .

Con el transcurso del tiempo ya está totalmente completa y decide romperle fuente quizás eso es lo que está deteniendo el descenso de la niña , la madre indica *“doctora pasito por favor que a mi otro hijo me le rasparon la cabeza”* a lo que la médica responde *“ claro que si señora con mucho cuidado; la médica manda a traer equipo quirúrgico porque lo más seguro es que la niña nazca en la habitación, al momento de la ruptura de membranas la mama dice que tiene muchas ganas de pujar la médica le dice “mama hágalo sin miedo pero la fuerza abajo y no arriba”*, solo fue darle esa indicación y nació, la mama pujo dos veces y salió. La medica no tuvo ningún problema en recibir la beba en la

habitación, con mucha naturalidad y profesionalismo e interés por el bienestar de las dos nuevas vidas <sup>2</sup>.

La madre indica *“la felicito doctora espero que sigan realizando esa gran labor”*; *“Así hacen sentir más seguridad y mejor entendimiento entre uno y los médicos muchas gracias”*.

## EPISTEMOLOGÍA

1. El ejercicio influye en las condiciones del bebé que está por nacer, hace que el hijo a través de los movimientos de la madre aumente los movimientos propios y modifique la posición dentro del vientre para un mejor descenso. Además, el ejercicio favorece la entrada de oxígeno y circulación al bebé permitiendo que respire mejor y tenga un crecimiento adecuado. (Suarez y Muñoz, 2008).
2. La atención de un parto humanizado implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. (Cáceres y Nieves, 2017).

### **Inv. 1 – Diario de campo N° 6.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa Valencia

FECHA: 05/03/2018      HORA: 6:00 pm

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Trabajo Interdisciplinario.

## ONTOLÓGICO

Durante el tiempo observado y acompañado a una Paciente de 18 años quien ingresa a urgencias con un trabajo de parto activo, con una dilatación de 5 , me llaman y llegamos

con la estudiante de rotación de ginecobstetricia de la universidad de Antioquia, las dos damos inicio al acompañamiento a realizar con la joven mamá, hacemos los ejercicio de rutina , primero caminamos por toda el área de hospitalización por petición de la misma mamá , luego de un tiempo volvemos a la habitación y realizamos ejercicios <sup>2</sup> del manejo del dolor en la pelota de Pilates lo que permite una mejor asimilación de la de la contracción, le enseñamos una táctica de agarre con el acompañante en este caso sería la psicóloga, donde la mama ya entra en un momento desesperación y ansiedad con el transcurso del tiempo y no logra tener un control de la respiración adecuado lo que le está generando un mareo leve<sup>3</sup>.

Al transcurrir el tiempo de 4 horas para que puedan realizar un nuevo tacto lo cual nos permitirá saber en qué tiempo de dilatación se encuentra, indica la médica *“mamita debes dejar tanta ansiedad, te me estas pasmando, estas en 6 y medio”*, seguimos trabajando en equipo con la mamá, pero ya está cansada, no quiere realizar ejercicios ; se llega a un punto de persuasión y logramos que la mamá tengo un excelente trabajo de parto lo que con el tiempo nos permite un gran avance.

llega un momento donde la mamá dice que ya no soporta más el dolor bajito, que siente ya ganas de pujar; se vuelve y llamamos a la médica y efectivamente con todo el trabajo nuevamente de ejercicios habíamos logado un gran avance en su dilatación solo faltaba la ruptura de membranas la médica toma la decisión de realizar el procedimiento en el habitación y tener seguridad de ir a sala de partos y que la mamá sufra allá y este más cómoda en su habitación para la ruptura de membranas, luego de que le realizan este procedimiento la madre , empieza a pujar una manera adecuada y con visibilidad de la bebé en canal de parto, siendo así un traslado inmediato para sala de partos, a la cual la joven ingresa solo acompañada por parte del personal de salud.

Se le brinda un acompañamiento y cuidado perfecto en cada paso indicándole *“tranquila mamá que no está sola , todo va estar bien , acá estamos para lo que necesite”*.

la madre es puesta en la camilla de litotomía para iniciar el proceso de trabajo de parto, se le indica a la mamá lo importante que es la adecuada respiración y lo que le ayudaría a ella y a su bebé al momento de pujar y tener la contracción lo que permitirá una excelente oxigenación para la bebé y para ella misma evitando que se maree, se estuvo en esta labor durante una hora y no se lograba que la bebé descendiera , la médica en vos baja crea una hipótesis que la niña viene circular (que el cordón umbilical se encuentre alrededor del cuello) lo que no deja que ella descienda adecuadamente.

La médica toma la decisión de realizar un episiotomía explicándole, *“Mamá este procedimiento consiste en un pequeño corte en la vagina llamada episiotomía para poder ayudar a que la bebé pueda salir con más facilidad y así evitarte un desgarro sin necesidad”*; luego de muchos intento y ayudando a la madre con la maniobra de Kristeller (maniobra que consiste en realizar una presión en el área abdominal para ayudar a descender al bebé la cual no es recomendada) <sup>1</sup>. La bebé logra salir, y efectivamente la niña venia circular y estaba totalmente con hipoxia (sin oxígeno y de color morado), se le pone la bebé así a la madre en su vientre donde por parte de la jefe practicante de enfermería indica *“doc no cree que es mejor succionar “a respuesta por médica “por protocolo no se debe hacer”*.

cuando tomamos la bebé para realizar el procedimiento adecuado la niña llega en un momento en el que se queda con una mirada fija totalmente en estado de hipoxia , sin respiración alguna , sin moviendo , se le manifiesta a la médica lo cual no reacciona frente a la situación presentada de pánico , iniciamos a realizar una estimulación en pies , espalda , se llama a la médica de urgencia y otra a médica disponible para enfrentar esta adversidad

, puesto que la situación fue muy difícil llegan todas las medicas a realizar su apoyo de primeros auxilios neonatales logrando tener con vida a esta bebé , la cual se queda con oxígeno durante toda la noche y se realiza una remisión prioritaria para caldas para que la niña se evaluada por pediatría y nos indiquen que está totalmente sana sin ningún tipo de peligrosidad.

Luego de pasar por es dificultan en sala de parto la médica le explica a la madre y al padre *“la niña estuvo sin oxígeno durante un tiempo en el canal de parto puesto que venía enredada en su cordón, por lo cual le realizamos una reanimación y teniéndola con vida, por esta razón se tomó la decisión de remitir a la bebé para caldas y ser evaluada por un pediatra”*.

### **Inv. 1 – Diario de campo N° 7**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa Valencia.

FECHA: 08/03/ 2018      HORA: 8:00 pm

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación

#### **OBJETIVO:**

Identificar el discurso de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las mujeres gestantes.

#### **ONTOLOGÍA**

Iniciando una observación desde el ingresó a urgencias teniendo en cuenta que la madre llega acompañada, inicialmente no la dejan entrar a urgencias con su madre, soy llamada para ir hasta urgencias y estar con ella, al momento de la llegada me dirijo hasta

urgencias me encuentro con la paciente *“buenas noches como estas”, “me presento de una manera indicándole” mi nombre es Yuliana y soy practicante de psicología de la UNAB y estaré acompañándote durante el trabajo de parto”*.

Llega la Auxiliar de enfermería y me indica *“doc, vamos subiendo la pacientica ya está lista, canalizada y todo”*, subimos a hospitalización a su habitación, es recibida por la otra auxiliar de enfermería de hospitalización quien ese momento se presenta *“mucho gusto mi nombre es Betty y la acompañare durante su trabajo de parto”*; *“me vera muy seguido le vendrá a tomar signos cada media hora”*<sup>1</sup>.

La madre es puesta en una habitación a la cual llega la mamá y una amiga de ella, luego de estar solas con la mama , se le pregunta *“mamá haz tomado agua de canela , chocolate , yerba buena”*, a lo que responde *“si si si agua de canela”* ; se le explica a la madre que debido a la ingesta de bebidas acelerantes para el trabajo de parto se puede tornar un poco más largo debido a que lo que hacen estas bebidas es contraer el útero y generar contracciones falsas lo que podría llevar a tener el bebé sufrimiento fetal , se le toman signos y todo esta hasta el momento muy bien , la madre antes había tenía una ruptura de membranas a eso de las 10 de la mañana , lo cual a las 10 de la noche tendría el cumplimiento de 12 horas por protocolo para realizar un goteo de penicilina o ampicilina indica la médica.

En la habitación nos encontramos la estudiante de ginecobstetricia de la UDEA , se trata de realizar ejercicios con la madre pero ella no quiere nada , solo quiere estar acostada y pasar sus contracciones en la cama, se le explica que no es conveniente que así puede perder todo el trabajo realizado de dilatación , diciéndole los beneficios para ella y para el bebé para que ambos puedan descansar y conocerse , solo accede un rato hacer cuclillas , y un masaje porque ya se siente cansada de la cintura, (la madre se comporta de una manera

tosca , pero en ningún momento manifiesta el descontento con estar con ella en la habitación acompañándola); en un momento que la acompañante que era la amiga le dice a la estudiante medicina “ cómo es posible que no le hayan puesto ningún antibiótico si ya rompió fuente hace 6 horas” la estudiante de medicina le manifiesta “ *mi señora acá se maneja un protocolo , el cual la médica que está a cargo ya tiene conocimiento*” la acompañante sigue manifestando “*cómo es posible que vayan a permitir que ella y el bebé tengan una infección o pueda pasar algo más grave*” ;velando por el bienestar de la paciente nos dirigimos a la médica encargada y le contamos lo que estaba sucediendo en la habitación; la médica nos dice que ya mismo sube y le pregunta a la madre su inconformidad .

Subimos a la habitación con la médica , al entrar la médica se dirige hacia la materna y le pregunta “ madrecita que es lo que la está incomodando , se encuentra bien “*responde la acompañante en un tono grosero “ mire doctora yo no sé pero acá usted está dejando que mi amiga sufra de una infección por la ruptura que le hicieron en control prenatal, ya era hora de que le hubiesen puesto ampicilina al 5 en goteo en uno de cuarto nivel así se hace*” la médica le responde “*mira yo no le hice ruptura de membranas a ella en el control , se le realizó el tacto correspondiente estaba dilatada en dos , se le especificó que caminara y en la noche viniera que acá la estábamos esperando , por protocolo acá en el hospital de primer nivel es a las 12 horas después de la ruptura de membranas y la mamá aun no cumple su 12 horas*”, responde la acompañante “*claro excusas para poder realizar un mal procedimiento*”.

la médica se dirige a la madre y le manifiesta “ mamá cuando se cumplan las 12 horas de tu ruptura te pondremos los medicamentos adecuados de resto trata de hacer

ejercicio para que no estés tanto tiempo acostada y pierdas el trabajo que has venido realizando”.

Por orden de la médica la estudiante de medicina y yo nos salimos de la habitación y evitar cualquier inconveniente que se pueda presentar y salgamos involucradas en un mal entendido por la inconformidad de la acompañante y no de la materna.

### EPISTEMOLÓGICO

1. La atención de un parto humanizado implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. (Cáceres y Nieves, 2017).

### OBSERVACIONES

Se observa la actitud reacia que tiene la madre frente la implementación de diferentes estrategias para el bienestar de ella y de su bebé.

**Inv. 1 – Diario de campo N° 8.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Yuliana Espinosa Valencia

FECHA: 12/03/2018 HORA: 6:00 – 12:00 pm

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Sonsón; Sala de partos.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Identificar el tipo discurso y la actitud de escucha de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las mujeres gestantes.

**ONTOLÓGICO**

Ingresa una paciente de 27 años segunda gestante después de 10 años acompañada por su suegra porque su esposo se encontraba en Bogotá, permitiendo crear empatía de ella acerca de cómo es la diferencia de embarazos después de 10 años, *“se ríe y dice ha sido muy duro, pero muy bonito no me acordaba como era esto”*.

La subimos a la habitación correspondiente, va tener una niña , se siente más emocionada puesto que su primer hijo es varón , encuentra las diferencias de estar embarazada de una niña y de un niño , *“ doctora duelen más las contracciones de niño , estas me duelen pero no tanto me siento como tranquila”*, ingresa la auxiliar de enfermería a la habitación a realizar la toma de signos a la madre y al feto encontrándose muy bien los dos , y le dice *“bueno mamá a caminar , para que no se nos pierda esa intensidad en las contracciones que están tan buenas”*<sup>1</sup>; *“después vengo y la molesto otro rato”*, luego de 4 horas de haber ingresado a hospitalización , llega la médica nuevamente a revisarla, y le dice *“ bueno mamita te voy a realizar otro táctico para poder ver cómo estas y que apurada estas”* *“ mamá estas ya en 10 pero no has hecho ruptura de membranas te las vamos a romper y observamos que pasa a ver si te paso de inmediato a sala de partos”*; a

lo que responde la madre *“Bueno doctora muchas gracias , pero la verdad es que ya no aguanto más quiero pujar ya”*.

Le realizan ese procedimiento y así fue, se realizó e inmediatamente para sala de partos ya estaba lista para pujar y traer a su hija con temor manifestando *“No me vayan a dejar sola por favor, ayudemen”*<sup>2</sup>, pasamos a la sala, la mamá estaba sin familiar para ingresar con ella a sala de parto puesto que a la suegra le daba miedo. Indica la médica *“vamos mamá tú puedes, dale, dale que ya casi todo se termina y conocemos a esa princesa”*, *“ mamá vamos que lo estás haciendo muy bien dale que tú puedes vamos siiii ya casi ya casi”* , no es capaz de respirar y yo le ayudo *“ respira profundo despacio con calma , cuando tengas la contracción si vas tomar tu respiración y las vas a mantener indicando”*, *“ ya viene una y es muy fuerte”*, *“ dale que tú puedes con esto y mucho más”* dice la médica *“listo en esta fue vamos mamá con fuerza puja duro , cuando sientas la contracción antes no porque te nos cansas y no sientes la necesidad vamos que tú puedes vamos , eso sí , así es duro esta última y vamos, eso muy bien ya listo”*. Después de todo el esfuerzo dado por el personal de salud y de la madre nace una hermosa niña muy sana.

## EPISTEMOLÓGICO

1. El ejercicio influye en las condiciones del bebé que está por nacer, hace que el hijo a través de los movimientos de la madre aumente los movimientos propios y modifique la posición dentro del vientre para un mejor descenso. Además, el ejercicio favorece la entrada de oxígeno y circulación al bebé permitiendo que respire mejor y tenga un crecimiento adecuado. (Suarez y Muñoz, 2008).

2. La atención de un parto humanizado implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. (Cáceres y Nieves, 2017).

**Inv. 2 – Diario de campo N° 1.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: Marzo 6 del 2017      HORA: 3:30 – 7:00 pm

LUGAR: Sala de partos – ESE Isabu.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes – Profesionales de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación acción participante.

**OBJETIVO**

Identificar el discurso de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las madres gestantes.

**ONTOLÓGICO**

En la sala de parto se encontraban 4 mujeres, en relación con el personal de salud, se encontraban de turno dos médicos internos en consulta y valoración, 5 estudiantes auxiliares de enfermería, 3 auxiliares de enfermería, dos jefes de enfermería y una médica obstetra.

El personal mantuvo un trato poco cercano, durante el tiempo observado, solo se mantuvieron en contacto las auxiliares de enfermería quienes tomaban los signos vitales, Monitoreos fetales<sup>1</sup> adicionalmente permanecían en la sala, una de ellas al momento de las contracciones decía “recuerde que la respiración es muy importante, siempre respirar bien ayuda mamita” de igual forma se observó como algunas de ellas mantenían un contacto físico con la paciente, le hacían masajes en la barriga e intentaban hacerlo a nivel lumbar.

Alrededor de las 4:30 pm llego una mujer con fuertes dolores y quejándose de estos por medio de gritos, al momento de gritar una auxiliar de enfermería le dijo: “Yo sé que le duele, pero sin gritar, hay muchos pacientes y no podemos hacer nada”. Unos minutos

después la obstetra dijo que la admitieran y la cambiaron en la puerta (le quitaron su “ropa de calle” y le colocaron una bata) una vez admitida, la ginecóloga procedió a revisarla y se confirmó que la mujer estaba teniendo un aborto. La cual fue atendida e internada para observación. El feto fue envuelto en una manta y dejado en un mesón, mientras dejaba de respirar y su corazón de palpar.

Mientras tanto en sala de partos dos madres entraban en labor, una de ellas con fuertes dolores y contracciones seguidas, manifestó que era su segundo embarazo, el primero tuvo una duración de 3 días antes del nacimiento, con ella se manejaron técnicas de respiración al momento de llegar las contracciones con el fin de aliviar el dolor, se encontraba desde las 7 am y se encontraba acompañada por su abuela materna, alrededor de las 6 pm la obstetra realiza un nuevo tacto y decide que deben practicarle una cesárea<sup>2</sup>, le informan a la acompañante y a la madre sobre lo que está pasando y como deben actuar frente a esto, una vez lista para pasar a cirugía es llevada de nuevo al cuarto y pospuesta su cirugía, por un embarazo utópico de emergencia que debe ser atendido con prioridad.<sup>3</sup>

Durante el tiempo en la sala de partos, se puedo observar la poca cercanía que mantienen los profesionales de la salud a cargo de esta, los cuales no se dirigen a las mujeres a través de su nombre si no con expresiones como “*la de la cama A*” “*la de 40 semanas*”, de igual forma se observó cómo no recuerdan su nombre y antes de hablarle le dicen “*¿cómo es que es su nombre?*” lo cual ocurrido reiterativamente por parte de una estudiante.<sup>4</sup> De igual forma la práctica de procedimientos sin el consentimiento de la mujer, y el exceso de tactos vaginales son algunos aspectos observados.

## EPISTEMOLÓGICO

1. obstétricas y la tecnología proporciona al profesional sanitario el control del proceso de

nacimiento.

2. Roland-Schwartz en el 2007 manifiesta que el empleo de las intervenciones obstétricas y la tecnología proporciona al profesional sanitario el control del proceso de nacimiento. Como resultado de ello, la mujer es desposeída del dominio de su cuerpo y las decisiones. Según Rolando-Schwartz en un estudio realizado en 2007, el empleo de las intervenciones pasan a ser tomadas por los profesionales a través de la lente de la medicina.
3. Davis-Floyd en 2001 considera relevante que la mujer esté informada sobre las posibles opciones disponibles para dar a luz, que conozca los riesgos y beneficios de cada una de ellas, y que participe, de forma activa, en la toma de decisiones.
4. Davis - Floyd en el 2001 uno de los factores más relevantes en el parto humanizado es: ser capaz de mirar a la mujer embarazada como una persona y no como una paciente, para poder establecer una conexión humana con ella. Esta conexión entre el profesional y la mujer constituye para la autora un punto fundamental en el enfoque de atención humanizada al parto.

**Inv. 2 – Diario de campo N° 2.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: Marzo 13 del 2017      HORA: 3:30 – 6:00 pm

LUGAR: Sala de partos – ESE Isabu

POBLACIÓN: Mujeres gestantes – Profesionales de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación acción participante.

**OBJETIVO**

Identificar el tipo de discurso y la actitud de escucha de los profesionales hacia las madres gestantes.

**OBJETIVO**

Identificar el tipo de discurso y la actitud de escucha de los profesionales hacia las madres gestantes.

**ONTOLÓGICO**

La sala de partos se encontraba vacía, no se encontraban mujeres en trabajo de parto o en controles, por lo cual se realizó un recorrido por la sala de parto con el fin de reconocer los elementos de los cuales consta la sala de partos, en la cual se lleva a cabo la presente investigación.

La sala de partos cuenta con una silla vertical, la cual permite tener a la mujer en varias posiciones según su comodidad, con el espacio suficiente para ella y para una persona perteneciente al personal de salud.

En relación con el personal, surgió la necesidad de realizar talleres reflexivos alusivos al tema de parto humanizado, con el fin de sensibilizar al personal de la salud

sobre las prácticas y conceptos del parto humanizado, llevándolos hacia la implementación de dichas.<sup>1</sup>

### EPISTEMOLÓGICO

1. Para Santos y Siebert en un artículo publicado en 2001 en el cual estudian detalladamente el trabajo de los diferentes profesionales de la salud durante el trabajo de parto, desde allí aportan que la humanización del parto representa un desafío continuo y requiere una lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía, para lo cual se necesita un proceso de educación y formación continua.

### OBSERVACIONES

Se realizó el diseño del primer taller reflexivo sobre el parto humanizado: Que conocimientos tenemos sobre el Parto Humanizado.

Se implementarán compromisos semanales, relacionados con la temática trabajada, el compromiso de esta semana es *“Llamar a la madre gestante por su nombre, hablarles con propiedad y por su nombre”*.

## **Inv. 2 – Diario de campo N° 3.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: Marzo 14 del 2017      HORA: 8:00 – 9:00 pm

LUGAR: Sala de partos – ESE Isabu

POBLACIÓN: Profesionales de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Taller reflexivo en grupos focales.

### **OBJETIVO**

Explorar las percepciones sobre el parto humanizado, en personal de la salud perteneciente a la sala de partos del Hospital Local del Norte.

### **ONTOLÓGICO**

En el taller reflexivo participaron profesionales de la salud entre ellos se contó con: auxiliares de enfermería (11), jefe de enfermería (1), servicios generales (1), médicos (3) y estudiantes de psicología (3). Inicialmente se lanzó una pregunta a los participantes “¿Cómo les gustaría que fuera su parto o el de su pareja?” con el fin de sensibilizar al personal sobre la experiencia del parto y lo que debe significar esta para la madre y su red de apoyo.<sup>1</sup> Una jefe de enfermería comento su experiencia de parto “*Yo estaba esperando en la sala cuando empezaron a decir que si ella era la del sufrimiento fetal, lo comentaban y decían sin importar que estuviera ahí o si entendía lo que estaban diciendo*” por lo cual manifestó que debían tener más tacto y prudencia al hablar delante de la gestante o de ella, al igual que informar a la paciente sobre cada procedimiento o novedad durante el proceso<sup>2</sup>; un médico comento sobre como esperaría que fuera el nacimiento de su hijo, expresando que le gustaría estar acompañando a su pareja en todo el proceso, siendo siempre informado y consentido sobre lo que ocurre durante este<sup>3</sup>; los demás participantes aportaron

información relacionada a los mismos temas como fueron el acompañamiento de la familia o red de apoyo, el mantener informada tanto a la mujer como a su familia, el consentimiento de los procedimientos, el manejo de toma de decisiones por parte de la mujer<sup>4</sup>.

Una segunda etapa del taller fue reunir a los participantes en grupos interdisciplinarios, compuestos por auxiliares de enfermería, médicos y psicólogos con el fin de identificar las percepciones sobre el parto humanizado<sup>5</sup>, en un pliego de papel bond plasmaron sus ideas, todos sobre el acompañamiento tanto por parte de los profesionales de la salud como de su red de apoyo, el respeto a la mujer, el manejo de información y la forma de informar a la paciente y su familia, la privacidad al momento del alumbramiento como de los tactos, el derecho a la epidural en casos que sea necesaria o que sea una opción viable para las madres, el derecho a permisos remunerados para los acompañantes o pareja en los cursos profilácticos<sup>6</sup>. Información que fue confirmada al momento de realizar la micro conferencia por parte de la estudiante de psicología, en la cual se informaba sobre las practicas del parto humanizado en una ESE de Colombia, donde se intentó resaltar el trato personalizado y con tacto, el acompañamiento tanto del profesional como de su familia y el control del dolor a través de técnicas de reducción del dolor como masajes con aceites de hierbas, ejercicio con el balón de Pilates, caminatas por el cuarto o la posición de cuclillas.<sup>7</sup>

Finalmente se dejó un compromiso para la semana el cual será el llamar o referirse a la mujer gestante por su nombre, generando un vínculo de confianza.

## EPISTEMOLÓGICO

1. Para Santos y Siebert en un artículo publicado en 2001 en el cual estudian detalladamente el trabajo de los diferentes profesionales de la salud durante el trabajo

de parto, desde allí aportan que la humanización del parto representa un desafío continuo y requiere una lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía, para lo cual se necesita un programa de educación y formación continua.

2. En un estudio realizado por Bravo en el 2008 considera un factor importante el aporte de información efectiva que permita a la mujer centrarse en el proceso que vive, restando importancia a temores o miedos causados por el mal manejo de la información o por la misma desinformación de los procedimientos que se llevan a cabo durante el parto.
3. Bravo en el 2008 resalta la importancia de facilitar la presencia de un familiar pues en su estudio las mujeres reportaban la necesidad de recibir amor y apoyo desde la familia, especialmente desde la madre y la pareja, pues se era evidente que el acceder al acompañamiento de sus parejas o seres queridos, se presentaban disminuciones en la escala de dolor.
4. Bravo en el 2008 resalta la importancia de facilitar la presencia de un familiar pues en su estudio las mujeres reportaban la necesidad de recibir amor y apoyo desde la familia, especialmente desde la madre y la pareja, pues se era evidente que el acceder al acompañamiento de sus parejas o seres queridos, se presentaban disminuciones en la escala de dolor.
5. En 2008 Bravo resalta la importancia de el *respaldo profesional de la madre* es aquel factor en el cual la mujer gestante identifica el respaldo por parte de los profesionales en cada decisión que toma durante el parto, ya sea abogando por esta al momento de sentirse vulnerable o apartada del proceso, como en algunos instantes de confusión donde solicita la asesoría de profesionales, es por esto que el establecimiento de

vínculos afectivos durante el trabajo de parto, mejoran la calidad de la experiencia y favorecen la salud mental materna y neonatal.

6. Desde el 2017 el Congreso Nacional de la República de Colombia solicitó el proyecto de ley No. 63 o Ley de Parto humanizado la cual; tiene como objeto garantizar los derechos de las madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos a los recién nacidos; su aplicación regirá para todo el Sistema general de Seguridad Social en salud (SGSSS), Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Empresas sociales del Estado, del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo.
7. En 2008 Andrade, de Vasconcelos y Ferreira a través de su estudio comprobaron que algunas técnicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto como baños con agua tibia, masajes, el caballito o ejercicios con el balón de Pilates, eran percibidas como efectivas.

#### OBSERVACIONES

Durante la discusión de la micro conferencia algunos profesionales se mostraban reacios hacia el tema, justificando el trato que reciben las madres según el comportamiento *“si una mamá se porta mal es mejor dejarla sola”*, *“es que algunas son muy gritonas y eso altera a las otras”*.

#### **Inv. 2 – Diario de campo N° 4.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: Marzo 19 del 2017      HORA: 2:00 – 7:30 pm

LUGAR: Sala de partos – ESE Isabu

POBLACIÓN: Profesionales de la salud a cargo de la sala de partos

METODOLOGÍA: Observación.

## OBJETIVO

Evidenciar el tipo de relación existente entre las mujeres gestantes y los profesionales a cargo de la sala de partos.

## ONTOLÓGICO

Al momento de iniciar la observación se encontraban dos mujeres en trabajo de parto, una de ellas con retraso mental leve, quien estaba esperando a su primer hijo. Se inicia el acompañamiento psicológico a la mujer gestante, la cual se encontraba desde la mañana internada. Se encontraba acompañada por su hermano mayor, manifestó no tener

Conocimiento sobre los cursos psicoprofilacticos, pero menciono el asistir a cursos donde le enseñaban sobre los cuidados del bebé *“A si unos cursos que se llaman Familia, voy con el bebé (sobrino de 10 meses) y el papá de él (hermano de ella), allá vi cosas del bebé y la leche y eso”*. Manifiesta contar con el apoyo de toda la familia, sobre el padre del bebé comenta: *“Ese vino, lo hizo y se fue” “yo creo que no sabe qué va a ser”*.

Durante la observación la mujer se muestra incomoda frente a la presencia de estudiantes y el personal médico, al entrar en la sala para practicar algunos tactos o controles a su compañera de cuarto, se cubría la cara. Cuando era ella a la que debía hacerle tactos o monitoreos, buscaba cubrirse la entrepierna y las piernas, de igual forma no mantenía contacto visual con el personal, el personal médico en ningún momento mostro cercanía hacia la mujer, se evidencio una conducta evasiva y poco cercana. Se informaba sobre los procedimientos a realizar una vez están en marcha.<sup>1</sup>

La mujer ante el dolor solo manejaba respiración, en ningún momento grito o informo al personal sobre el dolor.

### EPISTEMOLÓGICO

1. Según Kuo en el 2005, para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional, lo cual muchas veces no se ve evidenciado en la sala de partos, donde las mujeres manifiestan a través de su lenguaje no verbal la incomodidad ante la presencia de múltiples estudiantes o el mismo personal médico.

### OBSERVACIONES

El personal se mostró totalmente distante, el trato es poco cercano, los estudiantes (auxiliares de enfermería) manejan unos tratos un poco más cercanos, pero aun reacios, con expresiones sobre el estado de la paciente un poco evidente.

### **Inv. 2 – Diario de campo N° 5.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: Abril 3 del 2018 HORA: 2:00 – 7:30 pm .

LUGAR: Sala de partos – ESE Isabu

POBLACIÓN: Profesionales de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

### OBJETIVO

Evidenciar el tipo de control que poseen las mujeres gestantes en el trabajo de parto desde su ingreso a la institución.

### ONTOLOGÍA

Al iniciar la observación se encontraban 3 mujeres en trabajo de parto, dos de ellas en dilatación 1 y otra en dilatación 3, todas esperando su primer parto de su primer

embarazo. La mujer a la cual se le brindó acompañamiento psicológico se encontraba con dilatación en 1, con medicamento e intravenosa, tenía 19 años, era su primer parto y se encontraba en compañía de su familia también, pero el papá del bebé al parecer no se iba a hacer cargo de él.<sup>1</sup> También dijo que conocía de los beneficios que tenía la lactancia materna y que era lo primero que haría cuando naciera su bebé.

Alrededor de las 5:30 la paciente empezó a quejarse de fuertes dolores, a través de movimientos bruscos el acompañamiento constante a través de respiración y técnicas de distracción mostraban tener efecto pero pasados unos minutos las contracciones comenzaron a aumentar en su intensidad y frecuencia, la mujer decidió hacer frente a estas acostada.<sup>2</sup> Cerca de las 6:40 de la tarde la mujer comenzó a sentir ganas de pujar, en ese momento la ginecóloga realizó otro tacto vaginal y le dijo que se encontraba lista para iniciar con los pujos<sup>3</sup>. La mujer gestante pidió que se le dejara tomar una ducha rápidamente antes de desplazarla a sala de partos debido a que se había hecho del cuerpo en el primer pujo. Se le acompañó hasta el baño, pero una vez se levantó las ganas de pujar aumentaron.<sup>4</sup>

Por lo que la obstetra le dijo que si prefería realizar los pujos en cuclillas para facilitar el proceso podía hacerlo y ella aceptó. La obstetra estaba pendiente de realizar el tacto para verificar la distancia a la que se encontraba el neonato, por lo que le dijo que debían pasar inmediatamente a la sala.<sup>5</sup> En ese momento una de las auxiliares de enfermería llegó y le dijo: *“A ver mamita se va a levantar ya, levántense porque tenemos que pasar rápido, colabore”*.<sup>6</sup>

La mujer decidió ir caminando hasta la sala de partos y una vez llegó la ginecóloga le brindó la opción de que adoptara la posición que para ella fuera más adecuada para poder realizar los pujos. Ella decidió permanecer de pie y apoyó una de sus piernas en la camilla,

realizó dos pujos más y dio a luz al neonato sin ningún tipo de inconveniente o contratiempo.<sup>7</sup>

Posterior al alumbramiento, las auxiliares eran las encargadas de limpiar y organizar nuevamente la sala de partos y constantemente repetían *“Ush mamita está untada hasta el Apellido”*, *“Vea como se untó”*, *“No se mueva que vea que se ensucia más”* *“Menos mal la doctora ya se va porque que desorden”* y con su lenguaje no verbal se mostraban incómodas porque la sala se había ensuciado más de lo habitual.<sup>8</sup>

Se pudo evidenciar que las mujeres gestantes tienen libertad de movimiento, debido a que si querían caminar por la sala de partos para aliviar el dolor de sus contracciones podían hacerlo, sin embargo, era necesario pedir la autorización del médico obstetra por seguridad<sup>9</sup>. De igual manera, si preferían permanecer acostadas en las camas podían hacerlo en la forma en que lo desearan, únicamente se les pedía guardar quietud al momento de realizar los monitoreos cardiorrespiratorios, que tenían un tiempo estimado de media hora. También si querían sentarse podían hacerlo.<sup>10</sup>

De igual forma una de las mujeres gestantes durante la tarde tuvo la oportunidad de caminar en el pasillo anterior a la sala de partos con la compañía de su pareja y madre, la cual se encontraba intentando calmar a su hija pues al ver los dolores y la forma como se quejaban sus compañeras de cuarto se alteró llegando al llanto y la ansiedad.<sup>11</sup>

Pasadas las 7 de la noche se realizó el cambio de turno de los médicos generales y ginecólogos y se dio ingreso a una mujer gestante que venía de un traslado. Llegó con 8 centímetros de dilatación, venía en compañía de su esposo con el que ya tenía otro bebé. La dinámica de la sala de partos se cambió totalmente y el proceso se convirtió en más directivo<sup>12</sup>. La mujer se encontraba acostada en la cama mientras era el momento de pasar a la sala de partos, acompañada de dos estudiantes de medicina que habían entrado al turno

con el obstetra. En la sala de partos el procedimiento se realizó de forma muy institucional, la mujer acostada en la camilla con las piernas elevadas realizando pujos, las estudiantes de psicología a cada lado recordando la respiración, técnica la cual manejo la mujer hasta el alumbramiento y el personal médico (estudiantes y persona a cargo) realizando los procedimientos correspondientes, una vez dado este se procedió a la limpieza de la sala totalmente diferente a la del parto anterior, alrededor de las 9 las nuevas madres se encontraban con sus hijos en camillas a los lados de la sala de parto, esperando ser subidas a piso.

### EPISTEMOLÓGICA

1. Bravo en el 2008 resalta la importancia de facilitar la presencia de un familiar pues en su estudio las mujeres reportaban la necesidad de recibir amor y apoyo desde la familia, especialmente desde la madre y la pareja, pues se era evidente que el acceder al acompañamiento de sus parejas o seres queridos, se presentaban disminuciones en la escala de dolor.
2. En 2006, Hodnett señala que la práctica del parto humanizado tiene implicaciones en los aspectos emocionales de la atención a la maternidad, como el apoyo continuo durante el parto y el alumbramiento, y asegura que prestar atención a los aspectos psicológicos puede ser una estrategia más eficaz durante el parto que las intervenciones tecnológicas.
3. En 2008 Bravo resalta la importancia del *respaldo profesional de la madre* es aquel factor en el cual la mujer gestante identifica el respaldo por parte de los profesionales en cada decisión que toma durante el parto, ya sea abogando por esta al momento de sentirse vulnerable o apartada del proceso, como en algunos instantes de confusión donde solicita la asesoría de profesionales, es por esto que el

establecimiento de vínculos afectivos durante el trabajo de parto, mejoran la calidad de la experiencia y favorecen la salud mental materna y neonatal.

4. Morales en 2008 afirmó que uno de los factores que más inciden en el parto humanizado son la experiencia positiva de la toma de decisiones, sensación de control, información, el apoyo de la pareja, el personal sanitario y la autonomía de la mujer durante su proceso de parto.
5. Según Rolando-Schwartz en un estudio realizado en 2007, el empleo de las intervenciones obstétricas y la tecnología proporciona al profesional sanitario el control del proceso de nacimiento.
6. Terán en 2013 encontró que en muchos casos se evidencia trato deshumanizante por parte de los profesionales a cargo del área de la salud, en algunas ocasiones, las mujeres se veían impedidas a tener el primer contacto con el recién nacido, también recibían críticas por el llanto o gritos durante el trabajo de parto, al igual que burlas, comentarios irónicos y descalificadores, así como la imposibilidad para manifestar sus miedos e inquietudes a lo largo del trabajo de parto y durante el parto.
7. Valenzuela en 2011 menciona el control externo en el el cual hace referencia al control ejercido por los profesionales de salud a cargo de la sala de partos; el control interno, que comprende el propio comportamiento y la libertad de posición y movimiento, la toma de decisiones respecto a los procedimientos y a la autonomía de la mujer.
8. En 2008 Bravo resalta la importancia del *respaldo profesional de la madre* es aquel factor en el cual la mujer gestante identifica el respaldo por parte de los profesionales en cada decisión que toma durante el parto, ya sea abogando por esta al momento de sentirse vulnerable o apartada del proceso, como en algunos

instantes de confusión donde solicita la asesoría de profesionales, es por esto que el establecimiento de vínculos afectivos durante el trabajo de parto, mejoran la calidad de la experiencia y favorecen la salud mental materna y neonatal.

9. Morales en 2008 manifiesta la importancia de aplicar mecanismos de distracción en las mujeres gestantes, con preferencia hacia aquellos que requieran de mayor capacidad atencional, al igual que las estrategias que emplean conductas motoras, de la misma manera que emplear estrategias de afrontamiento efectivas y reinterpretar las sensaciones de dolor puede generar un aumento del control.
10. Valenzuela en 2011 menciona el control externo en el el cual hace referencia al control ejercido por los profesionales de salud a cargo de la sala de partos; el control interno, que comprende el propio comportamiento y la libertad de posición y movimiento, la toma de decisiones respecto a los procedimientos y a la autonomía de la mujer.
11. Una característica psicológica fundamental es el locus de control, relacionándose el locus de control interno con niveles bajos de dolor, por consiguiente, se deben disminuir las atribuciones externas con el objetivo de aumentar la posibilidad de modificar las creencias de la mujer gestante y de esta manera obtener una mayor tolerancia al dolor crónico. (Morales, 2008)
12. Andrade et al. (2008) en su investigación buscó analizar algunas prácticas pertenecientes a dicha categoría como lo son: “Ofrecer a la mujer el máximo de informaciones y explicaciones; libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto; técnicas no- invasivas y no-farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto, como masaje y técnicas de relajación; y contacto precoz piel a piel

entre madre y bebé y el apoyo al inicio del amamantamiento materno en la primera hora del posparto.”

**Inv. 2 – Diario de campo N° 6.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: Abril 05 de 2018      HORA: 7:30 am - 1:00 pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

OBJETIVO: Identificar el discurso de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las mujeres gestantes.

**ONTLÓGICO**

Al iniciar la observación se encontraba dos mujeres en trabajo de parto, una con dilatación 7 y una con dilatación 6. Inicialmente se haría un taller de sensibilización con el personal médico, pero al momento del cambio de turno, la ginecóloga a cargo decide esperar para la actividad lo cual refiere como “salgamos primero de estas mujeres porque ya están listas y después hacemos el taller”. Cada estudiante de psicología decide acompañar a una mujer embarazada, en mi caso una adolescente de 16 años en su segundo embarazo, ya tenía una niña y esperaba un niño, inicialmente la mujer se encuentra con intravenosa y medicamentos con un manejo de dolor a través de ejercicios guiadas por el personal de enfermería como lo eran movimientos circulares al momento de la contracción y cuclillas en el intervalo de cada contracción. <sup>1</sup>

La estudiante de enfermería a cargo estaba acompañada por una auxiliar de enfermería (estudiante), las cuales mostraron total cercanía y acompañamiento a la mujer guiándola durante los ejercicios, acompañándola durante todo el proceso de trabajo de parto, la estudiante de psicología inicia el acompañamiento con una respiración guiada durante los ejercicios, evidenciando la importancia del trabajo interdisciplinar para el beneficio de la materna y el neonato<sup>2</sup>. Una vez inician contracciones más fuertes la mujer empieza a quejarse por medio de gritos, se rehúsa a dejar a la médico general a realizar tactos, al igual que la toma de signos vitales y monitoreos o mediciones de la frecuencia cardiaca, cada que la estudiante iba a realizar algún procedimiento les retiraba la mano de forma brusca y decía “no que me está doliendo” “espere que me deje de doler y lo escucha” “doctora me está doliendo muchísimo no me toque”<sup>3</sup>, las primeras ocasiones el personal se mostró comprensivo ante la actitud de la mujer pero unas horas después una auxiliar llegó a tomar los signos vitales y una compañera le dijo “Espere no le ponga nada porque está teniendo contracciones muy seguidas y esta alterada” a lo cual su compañera respondió “Uy peor que, es un momento pues que se aguante” el lenguaje verbal fue grosero y con apariencia de superioridad.<sup>4</sup>

Alrededor de las 11 la mujer de la cama de al lado se encontraba ya dilatada en 8 y lista para ser transferida a la sala de partos, la ginecóloga a cargo decidió dejar que ella caminara para así ayudar al momento del alumbramiento. Durante el desplazamiento se escuchó el llanto de un bebé, toda la sala de partos cambio su ritmo de trabajo, las auxiliares corrían y decían que todo estaba bien la mujer fue llevada a la sala de partos y acostada en la camilla para supuración, la ginecóloga fue llamada aparte por la jefe a cargo y duro allí alrededor de 2 horas.<sup>5</sup>

Mientras tanto en la habitación las quejas de la gestante empezaban a ser más fuertes, se mostraba más reacia hacia los procedimientos, alrededor de las 12 la médico general solicita su consentimiento para realizar un tacto durante la contracción, la mujer se rehúsa y se queja de dolor a lo cual la médico responde como comentarios como: “Es su deber como mamá, si usted decidió tener el niño es porque iba a ser buena mamá, tiene que ser buena mamá y colaborar” “Si no me deja hacer el tacto no puedo saber si el niño ya está listo en el canal” “Así como abrió las piernas para hacer a ese bebé, ábralas acá mamá” “Bueno sin gritos porque si tu no haces las cosas como vas a ayudarte” “Tiene que dejar que escuchemos al bebé porque entonces como hacemos”<sup>6</sup>. Comentarios a los cuales la paciente se mostró pasivo y acepto que se le realizaran los procedimientos, el bebé se encontraba en el canal vaginal por lo cual fue trasladada a la sala de partos en silla de ruedas “Evitemos inconvenientes, de ahora en adelante todas pasan en silla” comento una auxiliar de planta del hospital<sup>7</sup>, durante el alumbramiento las dos estudiantes de psicología se ubicaron a cada lado de la mujer, dando su apoyo tanto físico (le tenía de las manos con fuerza) y guiando la respiración, la mujer realizo pujos pausados y dos pujos seguidos fuertes hasta el nacimiento del bebé (durante todo el parto se mantuvo a la embarazada con oxitócica intravenosa a través de suero)<sup>8</sup>. Al momento del alumbramiento la mujer expresa preocupada “Porque no llora mi bebé no llora” el personal le responde “Porque no tiene por qué llorar, dale unos minutos acaba de salir de su casita cómoda” “la anterior diciendo que porque lloraba tanto y esta que porque no llora” comento una auxiliar de planta, finalmente la mujer es calmada, una vez más se rehúsa al procedimiento de imposición de puntos por parte de la estudiante a lo cual le responden “Tiene que dejarse porque tenemos que cerrar eso, no le va a doler vamos a ponerle lidocaína” la paciente sigue quejándose y le ponen

más anestesia local. Finalmente es cambiada, aseada y ubicada a un lado del pasillo de sala de partos para ser subida a piso posteriormente.<sup>9</sup>

### EPISTEMOLÓGICO

1. En 2008 Andrade, de Vasconcelos y Ferreira a través de su estudio comprobaron que algunas técnicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto como baños con agua tibia, masajes, el caballito o ejercicios con el balón de Pilates, eran percibidas como efectivas.
2. Según Hodnett en su estudio del 2006 señala que la práctica del parto humanizado tiene implicaciones en los aspectos emocionales de la atención a la maternidad, como el apoyo continuo durante el parto y el alumbramiento, asegurando que el prestar atención a los aspectos psicológicos puede ser una estrategia más eficaz durante el parto, que las intervenciones tecnológicas.
3. Serruya en 2004 sobre la atención del parto en Brasil resalta que la atención humanizada del parto (AHP) comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad.
4. Para Moyer en 2014 la atención dista mucho de ser humanizada y, en cambio, experimentan maltrato, que les puede generar sentimientos de pérdida de la autonomía, soledad e incomprensión.
5. Para Días en 2005 Desde la salud pública, el parto es un proceso fisiológico de alta

vulnerabilidad para la madre y el recién nacido, razón por la cual se han implementado políticas tendientes a la prevención y el tratamiento oportuno de las situaciones de riesgo, que han llevado a la reducción de la morbimortalidad perinatal y materna.

6. El maltrato o la violencia obstétrica se ha definido como “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que lleva a la pérdida de la autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Puyol, 2012).
7. El trato que recibe la mujer durante el trabajo de parto y el parto es de tal importancia, que interfiere en la satisfacción y en los aspectos psicosociales de la maternidad (OMS, 2013).
8. En 1996, la OMS publicó la Guía de Atención del Parto Normal, en la que establece que durante el trabajo de parto y parto las mujeres tienen derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado, a estar acompañadas, a tener libertad de movimiento y posición, a tomar líquidos y alimentos, a que no se les practique de rutina: episiotomía, rasurado, enema ni monitoreo fetal electrónico; así como a recibir analgesia y a limitar el número de cesáreas.
9. Los derechos de las mujeres se ven vulnerados por las conductas de quienes las atienden, tanto por la revisión repetitiva de sus órganos genitales sin su consentimiento, como por la exhibición a la que se ven obligadas en las salas de partos. Es frecuente la falta de sensibilidad ante el dolor o el hecho de silenciar, insultar o hacer burlas de la materna (White,2013; D’ Ambruoso, 2005).

**Inv. 2 – Diario de campo N° 7.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: 10 de abril de 2018      HORA: 9:30 am - 2:00 pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

**ONTOLÓGICO**

Al iniciar la observación los profesionales se encontraban adelantando actividades administrativas, la estudiante de enfermería se refirió al movimiento de la sala de parto como “está solo, pues lento hay dos, pero están hasta ahora en 1 y controladas, acabaron de nacer dos y esas sí que se quejaban”. Las muertas se encontraban tranquilas acostadas con líquidos por medio intravenosa, se procedió a la ideación del stand correspondiente al día de la salud. Mientras nos encontrábamos hablando con el personal de enfermería de escuchó un grito por lo cual una jefe comentó “eso debe ser alguna mamá, pero tan rato estaban calmadas”. ¿Continuamos con la conversación cuando entra un auxiliar de planta con cierto afán diciendo “Dónde están las de psicología? Las necesitamos urgente, venga vengan”<sup>1</sup>.

En el consultorio 1 se presentaba una “crisis”, mujer gestante de 19 años venía para la aplicación de loción en la vagina, el cual se le había formulado desde enero del presente año<sup>2</sup>, adelantando trabajo él procedió a hacer el chequeo general de la mujer mientras llegaba la residente, el estudiante de medicina refiere “la doctora no estaba en la sala, así que yo empecé a hacer lo básico presión, peso, el chequeo general cuando traté de

encontrar el latido fetal no se encontraba, pensé que por ser estudiante lo estaba haciendo mal entonces intenté una vez más y nada, en ese momento entro la doctora y le dije que no encontraba el latido, ella trató de buscarlo pero nada<sup>3</sup>, la señora nos dijo (yo no siento el bebé desde ayer temprano) entonces la doctora le dijo (lo siento mucho, pero no hay latido fetal, El Niño está muerto)” la paciente entra en crisis y llaman a familiares para que le den apoyo, la madre de la mujer se altera por lo cual son llamadas las estudiantes de psicología.

Al llegar al consultorio 1 se evidencia que la acudiente se encuentra alterada en la sala de espera y la mujer gestante se encuentra en el consultorio, las estudiantes de psicología refieren “nosotras no podemos intervenirla, ni estamos en prácticas y pues eso no nos compete” por lo cual se procede a llamar a los practicantes de psicología, en un lapso de 7 minutos llegan los practicas, ingresan al consultorio donde ya se encuentran los padres de la mujer gestante acompañándola. Una vez se inicia el acompañamiento psicológico se evidencia cómo disminuye las respuestas de las pacientes, la familia está un poco más al igual que la mujer. Pasada una media hora la mujer es ingresada para ser hospitalizada y el personal de psicología dice que una vez en piso se continuará el trabajo con ella. La auxiliar que solicita el servicio psicológico dice “la gente cree que a uno eso no le afecta y claro a uno le duele, pero pues uno expresa eso una vez llega a la casa, acá no se puede”, el estudiante de enfermería que atendió a la paciente se acerca a las estudiantes de psicología u pregunta “Uno en esos momentos que hace? O sea ¿cómo se les dice? ¿Qué le puede decir uno? Uy no eso es terrible yo no sabía que decir solo quería que la doctora llegara rápido”.<sup>4</sup>

1. En 2007 Wagner plantea cuatro factores esenciales para un parto más humanizado, uno de ellos es que los profesionales que atienden el trabajo de parto (comadronas, enfermeras, médicos...) deben colaborar en armonía trabajando como iguales.
2. Actualmente Colombia cuenta con la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerpicio; donde se especifica el protocolo y línea de seguimiento, esta guía está dirigida al personal clínico de los diversos niveles de atención en salud (médicos familiares, médicos generales, médicos rurales, médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, anestesiólogos, intensivistas, profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud) que brinda el cuidado a las mujeres gestantes. (MS, 2013)
3. La AHP aboga por una experiencia agradable en el parto, donde la gestante reciba la información, ayuda y comprensión que requiere. (Cáceres, 2017).
4. La muerte fetal constituye un acontecimiento traumático para los padres así como para su entorno familiar y social. El apoyo y la comprensión por parte de los profesionales que les atienden pueden mejorar la evolución del duelo y prevenir la patología psicosocial derivada del mismo. Es recomendable establecer una comunicación abierta y sincera con la pareja, dedicándoles el tiempo que precisen y emplear un lenguaje sencillo carente de exceso de tecnicismos. A ser posible, es preferible que sea un único profesional o equipo de profesionales el que trate con la pareja durante todo el proceso a fin de simplificar el mismo y proporcionar un entorno conocido donde prime la empatía. Hay que valorar las etapas del duelo: periodo de shock, etapa de

búsqueda y añoranza, etapa de desorganización y etapa de reorganización. Es preciso que los profesionales sean capaces de detectar posibles alteraciones en el transcurso del duelo de manera que pueda prevenirse o minimizarse la incidencia de morbilidad psicológica. (Diago, SF).

#### OBSERVACIONES

Se observa como el personal médico, recurre al personal de psicología con el fin de buscar el bienestar de las mujeres y sus familias, se permiten espacios donde el psicólogo pueda auxiliar a la mujer en momento de crisis y se recurre a ellos de forma inmediata, se evidencia la necesidad de tener un psicólogo en la sala de partos para atender situaciones como la presentada.

#### **Inv. 2 – Diario de campo N° 8**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: 19 de Abril de 2018      HORA: 7:00 am - 12:00pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Psicoeducación - Intervención en la población

OBJETIVO:

- Difundir ideas centrales acerca de la modalidad de parto humanizado en las mujeres gestantes y el personal que labora en el ISABU.
- Identificar los conocimientos, creencias, ideas y actitudes hacia el parto humanizado en las mujeres gestantes y el personal que labora en el ISABU.

## ONTOLÓGIA

Día de la salud en el Hospital del Norte, la facultad de salud de la UNAB en conjunto con el ESE Isabu, realizan el día de la salud con el fin de realizar sensibilización y controles a la población aledaña a la institución. Los programas de Psicología, enfermería y medicina, abarcan temáticas de salud y prevención en la población, el programa de psicología contaba con 3 stand; el primero sobre parto humanizado en conjunto con el programa de enfermería, temática la cual se ha trabajado en la sala de partos, un segundo tema relacionado con el parto humanizado como lo es los tipos de vínculos y el apego emocional y finalmente la promoción de programas para adolescentes que lleva a cabo la gobernación de Santander.

El programa de enfermería con stand sobre la lactancia materna, maternidad segura, derechos de niños y de la mujer, además de toma de citologías y vacunación en algunos consultorios. El programa de medicina se ubicó en la entrada del hospital, con stands sobre planificación familiar, cuidados durante el embarazo y signos de alarma.

Inicialmente se evidencia como los programas diferentes a medicina, no cuentan con el mismo apoyo ante este tipo de actividades, al momento de asignar los stands el programa de medicina contaba cada uno con un stand, el programa de enfermería contaba con solo uno para todo el programa y el programa de psicología contaba con mesas a un lado del corredor.

El día estaba destinado hacia las mujeres gestantes, niños, adolescentes y algunos stands para hombres, por lo cual era para toda la familia, las mujeres fueron citadas por un programa de la gobernación llamado “*maternidad segura*” todas fueron ubicadas frente a este stand en sillas, siendo este el más grande del patio donde se encontraban psicología y

enfermería<sup>2</sup>. Una vez iniciada la actividad las mujeres situadas frente al stand de maternidad segura recibieron una charla y una serie de concursos, tenían pañales, kits de pañales y toallas a diferencia de todos los otros puestos.

Una vez finalizaban la charla sobre la maternidad segura, importancia de los controles, alimentación, cuidado, signos de alerta, lactancia materna y limpieza del bebé; las participantes eran llevadas al patio frentazo donde se encontraban todos los stand de medicina, en el primer stand de maternidad segura les entregaban una hoja la cuál debía llenarse con sellos de los stand de medicina y una vez finalizado el recorrido, se dirigían nuevamente al stand de maternidad segura donde se les entregaba un kit de toallas y pañales, algunas de acercaban al stand de parto humanizado pero al ver que no daban sello ni pañales se alejaban y decían *“acá ponen sello”* a lo que se les respondía *“no, pero estamos hablando del parto humanizado y la importancia de este al estar siendo implementado en el hospital”* y ellas sólo respondían *“aaaah no es que necesitamos los que tengan sello”* y de alejaban.

Al transcurso de la mañana, se pudo evidenciar que las mujeres gestantes tienen programas de apoyo durante el embarazo, tienen beneficios y cursos dictados en cada barrio de Bucaramanga y el área metropolitana, las llaman constantemente a este tipo de actividades pero no responden o no asisten, por lo cual se evidencia que existen los servicios y los programas por parte de las instituciones pero muchas veces son ellas las que no aprovechan este tipo de beneficios<sup>3</sup>; al finalizar la actividad de maternidad segura, la médica obstetra ubicada en el stand de parto humanizado manifestó su inconformidad con la poca asistencia de las gestantes al ser motivadas por los obsequios recibidos en dicho stand, a lo que respondieron *“pero ustedes que están dando?”* *“No damos nada físico, estamos dando lo más importante la información para un parto humanizado”* *“si, pero*

*deben dar algo pañales o algo, espere yo tengo unos pañales guardados los voy a traer y vera como se le lleno esto”.*

Una vez puestos los pañales sobre el stand las mujeres empezaron a acercarse y a recibir la charla para posteriormente participar en la actividad del mural “Pasos hacia un parto humanizado” durante la actividad las mujeres expresaban la importancia del acompañamiento, de la información es decir ser informadas de cada procedimiento, el sentirse autónomas, sentir que son tenidas en cuenta durante el proceso, el manejo de técnicas de dolor, el acompañamiento de la familia. Al finalizar aproximadamente unas 34 mujeres hicieron parte de la actividad. Una de ellas manifestó la importancia de respetar la privacidad, contó su historia al asistir a urgencias y que se le realizaran múltiples tactos por diferentes personas tanto estudiantes como obstetras *“Yo vine por urgencias y los estudiantes me realizaban tactos después llego a los 5 minutos un doctor a decirme que abriera las piernas para un tacto y le dije pero ya me hicieron uno a lo que respondió si pero yo soy el que tiene que hacerle el tacto no ve que yo soy el doctor, entonces estudiantes me tocaban el médico me tocaba, yo puedo decir que no en algún momento o por ser un hospital universitario debo dejar que me toquen todo lo que quieran”*<sup>4</sup>. Se le informó sobre el manejo adecuado de este tipo de procedimientos afirmando que puede decir no si es un procedimiento que está siendo excesivo.

## EPISTEMOLÓGICO

1. Las mujeres gestantes siempre han sentido la necesidad de planificar y comunicar a sus familias y profesionales sanitarios lo que es importante para ellas, para así poder sentirse seguras y con apoyo durante el proceso de parto, por lo cual es de vital importancia contar con la información necesaria, no solo por parte de ellas sino por sus

familiares o personas con quienes vive. (Molina, 2010).

2. Se han encontrado dificultades para llevar a la práctica la AHP en la atención de la gestante desde el parto, atención que empieza por propiciar el inicio temprano del contacto madre-hijo y permitir el acompañamiento o suministro de información a los familiares (De Souza, 2011).
3. Según el Departamento de Salud del Reino Unido publica el informe *Changing Childbirth* en 1993 considera importantes 3 principios hacia un modelo de parto más humanizado uno de ellos es que todas las mujeres deben tener un acceso sencillo a los servicios de maternidad y que éstos deben responder a las necesidades de la mujer.
4. Según Kuo en el 2005, para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional.

**Inv. 2 – Diario de campo N° 9**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: Abril 24 del 2017      HORA: 8:00 – 12:00 pm

LUGAR: Sala de partos – ESE Isabu

POBLACIÓN: Profesionales de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Taller reflexivo.

**OBJETIVO**

Orientar a los profesionales del área de la salud que se encuentran a cargo del trabajo en sala de partos en la práctica de la empatía en sus relaciones con las gestantes.

**ONTOLÓGICO**

Al momento de ingresar a la sala de partos, no se encontraban mujeres ingresadas en trabajo de parto; por lo cual el personal médico se encontraba dispuesto para la realización del taller sobre empatía, se inició el taller con un auxiliar de enfermería, una estudiante de enfermería y un médico general, al transcurrir el taller se unieron a la actividad 8 estudiantes de medicina<sup>1</sup>.

Una vez iniciado el taller era notorio el interés y la participación activa de los profesionales, se inició el taller con una pregunta que introdujera al tema y a la reflexión del mismo, la cual fue ¿Cuándo ustedes van a dar un regalo en quién piensan o qué tienen en cuenta para comprarlo?, la auxiliar de enfermería comentó “Yo siempre trato de tener en cuenta lo que la persona necesita en ese momento o lo que quiere, también en sus gustos” el médico aportó lo siguiente “Yo miro mi presupuesto y también lo que sé que a la persona le gusta”.<sup>2</sup>

En una segunda parte del taller, se leían fragmentos de un documento sobre una investigación, los cuales narraban las vivencias de mujeres en una sala de parto, esta fase del taller consistía en asignarle emociones a los relatos, siendo a cada frase o a fragmentos como tal del relato, durante este proceso de evidenció como los profesionales reconocían muchas veces ser autoritarios y directivos durante el trabajo de parto, disminuyendo la autonomía de la mujer durante la toma de decisiones, muchas veces incurriendo en la negación de las emociones manifestadas por las gestantes; lo cual llevo a la reflexión de cómo debían enfrentarse ante este tipo de situaciones, como ellos mismo eran conscientes de la forma en la que debían actuar frente a una mamá que expresara el dolor por medio de gritos o quejidos fuertes, igual que el cómo dejaban a un lado el actuar empáticamente una de sus expresiones fueron “estamos acostumbrados a esto, que actuamos frente a esto sin pensar en la otra personas, en que es una mujer que está sintiendo mucho dolor, sola y se siente desprotegida.”<sup>3-4</sup>

Finalmente, la ginecóloga hizo la invitación a sus compañeros al pensar en las gestantes como mujeres que están dando vida y no enfermas que necesitan un médico, “si necesitan un médico peor necesitan acompañamiento durante este proceso, necesitan sentirse cómodas y libres”<sup>5</sup>.

## EPISTEMOLÓGIA

1. Para Santos y Siebert en un artículo publicado en 2001 en el cual estudian detalladamente el trabajo de los diferentes profesionales de la salud durante el trabajo de parto, desde allí aportan que la humanización del parto representa un desafío continuo y requiere una lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía, para lo cual se necesita un programa de educación y formación continua.

2. En 2017 una investigación llevada por Possati, concluye que la humanización del parto es comprendida como un conjunto de prácticas y actitudes pautadas en el diálogo, empatía y acogimiento; en brindar orientaciones; en valorar la singularidad de la parturienta; en realizar procedimientos de comprobado beneficio para la salud materno-infantil; y en la constante actualización profesional.
3. Para Serruya en 2004 humanizar la asistencia en salud durante el parto se entiende cómo aplicar el conocimiento técnico- científico y, simultáneamente, propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia. Es decir, que, a partir del conocimiento del proceso fisiológico, se procure intervenir solo en caso necesario, partiendo de la comprensión y el respeto de las creencias, costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones, propios e individuales, de cada mujer durante el trabajo de parto y el parto.
4. En ocasiones, el personal de salud propone medidas para alcanzar la AHP, pero encuentra dificultades como deficiencias en estructura física, falta de insumos, sobrecarga de trabajo, falta de organización institucional, desinterés y falta de preparación sobre el tema (De Souza, 2011).
5. Cáceres en 2017 concluye en su investigación que la AHP implica atención con calidad y respeto de los derechos humanos y reproductivos de la gestante, en momentos en que enfrenta miedo, dolor e incomodidad. La AHP aboga por una experiencia agradable en el parto, donde la gestante reciba la información, ayuda y comprensión que requiere. El parto debe ser atendido teniendo en cuenta las singularidades y la autonomía de cada mujer, evitando intervenciones rutinarias y mejorando el vínculo entre ella, el bebé, la familia y el personal de salud. Se requiere explorar intervenciones en el personal de la salud y las instituciones que redunden en beneficio de la AHP

**Inv. 2 – Diario de campo N° 10.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Lina Álvarez Calderón.

FECHA: 8 de Mayo de 2018 HORA: 2:00 - 4:00 pm.

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes en piso.

METODOLOGÍA: Discursos de la gestantes.

OBJETIVO: Identificar la aplicación durante el trabajo de parto de diferentes elementos que comprende el parto humanizado consignados en la entrevista.

**ONTOLÓGICO**

La sala de partos se encuentra vacía, no hay mujeres en trabajo de parto, por lo que se decide ir a entrevistar a las 2 mujeres que dieron a luz por medio de parto vaginal en la noche anterior y la mañana de hoy.

Cada estudiante entrevista a una madre diferente, P es la mujer a la que se le hará la entrevista, es madre primeriza de 20 años. Manifiesta lo siguiente según las preguntas planteadas: Inicia sus controles alrededor de la semana 15, asistiendo a 7 controles.

*“Yo la tuve con hoy 41 y 3 semanas, ósea pasada de tiempo, pero yo ya había ido al HUS y me habían devuelto porque según la primera ecografía salía que tenía una semana menos pero igualmente concordaba, pero ellos me hicieron esperar una semana más, entonces ayer me tocaba ir allá pero por un monitorio, entonces no quise ir y me vine directamente acá por urgencias y acá si me dejaron hospitalizada, toda la noche me indicaron y me pusieron pito sin eso no me hacía ni cosquillas por más que le ponían más densidad, más goteo y las otras niñas si ya con contracciones, yo dilataba pero no sentía contracciones; entonces esta mañana como a las 4 de la mañana, me rompieron fuente y*

*ahí si fue muy terrible, empecé a compadecerlas porque empezaron demasiadas contracciones y todo el cuento, igual solo fueron dos horas de contracciones entonces no fue mucho tiempo pero si eran muy fuertes, empecé así ... me pasaron a la sala de parto como a las 6:15 am y a las 6:45 am ya la había tenido pero uy no que tortura, eso duele mucho”.*

### Relaciones profesionales

#### ● Información de los procedimientos

¿Qué información te han brindado los profesionales que te han atendido?

*“Si ellos me decían como todo lo que me iban a hacer y en un momento me dijeron no haga esto porque le hace daño al bebé”*

¿Qué procedimientos se te han realizado?

*“Me hicieron tactos, monitoreos igualmente iban avisando como iba, el avance, en cada tiempo iba el doctor o la doctora y me decían vamos a realizarle un tacto para ver más o menos como va el avance, si le está haciendo la medicina o si toca aumentarle más el goteo y así”<sup>1</sup>*

#### ● Consentimiento informado

¿El personal de salud consulta tu consentimiento los procedimientos que realizan, de qué forma lo hacen?

*“Siempre me dijeron lo que me iban a poner, para que se iba y así” “me mantenían informada tanto el doctor como la doctora”*

#### ● Comunicación de Inquietudes y Sentimientos.

**Inv. 3 - Diario de campo N° 1.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández

FECHA: 6 de Marzo de 2018 HORA: 3:30 - 7:00 pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

**ONTOLOGÍCO**

Durante el tiempo de observación en la sala de partos se encontraban estudiantes de enfermería, auxiliares de enfermería, dos enfermeras jefas y el médico obstetra acompañando los procedimientos que les realizaran a las 4 mujeres gestantes que se encontraban en la sala de partos, aunque únicamente dos de ellas se encontraban en trabajo de parto.

Se pudieron observar aspectos como:

Un trato distante por parte de los profesionales hacia las mujeres gestantes que se encontraban en trabajo de parto, ya que se referían a ellas como “La de la cama A”, “La que tiene 40 semanas”, “Mamita”<sup>1</sup>.

Cuando las auxiliares de enfermería se acercaban a realizar los monitoreos cardíofetales les hablaban de forma cortante, cuando las mujeres expresaban que estaban sintiendo dolor les decían: “No, no se mueva que me interrumpe el monitoreo”<sup>2</sup>.

Una de las dos mujeres gestantes que se encontraba en trabajo de parto había ingresado a las 4:00 pm con fuertes contracciones, después de la valoración tomó la decisión de traslado al Hospital Universitario debido a que tenía preclamsia. Sin embargo, eran las 7:00 pm y ella continuaba esperando la ambulancia que le realizara el traslado. Las

contracciones eran fuertes y estaba respirando de forma inadecuada cuando llegaba la contracción y estaba llorando por lo mismo, a lo que una de las auxiliares de enfermería le dijo: *“Mamita respire bien porque si no se me va a desmayar aquí si sigue respirando así”*

<sup>3</sup>. También la mujer gestante le preguntó a una de las auxiliares que si se demoraba mucho el traslado porque estaba sintiendo mucho dolor y ella le respondió: *“Es que tocó sacar a otra paciente que tenía mayor prioridad, ahora toca esperar a que llegue la ambulancia de nuevo”* <sup>4</sup>. En ese momento la psicóloga decidió establecer relación con la gestante: *“Me presento, mi nombre es Laura Fernández y soy psicóloga de la UNAB, veo que te encuentras bastante alterada deseas que te acompañe y pueda ayudarte con ejercicios a manejar el dolor”*

Otra situación fue sobre las 4:30 de la tarde cuando ingresó una mujer con fuertes dolores abdominales que estaba gritando *“Tengo contracciones, me duele mucho, me duele, ayúdenme por favor”*. La auxiliar que se encontraba en admisiones le dijo con un tono de voz fuerte: *“Sin gritar mamita porque sé que le duele, pero tenemos más pacientes y no podemos hacer nada”* <sup>5</sup>, después de esto llegó la ginecóloga y le dio ingreso de forma inmediata, a la mujer le quitaron la ropa y le pusieron una bata y un gorro y posteriormente se confirmó que la mujer había tenido un aborto. Realizaron la extracción del feto y lo dejaron en un mesón mientras dejaba su corazón de palpar.

## EPISTEMOLOGÍA

1. Dentro de lo que se comprende como violencia obstétrica un elemento esencial es la omisión del nombre al sustituirlo por apelativos (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).

2. Según Bravo et al. (2008) las mujeres durante el trabajo de parto son sometidas a procedimientos médico-instrumentales algunos de ellos de forma repetitiva.
3. En algunos momentos de confusión y desespero las mujeres necesitan adecuada asesoría de los profesionales, esto mejoraría la calidad de la experiencia y favorecería la salud física y mental materna y neonatal (Bravo et al., 2008).
4. En este punto se tiene en cuenta un aspecto del parto humanizado que es el apoyo informativo, el cual hace referencia a brindar la información necesaria durante la evolución del parto y el estado del feto y demás elementos que participan dentro de la atención a la gestante, por lo que esta información tiene que ser veraz y que genere sensación de tranquilidad a la gestante (Simkin, 2002).

**Inv. 3 - Diario de campo N° 2.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández.

FECHA: 13 de Marzo de 2018 HORA: 3:00 - 7:00 pm.

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Identificar el tipo discurso y la actitud de escucha de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las mujeres gestantes.

#### ONTOLÓGIA

Durante el tiempo destinado para la observación no había mujeres gestantes en la sala de partos. Por lo anterior se realizó una reunión junto con el médico obstetra en la cual surgió la necesidad de comenzar a trabajar junto con los profesionales que acompañan los procesos en la sala de partos<sup>1</sup>. Se planeó realizar un taller reflexivo en el cual se evidenciarán los conocimientos que se tenían acerca del parto humanizado.

#### EPISTEMOLÓGIA

1. A lo largo del tiempo han surgido inquietudes por parte de los profesionales hacia la sobre-medicalización del parto, por lo que se comienzan a generar estrategias que fomenten la sensibilización en los diversos grupos de trabajo acerca de la aplicación del modelo de parto humanizado, con el objetivo de esclarecer creencias y/o imaginarios acerca del modelo y mostrar el éxito de este con evidencia científica (Almaguer et al., 2012).

**Inv. 3 - Diario de campo N° 3.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández.

FECHA: 14 de Marzo de 2018 HORA: 8:00 - 9:00 am.

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Taller reflexivo en grupos focales.

OBJETIVO: Explorar las percepciones que tienen los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos acerca del parto humanizado.

**ONTOLÓGICO**

Se dio inicio al taller reflexivo con la pregunta ¿Cómo les gustaría que fuera su parto o cómo les gustaría que hubiese sido o el de su pareja? A lo cual se pudieron tomar diferentes opiniones de las experiencias que habían tenido o les gustaría tener.

La enfermera jefe contó que durante su trabajo de parto los profesionales que estaban a cargo de ella se referían a ella como “*la paciente del sufrimiento fetal*” sin tener en cuenta que ella conocía del tema y ella sin ni siquiera saber que se referían a ella <sup>1</sup>.

En general los profesionales tenían opiniones en común como que les gustaría tener la compañía tanto de los profesionales como de su pareja o su familia <sup>2</sup>, algunos mencionaron la importancia de la privacidad <sup>3</sup> y que se les estuviera brindando información constante acerca de la evolución que iban teniendo <sup>4</sup>.

A partir de esto se realizó la introducción con una pequeña definición de lo que se entiende como parto humanizado <sup>5</sup> y que esta sería la temática central del taller y todos los aspectos que comprenden las prácticas de este modelo.

Posteriormente se les asignó una actividad en la cual tuvieran que realizar una lluvia de ideas acerca de los conocimientos que se tenían acerca del parto humanizado y posteriormente realizaron las socializaciones por grupos. Los aspectos centrales de las socializaciones fueron: que el parto humanizado comprende elementos como son el buen trato, la tolerancia, paciencia, comprensión, el respeto, la compañía de la red de apoyo y la pareja, brindar la información adecuada a lo largo del proceso y tener en cuenta las necesidades de las mujeres gestantes <sup>6</sup>.

### EPISTEMOLÓGICO

1. Dentro de lo que se comprende como violencia obstétrica un elemento esencial es la omisión del nombre al sustituirlo por apelativos (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).
2. El acompañamiento por parte de un familiar o de la pareja impacta favorablemente brindando un apoyo tanto físico como emocional, lo que genera en la gestante un ambiente de tranquilidad y seguridad (Almaguer et al., 2012). De igual forma, según Bravo et al. (2008) *las mujeres reportan la necesidad de recibir amor y apoyo desde la familia, fundamentalmente desde la madre y la pareja* permite evidenciar disminuciones en la escala de dolor.
3. El parto humanizado comprende otro aspecto fundamental es respetar la intimidad de la gestante y de su entorno durante el parto y el posparto (Almaguer et al., 2012).
4. Brindar información de forma constante a la mujer gestante que le permita a ella centrarse en el proceso que está viviendo, restando importancia a miedos y temores que se generan a raíz de la desinformación de los procedimientos que se están llevando a cabo durante su trabajo de parto (Bravo et al., 2008).

5. La humanización del parto hace referencia a un modelo en el cambio de la atención que se les brinda a las mujeres gestantes, donde se convierten ellas en el centro de la atención, basado en evidencia científica y en el cual se brinda autonomía, apoyo, amor, compañía, respeto, empatía, constante comunicación, alcanzando un balance entre las intervenciones médicas y sus necesidades (Biurrun-Garrido y Gobernadoras, 2013).
6. Se identificaron en los grupos focales los aspectos centrales de parto humanizado como lo son: ser protagonistas de su parto, tener en cuenta sus necesidades en cada momento, brindar la información necesaria acerca de su estado y del estado del feto, elegir con libertad una compañía, tener libertad de movimiento y posición al momento del parto, expresar sus emociones y respetar su intimidad, entre otras (Almaguer et al., 2012).

**Inv. 3 - Diario de campo N° 4.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández.

FECHA: Marzo 19 de 2018 HORA: 2:00 pm- 7:30 pm.

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Evidenciar el tipo de relación existente entre las mujeres gestantes y los profesionales a cargo de la sala de partos.

**ONTOLOGÍCO**

Durante el tiempo destinado para la observación en la sala de partos se encontraban dos mujeres gestantes en trabajo de parto, los auxiliares de enfermería, estudiantes de Eforsalud, el médico obstetra y el médico general. Las mujeres en trabajo de parto utilizaban batas desechables y pañales <sup>1</sup>.

Una de las dos mujeres tenía 22 años, se encontraba esperando su primer hijo, en la sala de espera se encontraba su mamá y su esposo que tenía 40 años y con el que actualmente se encontraba viviendo <sup>2</sup>. Es ama de casa. Relató no tener conocimiento de los cursos psicoprofilácticos <sup>3</sup>, pero sabía que caminar y respirar adecuadamente le podían servir para controlar el dolor <sup>4</sup>. Para ella la lactancia materna era un aspecto muy importante para el adecuado desarrollo del bebé <sup>5</sup>. No hubo mucho diálogo con ella debido a las fuertes contracciones que estaba presentando.

Una vez se dio inicio a la observación el primer aspecto relevante que se encontró fue:

La ginecóloga llegó a recibir el turno y posterior a su presentación se realizó un tacto vaginal para verificar los centímetros de dilatación en los cuales se encontraba. Al momento de realizar el tacto alrededor de la mujer gestante se encontraban aproximadamente 5 estudiantes de enfermería y la mujer demostró sentirse incómoda en ese momento por la presencia de los estudiantes<sup>6</sup> por lo cual intentaba taparse sus genitales, pero se le impedía. También durante ese momento una de las auxiliares de enfermería comenzó a gritar por la habitación “*¿De quién es esto?, ¿Dígame si eso es suyo mamita? Pero respóndame ¿Eso es suyo?*”<sup>7</sup> (Una bolsa con unas sandalias y algunos elementos de aseo), por lo que la ginecóloga le respondió que esperara un momento que se encontraba realizando el tacto a la mujer y su atención estaba en eso. Durante el tiempo de observación la mujer gestante tuvo fuertes contracciones a lo que respondía en algunas ocasiones con fuertes gritos donde decía “*No soy capaz, no puedo más, auxilio*” y las auxiliares desde la estación le respondían “*No mamita sin gritos*”, “*Sin gritar mamita, sin gritar*”<sup>8</sup>.

En un momento la mujer expresó que quería ir al baño, por lo que le preguntó a uno de los auxiliares de enfermería y él respondió “No, no puede, para eso está el pañal, haga ahí”, pero ella expresó que ahí no podía, por lo que tomé la decisión de buscar a la ginecóloga y preguntarle si podía acompañarla al baño y me dijo que no había ningún problema porque la paciente no se encontraba lo suficientemente dilatada para que se convirtiera en un riesgo ir al baño<sup>9</sup>.

Otro aspecto importante fue que la mujer gestante pudo caminar en repetidas ocasiones, lo que le servía para poder controlar el dolor de las contracciones<sup>4</sup>. También en algunas ocasiones la gestante expresaba aspectos como “*doctora me están aumentando las contracciones pero estoy respirando bien y me duelen pero ya después me siento como más tranquila*”. Le respondía “*Yo sé que te está doliendo, pero vamos a fijarnos que*

*el dolor disminuye cuando pasa la contracción y que esta dura tan solo unos segundos” y ella me decía “Doctora es que ahorita no me está doliendo tanto, pero cuando llegue la contracción voy a respirar profundo”*

La segunda mujer gestante tenía una discapacidad cognitiva leve.

Como conclusión, la relación existente entre los profesionales a cargo de la sala de partos y las mujeres gestantes que se encontraban en trabajo de parto tiene falencias en cuanto al apoyo emocional que se le presta a las mujeres gestantes, de igual forma a la comprensión de los sentimientos y la recepción de inquietudes y solicitudes, al igual que es de importancia rescatar que en algunas ocasiones los auxiliares de enfermería que son estudiantes no tienen el conocimiento suficiente para poder guiar a los pacientes, como se evidenció en el caso de que no se dejó a la mujer gestante ir al baño y posteriormente la ginecóloga aceptó a esto.

### EPISTEMOLÓGICO

1. En algunas instituciones prestadoras de servicios de salud se les pide a las gestantes que se cambien su ropa y comiencen a utilizar batas desechables, que no las cubre lo suficiente y en algunas ocasiones les causa incomodidades y vulneran su intimidad (Almaguer et al., 2012).
2. El acompañamiento se hace desde la sala de espera en este caso, teniendo en cuenta que las prácticas de parto humanizado exponen la importancia del acompañamiento por parte de un familiar o de la pareja, que favorece en la disminución del dolor y la sensación de apoyo (Bravo et al., 2008).
3. Los cursos psicoprofilácticos son brindados por instituciones prestadoras de los servicios prenatales y en estos se trabajan aspectos como posiciones adecuadas para

el manejo del dolor en el trabajo de parto y que ayuden a la dilatación, de igual forma ejercicios de relajación y respiración para el alivio de las molestias y conocimientos acerca de la lactancia, los cuidados que se deben tener con el bebé y entre otros aspectos que se trabajan en estos (Almaguer et al., 2012).

4. Adoptar diferentes posturas y emplear ejercicios para el manejo del dolor son elementos que se comprenden dentro del componente de control interno y son todas aquellas técnicas que utiliza la gestante para alcanzar estados de relajación y manejo del dolor y que favorezcan la adecuada evolución de su trabajo de parto (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011).
5. La lactancia materna es fundamental en el puerperio, debido a que es un elemento crucial para el vínculo que se establece entre madre-hijo y proporciona todos los nutrientes necesarios para favorecer el crecimiento, la salud y el adecuado desarrollo del bebé (Ministerio de Salud y protección social, 2018).
6. Un elemento fundamental para resaltar es el de procedimientos médico-instrumentales que se realizan durante el trabajo de parto como los tactos vaginales, algunos de ellos de forma repetitiva si se encuentran siendo atendidas en instituciones de enseñanza, los cuales son para algunas mujeres facilitadores durante el parto, pero para otras genera incomodidad y malestar físico innecesario (Bravo et al., 2008).
7. Un elemento importante es el trato profesional suave y femenino, pues recibir un trato de este tipo por parte de los profesionales de la salud permite tener un parto más satisfactorio y genera en las gestantes una carga afectiva más fuerte hacia la experiencia (Bravo et al., 2008). También se resalta nuevamente la omisión del nombre al sustituirlo por apelativos (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).

8. Se destaca el trato rutinario y frío dirigido por parte de los profesionales hacia la gestante, en donde se manifiesta la invalidación emocional, los regaños y la imposibilidad para expresar sus opiniones y sentimientos (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).
9. En este punto se tiene en cuenta un aspecto del parto humanizado que es el apoyo informativo, el cual hace referencia a brindar la información necesaria durante la evolución del parto y el estado del feto y demás elementos que participan dentro de la atención a la gestante, por lo que esta información tiene que ser veraz y que genere sensación de tranquilidad a la gestante (Simkin, 2002).

**Inv. 3 - Diario de campo N° 5.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández

FECHA: 3 de Abril de 2018      HORA: 2:00 pm - 9:30 pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Evidenciar el tipo de control que poseen las mujeres gestantes en el trabajo de parto desde su ingreso a la institución.

**ONTOLOGÍCO**

Durante el tiempo de observación se encontraban tres mujeres en trabajo de parto, las tres tenían medicación (misoprostol y oxitocina por vía intravenosa) <sup>1</sup>. Dos de ellas con dilatación de 1 centímetro y sus contracciones no eran tan fuertes, una de ellas tenía dilatación de 3 centímetros y las contracciones fuertes y constantes, por lo que era necesario el acompañamiento para el manejo del dolor, debido a que era muy fuerte.

La mujer que se encontraba con dilatación de 3 a lo largo de la tarde presentó contracciones constantes, pero no se evidenció dilatación por lo que el obstetra que recibió el turno después de las 7 de la noche decidió realizarle una cesárea y la paciente no tuvo ningún tipo de inconveniente con esto, debido a que ella también quería que se la realizaran. Ella tiene 18 años, era su primer bebé y su familia y el papá del bebé se encontraban acompañándola desde la sala de partos, quienes la habían apoyado y acompañado durante todo el proceso, se pudo evidenciar que para ella era muy importante que ellos estuvieran ahí y en un momento se le permitió estar con ellos unos minutos lo que le permitió relajarse <sup>2</sup>. Se le preguntó que si había asistido a algún curso psicoprofiláctico y

expresó que había ido una vez a uno de estos “Nos enseñaban movimientos y cosas de respiración”<sup>3</sup>. También se le preguntaron algunos aspectos respecto a la lactancia materna y expresó que su madre le había explicado todo lo relacionado con esto debido a que tenía un hermano de dos años<sup>4</sup>.

Un aspecto esencial en este espacio de observación fue que una de las mujeres gestantes que se encontraba en dilatación con 1 al inicio de la observación, alrededor de las 6 de la tarde comenzó a tener fuertes contracciones, su dolor era insoportable para ella, aun teniendo el acompañamiento psicológico que le permitiera afrontar adecuadamente su dolor<sup>5</sup>, ella lloraba y decía que no podía aguantar más que tenía mucho miedo, le respondía: “entiendo que te está doliendo mucho, es normal que llores y que sientas temor es una experiencia nueva para ti, pero lo estás haciendo muy bien, sabes que es parte de este proceso”, por lo que le realizaron nuevamente un tacto vaginal, debido a que no le habían realizado más un par de horas antes<sup>6</sup>, y la médico obstetra le dijo que se encontraba con dilatación de 7 centímetros y ya había roto membranas. Ella tiene 19 años, era su primer parto y se encontraba en compañía de su familia también, pero el papá del bebé al parecer no se iba a hacer cargo de él<sup>2</sup>. También dijo que conocía de los beneficios que tenía la lactancia materna y que era lo primero que haría cuando naciera su bebé.

Pasados unos minutos las contracciones comenzaron a aumentar en su intensidad y frecuencia, la mujer decidió hacer frente a esta acostada<sup>7</sup>. Cerca de las 6:40 de la tarde la mujer comenzó a sentir ganas de pujar, en ese momento la ginecóloga realizó otro tacto vaginal y le dijo que se encontraba lista para iniciar con los pujos. La mujer gestante pidió que se le dejara tomar una ducha rápidamente<sup>8</sup> antes de desplazarla a sala de partos debido a que se había hecho del cuerpo en el primer pujo. Se le acompañó hasta el baño, pero una vez se levantó las ganas de pujar aumentaron.

Por lo que la obstetra le dijo que si prefería realizar los pujos en cuclillas para facilitar el proceso podía hacerlo y ella aceptó <sup>9</sup>. La obstetra estaba pendiente de realizar el tacto para verificar la distancia a la que se encontraba el neonato, por lo que le dijo que debían pasar inmediatamente a la sala. En ese momento una de las auxiliares de enfermería llegó y le dijo: “A ver mamita se va a levantar ya, levántense porque tenemos que pasar rápido, colabore” <sup>10</sup>.

La mujer decidió ir caminando hasta la sala de partos y una vez llegó la ginecóloga le brindó la opción de que adoptara la posición que para ella fuera más adecuada para poder realizar los pujos <sup>9</sup>. Ella decidió permanecer de pie y apoyó una de sus piernas en la camilla, realizó dos pujos más y dio a luz al neonato sin ningún tipo de inconveniente o contratiempo, posteriormente se realizó el contacto piel a piel entre la gestante y el neonato <sup>11</sup> y después de que el cordón dejó de latir, realizaron el corte.

Posterior al alumbramiento, las auxiliares eran las encargadas de limpiar y organizar nuevamente la sala de partos y constantemente repetían “Ush mamita está untada hasta el apellido”, “Vea como se untó”, “No se mueva que vea que se ensucia más” <sup>10</sup> y con su lenguaje no verbal se mostraban incómodas porque la sala se había ensuciado más de lo habitual. Después de que limpiaron a la gestante le pusieron un pijama y le entregaron el bebé. Posterior a esto ella nos dijo: “Muchas gracias por estar ahí y por acompañarme en todo esto”.

Se pudo evidenciar que las mujeres gestantes tienen libertad de movimiento, debido a que si querían caminar por la sala de partos para aliviar el dolor de sus contracciones podían hacerlo, sin embargo, era necesario pedir la autorización del médico obstetra por seguridad. De igual manera, si preferían permanecer acostadas en las camas podían hacerlo en la forma en que lo desearan, únicamente se les pedía guardar quietud al momento de

realizar los monitoreos cardiotocográficos, que tenían un tiempo estimado de media hora. También si querían sentarse podían hacerlo.

Pasadas las 7 de la noche se realizó el cambio de turno de los médicos generales y ginecólogos y se dio ingreso a una mujer gestante que venía de un traslado. Llegó con 8 centímetros de dilatación, venía en compañía de su esposo con el que ya tenía otro bebé. La dinámica de la sala de partos se cambió totalmente y el proceso fue más directivo <sup>12</sup>. La mujer se encontraba acostada en la cama mientras era el momento de pasar a la sala de partos, acompañada de dos estudiantes de medicina que habían entrado al turno con el obstetra. En la sala de partos, acomodaron a la señora en posición horizontal, como se realiza habitualmente y le pidieron que comenzara a pujar cuando llegara la contracción y ellos iban guiando los pujos <sup>13</sup>. Ella se encontraba muy calmada pues ya tenía experiencia, sin embargo, le decía al doctor: “Córtame, doctor, córtame”<sup>14</sup>, pero el doctor hizo caso omiso a las peticiones de ella porque no lo creía necesario. El ginecólogo se encontraba únicamente supervisando la labor de las estudiantes de medicina y dirigiendo el proceso desde un costado de la mujer. El parto concluyó de forma satisfactoria y posterior a esto hubo el contacto piel a piel <sup>11</sup>. Después la madre nos expresó: “No he podido darle tética porque no me sale leche” <sup>4</sup>, entonces se guió el proceso de estimulación de los pezones y finalmente pudo alimentar al bebé.

Otro aspecto importante fue que las mujeres después de dar a luz solicitaban que se les brindara la información a sus familiares que las estaban acompañando desde la sala de espera y que si podíamos les contáramos cómo se había llevado a cabo todo el parto, al igual que querían que les comunicáramos el estado del bebé y de ella.

1. **EPISTEMOLÓGICO** Un método farmacológico y frecuentemente usado para la inducción al trabajo de parto es la oxitocina, al igual que el misoprostol. Estas sustancias se utilizan con el fin de originar contracciones uterinas de suficiente intensidad, duración y frecuencia para alcanzar la maduración del cérvix a dar lugar al alumbramiento en un menor periodo de tiempo (Secretaría Distrital de salud de Bogotá, sf).
2. El acompañamiento se hace desde la sala de espera en este caso, teniendo en cuenta que las prácticas de parto humanizado exponen la importancia del acompañamiento por parte de un familiar o de la pareja, que favorece en la disminución del dolor y la sensación de apoyo (Bravo et al., 2008).
3. Los cursos psicoprofilácticos son brindados por instituciones prestadoras de los servicios prenatales y en estos se trabajan aspectos como posiciones adecuadas para el manejo del dolor en el trabajo de parto y que ayuden a la dilatación, de igual forma ejercicios de relajación y respiración para el alivio de las molestias y conocimientos acerca de la lactancia, los cuidados que se deben tener con el bebé y entre otros aspectos que se trabajan en estos (Almaguer et al., 2012).
4. La lactancia materna es fundamental en el puerperio, debido a que es un elemento crucial para el vínculo que se establece entre madre-hijo y proporciona todos los nutrientes necesarios para favorecer el crecimiento, la salud y el adecuado desarrollo del bebé (Ministerio de Salud y protección social, 2018). Generalmente los conocimientos acerca de la lactancia materna se adquieren por medio de fuentes informales de información como lo son familiares, amigos o parientes cercanos.
5. Aunque no se tiene teoría que sustente los beneficios del acompañamiento psicológico para el manejo del dolor, se evidencia que brindar apoyo y cercanía por

parte de los profesionales es un factor que ayuda a generar estrategias adecuadas para hacer frente a este (Bravo et al., 2008).

6. Un aspecto para resaltar en el presente apartado es que la ginecóloga que se encontraba de turno decidió no realizar tactos vaginales de forma frecuente, ya que estos en algunas ocasiones generan incomodidad para las gestantes y no tienen una justificación médica (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).
7. Adoptar diferentes posturas y emplear ejercicios para el manejo del dolor son elementos que se comprenden dentro del componente de control interno y son todas aquellas técnicas que utiliza la gestante para alcanzar estados de relajación y manejo del dolor y que favorezcan la adecuada evolución de su trabajo de parto (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011), sin embargo las prácticas de parto humanizado también exponen la importancia de la autonomía de la mujer, por lo que es fundamental que ella decida la posición que quiere adoptar para hacerle frente a los dolores que se presentan durante el trabajo de parto.
8. Es importante durante el trabajo de parto reconocer y respetar las necesidades que surgen en la mujer gestante (Almaguer et al., 2012), también es importante tener en cuenta la toma de decisiones y la autonomía (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011).
9. Dentro de los postulados del modelo de parto humanizado se encuentra favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante el trabajo de parto y el parto, por esto, es importante tener en cuenta la opinión de la mujer en cuanto a la postura que desea adoptar, ya sea en cuclillas, acostada, en posición vertical, sentada o como ella lo desee (Almaguer et al., 2012).
10. Se evidencia un trato rutinario y frío dirigido por parte de los profesionales hacia la gestante, en donde se manifiesta la invalidación emocional, los regaños y la

imposibilidad para expresar sus opiniones y sentimientos (Restrepo, Rodríguez y Torres, 2016).

11. El contacto precoz piel a piel entre la mujer y el neonato favorece la creación de vínculos de apego seguro posteriores entre madre-hijo, así como favorece su bienestar psicológico (OMS, 1996).
12. Durante el trabajo de parto se evidencia un tipo de control externo, el cual hace referencia al control ejercido completamente por los profesionales de la salud a cargo de la sala de partos (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011), por esto las dinámicas son mucho más directivas, procedimentales e institucionalizadas.
13. Cuando hay aplicación de prácticas institucionalizadas del parto, se presenta la imposición de posturas horizontales antifisiológicas y el pujo se realiza de forma dirigida (Almaguer et al., 2012).
14. La episiotomía es un procedimiento aplicado en el modelo de parto institucionalizado y consiste en realizar una incisión quirúrgica del periné que se realiza durante el parto con el fin de incrementar el orificio vulvar y de protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales (Clínica Versalles, 2014).

**Inv. 3 - Diario de campo N° 6.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández

FECHA: Abril 5 de 2018                      HORA: 7:30 am - 1:00 pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Identificar el tipo discurso y la actitud de escucha de los profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos hacia las mujeres gestantes.

**ONTOLÓGIA**

Durante el tiempo de observación se encontraban dos mujeres en trabajo de parto, con medicación por medio de vía intravenosa (Misoprostol y oxitocina)<sup>1</sup>, se encontraban con batas desechables y pañales<sup>2</sup>. Desde el ingreso a la observación fue de destacar que se encontraba muy llena de estudiantes tanto de medicina como auxiliares de enfermería, aproximadamente 13 personas, quienes presenciaban los tactos vaginales y todos los procedimientos que se realizaran a las mujeres gestantes<sup>3</sup>.

La mujer gestante de 22 años se encontraba con fuertes contracciones, con dilatación aproximadamente de 5. En la sala de espera se encontraba toda su familia, su pareja y toda su familia. Ella tenía una ventaja y es que su abuelo era el conductor de la ambulancia del hospital, por este motivo le permitieron a la familia estar un tiempo considerable con ella para que pudiera estar calmada<sup>4</sup>. Después nuevamente ingresó a la sala de partos y pidió un medicamento para el dolor<sup>5</sup>. Junto a ella se encontraba constantemente un estudiante de medicina y un auxiliar de Eforsalud. Cuando llegó la doctora a realizar un tacto le explicó el fin con el que se lo iban a realizar y la esperó hasta

que ella se sintiera un poco más relajada para poder hacerlo <sup>6</sup>. La mujer expresó que prefería estar acostada y que no quería caminar ni sentarse. La obstetra llegó pasado un rato y le realizó otro tacto, de igual manera esperando pacientemente a que la mujer gestante se sintiera cómoda para realizarlo y le dijo que se encontraba dilatada en 8 centímetros que era momento de pasar a sala de partos. La mujer se levantó y fue caminando hasta la sala de partos, en el camino presentó dos contracciones muy fuertes y cuando estábamos ingresando a la sala y llegó otra contracción y gritó: “quiero pujar” a lo que la obstetra le respondió que lo hiciera, cuando realizó el pujo gritó: “Doctora lo siento, doctora la cabecita” y así fue, el bebé descendió por el canal de parto en el trayecto a la sala y el parto fue vertical <sup>7</sup> y cuando íbamos ingresando a la sala de partos. Inmediatamente todo el personal vino a asistir a la madre y al neonato. La jefe de enfermería encargada de la sala de partos se encontraba en su oficina, pero estaba escuchando todo lo que sucedió afuera y le gritó a la obstetra “¿Catalina que pasó?” y al obstetra le respondió: “jefe ya lo hablamos usted y yo” <sup>8</sup>. Posteriormente en toda la sala de trabajo de parto el personal de enfermería y los estudiantes comentaban acerca de lo sucedido, pero tanto el neonato como la madre se encontraban en perfecto estado.

Después del alumbramiento se realizó el contacto piel a piel <sup>9</sup> y la lactancia materna comenzó de forma inmediata <sup>10</sup>.

Por otra parte, la segunda mujer gestante tenía 16 años y este era su segundo parto. Su familia se encontraba en la sala de espera acompañándola <sup>4</sup>. Las contracciones de ella también eran fuertes, pero el control por parte de ella era reducido <sup>11</sup>. Cuando se presentaban las contracciones respiraba inadecuadamente y gritaba. Las estudiantes de psicología y enfermería estaban ahí haciendo el respectivo acompañamiento, en pro de que la mujer tuviera el manejo del dolor. Cuando llegó la médica a realizar un tacto vaginal le

explicó lo que le iban a realizar para que ella se tranquilizara, después del tacto le dijeron que iban a realizar ruptura de membranas porque se encontraba en 7 de dilatación <sup>12</sup>. Cuando estaban a punto de realizar el procedimiento la mujer gestante comenzó a gritar y la doctora le respondió: “A ver, si tomó la decisión de tener un bebé tiene que asumirlo” <sup>13</sup>. Después de esto las contracciones aumentaron y se le preguntó a la mujer gestante si quería caminar para ayudarle con el dolor y decía que no. Una de las estudiantes de enfermería comenzó a realizarle masajes en la espalda, pero ella en una contracción le quitó las manos a la estudiante de forma agresiva, de igual manera permanecía agarrada de las manos de las estudiantes de psicología <sup>14</sup>. En un momento la estudiante de medicina que se encontraba ahí necesitaba mirar la frecuencia cardiaca del bebé y la mujer gestante le decía que no que esperara a que la contracción pasara. También por el dolor de las contracciones la mujer comenzó a gritar. Después de esto, llegó otra estudiante de medicina y le dijo a su compañera: “ush por qué no la calman, para eso están las de psicología ahí” <sup>13</sup>.

Las contracciones seguían aumentando, pero la mujer no quería levantarse de la cama, en ese momento llegó nuevamente la médica y le dijo que tenía que levantarse porque ya estaba en 10 de dilatación pero que el bebé no descendía porque ella no le estaba colaborando <sup>13</sup>, entonces la sentó en cuclillas sobre la cama y le ayudó a realizar movimientos pélvicos, ella seguía gritando y le dijo: “Sin gritos mamita que eso le hace daño al bebé” <sup>15</sup>. Después la ginecóloga le dijo que ya podían pasar a sala de partos, la llevaron en silla de ruedas hasta allá y la acomodaron en posición horizontal y el parto se realizó de forma normal <sup>16</sup>. En la sala había 15 personas, incluyendo auxiliares de enfermería, estudiantes y los médicos.

## EPISTEMOLÓGICO

1. Un método farmacológico y frecuentemente usado para la inducción al trabajo de parto es la oxitocina, al igual que el misoprostol. Estas sustancias se utilizan con el fin de originar contracciones uterinas de suficiente intensidad, duración y frecuencia para alcanzar la maduración del cérvix a dar lugar al alumbramiento en un menor periodo de tiempo (Secretaría Distrital de salud de Bogotá, sf).
2. En algunas instituciones prestadoras de servicios de salud se les pide a las gestantes que se cambien su ropa y comiencen a utilizar batas desechables, que no las cubre lo suficiente y en algunas ocasiones les causa incomodidades y vulneran su intimidad (Almaguer et al., 2012).
3. Un elemento fundamental para resaltar es el de procedimientos médico-instrumentales que se realizan durante el trabajo de parto como los tactos vaginales, algunos de ellos de forma repetitiva si se encuentran siendo atendidas en instituciones de enseñanza, los cuales son para algunas mujeres facilitadores durante el parto, pero para otras genera incomodidad y malestar físico innecesario (Bravo et al., 2008).
4. El acompañamiento se hace desde la sala de espera en este caso, teniendo en cuenta que las prácticas de parto humanizado exponen la importancia del acompañamiento por parte de un familiar o de la pareja, que favorece en la disminución del dolor y la sensación de apoyo (Bravo et al., 2008).
5. Es importante durante el trabajo de parto reconocer y respetar las necesidades que surgen en la mujer gestante (Almaguer et al., 2012), también es importante tener en cuenta la toma de decisiones y la autonomía (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011).
6. En este punto se tiene en cuenta un aspecto del parto humanizado que es el apoyo informativo, el cual hace referencia a brindar la información necesaria durante la

evolución del parto y el estado del feto y demás elementos que participan dentro de la atención a la gestante, por lo que esta información tiene que ser veraz y que genere sensación de tranquilidad a la gestante (Simkin, 2002).

7. Dentro de los postulados del modelo de parto humanizado se encuentra favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante el trabajo de parto y el parto, por esto, es importante tener en cuenta la opinión de la mujer en cuanto a la postura que desea adoptar, ya sea en cuclillas, acostada, en posición vertical, sentada o como ella lo desee (Almaguer et al., 2012).
8. Existen barreras institucionales para poder alcanzar los postulados de lo que se entiende como modelo de parto humanizado, estas barreras están vinculadas al perfil profesional del equipo médico que interviene, así como las costumbres de los procedimientos rutinarios y la cultura organizacional que está determinada por características culturales de cada proveedor de servicios de salud, propiciando la resistencia al uso de este nuevo modelo (Colfer y Fernández, 2016).
9. El contacto precoz piel a piel entre la mujer y el neonato favorece la creación de vínculos de apego seguro posteriores entre madre-hijo, así como favorece su bienestar psicológico (OMS, 1996).
10. La lactancia materna es fundamental en el puerperio, debido a que es un elemento crucial para el vínculo que se establece entre madre-hijo y proporciona todos los nutrientes necesarios para favorecer el crecimiento, la salud y el adecuado desarrollo del bebé (Ministerio de Salud y protección social, 2018).
11. Se habla de control interno relacionado con el manejo del dolor, las técnicas que utiliza para el control de este y para alcanzar estados de relajación (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011).

12. En este punto se tiene en cuenta un aspecto del parto humanizado que es el apoyo informativo, el cual hace referencia a brindar la información necesaria durante la evolución del parto y el estado del feto y demás elementos que participan dentro de la atención a la gestante, por lo que esta información tiene que ser veraz y que genere sensación de tranquilidad a la gestante (Simkin, 2002).
13. Un elemento importante es el trato profesional suave y femenino, pues recibir un trato de este tipo por parte de los profesionales de la salud permite tener un parto más satisfactorio y genera en las gestantes una carga afectiva más fuerte hacia la experiencia (Bravo et al., 2008).
14. Adoptar diferentes posturas y emplear ejercicios para el manejo del dolor son elementos que se comprenden dentro del componente de control interno y son todas aquellas técnicas que utiliza la gestante para alcanzar estados de relajación y manejo del dolor y que favorezcan la adecuada evolución de su trabajo de parto (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011).
15. Se evidencia el control externo ejercido por los profesionales a cargo del trabajo de parto. (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011).
16. Cuando hay aplicación de prácticas institucionalizadas del parto, se presenta la imposición de posturas horizontales antifisiológicas y el pujo se realiza de forma dirigida (Almaguer et al., 2012).

**Inv. 3 - Diario de campo N° 7.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández

FECHA: Abril 9 de 2018 HORA: 10:00 am - 2:30 pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Profesionales del área de la salud a cargo de la sala de partos.

METODOLOGÍA: Observación.

OBJETIVO: Identificar el tipo de relaciones interdisciplinarias que se establecen en la sala de partos.

### ONTOLOGÍCO

Durante el tiempo destinado para la observación no se encontraba ninguna mujer en trabajo de parto, había únicamente dos mujeres que estaban esperando para pasar a sala de cirugía porque se les iba a realizar cesárea.

A consulta de control llegó una mujer con aproximadamente 7 meses de gestación, debido a que necesitaba que le aplicaran un medicamento para una infección vaginal, la cual estaba controlada. El estudiante de medicina que se encontraba a cargo de realizar las consultas realizó una fetocardia, pero no sentía la frecuencia cardiaca, por lo que decidió llamar al médico para que le ayudara porque como nos expresó: “Pues yo soy estudiante, yo no sabía si tal vez lo estaba haciendo mal”. Cuando llegó el médico ella tampoco sintió la frecuencia cardiaca del feto, por lo que le preguntó a la mujer: “¿Hace cuánto no sientes el bebé?” Ella le respondió que, desde hace un día, pero que ella no estaba segura. Entonces el médico procedió a decirle que el feto se encontraba sin vida<sup>1</sup>. En la sala de espera se encontraba la mamá de la mujer gestante y la hicieron pasar al consultorio, cuando se le dio la noticia, las dos mujeres entraron en crisis, por lo que inmediatamente los médicos le pidieron a la auxiliar que llamara a psicología para que realizara el respectivo

acompañamiento e interconsulta<sup>2</sup>. Mi compañera de observación y yo direccionamos el proceso y llamamos a nuestros colegas que se encuentran en su práctica clínica y una de las jefes de enfermería subió hasta el piso donde se encontraban ellos para poder comunicarles lo que estaba sucediendo. Los psicólogos llegaron y uno intervino a la madre y al padre de la mujer gestante y el otro a la mujer gestante mientras las enfermeras y los médicos a cargo realizaban el respectivo reporte y le hacían el ingreso para inducción al parto del óbito.

### EPISTEMOLÓGICO

1. Se evidencia el apoyo informativo, el cual hace referencia a brindar la información necesaria durante la evolución del parto y el estado del feto y demás elementos que participan dentro de la atención a la gestante, por lo que esta información tiene que ser veraz (Simkin, 2002).
2. En 2007 Wagner plantea cuatro factores esenciales para un parto más humanizado, uno de ellos es que los profesionales que atienden el trabajo de parto (comadronas, enfermeras, médicos...) deben colaborar en armonía trabajando como iguales.

Inv. 3 - Diario de campo N° 8.

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández

FECHA: Abril 18 de 2018 HORA: 7:00 am - 11:00 am

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres gestantes y personal del ISABU.

METODOLOGÍA: Observación y sensibilización.

OBJETIVO:

- Difundir ideas centrales acerca de la modalidad de parto humanizado en las mujeres gestantes y el personal que labora en el ISABU.
- Identificar los conocimientos, creencias, ideas y actitudes hacia el parto humanizado en las mujeres gestantes y el personal que labora en el ISABU

ONTOLÓGIA

La feria de la salud dio inicio a las 8 de la mañana, hora a la que estaban citadas las mujeres gestantes. A lado de nuestro stand era el punto de encuentro y donde iban a direccionar todas las actividades de la mañana. La feria dio inicio con una actividad dinámica para las mujeres y posteriormente la logística del evento iba organizando grupos para el recorrido por cada uno de los stands que había tanto de enfermería, como de medicina y psicología<sup>1</sup>. A cada mujer le hacían entrega de un papel donde debía recoger las firmas de cada stand porque al final les darían un obsequio con la totalidad de las firmas y el stand de psicología no tenía espacio en ese papel<sup>2</sup>, por lo que no hacíamos parte del recorrido, motivo por el cual las dos primeras horas del evento únicamente pudimos entablar diálogo con dos mujeres gestantes que se acercaron por curiosidad a nuestro stand.

Después llegó la ginecóloga que nos acompaña en todo el proceso de sensibilización y le comentamos lo sucedido, por lo que ella pudo contactarse con una jefe de enfermería y nos facilitó una caja de pañales para darles obsequios a las mujeres gestantes y que de esta manera se acercaran a nuestro stand y así fue. Comenzamos a recibir gran flujo de mujeres gestantes y el punto de partida de la información que íbamos a dar era: ¿Han escuchado alguna vez hablar de parto humanizado? ¿Qué creen ustedes que es el parto humanizado? Algunas que se animaron a participar nos dijeron que nunca habían escuchado acerca del parto humanizado, otras expresaron que como su nombre lo decía era un “Proceso humano”, “Algo así como natural del humano”, se realizaba una explicación de lo que es y comprende un parto humanizado<sup>3</sup> y posteriormente sobre la mesa del stand teníamos palabras y conceptos centrales de parto humanizado como lo es autonomía, compañía, apoyo, amor, respeto, contacto piel a piel, libertad, comunicación, entre otras, y se les pedía a algunas de ellas que relacionaran ese concepto con lo que ya les habíamos hablado acerca del parto humanizado. Una mujer nos dijo: “Yo no tengo ni idea qué es eso de contacto piel a piel”<sup>4</sup> entonces les explicamos que una vez dieran a luz se ponía al neonato sobre la mujer y eso favorecía el vínculo entre madre e hijo.

Una de las mujeres gestantes nos expuso una situación en la que ella se había sentido vulnerada y no supo de qué manera responder, nos contó: “Tuve que venir a urgencias porque comencé con dolores, cuando llegué habían tres estudiantes de medicina y uno de ellos me hizo un tacto vaginal que me dolió mucho, después llegó el ginecólogo y me dijo que tenía que hacerme un tacto para saber el estado en el que me encontraba, pero yo le dije que ya el estudiante me había hecho uno, entonces él me dijo que sí pero que ellos eran estudiantes y el necesitaba verificar lo que ellos le estaban diciendo, entonces me tocó dejarme hacer un tacto más y eso me dolía mucho y yo no sabía qué hacer porque ese

doctor resultó fue regañándome porque le dije que no quería que los estudiantes me atendieran más”<sup>5</sup> entonces en ese caso lo que le dijimos es que ella estaba en derecho de expresar sus ideas a tomar la decisión de que si no deseaba más tactos en ese momento lo podía decir y también a dar su consentimiento acerca de todos los procedimientos que le realizaran en una próxima vez, desde que ella se sintiera cómoda y estuviera tranquila<sup>6</sup>.

Después de que se realizaba la fase de sensibilización se les pedía a las mujeres que escribieran en el cartel que se titulaba “*Pasos hacia un parto humanizado*” los aspectos que creían importantes para que ellas pudieran disfrutar de su parto y que les brindara bienestar. Los aspectos mencionados fueron: “*Apoyo*”, “*Tener el apoyo de nuestra pareja*”, “*Tener un parto satisfactorio*”, “*Es poder elegir la ayuda con la familia*”, “*Darle mucho amor a nuestro bebé*”, “*tomar decisiones con mi pareja*”, “*Tener libertad*”, “*Tener compañía*”, “*No tener temor en el parto*”, “*Que nos traten con mucho respeto*”, “*Que nuestra familia nos brinde mucho amor*”<sup>7</sup>.

#### EPISTEMOLÓGICO

4. las entidades prestadoras de servicios de salud es fundamental la formación de equipos de trabajo interdisciplinarios y colaborativos, ya que conocer y valorar el rol del otro es un elemento necesario para abordar de forma integral a los pacientes, que necesitan de un enfoque biopsicosocial que el trabajo interdisciplinar suministra (Universidad de los Andes, 2016).
5. Es fundamental rescatar en la presente situación la prevalencia de la visión médico-asistencialista con la que se aborda la salud de la población, pero particularmente en el presente caso, la intervención con las gestantes, ya que se evidencia importancia en cuanto a los temas del personal médico y de enfermería y los profesionales de

psicología desempeñan el rol de espectadores o en algunas ocasiones hacen las veces de ayudantes del personal médico (Piña, 2010).

6. La humanización del parto hace referencia a un modelo en el cambio de la atención que se les brinda a las mujeres gestantes, donde se convierten ellas en el centro de la atención, basado en evidencia científica y en el cual se brinda autonomía, apoyo, amor, compañía, respeto, empatía, constante comunicación, alcanzando un balance entre las intervenciones médicas y sus necesidades (Biurrun-Garrido y Gobernáticas, 2013).
7. El contacto precoz piel a piel entre la mujer y el neonato favorece la creación de vínculos de apego seguro posteriores entre madre-hijo, así como favorece su bienestar psicológico (OMS, 1996).
8. Un elemento fundamental para resaltar es el de procedimientos médico-instrumentales que se realizan durante el trabajo de parto como los tactos vaginales, algunos de ellos de forma repetitiva si se encuentran siendo atendidas en instituciones de enseñanza, los cuales son para algunas mujeres facilitadores durante el parto, pero para otras genera incomodidad y malestar físico innecesario (Bravo et al., 2008).
9. En este caso hubo aplicación de la estrategia del apoyo informativo, ya que se le expresó a la mujer que dentro del modelo de parto humanizado ella es el elemento central y que por tanto tiene autonomía y libertad de decisión y todos los elementos que participan dentro de la atención (Simkin, 2002).
10. Se evidenció que la población de gestantes y sus acompañantes identificaron elementos importantes del modelo de parto humanizado como: tener el acompañamiento de la pareja o familiar cercano, tener libertad de movimiento,

autonomía, el respeto por la dignidad de la gestante, brindar atención de excelente calidad, recibir apoyo por parte de los profesionales, el respeto a la intimidad (Almaguer et al., 2012).

#### OBERVACIONES

Las actividades del presente diario de campo se realizaron gracias a que el Hospital Local del Norte en Bucaramanga, Santander abrió el espacio de un stand destinado a parto humanizado en la feria de la salud que se realizó en este día.

**Inv. 3 - Diario de campo N° 9.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández

FECHA: Abril 24 de 2018      HORA: 8:00 am - 11:00 am.

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Personal del ISABU (Médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros y estudiantes de medicina).

METODOLOGÍA: Taller reflexivo

OBJETIVO: Orientar a los profesionales del área de la salud que se encuentran a cargo del trabajo en sala de partos en la práctica de la empatía en sus relaciones con las gestantes.

**ONTOLÓGIA**

El espacio para la realización del taller estaba dispuesto debido a que no se encontraban gestantes en trabajo de parto, por esto, obtuvimos completa participación de estudiantes de medicina, auxiliares de enfermería y médicos que hacen parte de la labor en la sala de partos. Se evidenció gran interés por participar en este segundo taller y ellos expresaban “Ya llegaron las chicas del parto humanizado” en un buen tono y con mucho ánimo de participación<sup>1</sup>, por lo que la doctora que se encontraba con los estudiantes de medicina les dio el espacio para que ellos participaran también, por lo que en total éramos 11 personas.

Se dio inicio al taller con una pregunta que introdujera a los participantes en un espacio de reflexión, esta era: ¿Cuándo ustedes van a dar un regalo en quién piensan o qué tienen en cuenta para comprarlo? Una de las auxiliares de enfermería respondió: “Yo siempre trato de tener en cuenta lo que la persona necesita en ese momento o lo que quiere, también en sus gustos”. Otro participante respondió: “Yo miro mi presupuesto y también lo

que sé que a la persona le gusta” y el resto de los participantes estaban de acuerdo con las opiniones expuestas.

Posteriormente se realizó una breve explicación sobre el concepto de empatía<sup>2</sup> entre todos leímos dos fragmentos del texto “Así me nacieron a mi hija”. Se realizaban dos lecturas, la primera para que tuvieran una perspectiva general del texto y en la segunda entonces se les pedía que le asignaran una emoción o qué pensaban acerca de algunas frases correspondientes.

*“En box No1 hay una señora, mayor que las anteriores, a punto de dar a luz. Se queja mucho de dolor, lo que lleva a que el trato que recibe sea más duro. Le dicen que no alegue, que nadie se muere, que eso le hace mal a su bebé, que así no está ayudando. Ya está por salir, otro pujo y sale. Viene con el cordón enrollado en el cuello por lo que, antes de salir completo, cortan el cordón (una circular irreductible al cuello). Sólo entonces lo sacan -está muy morado, mucho más que los anteriores bebés- y lo llevan rápidamente a suministrarle oxígeno. Tienen cuidado de no asustar a la madre, a quien muestran al niño de reojo diciéndole que está todo bien. El trato que este pequeño recibe es más violento que los anteriores: le ponen oxígeno, lo examinan. Saca mala nota” (Sadler, 2004).*

Del anterior texto surgieron por parte de los participantes verbalizaciones como: “Se evidencia mucha falta de tolerancia por parte de los profesionales”, “Impaciencia”, “Desespero”, “Son situaciones frustrantes tanto para la mujer como para los profesionales”, “Los profesionales le dicen esas cosas por intentar calmarla sin darse cuenta que la están lastimando”, “Los profesionales deben tener mucho tacto para decir las cosas”, “Lo que pasa es que las mujeres creen que todo en el embarazo es bonito y cuando llegan al trabajo

de parto se dan cuenta que eso no es así” “Es importante comunicarle al paciente cualquier situación que está sucediendo, tanto con ella como con el bebé”.

#### Texto No. 2

*“Al frente, una mujer llora y se queja. Se llama Alejandra, tiene 25 años. Tiene dos hijos; el primero -que ya tiene ocho años- nació tras un parto normal, y el segundo mediante cesárea. Una voluntaria de la Cruz Roja pasa y le deja una bolsa con pañales y ropa. Alejandra tiene dolores y a ratos gime fuerte, entonces llega una auxiliar de enfermería, le dice que respire profundo y que no se queje porque asusta a las demás mujeres. Pasa un médico a revisarla, le rompe la bolsa de agua (rotura artificial de membranas, RAM) y la sientan en la cama. Apoya su cabeza en el regazo de la auxiliar, quien la peina con una trenza. Dice que siente mucho dolor, le contestan que “aguante un rato más”. Dice que no aguanta, que la guagua va a salir, y le repiten que se calme, que “todavía no puede salir”, que tiene que esperar a que la atiendan” (Sadler, 2004).*

A partir del anterior texto se generaron en los profesionales comentarios como:

“Los profesionales no pueden inhibir a la mujer de que grite o se queje porque necesita expresar su dolor”, “Están faltándole al respeto a la mujer”, “Uno puede pedirle con palabras más respetuosas que no le hace bien gritar para poder aliviar su dolor, también puede explicarle por qué no es conveniente que ella esté gritando pero siempre de forma respetuosa” “Hay que tratar de tranquilizarlas y decirles que deben esperar, que es no es un proceso sencillo pero que todo es por el bien del bebé”.

En el espacio para la reflexión una de las médicas decidió dar su aporte respecto al tema de la empatía y en general sobre el tema de parto humanizado y la importancia que tiene para la salud de las gestantes y de los neonatos: “Yo creo que es importante tener en cuenta todo lo que hemos hablado de parto humanizado y es importante también abrir estos espacios de reflexión porque son cosas que le pasan a uno como profesional todo el tiempo,

a veces uno hace cosas sin intención de lastimar, pero lo hace, tal vez por el cansancio de la jornada o porque a uno esas cosas le molestan, por eso es importante retomar eso que hemos hablado de la empatía, a pesar de mi cansancio yo sé que ella está sintiendo dolores muy fuertes y que si tal vez yo le brindo un trato más agradable ella lo puede sobrellevar mejor, porque es que están aquí adentro desnudas, sin su familia, solas, entonces nosotros somos el único apoyo que ellas tienen acá, no es sencillo ponerse en el lugar de ellas, pero sería mucho más humano si comenzamos a dar pequeños pasos a todo lo que hemos hablado de lo que es un parto humanizado, porque eso comienza principalmente por el trato que les damos, por la compañía y la información que se les brinda, por darles la libertad para enfrentar su dolor de la forma en que lo deseen y respetar sobre todo su dignidad”.

### EPISTEMOLOGÍA

1. El modelo IAP establece la premisa de que las personas en las cuales se está realizando la intervención deben estar activas constantemente durante dicho proceso, donde se tomen en cuenta sus opiniones para la toma de decisiones con el fin de generar soluciones a determinados problemas presentes en la comunidad (Musitu et al., 2004).
2. Desde la perspectiva de Carl Rogers la empatía es *“tratar de comprender lo que la experiencia de la otra persona significa para ella”* (Rogers, 1989). Desde la perspectiva de Davis en 1980, la empatía incluye procesos cognitivos que los denomina: Adopción de Perspectivas, que es aquella capacidad imaginativa y/o intelectual para ponerse en el lugar de la otra persona y la comprensión emocional, que hace referencia a la capacidad que tiene de reconocer y, de igual forma,

comprender los estados emocionales de los demás (Citado por Fernández-Pinto et al., 2008).

**Inv. 3 - Diario de campo N° 10.**

INVESTIGADOR / OBSERVADOR: Laura Catalina Fernández

FECHA: Mayo 8 de 2018 HORA: 3:00 pm - 5:00 pm

LUGAR: Hospital Local del Norte, Bucaramanga.

POBLACIÓN: Mujeres lactantes.

METODOLOGÍA: Entrevista

OBJETIVO: Identificar la aplicación durante el trabajo de parto de diferentes elementos que comprende el parto humanizado en discursos de las mujeres.

**ONTOLÓGIA**

En este espacio se trabajó con las mujeres lactantes que se encontraban en habitaciones horas posteriores al alumbramiento. Únicamente había dos, por lo que decidimos trabajar con cada una por separado para realizarles la entrevista.

Inicialmente me presenté y le conté acerca del estudio que estábamos realizando y de igual forma le pregunté que si quería colaborar contándome cómo había sido el trabajo de parto y toda la labor de los profesionales durante éste, a lo que asintió, se firmó el consentimiento informado y se dio inicio a la entrevista.

La mujer lactante tenía 14 años y había dado a luz sobre la 1:15 am, después de que ingresara a las 10 de la mañana del día anterior. Expresó que había ingresado porque “ya estaba pasada de tiempo, entonces vine y me pusieron la pitocin para inducir los dolores”. De igual forma expresó: “Hasta las 11 de la noche solo tenía dolores y dolores, pero no estaba dilatando, después de las 11 dilaté de 1 a 10 y a la 1:15 am nació Esteban”.

Posteriormente se iban introduciendo a la conversación las preguntas que hacían parte de la entrevista.

1. ¿Qué información te brindaron los profesionales que estaban acompañando tu trabajo de parto?

“Pues cuando entré me dijeron que me iban a poner el medicamento para comenzar el trabajo de parto, que iba a tener dolores y esas cosas, después me hacían los controles esos donde le escuchan los latidos al bebé y me decían que estaba muy bien”.

2. Aparte de los monitoreos cardíofetales ¿Qué otros procedimientos realizaban los profesionales? Como por ejemplo los tactos vaginales.

“A sí, me hicieron varios tactos para saber si estaba dilatada, pero como veían que no dilataba entonces se demoraban en volverlo a hacer, después de las 11 que comencé a dilatar ya me hacían tactos más seguidos y el control ese que le había dicho antes y tenía ahí el medicamento en la vena”.

3. ¿Cuándo ingresaste al hospital te hicieron firmar el consentimiento informado?

“Sí yo me imagino que sí, entre todos esos papeles que estaban ahí”.

¿Antes de realizar cada tacto ellos te preguntaban o te consultaban qué era lo que iban a realizar?

“Sí ellos me decían que me iban a hacer un tacto para mirar que tan dilatada estaba entonces que me acomodara y siempre me decían que era lo que me iban a hacer”.

4. ¿El personal médico estuvo atento a tus necesidades?

“Sí, por ejemplo, en un momento yo tenía mucha sed y dieron agua, cuando quería ir al baño les decía para poderme levantar con el suero, también antes de comenzar a pujar yo les dije que tenía ganas de hacer popó y la doctora me dijo que no, que eran ganas de pujar que pujara tranquila”.

5. ¿Cómo percibiste el trato recibido por ellos?

“Bueno, en ningún momento me dijeron nada feo, no era muy cercano, pero no fue malo”.

6. ¿Sientes que pudiste moverte con libertad en la sala o necesitabas la aprobación del personal médico?

“Pues al principio estaba era acostada, ya después una enfermera me dijo que si intentaba caminar podía dilatar más rápido, entonces le dije que sí que quería caminar y caminé un rato y volvía y me acostaba y así, eso fue lo que me ayudó a dilatar más rápido y ya cuando fue el momento de pasar a la sala de partos me llevaron en una silla de ruedas, porque me dijeron que si quería ir caminando pero preferí ir en la silla y ya cuando llegamos a la sala de partos me acosté en la camilla y comencé a pujar”.

7. ¿Crees que el movimiento como caminar te ayudó en el trabajo de parto?

“Sí obvio por eso fue que dilaté súper rápido”.

8. ¿Sientes que puedes tomar tus propias decisiones durante el parto?

“Mmm, pues uno no puede hacer mucho en ese momento porque el dolor es terrible, pero pues sí, si uno quiere aguantar el dolor acostado o de pie puede hacerlo, entonces yo creo que sí”.

9. ¿Asististe a algún curso profiláctico?

“No, no sé qué es eso”.

En ese momento se realizó psicoeducación respecto a lo que es un curso psicoprofiláctico y los beneficios que tiene para el embarazo y para la etapa de posparto.

10. ¿Qué piensas sobre la lactancia materna?

“Es buena para el bebé, a mí las que me enseñaron fueron mi cuñada y mi suegra y pues hasta el momento el bebé ha comido todo el tiempo”.

11. ¿Durante el trabajo de parto tenías a alguien acompañándote desde la sala de espera?

“Sí, estaba mi suegra ahí acompañándome y ahorita pues ya está en la casa porque los médicos me dijeron que podía salir hasta mañana y el papá del bebé está trabajando”.

12. ¿Qué apoyo recibiste durante el embarazo?

Pues mi suegra y la familia de mi novio estaban súper felices de que yo estuviera embarazada, pues porque yo vivo con ellos y mi familia no ha estado muy enterada de nada porque ellos viven en Cali”.

### **Bibliografía de los diarios de campo.**

- Almaguer, J., García, H. y Vargas, V. (2012) Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras*. México. Vol. 10. Núm. 2/3. Retomado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Álzate, M., y Arango, C., y Castaño, J., y Henao, A., y Lozano, M., y Muñoz, G., y Vallejo, S. (2011). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, Vol.62. Numero. 57/63. Retomado de: <http://web.b.ebscohost.com.aure.unab.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=d258294c-c043-4a53-bb8f-70b265192b83%40pdc-v-sessmgr01>
- Cáceres, M; Nieves, G. (2017). Atención humanizada del parto, diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev. Colombiana de obstetricia y Ginecología*. 68: 128-134. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/0034-7434-rcog-68-02-00128.pdf>
- Calderón, J. y De los Godos, L. (2005). Criterios profesionales para la realización de la episiotomía. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. Vol. 1. Número 2. Retomado de: <http://web.b.ebscohost.com.aure.unab.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=775dc854-449f-4f96-8f20-3373194e3ab7%40sessionmgr103>
- Clínica Versalles. (2014). Guía de manejo médico: Técnica de episiotomía y episiorrafia. Cali, Colombia. Retomado de: <http://www.clinicaversalles.com.co/cms3Mar2017/images/ymolina/GuiasDeManejo/OBSTETRICIA/sp-gm-obs-008%20tecnica%20episiotomia%20y%20episiorrafia%20v4.pdf>

- Colfer, A. y Fernández, J. (2016). Identificar las barreras que impiden la aplicación del parto respetado por el equipo de salud. *Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de enfermería*. Córdoba, Argentina. Retomado de: Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería.
- Conrad, P. (2018). Aromatic childbirth: developing and clinical aromatherapy maternity program. *American holistic nurses association*. Retomado de: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/82-9-art-revision-maniobra-12-3.pdf>
- D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*. 2005; 5:140. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-140>.
- Davis-Floyd R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*.75: S5-23.
- Department of Health. (1993). *Changing Childbirth*, vol. I. Her Majesty's Stationery Office. Londres.
- De Souza, T; Gaíva, M; Modes, A. (2011). Humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaucha Enferm*. 32:479-86. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>.
- Diago, V; Perales, A; Cohen, M. (SF). Muerte fetal tardía. Libro blanco de la muerte súbita infantil. Asociación Española de Pediatría.
- Días MAB, Domínguez RMSM. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Colet*.;10:699-705. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B, Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Universidad Autónoma de Madrid*. *Anales de psicología*, vol.

24, nº 2. España. ISSN edición impresa: 0212-9728. Retomado de:  
[http://www.um.es/analesps/v24/v24\\_2/12-24\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/12-24_2.pdf)

Hodnett E. (2000). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* (2): CD000062.

Hernández, H., y Conde, P., y Roque, M. (2013). Revisión sobre la efectividad del uso de aceites esenciales durante el trabajo de parto. Vol.7. Número 19. Retomado de:  
<http://www.index-f.com/para/n19/pdf/144d.pdf>

Kuo SC. (2005). [Humanized childbirth]. *Hu Li Za Zhi.* 52(3): 21-8.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Lactancia materna y nutrición. *Importancia de la lactancia materna.* Bogotá, Colombia. Retomado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/ImportanciaLactanciaMaterna.aspx>

Molina, I; Muñoz, E. (2010). El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Profesión.* 11(2):53-7.  
<http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol11n2pag53-7.pdf>

Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. (2014). They treat you like you are not a human being: maltreatment during labor and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*; 30:262-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.006>.

OMS. (1986). Guía para la Atención del Parto Normal. [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

OMS. (2013). Más allá de la supervivencia: practicas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C.: O

OMS. (2013). Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerpicio. 11 – 15.

[http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_embarazo/GPC\\_embarazo\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/GPC_embarazo_completa.aspx)

- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: De las funciones a las competencias profesionales. *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología*. Vol. 15. Xalapa, México. Retomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215980001.pdf>
- Puyol, A. (2012). Hay bioética más allá de la autonomía. *Rev. Bioética y Derecho*; 25:45-58. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872012000200005>.
- Rangel, D. (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Federación de Matronas*. Vol. 12. Numero. 3. Retomado de: <http://www.federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2018/01/82-9-art-revision-maniobra-12-3.pdf>
- Sadler, M. (2004). *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto*. Catalonia
- Santos OM, Siebert ER. (2001). The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet*. 75 Suppl 1: S73-9
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (s.f). Guía de manejo de inducción del trabajo de parto. *Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología*. Bogotá, Colombia. Retomado de: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%206.%20%20MANEJO%20DE%20INDUCCION%20FRL%20TRABAJO%20DE%20PARTO.pdf>
- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TD. (2004). The brazilian ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminar y results. *Cad Saude Publica*; 20:1281-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>.
- Rogers, C.R., (1989). El proceso de convertirse en persona. Barcelona, Paidós. Pp. 244.
- Roland-Schwartz ML. (2007). Birthing experience: feminism, symbolic interaction, and (re)defining birth [tesis doctoral]. Oregon: Oregon State University.
- Universidad de los Andes (2016). Importancia de formar equipos colaborativos en salud. *Clínica Universidad de los Andes*. Bogotá, Colombia. Retomado de: <https://www.clinicauandes.cl/shortcuts/novedades/la-importancia-de-conformar->

equipos-colaborativos-en-salud

Wagner M. (2007). Global midwifery –traditional and official– and humanization of birth. *Midwifery Today Int Midwife*. (83): 55-7.

White Ribbon Alliance. (2011). *Respectful Maternity Care: The universal rights of childbearing women*. Washington, DC: White Ribbon Alliance. [visitado 2017 may 8]. Disponible en: [http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf).

### **Apéndice 3. Taller Reflexivo**

#### **Taller reflexivo N° 1.**

**TEMA:** Introducción al parto humanizado.

**POBLACIÓN:** Profesionales (Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos y médicos) a cargo del área de gineco-obstetricia del Hospital Local del Norte.

**OBJETIVO GENERAL DEL TALLER:** Explorar las percepciones sobre el parto humanizado, en personal de la salud perteneciente a la sala de partos del Hospital Local del Norte.

#### **ESTRUCTURA DEL TALLER**

<b>FASES</b>	<b>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</b>
<b>A. Encuadre</b>	Presentación de los estudiantes a cargo del taller, establecer las normas y reglas que estarán presentes durante todo el taller.
<b>B. Sensibilización y fase rompe hielo</b>	Introducción al tema a través de la pregunta: ¿Cómo les gustaría que fuera su parto?

**C. Construcción inicial**

Se divide al personal en grupos de igual número de personas, los grupos están conformados por personal de las diferentes áreas de la salud (enfermería, medicina, psicología); cada grupo realiza una lluvia de ideas sobre sus conocimientos en el parto humanizado (concepto, características, principales prácticas/técnicas).

Una vez finalizado el tiempo estimado para la lluvia de ideas (10 min), cada grupo socializa la información recolectada durante la discusión interna con el fin de dar paso a la reflexión de la temática a través de la plenaria.

**D. Plenaria**  
**(Escriba**  
**preguntas orientadoras)**

- ¿Qué opiniones tienen acerca del parto humanizado?
- ¿Qué diferencias creen que existen entre parto humanizado y parto institucionalizado?
- ¿Cómo podríamos hacer experiencias de parto humanizado dentro de hospitales públicos?
- ¿Cuáles creen que son las principales barreras para la implementación del parto humanizado?
- ¿Por qué creen que es importante el parto humanizado?

**E. Retroalimentación y cierre (incluya la micro-conferencia)**

La retroalimentación de los aspectos expuestos anteriormente se realizará a cargo de la psicóloga en formación encargada del acompañamiento psicológico en el Hospital San Juan de Dios seccional Sonsón, en la cual se exponga su experiencia y la forma de aplicación de dicha modalidad de atención a la mujer gestante y la realización de la micro-conferencia acerca del modelo de parto humanizado.

La humanización del parto hace referencia a un modelo en el cambio de la atención que se les brinda a las mujeres gestantes, donde se convierten ellas en el centro de la atención, basado en evidencia científica y en el cual se brinda autonomía, apoyo, amor, compañía, respeto, empatía, constante comunicación, alcanzando un balance entre las intervenciones médicas y sus necesidades (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013).

Se identificaron en los grupos focales los aspectos centrales de parto humanizado como lo son: ser protagonistas de su parto, tener en cuenta sus necesidades en cada momento, brindar la información necesaria acerca de su estado y del estado del feto, elegir con libertad una compañía, tener libertad de movimiento y posición al momento del parto, expresar sus emociones y respetar su intimidad, entre otras (Almaguer et al., 2012).

### **Bibliografía**

- Almaguer, J., García, H. y Vargas, V. (2012) Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras*. México. Vol. 10. Núm. 2/3. Retomado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66 Ediciones Mayo, S.A. Retomado de: <https://medes.com/publication/85768>

## **Taller reflexivo N° 2.**

**TEMA:** Identificación y manejo de sentimientos (empatía), hacia un parto más humanizado.

**POBLACIÓN:** Profesionales (Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos y médicos) a cargo del área de gineco-obstetricia del Hospital Local del Norte.

**OBJETIVO GENERAL DEL TALLER:** Orientar a los profesionales del área de la salud que se encuentran a cargo del trabajo en sala de partos en la práctica de la empatía en sus relaciones con las gestantes.

### **ESTRUCTURA DEL TALLER**

<b>FASES</b>	<b>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD</b>
<b>A. Encuadre</b>	Presentación de los estudiantes a cargo del taller, establecer las normas y reglas que estarán presentes durante todo el taller.
<b>B. Sensibilización y fase rompe hielo</b>	Introducción al tema a través de la pregunta: ¿Cuándo ustedes van a dar un regalo en quién piensan o qué tienen en cuenta para comprarlo?

**C. Construcción inicial**

Se divide al personal en grupos de igual número de personas, los grupos están conformados por personal de las diferentes áreas de la salud (enfermería, medicina, psicología).

Se les hará entrega de los *apartados 1 y 2* del texto “*Así me nacieron a mi hija*” (Sadler, 2004), los cuales deberán ser analizados con el objetivo de que le asignen una emoción a las diferentes frases consignadas en el apartado del texto que fue asignado.

Una vez finalizado el tiempo estimado para lo mencionado anteriormente (10 min), cada grupo socializa el texto asignado y junto con esto deben explicarle al grupo que emociones identificaron a lo largo del texto, con lo anterior se da paso a la reflexión.

<p><b>D. Plenaria</b> (Escriba preguntas orientadoras)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué aspectos les llamó la atención de los anteriores apartados?</li> <li>• ¿Qué beneficios trae para la prestación del servicio identificar las emociones propias y de los demás?</li> <li>• ¿Qué estrategias podríamos emplear en la sala de partos para ser más empáticos con las usuarias?</li> </ul>
--	--

<p><b>E. Retroalimentación y cierre (incluya la micro-conferencia)</b></p>	<p>En la retroalimentación de los aspectos expuestos anteriormente, teniendo en cuenta la importancia de ponerse en el lugar de las usuarias que se atienden a diario en la sala de partos, de igual forma, reconocer cuales son las emociones que acompañan los discursos de los profesionales y la importancia de reconocerlas para poder brindar una atención más humanizada a lo largo del trabajo de parto. Se realiza una micro-conferencia acerca de la empatía.</p> <p>Desde la perspectiva de Carl Rogers la empatía es <i>“tratar de comprender lo que la experiencia de la otra persona significa para ella”</i> (Rogers, 1989). Desde la perspectiva de Davis en 1980, la empatía incluye procesos cognitivos que los denomina: Adopción de Perspectivas, que es aquella capacidad imaginativa y/o intelectual para ponerse en el lugar de la otra persona y la comprensión emocional, que hace referencia a la capacidad que tiene de reconocer y, de igual forma, comprender los estados emocionales de los demás (Citado por Fernández-Pinto et al., 2008).</p> <p>Según Casera (1983) la empatía se compone de unas fases las cuales son:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fase de la Identificación: Hace referencia a que la identificación con la experiencia del otro, ya que esta lo conmueve y puede suceder que se identifique con él.</li><li>2. Fase de Incorporación y repercusión: Introspección que permite identificar que tiene elementos semejantes.</li><li>3. Fase de la separación: Es el momento de</li></ol>
--	--

	<p>retirarse de la implicación y recurrir a la razón para evitar sentimientos de culpa.</p>
--	---

### **Bibliografía**

Casera, D. (1983). Mis hermanos los psicóticos. Madrid, España. Pp. 49.

Rogers, C.R., (1989). El proceso de convertirse en persona. Barcelona, Paidós. Pp. 244.

Sadler, M. (2004). *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto.* Catalonia

#### ***Apartado 1. “Así me nacieron a mi hija” (Sadler, 2004)***

*“En box No1 hay una señora, mayor que las anteriores, a punto de dar a luz. Se queja mucho de dolor, lo que lleva a que el trato que recibe sea más duro. Le dicen que no alegue, que nadie se muere, que eso le hace mal a su bebé, que así no está ayudando. Ya está por salir, otro pujo y sale. Viene con el cordón enrollado en el cuello por lo que, antes de salir completo, cortan el cordón (una circular irreductible al cuello). Sólo entonces lo sacan -está muy morado, mucho más que los anteriores bebés- y lo llevan rápidamente a*

*suministrarle oxígeno. Tienen cuidado de no asustar a la madre, a quien muestran al niño de reojo diciéndole que está todo bien. El trato que este pequeño recibe es más violento que los anteriores: le ponen oxígeno, lo examinan. Saca mala nota”.*

***Apartado 2. “Así me nacieron a mi hija” (Sadler, 2004)***

*“Al frente, una mujer llora y se queja. Se llama Alejandra, tiene 25 años. Tiene dos hijos; el primero -que ya tiene ocho años- nació tras un parto normal, y el segundo mediante cesárea. Una voluntaria de la Cruz Roja pasa y le deja una bolsa con pañales y ropa. Alejandra tiene dolores y a ratos gime fuerte, entonces llega una auxiliar de enfermería, le dice que respire profundo y que no se queje porque asusta a las demás mujeres. Pasa un médico a revisarla, le rompe la bolsa de agua (rotura artificial de membranas, RAM) y la sientan en la cama. Apoya su cabeza en el regazo de la auxiliar, quien la peina con una trenza. Dice que siente mucho dolor, le contestan que “aguante un rato más”. Dice que no aguanta, que la guagua va a salir, y le repiten que se calme, que “todavía no puede salir”, que tiene que esperar a que la atiendan”.*