

**CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON EN GESTANTES
ATENDIDAS DURANTE EL PARTO HOSPITAL TURBO ANTIOQUIA 2023**

AUTORAS

Andrés Felipe Solarte Morera, Sandy Tovar Trellez, Ana Milena Vásquez Mendoza

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

PEREIRA

2023

**CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON EN GESTANTES
ATENDIDAS DURANTE EL PARTO HOSPITAL TURBO ANTIOQUIA 2023**

AUTORAS

Andrés Felipe Solarte Morera, Sandy Tovar Trellez, Ana Milena Vásquez Mendoza

ASESORA TEMÁTICA Y METODOLÓGICA

Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

PEREIRA

2023

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a todas las personas que nos brindaron el apoyo durante todo el proceso de realización del estudio, principalmente a nuestros padres por estar pendientes en lo que necesitáramos y siempre estar con su apoyo para que alcancemos nuestras metas y sueños, a la profesora Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza quien fue nuestra asesora que nos orientó, nos brindó la confianza y estuvo siempre dispuesta a compartirnos su conocimiento para culminar satisfactoriamente con el proyecto, a los líderes de los hogares del adulto mayor por permitirnos entrar y darnos la confianza para aplicar nuestro instrumento, *a los adultos mayores por permitirnos acercarnos a ellos y ser tan colaboradores*, a las trabajadoras y practicantes de los hogares por darnos información, ser pacientes y darnos ánimo para que cada una de las personas adultas estuvieran dispuestas a acceder al estudio, por último, a la Fundación Universitaria del Área Andina por su autorización para la realización de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	8
1. El problema	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2 Objetivos	13
Objetivos específicos	13
1.3 Justificación	14
1. 4 Alcances y limitaciones	15
2. Marco referencial	16
2.1. Marco de antecedentes o estado del arte	16
2.2 Marco teórico.	39
2.2.1 Conceptualización de alimentación y alimento	39
2.2.2 Conceptualización de nutrición y nutrientes	43
2.2.3 Sobrepeso y obesidad	53
2.3 Marco conceptual	58
2.4 Marco epidemiológico	63
2.5 Marco contextual	64
2.6 Marco geográfico	68
2.7.Marco histórico	71

	5
2.8. Marco ético	79
2.9. Marco legal	79
2.10. Marco disciplinar	88
3. Metodología	90
3.1 Tipo de estudio	90
3.2 Población y muestra	91
3.3 Instrumento	91
3.4 Técnicas de recolección de información	91
4. Análisis de información	91
5. Discusión y análisis de información	105
6. Conclusiones	107
7. Recomendaciones	108
Anexos	109
Referencias	¡Error! Marcador no definido.

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1: Hospital de Turbo Antioquia

Figura 2: Mapa del departamento de Antioquia

Figura 3: Mapa del municipio de Turbo.

Figura 4: Plataforma Estratégica de la Institución de Salud.

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica

Cuadro y tabla N°1: Paridad según nivel de estudios

Cuadro y Gráfico N°2: Vía del parto según edad.

Cuadro y Grafico N°3 Necesidad de bienestar físico y confort/ respiración según edad.

Cuadro y Gráfico N°4: Necesidad de bienestar físico Alimentación e hidratación según edad.

Cuadro y Gráfico N°5: Necesidad de bienestar físico temperatura según nivel de estudios.

Cuadro y Gráfico N°6 Necesidad de bienestar físico y confort descanso y sueño según nivel de estudios.

Cuadro y Gráfico N°7 Necesidad de independencia y autonomía de movilidad según edad.

Cuadro y Gráfico N°8 Necesidad de independencia y autonomía de movilidad según nivel de estudios.

Cuadro y Gráfico N°9 Necesidad de seguridad y pertenencia comunicar necesidades según edad.

Cuadro y Gráfico N°10 Necesidad de seguridad y pertenencia apoyo espiritual según edad.

Cuadro y Gráfico N°11 Necesidad de seguridad y pertenencia apoyo espiritual según nivel de estudios.

CONTENIDO DE ANEXOS

Anexo 1: Encuesta sobre cuidado de enfermería según 14 necesidades de Virginia Henderson en gestantes atendidas durante el parto Hospital Turbo Antioquia 2023.

Anexo 2: Validación del Instrumento por expertos

Anexo 3: Consentimiento informado.

Anexo 4: Cartas institucionales.

INTRODUCCIÓN

: El cuidado de enfermería en la atención de una gestante requiere de práctica centrada en necesidades de bienestar del binomio madre-hijo con una percepción satisfactoria de la madre durante el trabajo de parto, parto y posparto con una evolución fisiológica del parto y con un recién nacido saludable que se adapta bien a la vida extrauterina. Bellido (2010), Rincones (2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS.2012), define parto como un proceso fisiológico que cursa con comienzo espontáneo, bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento, el niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas y después de ocurrido el alumbramiento, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones, atendiendo a estas consideraciones, Virginia Henderson citado en Phaneuf (1993), establece que una persona sana o enferma, es visto como un todo quien presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer, indica que la finalidad de los cuidados, según el enfoque de Henderson, consiste en conservar o restablecer la independencia del sujeto de cuidado en la satisfacción de sus necesidades; enfatizando que el rol del enfermería es ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, compensando aquellas necesidades que por sí sola no pueda realizar como ocurre durante las etapas del parto donde no pueda realizar por sí mismo y así, conservar su condición física y psicoemocional. Henderson, señala que el cuidado debe cumplir principios fisiológicos y psicológicos, además, de suplir los déficits de autonomía de la persona. Bravo et al (2008), en circunstancias variadas e intensas frente a la incertidumbre que genera el trabajo de parto, parto y posparto donde la mujer debe

enfrentar procesos como actividad, uterina, el periodo expulsivo y el inicio de la lactancia materna son momentos difíciles, proceso en que la mujer debe tener un acompañamiento no solo de necesidades fisiológicas y de bienestar, sino un apoyo psicoemocional como afectivo para afrontar con seguridad estas experiencias de ser madre.

CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON EN GESTANTES ATENDIDAS DURANTE EL PARTO HOSPITAL TURBO ANTIOQUIA 2023

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Panamericana de la Salud a nivel mundial (2017), , señala que los servicios de enfermería contribuyen al logro de la equidad, acceso y la mejora de calidad en la atención de salud con la aplicación de los modelos asistenciales; asimismo, da orientaciones en cómo abordar las capacidades de los enfermeros y enfermeras y las condiciones de trabajo, para extender el acceso y la cobertura con equidad y calidad, cuyo fin es establecer un modelo de atención centrado en las personas, la familia y las comunidades, fortaleciendo el primer nivel de atención como las redes integradas de servicios de salud para asegurar la cobertura en la atención sanitaria, donde los profesionales en enfermería desempeñan un papel fundamental en el acompañamiento de la gestante y son quienes, a través de la educación, preparan a la madre para el proceso de gestación y parto con los cuidados necesarios durante el embarazo, parto, postparto como la atención del recién nacido con el inicio de la lactancia materna. Asimismo, son quienes realizan la mayoría de los controles prenatales donde pueden identificar de manera oportuna los riesgos obstétricos, controlando desde el cuidado que contribuye a controlar la mortalidad materna.

Es en este tránsito de la gestación al parto, donde se aplican las “14 necesidades básicas en la paciente” de Virginia Henderson (1947) y, centrada en las necesidades de la

gestante y luego madre con la satisfacción de las fisiológicas, emocionales, psicológicas y espirituales, centrar la atención en estas necesidades, con el fin de lograr una atención de calidad, proporcionando orientaciones y realizando intervenciones basadas en estas necesidades.

El trabajo de parto y parto, son fases que deben tener un estricto seguimiento porque es aquí donde se define la calidad de la atención que es vital para el desarrollo humano como de los lazos afectivos que se tejen antes y después del nacimiento, el cuidado humanizado que da el profesional en enfermería busca garantizar no solo el bienestar de la madre y su hijo, si no también, de las sociedades futuras, con personas emocionalmente sanas y estables, porque cualquier tipo de evento traumático durante el proceso de gestación, trabajo de parto y parto, repercute sobre el desarrollo del futuro ser en desarrollo.

El cuidado de enfermería en la atención obstétrica de manera oportuna, permite identificar las necesidades de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y los posibles riesgos, las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de vulnerabilidad, en esta etapa se pueden presentar diferentes problemas de salud que ocasionan complicaciones para el binomio madre-hijo, los cuales se pueden prevenir mediante seguimiento e intervenciones oportunas por parte de profesionales de la salud al realizar control e intervenciones durante todo el proceso al vigilar la evolución de estas fases.

Una gestación implica algún grado de riesgo y existe la posibilidad de que se presenten complicaciones incluida la muerte a la madre, el feto o a ambos; una adecuada vigilancia, seguimiento de la evolución del embarazo y atención humanizada con calidad,

conlleva a una seguridad para la futura madre, en este orden, es el profesional en enfermería en su relación con la paciente, el factor clave para llevar a buen término el trabajo de parto, parto y posparto, con esto, se puede evitar considerablemente las muertes maternas y propender por el bienestar de mujer y del bebé, es decir la diada madre e hijo.

El informe de mortalidad materna del Instituto Nacional de Salud (INS. 2022) explica que la mortalidad materna en Colombia entre los años 2007 a 2022 tiene una tendencia a la significativa en su disminución, no obstante, un incremento para el año 2020 y 2021 relacionado con la pandemia por Covid-19. Es así como para el año 2022 reporta una razón de muerte materna de 42,9 casos por cada 100 000 nacidos vivos, si bien, la razón presentó disminución estadísticamente significativa, el hecho de que se sigan presentando muertes evitables se considera como una expresión de inequidad y desigualdad.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF. 2023) comparar la razón con países de Latinoamérica, Colombia se encuentra por debajo de República Dominicana (107 casos por cada 100 000 nacidos vivos) y Bolivia (160,9 casos por cada 100 000 nacidos vivos) y por encima de Chile (15 casos por cada 100 000 nacidos vivos) y Costa Rica (22 casos por cada 100 000 nacidos vivos). Los factores de riesgo para la muerte materna se encuentran relacionados con determinantes sociales. Lo cual se explica por diferencias e inequidades que existe en el territorio colombiano por razones de conflicto interno del país, población rural dispersas, pertenencia étnica y otras Necesidades Básicas Insatisfechas, los cuales son reflejo de las inequidades entre grupos poblacionales que

perpetúan la presencia del evento a través del tiempo, lo que tiene a Colombia en el límite de mortalidad materna que proponen los Objetivos Desarrollo Sostenible.

Como se evidencia en el grupo de trabajo interagencial para la reducción de la muerte materna del Fondo de Población de las Naciones Unidas, resalta que la mayor parte de las defunciones son prevenibles; lo cual confirma, que no se garantiza el derecho humano de las mujeres a una maternidad segura, añadido a las consecuencias emocionales y económicas en la familia y en la comunidad, porque reduce la supervivencia del recién nacido, restringe el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una baja de los ingresos familiares con pérdida de la productividad económica (UNFPA/OPS. 2020).

Conforme al Instituto Nacional de Salud (INS), la principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo, lo cual es evitable, por lo cual se hace necesario fortalecer las capacidades del talento humano en salud frente a la identificación del riesgo obstétrico y manejo de la emergencia obstétrica. No obstante, el mayor problema identificado en el análisis son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud relacionado esencialmente con la baja percepción del riesgo y desconocimiento de signos y síntomas de alerta; en segundo lugar, se encuentra la prestación de servicios individuales, principalmente con el incumplimiento de las acciones establecidas en la guía de práctica clínica y deficiencia en la pertinencia de la atención en salud.

De acuerdo con lo antes mencionado, este estudio considera que la atención sanitaria en todas las fases del embarazo y parto es un compromiso y responsabilidad del

equipo de salud, pero también para el profesional en enfermería con el cuidado para asegurar el bienestar fetomaterno y un recién nacido saludable, desarrollando alternativas que transformen la práctica en la atención sanitaria hacia una atención humanizada de calidad.

Con base en lo dicho previamente, se concibe que el desarrollo de un cariño seguro durante la época de la infancia promueve una serie de vínculos interpersonales que aportan de forma positiva a lo largo de la vida, el cual se da desde el momento del parto cuando se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre y se sella ese vínculo afectivo o impronta que establece la primera relación de afecto y que sin duda, se afianza con la lactancia materna exclusiva. Este vínculo que inicialmente es logrado con los padres se dará con otras personas donde buscará estabilidad, seguridad, confianza y apoyo.

Lo señalado indica que todas las necesidades plantadas por Maslow y confirmadas por Henderson, son determinantes en la vida de un ser humano por nacer, lo cual obliga a satisfacer todas las necesidades del binomio materno fetal para asegurar un nacimiento feliz a través de un parto respetado.

Según lo planteado es claro entender que una gestante presenta cambios naturales de su proceso de parto, parto y postparto que demandan cuidados específicos, por lo cual es necesario preguntar:

Formulación del problema

¿Cómo es el cuidado de enfermería según Virginia Henderson en gestantes atendidas durante el parto Hospital de Turbo Antioquia 2023?

1.2.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el cuidado de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson en gestantes atendidas durante el parto Hospital de Turbo Antioquia 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población de las gestantes objeto de estudio.
- Identificar algunas características obstétricas de las gestantes objeto de estudio .
- Reconocer el cuidado de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson en las gestantes objeto de estudio.

1.3.JUSTIFICACIÓN

La Atención del parto como calidad de la atención es fundamental para la madre en su d seguridad y bienestar materno, como también es un indicador de desarrollo de un país, que muestra como es la atención sanitaria. Teniendo en cuenta la atención institucional del

parto, son muchos los protocolos establecidos para su atención lo cual en algunos casos es necesario, pero en otros es injustificado, entendiendo que todos los partos no tienen morbilidad y puede ser un proceso fisiológico de curso natural.

Se observa también que los procedimientos innecesarios afectan emocionalmente a la futura madre quien en ocasiones desconoce lo que le realizan y frustran su experiencia materna, mirando el parto como una vivencia dolorosa y no feliz. Al mismo tiempo, es oportuno el hecho de indagar que la atención del parto tiene factores contribuyentes y coadyuvantes que deben considerarse para poder cumplir una atención acorde a las necesidades de la gestante. La situación descrita anteriormente, es coadyuvante para que este estudio se enfoque en beneficiar a todos los adultos mayores de algunos centros de bienestar del adulto mayor en el departamento de Risaralda,

1.4.ALCANCES Y LIMITACIONES

Se espera que, dentro de su alcance, el estudio refleje como está el cuidado de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson en gestantes, además de encontrar satisfacción del cuidado percibido por las gestantes durante la atención de las distintas fases del parto, tener una información confiable para analizar lo encontrado. Las limitaciones que se presentan se encaminan a la dificultad para obtener información real de lo que las gestantes responden sobre los cuidados recibidos.

2. MARCOS REFERENCIALES.

Este capítulo relaciona los estudios empíricos consultados para el desarrollo de la investigación. Como referentes del tema.

2.1.MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE

El presente marco, es producto de la consulta de diferentes bases de datos indexadas con el uso de los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) con los términos: cuidados de enfermería, parto, postparto; combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR". En total, fueron encontrados 78 artículos, los cuales fueron analizados según la pertinencia y el cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión de acuerdo con el objetivo de la investigación; obteniendo una muestra final de 30 artículos, los cuales fueron organizados bajo una matriz documental realizada en Excel, en la cual se analizaron, ordenaron y clasificaron los artículos de investigación, con su respectiva referencia bibliográfica.

Como resultados de la búsqueda, fueron encontrados artículos en los idiomas, español, inglés y portugués. Llama la atención que, aunque el término “humanización” no fue tenido en cuenta como criterio de búsqueda y que el análisis se hizo con artículos de diferentes países, este término hace parte de muchas de los artículos analizados, con lo cual se puede concluir que el cuidado de enfermería se encuentra estrictamente ligado con la humanización de la atención en los cuidados brindados.

Según Oliveira y otros, en su artículo: *acceso a los cuidados en trabajo de parto y parto seguridad materna*, publicado en la revista latinoamericana de familia en el año 2020, el cual tuvo por objetivo analizar el tiempo de acceso a los cuidados de salud en el trabajo de parto y parto y su incidencia en la seguridad para la salud materna. En este artículo, se puede analizar el tiempo de acceso a los servicios en salud de las mujeres en trabajo de parto y parto y su incidencia en la salud materna, citan, que a través del modelo de las tres demoras en el que se tratan las emergencias obstétricas y los resultados del binomio madre e hijo, se pueden llegar a presentar emergencias y urgencias obstétricas. Se identifica, además, que incluso aquellas atenciones de partos que no presentan riesgos, por las diferentes demoras en los servicios de salud, se pueden complicar y pueden poner en riesgo la salud y la vida tanto de la madre como del hijo. Entre sus conclusiones más relevantes, se encuentra que la calidad de la atención y la seguridad de la madre dependen no solamente de factores implícitos dentro del trabajo de parto, sino también en los cuidados que se puedan brindar en los diferentes servicios hospitalarios.

Por otra parte y según el artículo de Fernández y otros (2016), donde se estudia el desempeño de las Doulas en la atención de la mujer y su familia, durante el período gestacional y el parto. En este artículo, se analiza el desempeño de las doulas que laboran en Costa Rica en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, el parto y post parto. Es necesario indicar que, en su mayoría no se encuentran capacidades para llevar a feliz término un proceso de alumbramiento, pero también se reconoce, que existen muchas que cuentan con las suficientes habilidades y conocimientos y que de muchas maneras pueden ayudar a llevar a feliz término el proceso de dar a luz, en todo caso, en compañía con los profesionales de obstetricia, médicos y enfermeras, con lo que se

puede garantizar procedimientos confiables y, por lo tanto, el bienestar materno y el del hijo.

Es de resaltar que hoy en día, cada vez surgen más procedimientos alternativos para minimizar el estrés materno, en los que se puede encontrar técnicas, como la musicoterapia, la hidroterapia, entre otros, que ayudan a las mujeres a relajarse en el parto y que son prácticas no invasivas y naturales. Las doulas por lo tanto, deben estar formadas y capacitadas para acompañar el proceso del parto y su servicio puede ser complementario, además, pueden ayudar a identificar en la mujer cuáles son sus preferencias y respetar los derechos en su parto.

Por otra parte y teniendo en cuenta el artículo: efectos maternos y neonatales del parto en el agua, escrito por Rodríguez y Soto (2021), en la revista clínica e investigaciones en ginecología y obstetricia, donde analizaron el tiempo de acceso a los cuidados en salud en trabajo de parto y parto y su incidencia en la seguridad para salud materna, este estudio se realizó de manera transversal, analizando el riesgo presentado en la historia clínica de púerperas y maternas, además de analizar diferentes bibliografías, donde estudian el efecto de los medicamentos en la atención del parto, analizan la oxitocina y las prostaglandinas más utilizadas, pero que, en la evidencia científica pueden llevar a cesáreas y episiotomías. Por ello, como foco central de la investigación se aborta y profundiza el parto en el agua, pero concluyen, que este procedimiento puede ser tenido en cuenta pero en aquellas gestantes que son de bajo riesgo obstétrico, también concluyen, que en comparación con otras técnicas, el parto en el agua disminuye el número de cesáreas y episiotomía, pero identifican que este procedimiento está menos protocolizado y por lo tanto, carece de

muchas bases científicas y que esto, conlleva a la necesidad de investigar y profundizar más del tema y de esta manera poder identificar qué tan beneficioso o no, lo es para la salud materna y la del bebé.

Por su parte, Aparecida y otros (2020), en la revista texto y concepto de enfermería, publican el artículo: la atención el proceso de parto en la perspectiva de los profesionales de enfermería, el cual tiene por objetivo, determinar mediante la literatura científica actual, los efectos maternos y neonatales de la inmersión durante el parto y el periodo de expulsivo; este artículo plantea que el parto y el nacimiento debe ser natural y que en la medida de lo posible, no debe ser intervenido con procedimientos invasivos y que, si bien existen medicamentos que pueden ayudar en el proceso de parto, estos deben ser usados única y exclusivamente cuando sea necesario, bajo estricto control y seguimiento por profesionales capacitados.

Es importante resaltar que las gestantes deben recibir información oportuna y veraz, de manera tal que reconozcan, cuál es el momento propicio para iniciar su proceso de hospitalización, en el que los cuidados de enfermería, un ambiente tranquilo y la privacidad, garanticen un entorno favorable para la madre y el recién nacido, en todo caso es importante que conozcan además, cuáles son las barreras y debilidades que se presentan en el proceso y que al ser conscientes de ello, puedan tomar las decisiones más asertivas para su proceso de parto.

Contemplando además la influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en atención humanizada del parto, el cual es un artículo, publicado en la revista

cubana de enfermería en el año 2018 por Borges y Sánchez, en el que se precisa la influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada del parto. Los autores realizan una revisión bibliográfica sistemática, con el fin de construir un análisis crítico, en el que identifican que la humanización tiene que ir de la mano de los conocimientos científicos y del contexto.

Además indican que a veces estas prácticas no responden a las necesidades de la mujer y que a veces, el equipo de salud actúa teniendo en cuenta sus conocimientos y principios científicos, pero desconociendo el control que tienen que tener la mujer dentro del proceso de su parto, es necesario que los profesionales de enfermería comprendan que las parturientas buscan ser atendidas con calidad y oportunidad y por ello, se hace necesario, mejorar el desempeño profesional, pero en todo caso, reconociendo los valores humanos dentro del proceso de la atención del parto, también deben entender el sentir de cada persona, generando confianza y cuidados con una atención personalizada y con una atención humanizada, que busque el logro de los objetivos del parto pero centrada en la persona.

Otro artículo que aborda un poco la humanización, es el publicado en la revista de salud pública de Río de Janeiro en el año 2014, en el que Carmo y otros, analizan las intervenciones obstétricas durante el trabajo de parto y el parto, en mujeres brasileñas con riesgo obstétrico, en este artículo que tiene por objetivo, describir las buenas prácticas en la atención, como lo son la alimentación, uso de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor, el monitoreo del trabajo del parto a través del partograma y otras intervenciones, se sustrajo información de diferentes historias clínicas donde a través de variables estadísticas

y geográficas, pudieron identificar la población en el que se encuentra, que los embarazos de riesgo habitualmente son expuestos a situaciones o intervenciones de prácticas clínicas farmacológicas y también en algunos casos intervenciones innecesarias, comparando entre las mujeres brasileñas de bajos y altos recursos, encuentra que aquellas que tienen menos capacidad adquisitiva, sufren un poco más el proceso de parto, toda vez que, existe poca analgesia e inician procesos para adelantar el parto de manera innecesaria, en cambio las mujeres de mejores ingresos, pueden tener un parto más cuidado, con mayor acceso a procedimientos oportunos y disminuyendo la escala del dolor.

Por lo anterior, concluyen que las desigualdades entre ricos y pobres y que también son evidentes entre el sector privado y público, definen en gran medida el bienestar de las madres en su proceso de parto, donde son más favorecidas las personas de mayores ingresos y las clínicas privadas. En todo caso se manifiesta que independiente del tipo de hospital en el que se sean atendidas, deben ofrecer cuidados que busquen mejorar las condiciones y la calidad de la atención de las mujeres en el proceso de su parto, para con esto evitar en gran medida las complicaciones obstétricas.

Por otro lado, un artículo que analiza la inducción del parto como una práctica común en obstetricia y que además revela que ha sido más frecuente en los últimos años, identifica las características de los partos inducidos en el hospital universitario Marqués de Valdecilla, donde Apiciada y otros en el año 2018, analizan de manera descriptiva y retrospectiva diferentes historias clínicas del hospital en mención que tratan de identificar, los efectos adversos presentados en la hospitalización de parturientas.

Los investigadores diseñan un documento para ser usado como base para el análisis de la información y concluyen que la inducción del parto representa el 35.1% de los partos atendidos en el hospital y que estas inducciones se deben a estados hipertensivos y partos prolongados, esta información es comparada con otras investigaciones similares realizadas en España y Sri Lanka, donde identifican que la suya, es una de las tasas más altas, es decir, que en este hospital realizan mayores inducciones a partes que en otros con características similares. En el análisis se identifica que la oxitocina es uno de los medicamentos más utilizados y que también aumentan las cesáreas. Los investigadores concluyen que el tema debe seguir siendo investigado y que su artículo puede ser usado para la práctica clínica, de manera tal que se evite al máximo las inducciones del parto y se usen en menor medida oxitócicos para acelerar este proceso.

La humanización nuevamente citada por Coral (2018), en su artículo, se trata la humanización del cuidado de enfermería durante el parto y este, busca sensibilizar al profesional de enfermería al respecto, este estudio se realiza de manera prospectiva y descriptiva, en un hospital de segundo nivel del departamento de Cundinamarca, para el desarrollo de este, se realizaron encuestas a gestantes en las que se incluyeron, los cuidados brindados por los profesionales de enfermería en como también la educación brindada en el trabajo de parto. Llama la atención en este artículo, que el 51% de las mujeres solicitaron ser acompañadas por su esposo, pero que esto no fue tenido en cuenta, dado que no era una política institucional.

En el análisis se identifica que el apoyo en el trabajo de parto debe ser continuo y lo más habitual posible y que es necesario el acompañamiento de un familiar durante el

proceso de parto, además que esto beneficia en gran medida a las parturientas, ya que se ha demostrado que disminuye el dolor, hacen que el parto sea una experiencia menos traumática y que el recién nacido necesite menos reanimación; además identifican que también es menos probable que se presenten morbilidades. Concluyen que el parto debe ser una experiencia satisfactoria para la mujer y que los profesionales de enfermería deben prestar una atención más individualizada y humanización y que esto, debe implicar el conocimiento científico, los cuidados y la educación y que esto debe ser aplicado a todas las gestantes que inician su trabajo de parto, además que se debe respetar el derecho de la mujer de ser acompañada y que esto se convierta en un apoyo vital para llevar a feliz término su parto.

De otra parte, Sepúlveda y otros (2022), con el fin de analizar la experiencia del parto en un hospital de España donde se analiza la humanización versus la tecnificación, se hace un análisis bajo el modelo cualitativo fenomenológico, en el que se explican y describen las experiencias de las mujeres que dieron a luz en un hospital de tercer nivel en Barcelona España, con especial atención en las experiencias relacionadas con el cuidado humanizado y la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Este análisis se realizó con algunas entrevistas semi estructuradas en las que evaluaron la satisfacción de las maternas y los cuidados de enfermería brindados en el parto, donde la mayoría de las maternas manifestaron respeto, se sintieron seguras y fueron informadas sobre todo el proceso de parto, en este artículo hacen una comparación bibliográfica con otros países de Latino América y la India, en donde la madre pierde control de su alumbramiento, incluso se limita el acompañamiento de personas que les brinden apoyo.

Como parte de las conclusiones, este estudio encuentra que, en el hospital analizado, las maternas tienen acceso a muchas herramientas tecnológicas que les permiten hacer seguimiento a su gestación con tecnología de punta, también son informadas antes de iniciar su proceso de parto, acerca de las posibles complicaciones, además de los derechos a los cuales tienen en el momento de dar a luz. Los investigadores encuentran que en el hospital analizado, las ventajas de las tecnologías con que cuentan en la atención de un parto no son la prioridad, sino se brinda un trato humanizado, por lo tanto, concluyen que los recursos materiales no son la prioridad sino el talento humano y los cuidados brindados.

Guarnizo y Rodríguez (2018), en su publicación en la revista Cubana de Salud Pública, con el artículo: Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna. Realizan a través de una revisión documental y búsqueda bibliográfica, un análisis de más de 110 artículos, en estos, encuentran que los cuidados del personal sanitario son un factor fundamental en el momento de la atención al parto, pues estos, ayudan a reducir las molestias físicas y favorecen la recuperación de las pacientes, además, que el acompañamiento de un familiar cercano o del padre, reduce notablemente las muertes maternas y complicaciones en el momento de parto.

Encuentran también, que la educación brindada por los profesionales sanitarios en la etapa de gestación y las visitas domiciliarias por parte de enfermería a las mujeres con mayor riesgo, mejoran en gran sentido la salud materna, pues a través de la identificación de factores determinantes que influyen en el riesgo, pueden ser mitigados de manera temprana, por ello encuentran que se hace necesario brindar un acompañamiento continuo y especializado desde la etapa de gestación, en la que se puedan identificar riesgos de manera

temprana y con esto se preserva la salud materna y del bebé y se previenen en gran medida las tasas de mortalidad materna. Por ello, los profesionales en enfermería tienen un papel fundamental para mejorar las condiciones y prevenir complicaciones futuras de las parturientas.

Otro artículo realizado en el año 2017, descrito por García y otros, busca conocer los efectos del contacto piel a piel y cómo esto influye en la lactancia materna, de los recién nacidos del instituto nacional de perinatología, este estudio con características prospectivas descriptivas y observacionales transversales, que fue publicado en la revista perinatología y reproducción humana, detalla la importancia de la duración del contacto piel a piel en el momento del nacimiento y que en la medida de lo posible este contacto se debe dar de manera inmediata y por un tiempo superior a media hora, encuentran que esto influye para que el recién nacido se adhiera de manera fácil a la lactancia materna y que este proceso no se debe limitar a madres con parto vaginales sino también con aquellas que dan a luz a través de una cesárea, además encuentran que este contacto genera un vínculo de apego en el binomio madre e hijo.

El contacto piel a piel es una práctica que debe involucrar a todo el personal que está a cargo del trabajo de parto, los cuales deben conocer de los beneficios que esto genera ya que esto, mejora en gran medida la transición hacia la vida extrauterina; por esto, el personal de salud debe estar capacitado para abordar diferentes situaciones que se puedan presentar durante el parto, e independientemente del proceso, deben brindar seguridad, bienestar a la madre y al recién nacido, lo cual debe ser su mayor prioridad.

Por otro lado y citando a Loezar, Briones y Montserrat, quienes analizaron las percepciones de las madres y padres primerizos sobre la atención sanitaria recibida, durante la transición hacia la maternidad y la paternidad, realizan un estudio de tipo cualitativo el cual fue publicado en la Gaceta Sanitaria de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria en el año 2022, este estudio se realizó con mujeres y sus parejas pertenecientes a un grupo de lactancia materna, en donde pudieron indagar si ellos, estaban preparados para la transición hacia la paternidad, en esta investigación, se pudo encontrar que en muchas ocasiones la etapa gestacional se enfoca en los cuidados maternos y el bienestar de la madre y el bebé, pero dejan de lado la educación por parte del profesional sanitario, para preparar a los padres para esta nueva etapa de su vida y además brindar un acompañamiento psicosocial en el que las parejas se preparan para cambiar sus roles dentro del núcleo familiar, se identifica además, que se hace necesario incluir a los padres en toda la etapa perinatal.

Por lo anterior, recomiendan que se hace necesario contar con grupos de apoyo en los que se pueda garantizar una atención integral y humanizada, que fomente la vinculación de los padres desde el embarazo hasta los cuidados del recién nacido y que se vuelvan partícipes de todos los cuidados del recién nacido.

De otra parte, Ferreira y otros (2017), publican en la revista cubana de enfermería el artículo Atención de enfermería durante el trabajo de parto y parto: la percepción de la mujer. Este artículo investiga los cuidados de enfermería brindados y la percepción de las mujeres y como esta puede contribuir para mejorar la atención por parte de profesionales. Este artículo tiene como método la investigación cualitativa, en donde se entrevistaron a 16

madres con documentos semiestructuradas, en este artículo, se encuentra que en su mayoría las gestantes, percibieron un trato digno en el parto y argumentan que en este proceso es necesario que se brinden cuidados afectuosos, se brinde un entorno seguro y que los profesionales de enfermería sean enfáticos en valorar a la mujer ya que cada una tiene necesidades individuales, también, encuentran que es necesario el respeto y la sensibilidad por parte del personal sanitario, ya que este proceso es único y está lleno de muchas emociones.

Por esto, es importante que los profesionales en salud traten de minimizar el dolor y se valgan de algunos procedimientos no invasivos, para generar un entorno agradable, entre ellos, se puede citar, propiciar las duchas, tener cercanísimo con las gestantes, enseñar ejercicios respiratorios, dar masajes, propiciar la deambulaci3n activa, usar pelotas de parto y mejorar las condiciones de confort. Tambi3n concluyen que la buena comunicaci3n entre el equipo de profesionales que atienden el parto, la mujer y su familia mejoran la percepci3n de las madres, por ello, es necesario que los profesionales manejen un lenguaje asertivo, que se trate el parto con serenidad y calma y que se maximicen los recursos para el manejo del dolor.

La Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, publicaron el artículo: *C3mo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia*, en este, Álvarez (2013), describe c3mo las mujeres que presentaron hemorragias, percibieron el cuidado brindado por el personal de enfermería durante el trabajo de parto, parto y postparto, por esto, realiza una investigaci3n de tipo cualitativa, fenomenol3gica e interpretativa, a trav3s de entrevistas, en su artículo,

encuentra que las acciones y comportamientos del profesional de enfermería, tanto en el cuidado físico como emocional y que estén presentes en todo el proceso del cuidado de la madre y del hijo, generan un ambiente protector, en el que se integra también la familia. Indica, además, que los cuidados, tratamientos y procedimientos de enfermería, ayudan a las gestantes a tranquilizarse y a mejorar su recuperación.

Es necesario mencionar que el manejo del dolor a través de los cuidados y generar un ambiente de comodidad y tranquilidad, impacta positivamente en los gestantes, concluye que según las entrevistas realizadas, la hemorragia como tal, no es la que mayor relevancia sustentan las investigadas, pues se enfocan más en los cuidados recibidos durante el parto, ya que estos minimizan el evento traumático. El artículo muestra como una atención con calidad y centrada en el cuidado de la madre, hace que las complicaciones del parto sean un poco más llevaderas.

Por su parte, Angarita (2018), en su artículo: El acompañamiento por enfermería en la atención del trabajo de parto y parto: una revisión narrativa de la literatura, el cuál fue publicado en la revista de investigación en salud de la universidad de Boyacá, realiza una revisión bibliográfica de los beneficios del acompañamiento del profesional de enfermería durante el proceso de parto y encuentra que, la humanización, hace parte de los diferentes procesos que se tienen que dar al interior de las instituciones y que incluso en aquellas donde no existe ya hace parte de sus planes de mejora, esta investigación encuentra, que los profesionales de enfermería, además de brindar cuidados, también abordan las situaciones con mayor empatía que sus auxiliares, toda vez que tienen conocimientos científicos que los ayudan a entender un poco más las patologías de la madre.

En este artículo, encuentra que una de las mayores falencias a nivel hospitalario que se pueden presentar, es la falta de acompañamiento por parte de un familiar cercano, también encuentra, que infortunadamente el quehacer del profesional en enfermería se ha visto doblegado, por la cantidad de actividades administrativas que cada día tienen que desarrollar. De esta manera, también concluye que la participación del enfermero profesional durante el proceso de parto genera un impacto positivo ya que ayuda a disminuir que se realicen procedimientos invasivos toda vez que con sus conocimientos científicos puede prevenir complicaciones. También identifica que estos cuidados profesionales, disminuyen las tasas de morbilidad materna, los enfermeros generan un ambiente de tranquilidad, respeto y dignidad, donde se pueden garantizar los derechos de la madre y de la familia.

De igual forma, Campos y Vázquez (2021), a través de la revista colombiana de enfermería publican el artículo: El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. En este se busca describir la percepción de la gestante, acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería durante el trabajo de parto, donde se tienen en cuenta las 5 dimensiones de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, este artículo utiliza el método de fenomenología interpretativa donde las investigadoras, pudieron tener acceso consentido a las bases de datos de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Neiva, de mujeres que dieron a luz en el año 2017. En el artículo se resalta que la gestante en su proceso de parto pasa por diferentes situaciones sentimentales ya que presentan una gran carga hormonal y emocional, aunado a esto la generada por la hospitalización que les trae incertidumbre, otro aspecto relevante es la falta de acompañamiento, lo que aumentan esta carga de emociones, en la que está incluido todo

el núcleo familiar que esperan con ansias noticias.

Por ello, los profesionales de enfermería deben generar ambientes de confianza y brindar los cuidados para suplir las necesidades de las parturientas, es así como se hace necesario asumir el cuidado con compromiso y responsabilidad brindando confianza y empatía a las gestantes, en donde se pongan a prueba todos los conocimientos científicos y la experticia del quehacer enfermero. Es necesario por lo tanto, conocer y reconocer al otro como una persona emocional y saber abordar las situaciones sin que se afecten las creencias de las mujeres y de la familia.

Otro artículo que trata la humanización, es el publicado en la revista cubana de enfermería por Borge y otros (2018), en el que se enfoca la concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y postparto, este tiene como objetivo identificar las referencias teóricas y metodológicas, que sustentan el cuidado humanizado hacia la mujer durante el trabajo de parto, para ello se realizó una revisión bibliográfica sistémica donde se pudo hacer un análisis crítico y reflexivo en el que estos autores, hacen un análisis de cómo la enfermería es una profesión humanizada, que enfoca sus cuidados del individuo, pero que también aborda la parte espiritual, la empatía y el altruismo para el logro de los objetivos.

La enfermería además, tiene un componente social en el que se debe dignificar la vida humana a través de actitudes y prácticas diferenciales para cada individuo. El quehacer enfermero hace parte de las ciencias humanas y por ello, tiene este enfoque holístico en el que se busca brindar cuidados para satisfacer las necesidades físicas emocionales y

espirituales de las personas y por lo tanto, debe generar más empatía hacia las parturientas y tratar el parto como un evento simbólico en el que se debe generar mucha empatía.

García, Ruiz y otros (2016), estudian los cuidados del control prenatal en un primer nivel de atención, con relación a la norma técnica mexicana. Este artículo que fue publicado en el repositorio institucional de la universidad autónoma del estado de México hace un análisis descriptivo transversal, en el que se identifican los cuidados de enfermería brindados por el en el control prenatal a usuarios que asisten a un hospital de primer nivel de atención, los investigadores, se enfocan en 91 profesionales de enfermería que se encargan de realizar los controles prenatales.

En esta se tuvo en cuenta preguntas abiertas y cerradas con el fin de no sesgar la información. En este artículo se encontró que según la norma técnica mexicana, lo que se busca es la seguridad del binomio madre e hijo y también las implicaciones legales del equipo de salud, pero evidencia, muchas debilidades en cuanto a la atención de los controles prenatales, donde se identifican desconocimientos y vacíos importantes por parte de los profesionales de enfermería, en estos controles evidencian que en un poco porcentaje, se realizan las maniobras de Leopold y la exploración vaginal además de carencias de visitas domiciliarias, así como también la aplicación de otros procedimientos como la vacunación oportuna, la vigilancia de las glándulas mamarias y por lo tanto la detección oportuna de riesgos.

Este artículo, deja ver, como los profesionales de enfermería en muchas ocasiones no están preparados para desarrollar tareas que desde el quehacer enfermero deberían ser

básicas, pero que impactan en gran medida para disminuir las complicaciones de los embarazos y por lo tanto el proceso de parto.

El análisis buscó según (Atayde Manríquez & González-Robledo, 2020) conocer la vivencia y los sentimientos en la práctica de la partería, en el estado de Morelos, se hizo un análisis cualitativo, secundado en el método etnográfico, las doctoras en ciencias de la salud Karina Xóchitl Atayde Manríquez y Luz María González-Robledo publicaron en el año 2020 este trabajo que se desarrolló con trabajo de campo entre febrero y noviembre del año 2019, recolectaron información. Observaron y entrevistaron de forma profunda utilizando herramientas como el diario de campo; de acuerdo con unos criterios de exclusión, se realizó la selección de la muestra como residir en el lugar del estudio, dedicarse al oficio de la partería y claramente, aceptar participar en el estudio, la prevalencia en casos llenos de información prevaleció al momento de comprender este fenómeno puesto que lo que se buscó fue la recolección de experiencias más que la organización de datos y cifras.

Durante todo el proceso se siguió un enfoque flexible en la incorporación y sistematización de nueva información para la configuración de la vivencia y los sentimientos de las parteras en el ejercicio de su quehacer en un entorno específico. Este estudio cualitativo apoyado en el método etnográfico tuvo como resultado la construcción de un perfil sociodemográfico para los participantes arrojando así que de 8 parteras, 2 son parteras formadas En El nivel técnico pero sin reconocimiento en México, 3 son tradicionales y otras 3 se encuentran en formación, incluso, de esta última categoría, una de las parteras en formación, contribuye a la apertura de una escuela de formación en partería

de la ciudad de México.

Este estudio permitió vislumbrar la experiencia de las parteras y sus diferentes roles dentro del trabajo de parto, parto y posparto, mediante el método cualitativo se establecieron las emociones de las parteras, dada su experiencia en el campo de atender el embarazo y su finalización, se indago sobre el trato que reciben y cómo se relacionan con el resto del personal sanitario profesional entorno al quehacer en la atención del parto y posparto, este estudio por ende logra reconocer los elementos que forman dicha experiencia en las parteras de Morelos, estableciendo todos los procesos que les diferencia de la lógica del modelo alopático hegemónico médico, sin embargo, las características metodológicas de este estudio posee unas limitaciones que requiere una investigación y entrevistas mucho más profundas, planteando nuevas preguntas que permitan ahondar en la comprensión de este fenómeno social.

Hernández Betancur¹ y Vásquez Truissi (Atayde Manríquez & González-Robledo, 2020) (Hernández-Betancur & Vásquez-Truissi, 2015) buscaron en con este estudio, describir la satisfacción y percepción expresada por las gestantes en relación con los cuidados de enfermería prestado durante los controles prenatales, utilizaron como técnica de recolección de la información, la fenomenología interpretativa de estudio cualitativo utilizando las diferentes entrevistas que se aplicaron a profundidad, entre los temas encontrado están “el cuidado de enfermería comprometido como generador de sentimientos de aceptación en el control prenatal” y “la gestante protagonista de su cuidado desea una interacción con la enfermera aún más profunda” las gestantes manifestaron el apoyo prestado por parte del personal de enfermería lo que aportó a su crecimiento personal.

Durante las consultas prenatales, fue muy importante el entendimiento por parte de las gestantes de su rol y aceptación de la maternidad afianzando así los lazos y vínculos de amor que le unirán al nuevo ser y que garantizarán su desarrollo. La clave para mitigar la mortalidad materno perinatal no es causal únicamente de desarrollo socioeconómico, radica en ofrecer una atención eficaz y accesible, el empoderamiento de las gestantes es la piedra angular para la reducción de eventos adversos, según la base filosófica en la que se plantea este estudio, el entendimiento según Watson, por el comportamiento humano, coloca al sujeto como actor principal del cuidado, la salud y las condiciones que propician la enfermedad (duelo, ansiedad, soledad, etc.)

Los postulados incluidos en la teoría de Watson sobre el cuidado humano y lo que es la calidad para Avedis Donabedian, fueron la piedra angular para la identificación durante este estudio entre el profesional de enfermería y gestante, los resultados entonces se articularon con estas dos corrientes filosóficas que fueron el punto de partida para esta investigación, estas dos corrientes se relacionan entre sí por promulgar una visión del cuidado con amor, calidad a través del amor a la profesión de enfermería.

El estudio concluyó que las gestantes hacen especial énfasis en la relación de cuidado que surgió entre ellas y el profesional de enfermería, en donde ambas partes que conforman esta diada se consideran como únicas e irrepetibles, esto invita según Watson, a vivir el momento del cuidado de manera transpersonal, a hacer un sinergismo entre amor y cuidado, para las gestantes es fundamental aclarar todas sus dudas e inquietudes lo cual se vio evidenciado por el acompañamiento de la enfermera.

Botteri y Bochar (2017), plantean que los saberes empíricos normalmente son immaculados, porque son eternos, precisos y efectivos. este artículo publicado en la revista *Alteridades*, busca mostrar la posibilidad de empoderamiento (Murguialday, Pérez de Armiño y Eizaguirre, 2001) de las mujeres a través de la medicina de la partería tradicional mexicana y las condiciones que propician un buen parto mediante las diferentes herramientas que la componen.

Se han practicado durante décadas, permitiendo al que los posee su perfección y la ayuda efectiva a su comunidad; es el caso del don empírico de las parteras tradicionales. Ahora bien; el objetivo de la partería tradicional es mostrarle al mundo que existe una manera distinta de llevar a buenos términos el trabajo del parto y fortalecer esta práctica con la medicina tradicional (manual y placentaria). De esta manera el parto por practicado por las parteras es un tratamiento que se lleva a cabo durante y después del embarazo, lo que se conoce como posparto.

Desde la vista investigativa, este tipo de eventos se enmarca en una observación de la cultura del acto del parto y posparto, cultura tradicional en los indígenas, donde se debe intervenir para tener mayor certeza de lo observado e investigado, por ello se habla de una metodología etnográfica cualitativa porque permite narrar y descifrar todo lo que ocurre de manera ordenada; por esta razón al intervenir en tiempo real el trabajo de las parteras tradicionales por medio de la técnica de entrevistas y ver una atención real de parto, nos lleva a unos resultados de la investigación que se enmarcan desde que la partería es ancestral de los indígenas, porque fueron ellos quienes fundaron esas técnicas naturales

para atender un trabajo de parto, esta sabiduría fue transmitida a las mujeres mestizas, que son las que hoy se conocen con esa denominación “parteras”, de la misma manera la antropología médica ha venido haciendo un fuerte trabajo en analizar y participar con investigaciones etnográficas cualitativas para tener certeza de las acciones manipulativas que usan las parteras para salvar vidas o ayudar a dar vidas.

De esta manera se ha encontrado finalmente que las parteras son reconocidas por programas especializados en el asunto para dar capacitaciones y difundir el conocimiento ancestral, pero no se ha podido categorizar a estas mujeres y su práctica como parte de la medicina especializada para atender un parto, es importante tener presente que la misma medicina biomédica, señala que hay mejores vínculos afectivos entre madre e hijo cuando el parto es natural y en casa. Cuando el parto en casa atendido por las parteras es un arma psicológica comfortable para la valentía de la mujer embarazada como la unión emocional positiva entre la madre y el hijo dado a luz; además, de la confianza que le da a la madre de no someterse a una cesarí. También se fortalece ese gozo de parto durante el parto, parto y posparto. Siempre lo natural prima sobre lo artificial.

En el año 2018, de igual manera es publicado el artículo “Percepción social de usuarias atendidas exclusivamente por enfermeras en la etapa perinatal” cuyos autores buscan analizar la prestación del servicio obstetra de las enfermeras sobre los clientes, por medio de la técnica de recolección de la información la entrevista con preguntas conducidas y abiertas para dar garantías de respuestas honestas, usando una metodología con enfoque cualitativo descriptiva, para lograr analizar de manera consciente el servicios de las obstetras. La investigación se aplicó a madres en proceso de maternidad (34 mujeres),

donde a los resultados se le hizo una minuciosa interpretación para valorar la gestión de estas funcionarias de la salud con respecto al cuidado y trato a las madres y recién nacidos, para prevenir o mitigar enfermedades presentes o futuras.

En cuanto a los resultados, en el contexto de la atención de las obstetras, siempre se están actualizando con programas especializados para mejorar la atención a las madres gestante; igualmente la OMS se mantiene en la vanguardia de la mejora continuo y supervisión de estas madres, así como reforzando y fortaleciendo los medios para la mejora del servicios que brindan las enfermeras a las mujeres maternas. Todas esas buenas atenciones en los servicios tienen un fin muy agudo y es prevenir la mortalidad en las gestantes o al menos mitigarlo; estos servicios de alta calidad y siempre en mejoras, se le ofrece a las mujeres desde sus inicios del embarazo hasta después del trabajo de parto, de manera personalizada y constante, para brindarle tranquilidad a la madre gestante, confianza y seguridad de un futuro sano para ella y su bebe. La atención durante y después del embarazo se atribuye a la prevención y disminuir la mortalidad que se presenta de un 30% en los primeros días de embarazo y el otro 30% durante y los primeros días del parto.

Sobre la discusión, se entiende claramente que todos los entes mundiales y locales le apuestan a una mejora continua del buen servicio organizado, categorizado, tecnificado y personalizado que deben tener las enfermeras obstetras con esta madres gestante, durante y después del embarazo. Por ello las empleadas de la salud que atienden estos casos son muy profesionales para prestar el servicio, de una manera muy honesta y con la calidad humana que se requiere para dicho caso, con la finalidad que el parto sea de la mejor manera para la madre y él bebe, en el sentido psicológico y físico con buena salud mental y emocional.

Para terminar con este apartado, el vínculo enfermera madre gestante debe ser de mucha confianza y pureza para llevar con mejor conocimiento al mejor futuro para ellos. Por esas razones mencionadas del buen servicio de las obstetras se puede concluir que las enfermeras en su gestión siempre deben ser muy humanizadas, conscientes, pacientes y entregadas a la calidad continua de esta tan delicada pero maravillosa labor para un buen futuro de la madre gestante, con el fin de mitigar la mortalidad a nivel mundial y generar confianza del servicio en todos los contextos.

Según Suárez Cadenas y Fernando J Del pino Plaza (2017), en su artículo: Existen altos grados de variabilidad entre culturas, puesto que cada persona percibe sus momentos y experiencias de diferente manera; así, de esa manera hay reacciones que pueden esperarse como otras que sorprendan al individuo, familia y sociedad. Ante sucesos esperados, como lo es el proceso de un parto, es fundamental identificar acciones y reacciones para así brindar una atención integral, de calidad y oportuna, en donde cada cultura influye directa o indirectamente en estas acciones de la mujer, no obstante, cada mujer es un mundo distinto, donde se requiere que la persona inmigrante sienta mayor comodidad y familiaridad, durante el proceso de la atención y sus cuidados. Por tal motivo, se realizó el presente estudio, siendo una revisión bibliográfica para profundizar la diversidad del proceso del parto en mujeres inmigrantes, fortaleciendo teorías dentro del campo de la enfermería, enfocándose en los diferentes cuidados y costumbres que se le brindan a la paciente.

La percepción y el dolor ante sucesos o situaciones, es un factor que puede ser determinante, ya que hay diferentes formas de vivenciar el dolor y es por eso que como enfermeros se debe realizar una adaptabilidad para atender la necesidad de adaptación de la

población. Para ello se puede acertar que el dolor es un sentimiento el cual se vincula dentro del proceso del parto, siendo un agente esencial donde se busca el alivio de ese sufrimiento, con el fin de no solo mitigar el dolor sino mejorar la atención y evitar el enfadando en las mujeres parturientas.

En este estudio se diferencian 3 categorías fundamentales para comprender la diversidad intercultural vivenciadas por las mujeres que vivencia el proceso del parto, resaltando:

Mujeres inmigrantes y salud: Se evidencia que los servicios más utilizados por esta población es obstetricia y ginecología, por tal razón, es primordial para brindar una excelente atención a esta población es la inclusión social, captando a la comunidad requirente de programas de salud materno-infantil, ya que hay diferencias culturales evidentes que se interponen en la calidad de una atención, como: desconocimiento del idioma, falta de material y/o recursos para brindar educación y tener mediadores culturales. No obstante, se ha logrado intervenir a un número mayor de mujeres inmigrantes embarazadas durante la atención primaria, fortaleciendo su motivación en la continuación del programa hasta tener un parto seguro, siendo ellas las pacientes con mayor agradecimiento que las locales por los servicios de salud que reciben durante el ciclo de vida por el cual están cursando.

Variabilidad en el proceso de parto: Se enfoca en el sentido del pudor, o que la atención brindada sea por parte de un profesional varón o prescindir de su pareja, puesto que las culturas han logrado idealizar o formalizar acciones que se consideran naturales para ellas en su atención, logrando así identificar una diversidad de la variabilidad que

permite fomentar conocimiento para los profesionales que puedan brindar una atención a la mujer embarazada.

Implicación enfermera: Se observa la necesidad de un cambio en la formación del profesional, donde incluya la diversidad cultural y sus saberes y quehaceres durante la atención de estas poblaciones específicas, siendo fundamental el cambio desde los programas de salud de formación y la de los profesionales de salud que brindan la atención para que forjen nuevos conocimientos transculturales.

El conocimiento de la diversidad cultural es fundamental para poder ofrecer cuidados de calidad en una sociedad cada vez más diversa, para así brindar la atención necesaria durante diferentes sucesos, como lo es el proceso del parto en las mujeres inmigrantes, brindando confort y bienestar para ella y su progenitor, logrando establecer normas, protocolos o guías específicos respetando su cultura, sensibilizando los profesionales para que brinden cuidados complejos, complejos y eficientes.

Lo anterior es importante por algo puntual: la salud materno infantil, que precisa de inclusión social, en el caso de las mujeres migrantes, debiéndose incrementar la educación sanitaria para personas inmigrantes y mediadores culturales, lo que permitiría una mayor respeto y reconocimiento de las experiencias previas de los profesionales de enfermería en las situaciones particulares de estas mujeres, pues el servicio de obstetricia y ginecología es utilizado por las mujeres migrantes especialmente jóvenes en edad fértil y que presentan más paridad.

González y otros, plantean (2020), presentan en su artículo que, la satisfacción materna durante el parto es un tema de estudio importante y es un aspecto pendiente para los servicios de obstetricia en diferentes países, incluido en el país donde se realizó el estudio, importancia que deriva de que las personas como sujetos de derechos en el proceso de parto debe lidiar con situaciones traumáticas, que implican un riesgo físico y psicológico que puede influir en el desarrollo y relación del recién nacido con su madre.

No hay consenso sobre cuál es el momento adecuado para realizar una medición de la satisfacción de la mujer en el parto, cuestión que es importante establecerla, más allá de las variables subjetivas, porque lo que sí es cierto es que, por regla general a las mujeres en el parto, les es difícil asumir acontecimientos recientes que puedan resultar novedosos en el parto, ello implica que la satisfacción se evalúa antes, durante y después del parto.

La investigación buscó establecer los parámetros de una atención integral para la mujer en el parto, por medio de un equipo obstétrico y personal de enfermería, la atención continuada de la mujer resulta multidisciplinar pues interviene personal médico diverso, si bien actualmente por motivos de responsabilidad médica y hospitalaria, esta dinámica en los partos ha disminuido, reduciéndose los espacios de intervención sólo ha persona certificadas y debidamente articuladas a los procesos laborales de las instituciones de salud, debemos señalar que, independientemente del riesgo obstétrico, durante todo el tiempo las mujeres tienen asignada una enfermera de referencia que presta una atención continua, ya sea en periodo de dilatación o expulsivo.

Laureano y otros (2017), en un estudio cualitativo fenomenológico, donde se aplicó

muestreo teórico y se realizó trabajo de campo. Se trabajó con las técnicas lluvia de ideas y entrevista grupal; posteriormente se llevaron a cabo 11 entrevistas a profundidad a parteras, realizando análisis semiótico de los datos. La perspectiva de las parteras frente al embarazo de alto riesgo está determinada por la medicina tradicional y algunos elementos de la medicina institucional, diferenciada según tipo de partera y zona geográfica de desempeño, señalando la disposición de formarse para alcanzar embarazos saludables y sin riesgos.

México apuesta positivamente al tema del desarrollo sostenible y con ello trae consigo, maternidad segura, que muchas veces es interrumpida debido a los determinantes sociales que pueden jugar un papel perjudicial para la gestante, ya que en ocasiones no se detecta a tiempo embarazos de alto riesgo, siendo una problemática que puede llevar a poner en riesgo la vida de la madre y del hijo, el determinante de nivel socioeconómico, conlleva a la ayuda de personas llamadas parteras que en algunas ocasiones esta profesión es practicada empíricamente, como en otras son personas con titulación específica.

Es importante que para que haya un embarazo seguro, se requiera de una atención de la gestante antes, durante y después del parto ya que de esta manera se pueden prevenir y tratar con tiempo las posibles complicaciones y esto se logra a través de los controles prenatales, pero en ocasiones estos no son en todas las mujeres realizados ya que no todas asisten o si lo realizan en ocasiones muestran desinterés por el tema y por esta razón al llegar el momento del parto, recurren a las parteras, Se evidencia que en la ciudad de México informan que esta profesión es vital y toma mayor fuerza en comunidades que no poseen alguna vinculación a los servicios de salud en particular, comunidades de extrema pobreza y con baja información.

Es por ello que el estudio representa a través de una indagación de 82 parteras de Jalisco donde algunas practicaban la profesión de manera empírica como las tradicionales capacitadas, sobre la perspectiva o visión frente a esos riesgos que pueden causar una amenaza latente para la gestante y el hijo. Considerando que las parteras estudiadas que en la profesión son consideradas enfermeras, pero para la comunidad son de título parteras, aceptan la condición de una emergencia o complicación obstétrica, recalcan el riesgo que puede conllevar a la muerte de la materna o del neonato, es por ello que la percepción de un buen control prenatal para estas parteras es fundamental para determinar si hay eventos o circunstancias que conlleven a tiempo una detección de un embarazo de alto riesgo, además que el conocimiento que describen es sustentando con razones científicas que conlleva a un buen hacer.

Para las parteras tradicionales. Se evidencia que el conocimiento científico no es muy alto, que algunas carecen de una culminación de escolaridad y que en su mayoría son mujeres de edad avanzada, en cuanto al riesgo lo describen como la perspectiva de salud enfermedad. Debido a esto se considera que es fundamental identificar en la población las personas que asisten estos partos y que no tienen conocimiento científico, que no han recibido una educación académica, pues no se puede negar que en el mundo aún hay desigualdad económica, tradiciones y de más eventos que implican el actuar de una partera y es por ello fundamental que este personal esté entrenado y capacitado para la función no solo en la atención del parto, si no que pueda dar orientación a las madres gestantes que no asisten a un control prenatal, que puedan ser guías que proyecten y alimenten con sabiduría a la población, con el fin de llevar a cabo un embarazo en buenas condiciones y evitar

embarazos de alto riesgo.

Por su parte, Agudelo, Bedoya, Restrepo y Henao (2018), analizan las prácticas institucionales en salud en maternas según clase social. Bogotá, Colombia, en esta investigación Las practicas institucionales, hacen referencia a los procesos o acciones estructuradas que se llevan a cabo en la atención de un servicio donde se presta una serie de prácticas como la atención, la educación y demás factores que se unen para ejercer una atención oportuna, estas prácticas en los centros de salud, se ven en ocasiones limitadas o pueden ser positivas como negativas, ya sea por el alto flujo de pacientes en una institución, por falta de personal y otra serie de eventos que causan una afectación al usuario, en particular para a la mujer en estado de gestación en su proceso de parto y posparto, donde se destacan prácticas como la episiotomía, inducciones artificiales del parto, intervenciones por parte de estudiantes, asilamiento, o sobrepoblación en una misma unidad de atención, es ahí donde se evidencia la clase social, es por ello que en este estudio las participantes podían expresar libremente lo que pensaban de acuerdo a la atención y se tuvo en cuenta mujeres en estado de gestación de unidades públicas como privadas , así como la ocupación, el tipo de trabajo, la actividad económica, la fuente de obtención de recursos, evidenciando una notable forma en la atención durante y después del parto.

Es en esto que se observa fuertemente como la desigualdad económica obliga a la población a considerar el pago de servicios de salud de manera particular ya que estos no tienen regulación por parte del estado y permite una atención más digna, oportuna y sin tanto trámite administrativo, y aunque estas organizaciones privadas no son 100% de calidad, permiten a la usuaria acceder a peticiones como una cesárea programada,

exámenes especializados, así como medicamentos durante el parto, si así lo desea, caso contrario a lo que ocurre con las gestantes que cuentan con un sistema de salud del régimen ya sea contributivo o subsidiado, donde el trámite, la decisión de los médicos y la continua espera hacen que la gestante en ocasiones tenga una mala experiencia en lo que se asume es el día más importante de su vida.

Existen muchas políticas, normas leyes y regulaciones por parte del estado, para garantizar una atención con calidad, pero el tema de recursos es algo que afecta a toda la comunidad y población y hoy en día se evidencia que el usuario es quien paga las consecuencias de ello, hay entes encargados de regular estos fallos y es por ello que la comunidad debe apropiarse de la situación, ejercer su derecho al reclamo y la información y observar cómo las EPS y el estado están destinando los recursos para una buena atención, también es fundamental que el personal de salud, asuma el rol en el ambiente laboral y verifique y además tenga la mentalidad que la atención no se trata de una clase social, independientemente del lugar de atención sea en estrato 5 o 1, lo que debe permitir es que haya una atención con calidad, humanizada, donde siempre debe primar el derecho a la vida, a la igualdad, el derecho de la mujer, y traer conciencia que esta etapa por la que está pasando la gestante debe ser recordada como una experiencia positiva

Actualmente los servicios de salud en ocasiones, presentan colapsos por la demanda de pacientes que ingresan a un servicio, es por ello, Oliveira y otros (2020), realizaron una investigación que se llevó a cabo en el estado de Paraná, específicamente en cinco hospitales/ maternidades pertenecientes a la red Mae Paranaense, donde su caracterización principal se basa en las maternas atendidas de acuerdo con el riesgo, esta investigación fue

llamada: Acceso a los cuidados de salud en el trabajo de parto y parto. Seguridad para la salud materna. Para poder llevar a cabo esta investigación se tomaron como base las puérperas de dicha institución que estuviesen internadas, dando un total de 386 puérperas, estas pacientes debían cumplir con el criterio de mujeres en edad gestacional con más de 32 semanas, dándose este proceso se llevó a cabo entre las fechas de julio del 2017 y marzo del 2018.

Después de identificar la población y realizar las debidas encuestas, se realizó una caracterización de acuerdo con determinantes como nivel socioeconómico, embarazos anteriores, así como atenciones anteriores, percepciones, satisfacción en la atención del trabajo de parto y parto anterior. En cuanto a la variable o determinante sobre acceso oportuno se tuvo en cuenta 3 variables: la decisión de asistir al centro de salud, el retraso en el transporte para llegar al centro de salud y la demora en la atención al llegar al servicio, todo esto partiendo desde el momento donde la gestante iniciaba con los dolores de parto.

Estos datos recolectados se adjuntan en una base de datos, donde el balance arrojó que en la variable de decisión en asistir al centro de salud existe una demora en tomar la decisión, ya sea por conocimiento sobre esperar más tiempo las contracciones, como la decisión por parte de la familia en particular el esposo, de acudir inmediatamente al centro de salud donde deben dirigirse u algún otro motivo personal o familiar que incurran en el aumento del tiempo de la atención; en cuanto a el transporte, refirieron que las indicaciones de asistir en caso de emergencia al centro de salud más cercano, proporciona una oportunidad de atención rápida, y por último a lo que compete el tiempo de atención, el factor predisponente es la demanda de pacientes en el servicio.

Es decir, se pueden establecer estos 3 determinantes como una pauta para esclarecer causas de muertes maternas o resultados negativos, pues estos tiempos entre tomar la decisión de asistir a un hospital, los inconvenientes en el medio de transporte como trancones y demás, más la demanda de paciente en el servicio, retrasan una atención oportuna, siendo un factor negativo ya que es tiempo valioso donde la vida de dos seres humanos, madre e hijo se puede encontrar en riesgo.

Es por ello fundamental al identificar esta problemática, donde el papel del personal de enfermería y de los entes participantes de la atención de la gestante, son los principales actores que reflejan conocimiento y atención a esta población, pues serán los encargados de dar una orientación oportuna a la materna y podrán orientar sobre en qué momento debe realizar el acceso al servicio de salud, además de que los servicios que presten estos servicios, cuenten con las condiciones necesarias para un acceso oportuno, por tal motivo, se considera importante que el servicio cuente con conocimientos sólidos sobre las prácticas efectivas para una atención integral del parto, que sea de calidad y proporcione una muy buena experiencia para la gestante.

Por consiguiente, es fundamental apremiar al tiempo, entre la toma la decisión por parte de la materna y familiares para asistir al centro de salud cuando ya se encuentre en trabajo de parto, así como tener el acceso oportuno o una guía de las mejores rutas, números de contactos de transporte y otros factores que ayuden a un desplazamiento rápido y oportuno y una atención integral y oportuna en el centro de atención de la materna.

Por otra parte, la Relación del personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo de parto, fue el tema investigado por Henao, Osorio y Salazar (2020), en el que se toma como referencia para la implementación de las pautas, metodologías y variables de la investigación, se encuentran similitudes que pueden orientar el desarrollo de la investigación que se está realizando en el trabajo denominado “Cuidado de enfermería durante la atención del trabajo de parto y parto”, que vincula el personal de enfermería con las gestantes durante el parto de la perspectiva de la condición de mujer.

El método de estudio aplicado fue el descriptivo transversal que incluyó un 92,4% del total de gestantes en el trabajo de parto que fueron atendidas en una institución de salud del municipio de Medellín en los meses de junio-julio de 2017, guiadas por las etapas de relación interpersonal de la enfermera paciente, que permitió observar y describir los momentos fundamentales que crean un proceso de relación que se organiza y se aplica por fases, para una adecuada orientación, identificación de la individualidad de la persona como sujeto de derecho y el reconocimiento de su personalidad, para el aprovechamiento y resolución de las situaciones en dicha relación.

En este sentido podemos definir que dicho artículo de referencia utiliza variables que son pertinentes a la presente investigación, como la edad, la aclaración de dudas frente al parto, evitar el frío y la ayuda para tranquilizarse, elementos que utilizados de manera estratégica permiten que la relación personal de enfermería y paciente pueda adaptarse a sus necesidad, demandas y valores, mediante la empatía, el saber escuchar y el reconocimiento de las necesidades del otro, así lo señaló Hildegard Paplau “la enfermería

es un esencia un proceso interpersonal” (Pág. 20).

La investigación tiene un carácter mixto cualitativa y cuantitativa, pues utiliza datos extraídos de muestras que permiten delimitar la población objeto de estudio, para luego mediante el método descriptivo transversal, realizar un desarrollo especialmente cualitativo describiendo las condiciones del parto humanizado, sus fases y requisitos de formación y vocación del personal de enfermería; así es preciso mencionar que la investigación tiene un preponderancia de la investigación cualitativa que también será utilizada en la presente investigación que se desarrolla de trabajo de parto y parto.

Las variables pueden si pueden ser utilizadas en el presente trabajo porque su desarrollo aborda las condiciones interpersonales que tienen un carácter cualitativo en el desarrollo de la investigación, pertinentes para contribuir a la divulgación académica de lo que debe ser el parto humanizado, con fases de atención que vinculan a la enfermería con el derecho fundamental de la dignidad humana.

En el año 2020, Acosta y otros investigadores, realizaron un estudio en el que determinaron la eficacia de la intervención de enfermería en el manejo de la ansiedad en mujeres gestantes frente al parto, en el Hospital de segundo nivel en San Gil, Santander. El trabajo investigativo logró describir los niveles de ansiedad en las gestantes y al realizar la comparación de la prueba pre y post se evidenció una disminución en el nivel de ansiedad, por tanto, se debe trabajar en un plan de cuidados, tal como en la teoría de cuidados de Swanson, debe ser un trabajo humanístico hacia las personas a nuestro cuidado.

De acuerdo con lo anterior, realizar intervenciones de enfermería a disminuir la ansiedad a través del relajamiento físico y mental, se puede lograr educar a la mujer sobre la evolución del embarazo y del parto, y sobre la manera de colaborar en el mismo. La intervención dio un impacto positivo, y de gran interés no solo a las enfermeras que laboran en el servicio de ginecología y obstetricia, sino también a otros profesionales de salud, puesto que son conscientes que en ocasiones las gestantes no se les brinda la atención ni los cuidados para que haya un bienestar materno- fetal, siendo ellas vulnerables a la expresión de emociones negativas y situación que pueden poner en riesgo la salud por una no atención oportuna.

Otro artículo que abordó la humanización fue el descrito por Borges y otros en el año 2018, en donde se presenta un estudio de análisis crítico y reflexivo para reforzar el conocimiento teórico del equipo de salud sobre la humanización al parto, que transforme, en la práctica asistencial, la atención integral a la mujer. En el presente artículo de referencia se analizó en sistema de salud pública de Cuba, identificándose factores que pueden afectar los propósitos de garantizar un parto humanizado, encontrándose falencias en varios aspectos, como una capacitación de salud no adecuada y no actualizada en procesos bioéticos que contribuyan a la humanización, así como el control del trabajo de parto relacionado con el dolor, estrés, tensión de la madre, desarrollo casi nulo de la psicoprofilaxis, problemas estructurales, dificultades organizativas, obstáculos en la calidad de la información general y sobre procedimientos y conductas con pobre empleo del consentimiento informado en la práctica cotidiana.

Desde el propio sistema de salud cubano se propone como proyecto de acción, para

la solución de los problemas en relación con la calidad de la atención al parto: la determinación de las necesidades y prioridades de capacitación del personal de salud vinculado en dicha atención, al priorizar la formación en cursos de buenas prácticas perinatológicas y medicina basada en la evidencia científica, la exposición de estos factores son pertinentes para la implementación de estrategias que permitan que haya corresponsabilidad en la formación y la atención en salud, compromiso que debe asumir el personal de enfermería en su permanente actualización.

El proyecto de acción relacionado con los problemas de humanización de la atención al parto no puede circunscribirse solo a la actualización de los conocimientos clínicos y tecnológicos, sino que debe de incluir diferentes formas de transformar el conocimiento teórico, que sustente en la práctica, la expresión de los conocimientos de una forma integradora, donde el humanismo avance paralelo a los adelantos científicos y tecnológicos. Dicha reflexión es pertinente porque da cuenta de la relación de persona a persona que se vivencia en el proceso de parto, para que haya un reconocimiento de los modos de ser de la mujer en cuestión, que involucre variables humanistas como el respeto a su identidad cultural, el reconocimiento de sus modos distintos de expresión del afecto, las complicaciones que revista el hecho de utilizar otro idioma, entre otras.

Del análisis histórico de la humanización del parto, se produjo un acercamiento a la temática que reforzará los aportes a la comunidad académica y el personal de enfermería en el ámbito de la salud, especialmente de aquellos que atienden a la mujer durante este proceso ofreciendo un material que transita desde los orígenes de las corrientes humanistas hasta la importancia de este enfoque para la mujer y el equipo de salud durante el proceso

de parto. Se identifica que el objetivo de la presente investigación tiende a reforzar el conocimiento teórico sobre la humanización al parto, para transformar la práctica asistencial y la atención integral a la mujer, esto supone consecuencias positivas en términos de salud y una mejor calidad de atención para las mujeres en las áreas asistenciales del servicio obstétrico en el nivel hospitalaria

Para describir uno de los ámbitos psicológicos y físicos de las personas mayores, se tomó como referencia un estudio de Palma Ayllón, et al de España sobre efectos de la soledad en la salud de las personas mayores (Palma, et al. 2021) cuya información se basó en identificar las consecuencias del sentimiento de soledad en la salud psicológica y física. Se considera que el sólo hecho de que una persona tenga trastornos psicológicos, podría desencadenar un sentimiento de soledad, evidenciando principalmente momentos de angustia, depresión o ansiedad, que generan una insatisfacción con la vida provocando desesperanza y nuevas enfermedades, por lo tanto, el sentimiento de soledad indicaría un riesgo significativo de mortalidad.

Teniendo en cuenta que la soledad es una condición que puede deteriorar a la persona que la sufre, se tomó como referencia un estudio de Puerto Rico de Espada Ortiz sobre factores de soledad y resiliencia en personas de edad avanzada (Espada, 2011) en el cual su objetivo fue conocer las experiencias asociadas con la soledad y resiliencia. Indica que todos sienten soledad, independiente del género, edad y si viven solos o acompañados, porque ésta se desencadena por pérdidas de apoyo, no estar con la familia, viudez, divorcio, bajas finanzas o tener un deterioro de la salud, dado lo anterior, es necesario tener diferentes alternativas como la religión, la música, escribir y comunicarse con otros,

además de profundizar en la investigación de las relaciones sociales durante la niñez, ya que de allí podría surgir un factor más determinante para tener un sentimiento de soledad.

En cuanto a el comportamiento de la fragilidad en adultos mayores, un estudio hecho por González, et al (2017) en Pinar del Río, Cuba, en el cual su objetivo fue caracterizar el comportamiento de la fragilidad en adultos mayores pertenecientes al Policlínico universitario Pedro Borrás Astorga, los resultados principales predominaron sobre el sexo femenino y 65 años y más la distribución de adultos mayores frágiles, además de que la mayoría eran enfermos o con alguna discapacidad. En este estudio tuvieron en cuenta la escala geriátrica de evaluación funcional y sexo, en la cual arrojó un resultado de aumento en la utilización de fármacos y en su mayoría el género era femenino, por último, es importante mencionar el funcionamiento familiar, ya que estos adultos mayores frágiles tenían familias funcionales y moderadamente funcionales.

Igualmente, se hace necesario analizar la depresión en torno a la soledad, por consiguiente, se tiene en cuenta un estudio de Quintero et al sobre cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados (Quintero, et al. 2015) hecho en Medellín Colombia, donde sus importantes resultados arrojaron que en su mayoría eran mujeres, edades entre 65 y 75 años pertenecientes a estrato dos con primaria completa y eran solteros o viudos. Cabe mencionar que se observó una mejoría en los participantes en torno a la depresión relacionado con todas las variables sociodemográficas, aunque hubo una notable mejoría en hombres que, en mujeres, además, no hubo un cambio significativo en el sentimiento de soledad antes o después de hacer el estudio según el grado de depresión, del mismo modo, con las variables sociodemográficas.

Acorde con Fonseca, et al (2016) sobre su estudio de la mirada del adulto mayor sobre la soledad hecho en Bogotá, Colombia, donde el objetivo fue identificar los factores que influyen en la soledad de los adultos mayores, tuvo como resultado edades entre 70 y 79 años, compuesto principalmente por mujeres, además se recalca el nivel de alfabetización. Basándose en el nivel educativo, la educación básica aproximadamente hasta el cuarto año tuvo la mayor proporción, así mismo, los adultos mayores vivían con las familias y, por lo tanto, referían no sentirse solos, excluidos de la sociedad y sólo un pequeño porcentaje demostraba el sentimiento de soledad. Acorde a lo anterior, podemos decir que la familia es el núcleo más importante para que un individuo se sienta acogido y no presente factores de riesgo que impliquen una soledad, de igual forma, la sociedad puede contribuir atención y cuidados en todo este proceso.

Con respecto a un estudio de López Suarez, et al (2019) en donde su objetivo fue proveer una comprensión detallada de los aspectos que influyen en los sentimientos de soledad en el adulto mayor, realizado en Bucaramanga, Colombia, donde se encontró que la edad de los adultos mayores estuvo entre los 60 a 90 años, además hay unos factores que determinan la soledad, de los cuales se incluyen los factores sociales y demográficos. Los adultos mayores reflejan aislamiento, dolor, tristeza que indican que les afecta lo psicológico y emocional que en consecuencia podría llevarlos a pensamientos suicidas.

2.2.MARCO TEÓRICO

2.1. Contextualización y conceptualización del cuidado en enfermería.

El cuidado de enfermería durante el parto y posparto requiere de una serie de acontecimientos especiales hacia la mujer, ya que en esta etapa se atraviesa por una serie de cambios, biológicos emocionales y/o sociales. La madre entra en un proceso de adaptación en donde las influencias culturales, el apoyo familiar, la intervención del equipo de salud y, específicamente, el de enfermería, juegan un papel importante en la evolución satisfactoria de este proceso.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) se presenta las llamadas “prácticas recomendadas”, donde se plantea garantizar la calidad de la atención basada en el cuidado, acompañamiento continuo; independientemente del entorno o del nivel de atención de salud y desde el punto de vista de enfermería son consideradas como una experiencia de parto positiva: atención respetuosa de la maternidad; la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto; Comunicación efectiva: Se recomienda entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables; acompañamiento durante el trabajo de parto y posparto y continuidad de la atención.

Resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos:

“La maternidad deseada, saludable y segura es un derecho humano que fortalece la autonomía y la decisión de las mujeres sobre el ejercicio de su sexualidad y reproducción. Las mujeres gestantes tienen derecho a acceder a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva que garanticen su salud y su vida. Ninguna de ellas debería morir como consecuencia de complicaciones prevenibles antes, durante y después del parto”

UNFPA.2018.

De acuerdo a lo anterior, el cuidado de enfermería hace énfasis en la humanización y va más allá de realizar un procedimiento, esto implica estar atentos a sus derechos, necesidades individuales y dirigirse a las madres como seres humanos, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida ya que fueron aprendidas directamente o transmitidas de generación en generación. Estas personas están inmersas en una sociedad y en un medio ambiente que, probablemente, condiciona su comportamiento y su respuesta durante el trabajo de parto y posparto.

Garzón (1998), afirma que la humanización comprende también los aspectos culturales, históricos y espirituales del hombre, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas. El mismo autor asegura que los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la igualdad de derechos; se hace énfasis en la necesidad del amor y la fraternidad para

gozar el derecho al bienestar, la paz y el progreso; se solicita el respeto mutuo para la convivencia, se invita al diálogo y al respeto del otro como interlocutor”

ACOFAEN (1998), afirma que el profesional de enfermería desarrolla su trabajo dentro de una relación privilegiada Enfermera - Paciente (familia, grupo), ofrece continuidad, brinda confianza e intimidad y conoce las necesidades de la persona, tanto aquellas derivadas del estado de salud o enfermedad como de otras situaciones de angustia y de preocupación que alteran su bienestar

Según la ley 911, artículo 3 (2004), Tribunal Nacional Ético de Enfermería, el acto del cuidado de enfermería se da a partir de la comunicación y de la relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, su familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, su situación de salud y del entorno, lo que implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidados de enfermería.

Convertirse en madre conlleva una cantidad de emociones y sentimientos pero también comprende transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional atravesados por signos, síntomas, alteraciones, creencias y prácticas que lleven con espera y ansiedad el momento del parto; cada madre vive su propia historia según sus experiencias previas y presentes donde la participación del equipo de salud no sólo aporta solidez profesional sino también calidez humana quienes deben estar preparados para intervenir oportuna, efectiva y rápidamente pero también deben ser conscientes de que no deben interferir en este transcurrir de un fenómeno humano cuando no es necesario, respetando la dignidad y la intimidad de la mujer.

Una vez se culmine esta etapa, inicia el posparto donde es el tiempo que acontece tras el nacimiento del bebé, en el que la madre irá progresivamente recuperándose del esfuerzo de la gestación y el trabajo de parto y traerá consigo cambios fisiológicos y emocionales

Al respecto, la directora de Salud Materna, Neonatal, Infantil y del Adolescente y del Envejecimiento de la OMS, Anshu Banerjee, ha insistido en que la atención y los cuidados "no terminan con el nacimiento del bebé" y ha recalcado que el nacimiento de un bebé "es un momento de amor, esperanza y emoción" pero "que puede causar un estrés y una ansiedad sin precedentes".

El Departamento de Investigación y Salud Sexual y Reproductiva, Mercedes Semenas añade:

"Los datos demuestran que las mujeres y sus familias quieren y necesitan una experiencia postnatal positiva que les ayude a que les ayude a superar los inmensos retos físicos y emocionales que se presentan tras el nacimiento de sus de los bebés, al tiempo que se refuerza su confianza como padres"

Es por esto que, el cuidado de enfermería en el trabajo de parto y posparto es de vital importancia desde que la madre inicia su estado de gestación, ya que los profesionales en salud entran en un proceso de acompañamiento, asesoramiento, ofertando los planes de atención y educación, ya que ayuda a los padres a equilibrar esos momentos de dolor, estrés, angustia y a cambio les proporciona seguridad, confianza, tranquilidad y les brindan

las herramientas claves basadas en la ciencia y los valores necesarios para brindar una asistencia con calidad de la forma más actualizada e integral incluyendo sus necesidades y las de sus familias.

2.2. Teoría de la necesidad de Virginia Henderson.

Virginia Henderson realizó la teoría de la necesidad de enfermería para definir un enfoque del cuidado en la práctica de enfermería; esta teoría se fundamenta en la importancia de fortalecer la independencia de la persona para favorecer su progreso durante la estancia hospitalaria. La teoría de las necesidades de Henderson pondera las necesidades humanas básicas y cómo las enfermeras y enfermeros pueden apoyar la satisfacción de esas necesidades. En síntesis, Henderson señala:

“Creo que la función que realiza la enfermera es principalmente independiente: la de actuar por el paciente cuando carece de conocimiento, fuerza física o la voluntad de actuar por sí mismo como lo haría normalmente en la salud o en la realización de la terapia prescrita. Esta función se considera compleja y creativa, ya que ofrece oportunidades ilimitadas para aplicar las ciencias físicas, biológicas y sociales y el desarrollo de habilidades basadas en ellas”. (Henderson, 1960)

Los 14 componentes de la teoría de las necesidades de Virginia Henderson expresan un enfoque holístico de enfermería que envuelve las necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y sociales que la paciente puede o no realizar según su estado de salud y su clasificación la establece según la categoría del tipo de necesidad:

Componentes fisiológicos:

1. Respira normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Elimina los desechos del cuerpo
4. Muévete y mantén las posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccione la ropa adecuada: vístase y desvístase
7. Mantener la temperatura corporal dentro del rango normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantenga el cuerpo limpio y bien arreglado y proteja el tegumento
9. Evite los peligros en el medio ambiente y evite lastimar a otros.

Aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje:

10. Comunicarse con otros expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al normal desarrollo y salud y utilizar los medios de salud disponibles.

Espiritual y moral

11. Adoración según la fe.

Sociológicamente Orientado a la Ocupación y Recreación

12. Trabaja de tal manera que haya una sensación de logro

13. Juega o participa en varias formas de recreación.

Los 14 componentes de Henderson se articulan con la jerarquía de las necesidades de Maslow, con la cual guarda alguna similitud relacionada así: los componentes del 1 al 9 asemejan las Necesidades Fisiológicas de Maslow, no obstante, el noveno componente está bajo las Necesidades de Seguridad. Los componentes 10 y 11 asemejan la categoría Amor y Pertenencia, y los componentes 12, 13 y 14 se relacionan con las Necesidades de Autoestima.

2.3.MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se encuentra una serie de términos técnico-científicos, según los descriptores DeCS, MeSH, Tesauro y otros autores como Virginia Henderson.

Cuidado: la OMS considera el cuidado como un derecho humano. En el campo de la salud (enfermería), el cuidado se concibe como un proceso mutuo de ayuda Leininger (1984) Señala que hace referencia a ayudar, apoyar y sirve de intervención en veras de las necesidades de otros para mantenerlos protegidos ante cualquier dificultad en su estado de salud. Por su parte Watson (1985): lo describe como algo arraigado en los valores humanos

universales, menciona además que, el cuidado es el ideal moral de enfermería. De igual manera Miller (1995), define que el cuidado es una acción intencionada que transmite seguridad física y afectiva, así como una sensación genuina de conexión con otras personas o grupos.

De acuerdo a los autores citados, el cuidado es una serie de acciones, de promoción, prevención y mejora en todos los aspectos de la vida humana.

Embarazo: Periodo durante el cual una mujer presenta cambios fisiológicos en su cuerpo, a través de la unión de un óvulo y espermatozoide formándose un feto; esta unión culmina con el parto. Durante este periodo la mujer presenta cambios emocionales y requiere de cuidados especiales como lo es alimentación.

Trabajo de parto: Fase en que la mujer inicia con contracciones uterinas progresivas, para desencadenar el mecanismo de parto que dará lugar a la salida del feto.

Parto Obstétrico: Expulsión del feto y la placenta bajo la asistencia de un obstetra o un profesional sanitario

Cuidado de enfermería: Atención especializada del cuidado que se ejecuta según las necesidades de las personas según planes, programas y protocolos de promoción y prevención con atención de alta calidad que puede suministrarse a un paciente tanto en el hospital como en su domicilio

Humanización Es empoderarse de las cualidades y conductas que tienen los seres humanos, donde se busca el bienestar propio y el común, para garantizar una atención de calidad, que mejore las condiciones físicas, sociales, emocionales y espirituales que requiere las personas basada en el apoyo y acompañamiento.

Cuidado humanizado: Se presenta de forma usual y es importante aplicar tácticas, procedimientos de calidad y formación constante con el fin de obtener conciencia en el personal asistencial, para hacer las intervenciones adecuadas al usuario enfocado en brindar un servicio humanizado.

Atención humanizada: La atención humanizada es una combinación de saberes específicos blandados desde la posición y requerimientos del usuario.

Comer y beber adecuadamente (Henderson) se refiere a la capacidad de la persona para ingerir alimentos y líquidos, masticar y deglutir de manera adecuada, y absorber suficientes nutrientes para obtener la energía necesaria para desarrollar sus actividades diarias.

Respirar normalmente (Henderson) capacidad del cuerpo humano para inhalar y exhalar aire de manera eficiente, con el fin de mantener un adecuado intercambio de gases y un equilibrio en la oxigenación de los tejidos.

Eliminar desechos del cuerpo: necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo . La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces y también a través de la transpiración, respiración pulmonar y la menstruación.

Moverse y mantener posturas deseables: valora las actividades de la vida diaria, ya

que de estas depende el bienestar mental y la eficacia del funcionamiento corporal guardando relación en gran medida con el estado de movilidad, todos los sistemas del cuerpo funcionan mejor cuando están activos, el desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración y pérdida funcional, lo cual es imprescindible de valorar en una gestante durante el trabajo de parto.

Dormir y descansar: el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales⁷⁶. El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas y no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

Mantener la temperatura corporal : La regulación de la temperatura corporal incluye tanto la producción de calor; como la eliminación de este. La producción de calor resulta de las transformaciones químicas que sufren las sustancias alimenticias (metabolismo), que liberan energía por oxidación. Esta energía se elimina como calor en el individuo en reposo y como calor y trabajo en el individuo en actividad.

Mantener higiene e integridad de la piel: La defensa contra cualquier tipo de agresión, lo proporciona la piel, la cual es un órgano vivo, y por tanto vulnerable, en la misma medida, a cualquier estímulo, por lo que para favorecer que este papel de defensa, sea eficaz, es necesario que mantengamos la piel en condiciones óptimas de salud e

integridad, que le permita desempeñar su misión.

Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas: El medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles. El ser humano al verse amenazado utilizará mecanismos de defensa para mantener su integridad, se habla de seguridad física, psicológica y social. En este orden, una gestante percibe que muchas de sus derechos no son respetados, con violencia institucional, física, psicológica, social entre otras.

Necesidad de comunicarse con otros: se debe valorar el equilibrio entre la soledad-interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigo y pareja. En esta necesidad se identifica la efectividad de la interacción social de la persona, si expresa sus deseos y opiniones. Esta es una necesidad que más califican como no cumplida, considerando el parto como un proceso institucional normalizado por protocolos.

Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores: La importancia de esta necesidad radica en que toda persona necesita de una serie de valores y creencias para poder desarrollarse como tal. Por esta razón, a lo largo de la historia se han creado numerosas doctrinas filosóficas y religiosas. Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad o condiciones de salud que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Necesidad que no es considerada en la atención del trabajo de parto y parto.

Necesidad de ocupación para la autorrealización. Esta necesidad es el deseo que alienta al individuo a desarrollar todo su potencial, es decir, llegar a ser todo aquello de lo que es capaz. Maslow menciona: “El hombre debe ser realmente todo lo que en potencia puede ser. La autorrealización es un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas y conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona. Esta necesidad no se cumple porque la gestante no es participe de su proceso de trabajo de parto y parto lo cual lleva a que muchas veces lo califique como una experiencia negativa, dolorosa con frustración y escaso deseo de una nueva maternidad.

2.4. MARCO EPIDEMIOLÓGICO.

La gestación es un suceso muy importante en la vida de una mujer, en la actualidad se debe tener en cuenta red de apoyo familiar y social, al igual que hábitos y estilos de vida saludable y un adecuado acompañamiento por el equipo de salud mediante la captación temprana y el fortalecimiento en los cuidados que se deben tener durante esta etapa; todo esto orientado a mejorar la calidad de vida de madre e hijo.

Según la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, el indicador principal de mortalidad en gestantes evalúa el desarrollo, sistema de salud y salud de una región o país; este refleja la importancia que se le da a la vida y la salud, mide la calidad en la atención a las gestantes y en lo posible debe estar en cero. Teniendo en cuenta que a nivel nacional existen muchas problemáticas que no se han resuelto y que aumentan la morbimortalidad en las gestantes, entre las cuales se encuentra: pobreza e inequidad y

difícil acceso a los servicios de salud.

En Colombia, según el DANE (2018), el 60% de las muertes en gestantes se consolidan por el analfabetismo y en grupos como indígenas, raizales y palenqueras; reportando en el distrito de Turbo durante los años 2005 al 2008, 2012 al 2015 y 2016 al 2018 un indicador superior al Departamental y en 2019 se presenta una tasa de 69,4 muertes en gestantes por cada cien mil nacidos vivos, siendo todos estos eventos prevenibles y evitables mediante una adecuada atención humanizada, oportuna y de calidad, realizando un adecuado seguimiento y control prenatal detectando mediante el mismo alteraciones tempranas que se presentan o se puedan presentar durante la gestación.

Se hace un llamado a trabajar en equipo en pro del bienestar de la gestante, reforzando la prestación en los servicios de salud, optimizando la contratación del talento humano idóneo para atención integral y capacitación de los mismo, garantizar atención en infraestructura y dependencias afines con la atención materno-fetal (farmacia, facturación interna, trabajo social, odontología, psicología, nutrición, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, entre otros) mitigando esta barrera que existe hoy en día, hacer partícipe a la familia en el proceso de atención a la embarazada en los controles prenatales para el conocimiento de beneficios de este apoyo y riesgos que se puedan presentar en esta etapa; todo esto se establece a través de una adecuada comunicación entre familia, usuario y equipo interdisciplinario, sin hacer juicios de valor, sin hacer distinción de etnias, religión y condición económica.

2.5. MARCO CONTEXTUAL.

En este estudio, el marco contextual se circunscribe a dos escenarios de atención de la gestante que son sala de trabajo de parto y parto, las cuales tienen unas características propias que se conciben institucionalmente como procesos protocolizados igual que una enfermedad, donde, según lo planteado por Virginia Henderson en sus 14 necesidades, lo que más se cumple son las necesidades fisiológicas de bienestar y confort y parcialmente lo que corresponde a necesidades psicológicas, sociológicas, espirituales-morales. La realidad se explica porque al institucionalizarse el parto se cumple a través de protocolos donde la gestante, se aísla, se medicaliza, se comporta como una enferma y no con la experiencia positiva de participar activamente de su parto y mucho menos con el acompañamiento de una persona significativa que le dé el apoyo que toda mujer requiere en estos momentos.

Su misión es prestar servicios de salud de baja y mediana complejidad en la zona de Urabá, con personal idóneo, tecnología de punta, para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Su *visión* implica una proyección para el año 2022 como una Empresa Social del Estado líder en Urabá, que evoluciona con solidez administrativa y financiera para garantizar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud y contribuir al desarrollo sostenible de la ciudad Puerto.

Se puede afirmar que, E.S.E. Hospital Francisco Valderrama se orienta hacia una política de calidad con líneas estratégicas orientadas a mejorar y procurar la atención

integral de salud de las personas, dentro de dichos objetivos es pertinente fortalecer los procesos de parto y parto, porque el incremento de la demografía de la población gestante y la ubicación territorial estratégica que hace que aumente la movilidad social hacia el municipio.

Lo descrito al servicio donde se realizó este estudio, no cambia frente a cualquier institución de salud que atiende partos, independiente de su nivel de complejidad.



Fuente: <https://hfv.gov.co/estructura-organizacional/>

2.6. MARCO GEOGRAFICO.

Este estudio se realiza en una institución de 2° nivel del Municipio de Turbo Antioquia, es decir, su micro contexto es Turbo y su macro contexto es Antioquia.



Departamento de Antioquia Fuente:

https://www.colombiamania.com/AA_IMAGENES/mapas/dptos/antioquia/02_Antioquia_po_l_admin_zoom.jpg

El contexto geográfico objeto de estudio, entorno físico comprende el departamento de Antioquia, es uno de los treinta y dos departamentos, que junto a Bogotá forman la República de Colombia, su capital es Medellín, la segunda ciudad más poblada del país. Se localiza en el extremo Noroeste del país y sus territorios hacen parte de las regiones Andina y Caribe, *con* una extensión de 63 600 km², siendo el sexto más extenso, superado por Amazonas, Vichada, Caquetá, Meta y Guainía. Territorialmente comprende nueve

subregiones con un total de 125 municipios, donde más de la mitad de la población reside en el área metropolitana del Valle de Aburrá.

, Está limitando al norte con el mar Caribe (océano Atlántico), Córdoba y Bolívar, al este con Santander y Boyacá, al sur con Caldas y Risaralda, y al oeste con Chocó. Los límites del departamento de Antioquia se definen así: se encuentra ubicado al noroccidente colombiano, en las regiones Andina y Caribe, limitando al norte con el mar Caribe (océano Atlántico), Córdoba y Bolívar, al este con Santander y Boyacá, al sur con Caldas y Risaralda, y al oeste con Chocó.

La población del departamento de Antioquia comprende una población de 6,500.00 millones de habitantes en 2015 es el departamento más poblado, y con 63 600 km², el sexto más extenso, contando con 125 municipios, son denominados con el gentilicio “antioqueños”, con 63 600 km², el sexto más extenso, contando con 125 municipios. En Antioquia habitan 14 903 indígenas, pertenecientes a tres etnias: los Embera, los Tule (Kuna) y los Zenú; los Embera tienen tres subgrupos, los Eyabida, habitantes de las vertientes de la cordillera, los Dobida, habitantes de las riberas de los ríos y los Chamibida, habitantes de la cordillera en el suroeste antioqueño.

Para 2023 tenía 6 994 792 habitantes, considerado el segundo departamento más poblado. Se localiza en el extremo Noroeste del país y sus territorios hacen parte de las regiones Andina y Caribe, *con* una extensión de 63 600 km², siendo el sexto más extenso, superado por Amazonas, Vichada, Caquetá, Meta y Guainía. Territorialmente comprende

nueve subregiones con un total de 125 municipios, donde más de la mitad de la población reside en el área metropolitana del Valle de Aburrá.

Antioquia es un territorio diverso, rico en ecosistemas y poseedor de todos los pisos térmicos, desde el nivel del mar en la región del Urabá, hasta los páramos ubicados en sus zonas montañosas. Esto permite que el departamento ofrezca todo tipo de cultivos, zonas maderables y variedad de especies de animales.

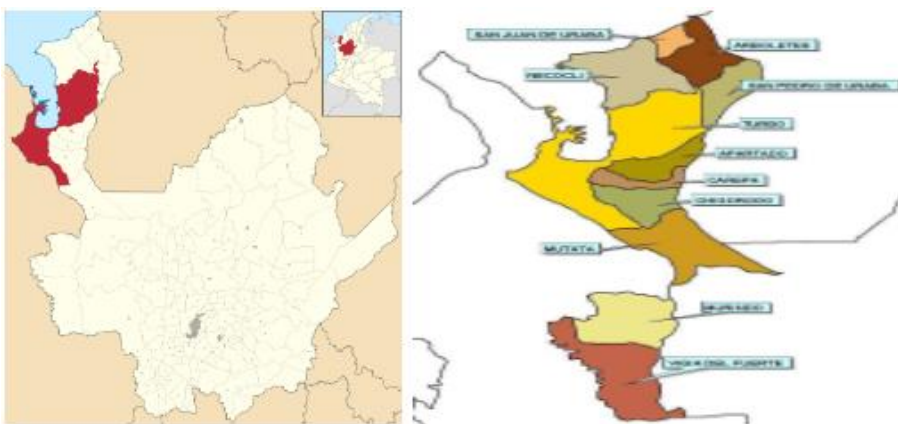
Su economía está sustentada en la prestación de servicios, la industria, el comercio, la agricultura, la ganadería y la minería. En este momento, el departamento ocupa el segundo renglón en el ámbito nacional en cuanto a industria se refiere, la producción textil, de tejidos y la confección, además de la elaboración de productos químicos, farmacéuticos, maquinaria, cemento, abonos, concentrados, metalmecánica y papel representan los mayores ingresos al departamento.

El sector de servicios se especializa en la finca raíz, servicios bancarios, transportes y comunicaciones. Con relación a la agricultura, Antioquia ocupa el primer lugar en la producción de café y banano tipo exportación, productos como la caña, algunos cereales, cacao, yuca y tabaco junto a algunos frutales contribuyen en menor proporción a la economía regional.

En las últimas décadas la ganadería ha tenido un importante desarrollo, fundamentalmente en el Magdalena Medio, el río Cauca y Urabá. No obstante, la minería representó el soporte de la economía durante el siglo XIX, producto de estos ingresos se

creó parte de la infraestructura industrial; actualmente produce oro, plata, hierro, cobre y otros minerales.

Turbo es el municipio más grande de Antioquia y está conformado por 18 corregimientos y 230 veredas, que junto con su casco urbano son habitados por cerca de 160 mil habitantes. Tiene una extensión total de 3.055 Km², con una extensión área urbana: 11.9 Km² y extensión área rural: 3043,1 Km². Con una temperatura media de 28 ° y una distancia de referencia de 373 Kms desde Medellín



Municipio Turbo (En amarillo). En **Fuente:** Alcaldía de Turbo, Antioquia. En <https://www.turbo.antioquia.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Galeria-de-Mapas.aspx>

El municipio de Turbo localizado en la subregión de Urabá, es considerado de acuerdo a la ley 1883 del 24 de enero de 2018 como un Distrito Portuario, Logístico, Industrial, Turístico y Comercial, este decreto le abre las puertas a nuevas oportunidades de progreso para el municipio, pero también implica que la administración local asuma un grado mayor de responsabilidades para que se asegure el buen manejo de los recursos. es un

municipio en el que crece el sector comercial y económico, también crece la población y la población gestante especialmente, lo que exige condiciones de atención en salud para el trabajo de parto y parto, concretamente recursos, talento humano e instalaciones.

Sus límites lo hacen un municipio que atiende población gestante de otros municipios vecinos, pues Turbo limita al norte con los municipios de Necoclí y Arboletes; al este con los municipios de San Pedro de Urabá y Apartadó y con el departamento de Córdoba; al sur con los municipios de Carepa, Chigorodó y Mutatá y al oeste con el municipio de Riosucio y Ungía, departamento del Chocó, circunstancia que hace que este municipio sea de interés en Antioquia, porque su condición geográfica lo convierte un municipio de convergencia, de movilidad social, migración intermunicipal, que demográficamente lo hace relevante para investigar las condiciones de salud en los procesos de parto y parto que redunden en lo que se denomina el parto humanizado, para implementarlo en el municipio de Turbo.

2.7. MARCO ÉTICO

Al momento de referirse a la ética asistencial en el ámbito obstétrico se parte como imprescindible una asistencia de calidad, donde el conjunto de valores y hechos objetivos hacen que la asistencia persevere en pro de la dignidad y el bienestar de las gestantes atendidas.

Desde una visión mundial se aborda el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), es una organización internacional no gubernamental que tiene un vínculo oficial con la Organización Mundial de la Salud (OMS), fundado en 1949

por la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). A fines de los años setenta empezó su colaboración con la OMS con el objetivo de proporcionar principios éticos de manera universal para investigaciones en zonas de bajos recursos y ante esta relación estrecha de la CIOMS y la OMS se pasó a llamar la Propuesta de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos. En el 2016 se cambió “investigación biomédica” a “investigación relacionada con la salud” y surgió la idea de un mejoramiento en la atención en salud, aunque se limita a investigación de observación, ensayos clínicos, biobancos y estudios epidemiológicos (OPS, CIOMS. 2017). También desde sus orígenes plantea aspectos determinantes relacionados con la ética y bioética en investigaciones con seres humanos.

A su vez, Goikoetxea menciona que la bioética presenta una metodología que ayuda a determinar cuáles son los mínimos éticos exigibles para cualquier ser humano en la asistencia sanitaria, la cual fue desarrollada por Diego García Guillen y consta primero del principio formal universal y absoluto en la cual indica que todo ser humano debe ser tratado con respeto y consideración , estableciendo que la dignidad no tiene precio y concebida como una obligación moral absoluta, de igual forma, los principios materiales universales y no absolutos conllevan a tener presente aspectos importantes para cualquier acción que realice la persona como lo son:

No maleficencia: Tener compromiso a la hora de no lastimar con nuestras acciones asistenciales la integridad del usuario.

Justicia: Deber de no discriminar a una persona sin importar sus recursos

económicos.

Autonomía: Siempre respetar los valores, creencias o ideas de las personas.

Beneficencia: Hacer el bien a la persona según su proyecto de vida individual.

Cabe considerar, la Declaración de Helsinki citada por la Asamblea Médica Mundial (AMM, 2017), quien ha planteado como propuesta los principios éticos en la investigación médica con seres humanos, por cual se deben seguir los principios generales que abarcan velar ante todo por la salud del paciente y sus derechos, también, se debe comprender todo aquello relacionado con las enfermedades para prevenir y tratar de manera adecuada y oportuna, reconociendo que el profesional debe cumplir las normas y patrones éticos, legales y jurídicos, protegiendo la privacidad y confidencialidad como ya se había señalado, para resguardar la intimidad de la persona a través del consentimiento informado, de igual forma, llevar a cabo la investigación con transparencia para que al momento de la publicación se refleje la integridad, veracidad y exactitud de los resultados.

Desde el contexto colombiano el estudio responde a la Política Nacional de, Ética y Bioética e Integridad Científica de Min ciencias de 2017, donde se revisaron aspectos normativos de propiedad intelectual y otros elementos que afianzan la normatividad de la Resolución 8430 de 1993.

No obstante, es necesario resaltar la Resolución 8430 de 1993, donde se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, puntualiza

aspectos donde las investigaciones deben seguir reglas para no afectar al sujeto de la investigación, el respeto y protección a sus derechos para su bienestar como indica el artículo 5. Entre sus artículos reza:

Artículo 11. Las investigaciones se dividen en unas categorías, como son la investigación sin riesgo, la cual aplica técnicas y métodos en la investigación retrospectiva y no cambia o altera variables relacionadas con lo biológico, fisiológico o social de las personas que entran al estudio a participar, ya sea por historias clínicas, entrevistas o encuestas. La segunda clasificación es con riesgo mínimo, en ésta se realizan exámenes físicos o psicológicos para un diagnóstico o tratamiento como lo son electrocardiogramas, pruebas de secreciones, extracción de sangre venosa, obtener saliva, retirar cálculos o pruebas de medicamentos que estén autenticados por el Ministerio y cumplan los correctos o pruebas psicológicas en las que no se manipula el comportamiento de la persona. El riesgo mayor que el mínimo implican estudios que emerjan ondas radiológicas, ensayos nuevos, aplicar procedimientos quirúrgicos, y todas las demás técnicas invasoras.

Artículo 14. El consentimiento informado es un acuerdo que se hace por escrito, en el que el acudiente o el individuo autoriza o da paso para entrar a participar en una investigación teniendo claro cuáles son los parámetros, procedimientos, beneficios o riesgos a los que se va someter, siendo su decisión de libre elección (Pág. 3). Por tanto, el consentimiento deberá tener una información explícita para que el sujeto o representante entienda de forma clara:

Artículo 15. El consentimiento informado deberá tener una justificación y objetivos de la investigación, además, todo aquel procedimiento que se va a realizar y sus riesgos o beneficios, así como la alternativa de que la persona pueda preguntar y aclarar sus dudas, tener la garantía de que en cualquier momento se pueda retirar del estudio y que en todo momento se dé la absoluta confidencialidad y la disponibilidad de indemnización en caso de que el estudio genere daños al sujeto (Pág. 4).

Artículo 16. Para que un consentimiento informado sea válido deberá ser elaborado por el investigador principal con la información anteriormente mencionada, debe ser revisada por el comité de ética de toda institución donde se va a aplicar el estudio, debe considerar dos testigos con nombres y direcciones y la relación que tienen con la persona que ingresa a la investigación, además, contiene firmas o huella digital y copia para el sujeto o representante que accede a la investigación (Pág. 4).

Con base en todo lo descrito, esta norma clasifica este estudio como sin riesgo porque no hay intervención sobre los sujetos participantes y lo que se realiza es una aplicación de una encuesta tipo check List, que busca evidenciar si se cumplen las 14 necesidades planteadas por la teorista de enfermería Virginia Henderson para lo cual las gestantes deben firmar consentimiento informado luego de escuchar los planteamientos del estudio y que solo busca mejorar la atención de la futura madre y su hijo durante el trabajo de parto y parto. Se colige, que el estudio fue aprobado por la institución objeto de estudio y el comité de ética del Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

2.8. MARCO LEGAL

Desde el punto de vista macro o internacional y micro o nacional este estudio aborda la siguiente normatividad relacionada con el cuidado de enfermería en gestantes durante la atención del parto:

En efecto, un aporte de suma importancia ha sido realizado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio de la cual hace Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva – Resumen de orientación, resaltando el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado.

Acorde con la ley 2055/2020, de 10 de septiembre, por medio de la cual se admite la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos, la cual se hace durante la fecundación y se visibiliza en el momento del nacimiento, como sujeto con derechos y fundamentalmente el derecho a la vida.

De igual importancia, la Constitución Política de Colombia en su artículo 46 de 1991, del 4 de julio, en se refiere al estado, la sociedad y la familia los cuales deberán velar por la salud y bienestar de estas personas. Enfatizando el derecho a la salud por su naturaleza que se vincula con la dignidad humana, que sin salud estable no puede concretarse, este implica también por conexidad, el derecho a la vida, lo que lo convierte en un derecho fundamental. En su artículo 49 el constituyente dispuso especialmente que: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.

Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” lo anterior indica que esencialmente el Estado debe en función del principio de corresponsabilidad entre el Estado, la familia y el Estado garantizar las posibilidades reales de acceso a los servicios integrales de salud, y aunque también una entidad privada pueda prestar este servicio, el Estado debe estar vigilando el servicio a la salud, su cumplimiento.

Prosiguiendo con la Ley 911 de 2004:sobre principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería en su artículo 1°, señala que “el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, Sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de enfermería” lo que permite un claro sustento ético-legal sobre las pautas que debe desarrollar la profesión de enfermería.

A su vez, en el artículo 3 dispone que “El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión, fundamentado en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, el cual se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, persona, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno” manifestaciones que implican un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y

colectivas.

Así mismo, en el artículo 6 menciona que: “el profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería con el objetivo que conozca su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su posición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación en enfermería”, este artículo resulta necesario para evitar las situaciones de responsabilidad médica y hospitalaria, y además es una garantía de trato humano, pues las personas deben saber que se les va a realizar y cuáles pueden ser las consecuencias adversas.

Siguiendo, el artículo 9° se refiere al “deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física espiritual y psíquica”, este artículo señala las circunstancias de diversa índole que debe respetar el profesional de enfermería que puede involucrar temas culturales, espirituales y/o de personalidad que deben identificarse, reconocerse y respetarse.

El artículo 18 hace referencia a que “El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería y aun después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas por la ley” esta norma es una manifestación expresa a la exigencia del respeto al derecho a la intimidad y la protección de los datos personales.

Se indica asimismo, en el artículo 29, que en los procesos de investigación el profesional de enfermería que participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental, con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales, artículo que tiene simultáneamente una importancia ética y legal.

Sobre este asunto la Ley No. 2244 del 11 de julio de 2022, indica que "por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de "parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado": Donde repercute la importancia del profesional de enfermería durante el embarazo brindando educación sobre alimentación, trato humanizado, parto humanizado, entre otros, que comprende acciones de las cuales las mujeres gestantes tienen deberes y derechos durante su embarazo, parto y puerperio.

El Decreto 585 de 1991. Artículo 6° Los programas de ciencia y tecnología se desarrollarán mediante proyectos, estos podrán originarse en la iniciativa de los investigadores y de personas jurídicas públicas o privadas, o en demandas de cualquiera de las instancias del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología

2.9. MARCO DISCIPLINAR

Entre las diferentes teoristas de enfermería, se encontró oportuno para la realización

de la investigación, teorías que, a lo largo de la profesión de enfermería, sirven como guías para la realización de un cuidado humanizado. Alrededor del mundo, las enfermeras/os han comenzado a tener el reconocimiento de la motivación en su labor, identificando así teorías aplicadas en diferentes escenarios, para desarrollar acciones adecuadas y con apoyo científico. En este sentido, se aborda algunas de ellas por considerarse fundamentales en el cuidado de la gestante durante el trabajo de parto y parto como de su hijo por nacer, entendiéndolo, que esto muestra la calidad de la atención recibida:

Hildegard E. Peplau: “Teoría de las relaciones interpersonales”

Acorde a Peplau, se analizan cuatro experiencias psicobiológicas lo que lleva a que los/las pacientes desarrollen respuestas, tanto constructivas como destructivas según la necesidad, bien sea de ansiedad, frustración, y conflicto y ansiedad, las que a su vez se dividen en cuatro fases, explicadas a continuación.

La orientación es la primera de las fases donde se necesita de la atención, el papel que cumple la enfermera/o es la de llevar a la persona a un entendimiento de su determinación de cuidado y la identificación sería la segunda fase, en este punto se determina el rol de la enfermera/o para lograr que el individuo pase por distintas etapas, donde éste expresa sus sentimientos para comprender su enfermedad o condición de salud y cómo llevarla. En la última etapa del proceso la persona tiene una visualización nueva y empieza a independizarse de las anteriores fases, facilitando una relación entre ambas partes, tanto de la persona cuidada como del profesional en enfermería, es necesario tener una buena comunicación y una capacidad de escuchar, porque aquí se hace el uso de los

distintos roles para solucionar la necesidad de los problemas como único objetivo.

Los roles son seis, el rol de extraño donde aunque no se conocen, se debe tratar con respeto y emitir prejuicios; rol de la persona recurso, donde se dan respuestas y se explica el tratamiento; rol docente que es un compromiso del cuidado y acorde al conocimiento del se hace uso de la información; rol de liderazgo, se puede dar por medio de la cooperación y participación activa para lograr la satisfacción de necesidades; rol de sustituto, donde la función de enfermería no es siempre hacer por, dado que el paciente ve el personal de salud como alguien cercano y por último el rol de asesoramiento, según Peplau este aplica más en situaciones psiquiátricas donde se debe hacer entender lo que está ocurriendo.

Lo planteado por Peplau, es una orientación clave cuando se encuentra una gestante en fase de trabajo de parto y parto, para tener clara su participación, compromiso, comunicación entre el rol de enfermera y su rol frente a su responsabilidad en estas etapas.

Jean Watson: “Teoría del cuidado humanizado”

El binomio madre- hijo demanda de un mayor cuidado y dependen del personal de salud para su seguridad y es cuando reciben gran parte de intervenciones, donde se hacen partícipes del proceso incluyendo a la gestante y a su familia. Jean Watson describe unos “quehacer de enfermería”, que estos son: Gestión, asistencia, formación, docencia e investigación, debido a que este conjunto de conceptos se lleva a respetar en su totalidad la dignidad humana (Guerrero, et al. 2016).

Watson describe su teoría como un

“Compromiso moral” donde se debe proteger y demostrar el respeto a la persona, como también se debe demostrar el mayor interés, pudiendo observar las necesidades de cada persona, para poder brindar el mejor tratamiento basado en los valores”.

Existe una escala llamada “Escala en la medición del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Jean Watson”, conformada por 6 subcategorías: Satisfacer las necesidades, habilidades técnicas de la enfermera, relación enfermera-paciente, autocuidado del profesional de enfermería, aspectos espirituales del cuidado enfermero y aspectos éticos del cuidado, que esto lo que nos indica es que si tenemos todas estas características, podemos brindar un buen cuidado humanizado (Guerrero, et al. 2016).

Esta teoría se basa en 3 premisas que son: Premisa 1: El cuidado y la enfermería ha existido en todas las sociedades, donde la enfermera ha tenido la oportunidad de unir la parte humana con sus conocimientos adquiridos por su profesión. Premisa 2: “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera persona y pacientes persona”. Premisa 3: “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. En uno de sus metaparadigmas, J Watson hace referencia al cuidado de enfermería como algo transpersonal, siendo el cuidado algo holístico, donde el profesional de enfermería, detecta, siente los sentimientos del otro, comprende al igual que puede expresar sus sentimientos de

manera que la otra persona sea capaz de experimentarlo; conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal . El cuidado transpersonal entendido como una unión espiritual entre dos personas que trascienden persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. La teorista califica la falta de humanización como deshumanización catalogándolo como una violación a los derechos fundamentales del ser humano, teniendo en cuenta que las gestantes se sienten vulnerables en este servicio, donde han sido apartados de su familia, su salud está comprometida, no solo la salud física sino también la emocional.

Se debe tener en cuenta varios aspectos para atender de forma holística al paciente, en este caso la madre y el recién nacido para satisfacer sus necesidades, tener en cuenta su aspecto espiritual, moral, etc. para que el cuidado sea humanizado e integral. Guerrero et al., (2015)

Ramona Mercer: Teoría del Rol Maternal.

Para Ramona Mercer la madre cuenta con un núcleo propio por el cual percibe los sucesos y percepciones referentes a la maternidad a partir de las respuestas del bebé y de su entorno, adicionalmente el rol de la madre se irá desarrollando a lo largo del tiempo ya que este depende de las habilidades que vaya adquiriendo el bebé con el pasar de los días, de tal forma que todas las decisiones que tome la mujer con relación al rol influirán directamente al bebé, al ser un vínculo directo entre madre e hijo.

La teorista explica que un rol materno que se desarrolla de manera adecuada debe atravesar por múltiples estadios y adicionalmente cuenta con un entorno evaluado a través

de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner, en este sentido, una madre que es separada de su bebé desde el momento del nacimiento por cuestiones ajenas a ella ocasiona una alteración temprana en el desarrollo del mismo ya que atraviesa el estadio de anticipación; pero en el estadio formal se ve enfrentada a una realidad completamente distinta del imaginario que ella traía a lo largo del embarazo y es así, como se altera el transcurso normal de este rol. Este cambio abrupto se evidencia con una alteración en la dinámica del entorno de esta mujer.

A nivel del microsistema el núcleo familiar se ve alterado por factores de tipo emocionales ya que emergen sentimientos de angustia y dudas por posibles necesidades especiales o la aparición de alguna secuela en el recién nacido, el no poder tocar al recién nacido y tener un contacto temprano con él, sumado al hecho de no poder amamantarlo. En algunos casos la crisis y la carga emocional puede originar diferencias entre los padres con necesidades económicas, distanciamiento de los otros hijos. En el mesosistema se puede observar cambios conductuales en la dinámica familiar relacionado con los roles que desarrolla cada uno como cuidado de otros hijos si los hay, orden en la casa, etc.

Por otra parte, a nivel del macrosistema se puede ver cambios en creencias culturales y sociales, mitos y hábitos que se deben considerar por la diversidad étnica. Este análisis desde la teoría del Rol maternal según Mercer, muestra la necesidad de identificar estrategias para favorecer el rol, donde la educación y atención temprana serán soporte principal cuyo objetivo es disminuir los niveles de estrés que enfrenta la gestante y madre en su rol maternal. Lo propuesto por Mercer, es claro y visible en las pautas de crianza y cultura de las madres, lo cual es necesario comprender y respetar como lo señala

Madeleine Leininger en su teoría del cuidado transcultural, y son preceptos que un cuidado desde Henderson y sus necesidades y humanizado según Watson, debe estar presente en todo momento de cumplir la atención de enfermería.

3.METODOLOGÍA

3.1.Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y transversal, es un estudio de tipo observacional de corte transversal, toda vez que, a partir del objeto de estudio, se analiza el comportamiento de una población, de acuerdo con algunas variables previamente identificadas, y las cuales se desarrollan de manera cuantitativa, con el fin de comparar sus comportamientos en un lugar y tiempo determinado. Lo observacional porque se hizo observación directa de las madres luego del parto, durante la aplicación del instrumento, descriptivo porque se especificó variables sociodemográficas y las variables relacionadas con las 14 necesidades, para un análisis univariado y bivariado, además de transversal, porque se recogió la información en un momento dado del proceso investigativo.

3.2.Población y muestra.

La población estuvo conformada por 170 madres promedio en atención del parto y años quienes cumplieron los criterios de elegibilidad acorde a criterios de inclusión y exclusión, que se encontraban en postparto, quienes aceptaron voluntariamente acceder a la encuesta para brindar información necesaria para la realización del estudio. La muestra, fue de 80 madres, con previo diligenciamiento de consentimiento informado y permisos pertinentes, del hospital de Turbo Antioquia, este muestreo fue de tipo no probabilístico ya que participaron las madres que recibieron cuidados según Henderson durante su trabajo de parto y parto por los profesionales en enfermería.

3.3. Instrumento.

Se elaboró un cuestionario tipo encuesta check list con preguntas dicotómicas, politómicas y abiertas; relacionadas con las variables del estudio, la parte inicial del instrumento cuenta con preguntas enfocadas a los datos sociodemográficos, la encuesta fue estratificada por edad, nivel académico, antecedentes gineco-obstétricos, derechos de las gestantes, preparación para la maternidad, sentimientos antes y después del parto, cuidados recibidos entre otros, las demás preguntas tuvieron respuestas de selección fija como si o no, en cuanto a cualidades y percepción del cuidado de enfermería que recibieron durante el trabajo de parto y parto, el cual tuvo validación facial como de contenido por expertos, para realizar ajustes al cuestionario, luego, se hizo prueba piloto con algunas madres con criterios similares al estudio para mayor confiabilidad del instrumento, posteriormente se realizó el trabajo de campo para recoger la información que se tabuló en Excel versión 2016, lo que se representó en tablas y gráficos para ressignificar los hallazgos.

Criterios de inclusión y criterios de exclusión

Criterios de inclusión:

- Características de las mujeres que estuvieron en trabajo de parto y parto
- Mujeres que fueron atendidas en el hospital de primer nivel de complejidad de Turbo, Antioquia
- Gestantes sin comorbilidades
- Mujeres que dieron su consentimiento para hacer parte del presente proceso investigativo

- Mujeres con capacidad para tomar decisiones y responder de manera voluntaria la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Parto extrahospitalario.
- Mujeres gestantes con problemas mentales
- Mujeres que no residen el municipio de Turbo, Antioquia.
- Mujeres que no saben leer ni escribir

3.4. Técnicas de recolección de información

Se solicitó permiso institucional con presentación previa del estudio y se pidió consentimiento informado a aquellas personas que decidieron participar y luego se aplicó la encuesta de manera presencial, en el servicio de ginecobstetricia, con una duración de 30 a 40 minutos.

3.5. Análisis de resultados.

Con base en los resultados arrojados por el instrumento, se procede a realizar el análisis de tipo univariado y bivariado lo que posteriormente se compararon con diferentes variables para establecer porcentajes que se interpretaron y representaron en tablas y gráficos y sacar conclusiones según los hallazgos.

4 ANALISIS DE RESULTADOS.

A continuación según datos del instrumento se presentan los resultados.

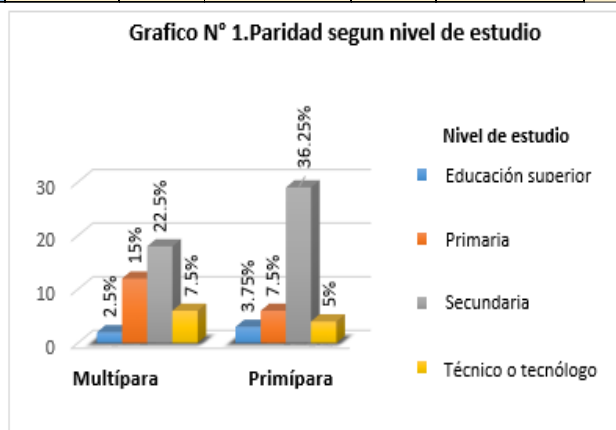
Tabla 1. Caracterización sociodemográfica.

1.CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS		
Variable	Numero	Frecuencia
1.1 Edad		
<18 años	9	11.2
18 a 23 años	33	41.2
24 a 29 años	20	25
>30	18	22.5
Total	80	100
1.2 Escolaridad		
Primaria	18	22.5
Secundaria	47	58.7
Técnico o tecnológico	10	12.5
Educación superior	5	6.2
Total	80	100
1.3 Vía del parto		
Vaginal	60	75
Cesárea	20	25.2
Total	80	100
1.4 Paridad		
Primípara	42	52.5
Múltipara	38	47.5
Total	80	100
1.5 Localidad		
Urbano	30	37.5
Rural	50	62.5
Total	80	100

La tabla de características sociodemográficas muestra que prevaleció de 18 a 23 años, luego el de 24 a 29 años, en escolaridad secundaria seguido de primaria, en vía del parto primero vaginal seguido por cesaría, en paridad escasa diferencia de primípara sobre múltipara y localidad la mayoría rural seguido de urbanas.

Cuadro y Gráfico N°1: Paridad según nivel de estudios

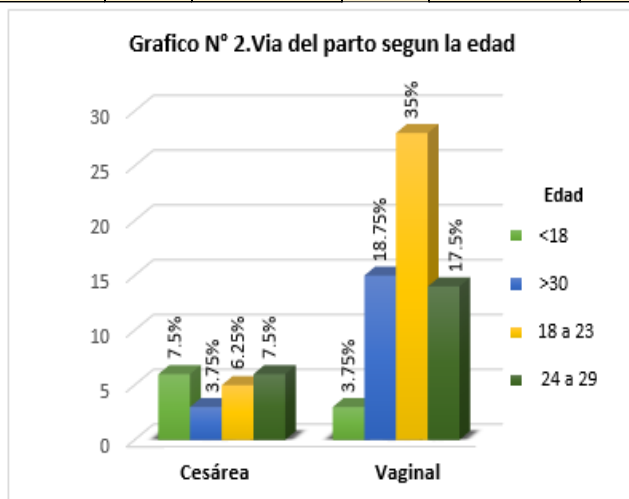
Cuadro N° 1. Paridad según nivel de estudio										
	Primaria	%	Secundaria	%	Técnico o tecnólogo	%	Educación superior	%	Total	%
Primípara	6	7.5%	29	36.25%	4	5%	3	3.75%	42	52.5%
Múltipara	12	15%	18	22.5%	6	7.5%	2	2.5%	38	47.5%
Total	18	22.5%	47	58.75%	10	12.5%	5	6.25%	80	100%



En la tabla y gráfico N°1, se observa que prevaleció en los dos grupos la paridad en primíparas y múltiparas para nivel de estudios secundaria, seguido de primaria con más participantes de primaria en múltiparas seguido de primíparas y en última las participantes con educación superior casi similar número de gestantes en ambos grupos.

Cuadro y Gráfico N°2: Vía del parto según edad.

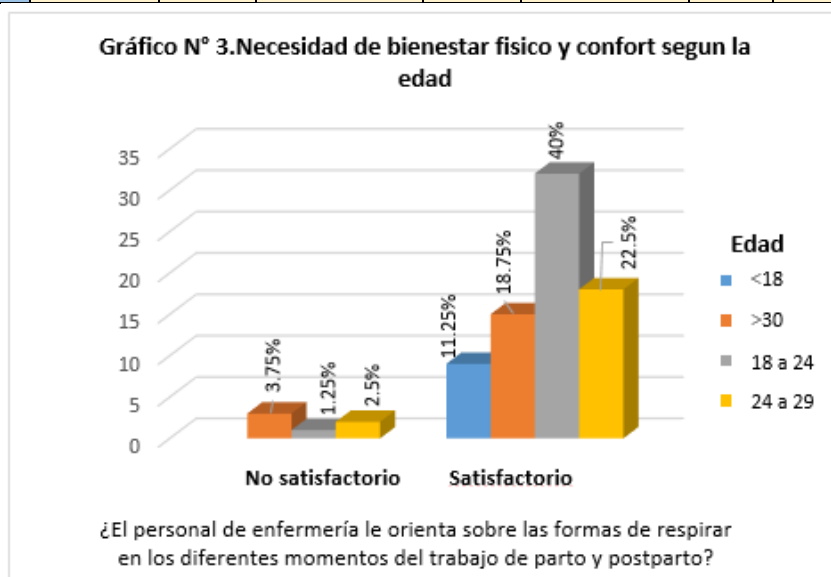
Cuadro N° 2. Vía del parto según la edad										
	< 18 años	%	18 a 23 años	%	24 a 29 años	%	> 30 años	%	Total	%
Cesárea	6	7.5%	5	6.25%	6	7.5%	3	3.75%	20	25%
Vaginal	3	3.75%	28	35%	14	17.5%	15	18.75%	60	75%
Total	9	11.25%	33	41.2%	20	25%	18	22.5%	80	100%



En la tabla y gráfico N°2, se encuentra que hubo predominio de parto vaginal frente a cesárea, con relación a la edad en parto vaginal la mayoría estuvo entre los 18 a 23 años, seguido con escasa diferencia las mayores de 30 frente a las de 24 a 29 años, y en último las menores de 18 años. Con respecto a la cesárea las diferencias no son significativas prevaleciendo en las menores de 18 años, luego de 24 a 29 años y siguen las de 18 a 23 años.

Cuadro y Gráfico N°3 Necesidad de bienestar físico y confort/ respiración según edad.

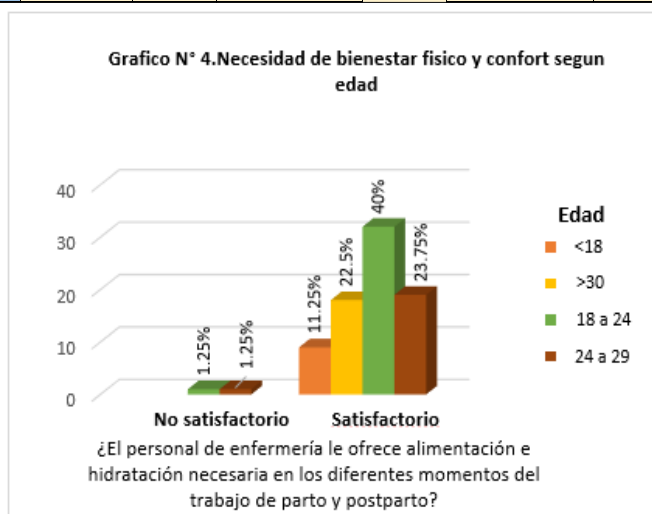
Cuadro N° 3. Necesidad de bienestar físico y confort según edad.									
¿El personal de enfermería le orienta sobre las formas de respirar en los diferentes momentos del trabajo postparto?									
Rango de edad									Total
< 18 años	%	18 a 23 años	%	24 a 29 años	%	> 30 años	%		
Satisfactorio	9	11.25%	32	40%	18	22.5%	15	18.75%	74
No satisfactorio	0	0%	1	1.25%	2	2.5%	3	3.75%	6
Total	9	11.25%	33	41.25%	20	25%	18	22.5%	80



La tabla y gráfico N°3, las participantes muestran en su mayoría satisfacción en la necesidad de respiración resaltando mayor satisfacción las gestantes entre 18 a 23 años, seguido de las gestantes de 24 a 29 años lo cual puede sugerir que al estar en edad reproductiva desde la maduración fisiológica da una mejor respuesta al proceso de trabajo de parto y parto, respondiendo a las indicaciones de tipo de respiración según la fase del trabajo de parto.

Cuadro y Gráfico N°4: Necesidad de bienestar físico Alimentación e hidratación según edad.

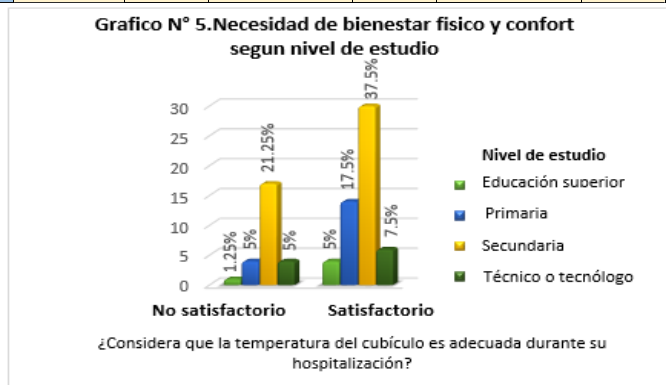
Cuadro N° 4. Necesidad de bienestar físico y confort según edad										
¿El personal de enfermería le ofrece alimentación e hidratación necesaria en los diferentes momentos del trabajo de parto y postparto?										
Rango de edad									Total	%
< 18 años	%	18 a 23 años	%	24 a 29 años	%	> 30 años	%			
Satisfactorio	9	11.25%	32	40%	19	23.75%	18	22.5%	78	97.5%
No satisfactorio	0	0%	1	1.25%	1	1.25%	0	0%	2	2.5%
Total	9	11.25%	33	41.25%	20	25%	18	22.5%	80	100%



La tabla y gráfico N°4, muestra en las participantes en su mayoría satisfacción en la necesidad de alimentación e hidratación, el resultado es similar al anterior con mayor satisfacción en las gestantes entre 18 a 23 años, seguido de las gestantes de 24 a 29 años, lo cual puede ser una respuesta a los protocolos del servicio, donde hoy las gestantes al ingreso se canalizan con líquidos endovenosos acorde a su condición funcional y se les da alimentación comun solo hay algunas contraindicaciones de la madre.

Cuadro y Gráfico N°5: Necesidad de bienestar físico temperatura según nivel de estudios.

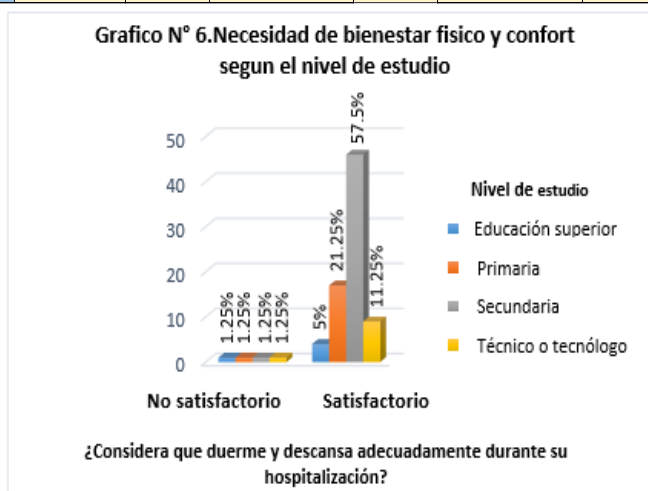
Cuadro N° 5. Necesidad de bienestar físico y confort según nivel de estudio											
¿Considera que la temperatura del cubículo es adecuada durante su hospitalización?											
Nivel de estudio										Total	%
	Primaria	%	Secundaria	%	Técnico o tecnólogo	%	Educación superior	%			
Satisfactorio	14	17.5%	30	37.5%	6	7.5%	4	5%	54	67.5%	
No satisfactorio	4	5%	17	21.25%	4	5%	1	1.25%	26	32.5%	
Total	18	22.5%	47	58.75%	10	12.5%	5	6.25%	80	100%	



El cuadro y gráfico N°5, relacionado con el confort y bienestar físico de temperatura del cubículo, muestra que hay alguna satisfacción en las participantes con estudios de secundaria, sin embargo, en este mismo grupo hay un porcentaje que corresponde a la cuarta parte que no percibe satisfacción de esta necesidad. En las demás participantes es casi similar la respuesta de satisfacción y no satisfacción.

Cuadro y Gráfico N°6 Necesidad de bienestar físico y confort descanso y sueño según nivel de estudios.

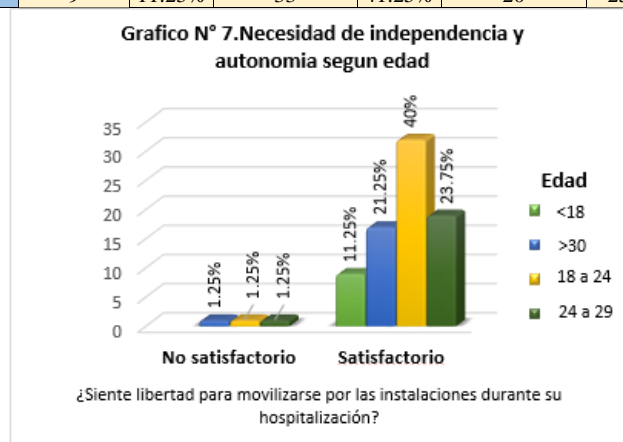
Cuadro N° 6. Necesidad de bienestar físico y confort según nivel de estudio											
¿Considera que duerme y descansa adecuadamente durante su hospitalización?											
Nivel de estudio										Total	%
	Primaria	%	Secundaria	%	Técnico o tecnológico	%	Educación superior	%			
Satisfactorio	17	21.25%	46	57.5%	9	11.25%	4	5%	76	95%	
No satisfactorio	1	1.25%	1	1.25%	1	1.25%	1	1.25%	4	5%	
Total	18	22.5%	47	58.75%	10	12.5%	5	6.25%	80	100%	



En el cuadro y gráfico N° 6, las participantes, refieren que si pueden descansar y dormir adecuadamente, donde prevalecen las participantes de nivel secundaria, seguido por las participantes de nivel primaria y muy escasas las que no perciben satisfacción de esta necesidad fisiológica.

Cuadro y Gráfico N°7 Necesidad de independencia y autonomía de movilidad según edad.

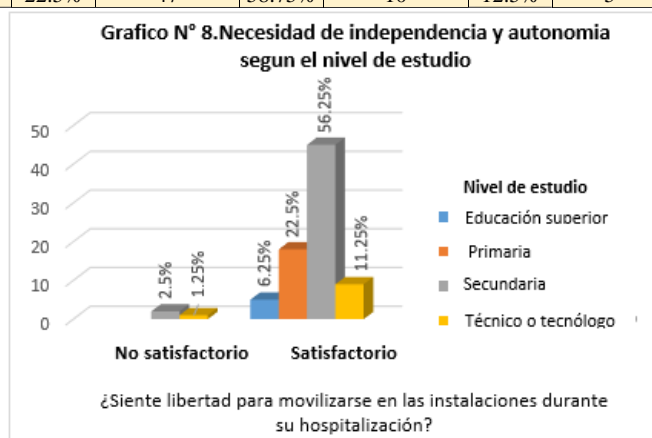
Cuadro N° 7. Necesidad de independencia y autonomía según edad										
¿Siente libertad para movilizarse por las instalaciones durante su hospitalización?										
Rango de edad									Total	%
< 18 años	%	18 a 23 años	%	24 a 29 años	%	> 30 años	%			
Satisfactorio	9	11.25%	32	40%	19	23.75%	17	21.25%	77	96.25%
No satisfactorio	0	0%	1	1.25%	1	1.25%	1	1.25%	3	3.75%
Total	9	11.25%	33	41.25%	20	25%	18	22.5%	80	100%



La tabla y Gráfico N°7, de necesidades de independencia y autonomía, también guarda correspondencia con las dos necesidades anteriores donde también hay mayor satisfacción en las participantes entre 18 a 23 años, seguido de las de 24 a 29 años, lo cual se puede entender como ese respeto por la autonomía de la gestante, reconociendo que el embarazo cuando se encuentra en condiciones fisiológicas, no debe limitar la movilidad durante el trabajo de parto, porque en muchas ocasiones favorece la actividad uterina y el mecanismo de parto, acortando esta fase.

Cuadro y Gráfico N°8 Necesidad de independencia y autonomía de movilidad según nivel de estudios.

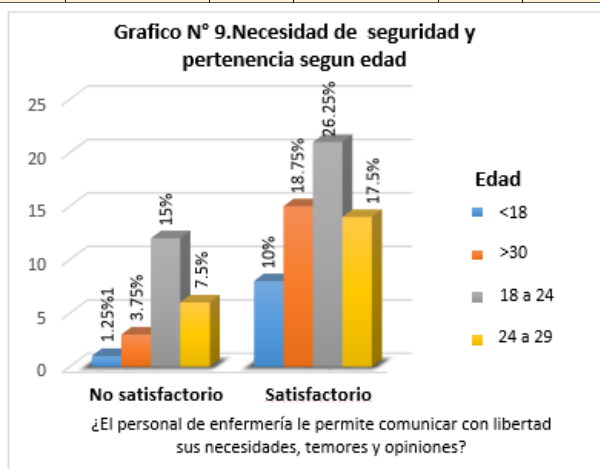
Cuadro N° 8. Necesidad de independencia y autonomía según nivel de estudio										
¿Siente libertad para movilizarse en las instalaciones durante su hospitalización?										
Nivel de estudio									Total	%
	Primaria	%	Secundaria	%	Técnico o tecnólogo	%	Educación superior	%		
Satisfactorio	18	22.5%	45	56.25%	9	11.25%	5	6.25%	77	96.25%
No satisfactorio	0	0%	2	2.5%	1	1.25%	0	0%	3	3.75%
Total	18	22.5%	47	58.75%	10	12.5%	5	6.25%	80	100%



La tabla y Gráfico N°8, de necesidades de independencia y autonomía, muestra que hay mayor satisfacción en las participantes de nivel secundaria, seguido de las de nivel primaria y muy baja satisfacción en las participantes con educación superior, lo que puede indicar que este último grupo percibe los protocolos del servicio como reglas que limitan su libertad y autonomía.

Cuadro y Gráfico N°9 Necesidad de seguridad y pertenencia comunicar necesidades según edad.

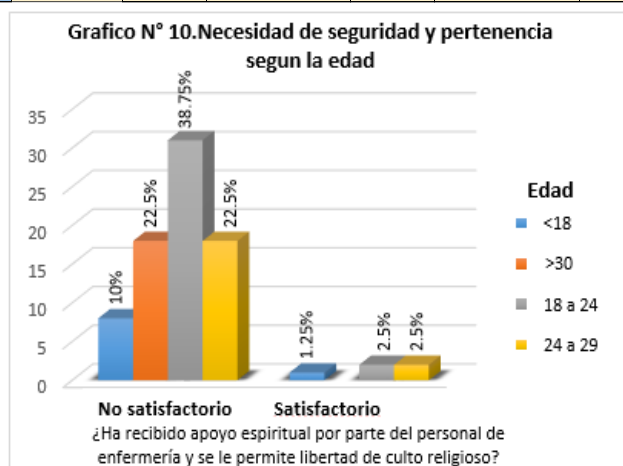
Cuadro N° 9. Necesidad de seguridad y pertenencia según edad										
¿El personal de enfermería le permite comunicar con libertad sus necesidades, temores y opiniones?										
Rango de edad									Total	%
< 18 años	%	18 a 23 años	%	24 a 29 años	%	> 30 años	%			
Satisfactorio	8	10%	21	26.25%	14	17.5%	15	18.75%	58	72.5%
No satisfactorio	1	1.25%	12	15%	6	7.5%	3	3.75%	22	27.5%
Total	9	11.25%	33	41.25%	20	25%	18	22.5%	80	100%



El cuadro y gráfico N° 9, indica que hay satisfacción en la necesidad de seguridad y pertenencia, prevaleciendo en los grupos de 18 a 23 años y casi similar en los grupos mayores de 30 años y entre 24 a 29 años, no obstante, que hay un porcentaje de entre 18 a 23 años que no percibe esta necesidad como satisfecha.

Cuadro y Gráfico N°10 Necesidad de seguridad y pertenencia apoyo espiritual según edad.

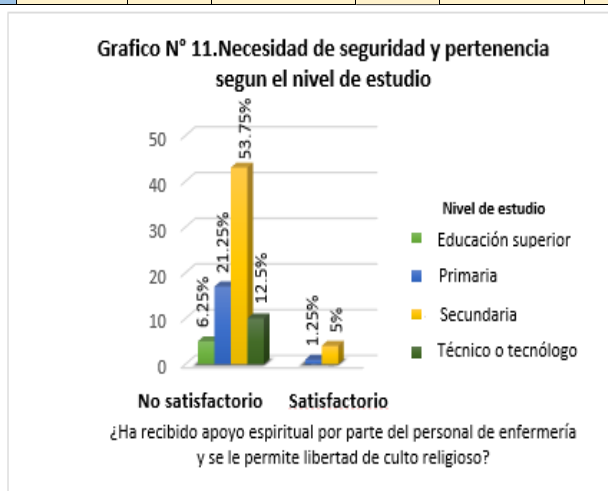
Cuadro N° 10. Necesidad de seguridad y pertenencia según edad										
¿Ha recibido apoyo espiritual por parte del personal de enfermería y se le permite libertad de culto religioso?										
	Rango de edad								Total	%
	< 18 años	%	18 a 23 años	%	24 a 29 años	%	> 30 años	%		
Satisfactorio	1	1.25%	2	2.5%	2	2.5%	0	0%	5	6.25%
No satisfactorio	8	10%	31	38.75%	18	22.5%	18	22.5%	75	93.75%
Total	9	11.25%	33	41.25%	20	25%	18	22.5%	80	100%



El cuadro y gráfico N°10, relacionado con acompañamiento espiritual y práctica de culto, se observa que es una necesidad emocional, que no se satisface y lo afirma el grupo de participantes de 18 a 23 años y en igual valor las madres entre 24 a 29 años y las mayores de 30 años y las menores de 18 años es un porcentaje mínimo de ellas que si lo perciben.

Cuadro y Gráfico N°11 Necesidad de seguridad y pertenencia apoyo espiritual según nivel de estudios.

Cuadro N° 11. Necesidad de seguridad y pertenencia según nivel de estudio										
¿Ha recibido apoyo espiritual por parte del personal de enfermería y se le permite libertad de culto religioso?										
	Nivel de estudio								Total	%
	Primaria	%	Secundaria	%	Técnico o tecnólogo	%	Educación superior	%		
Satisfactorio	1	1.25%	4	5%	0	0%	0	0%	5	6.25%
No satisfactorio	17	21.25%	43	53.75%	10	12.5%	5	6.25%	75	93.75%
Total	18	22.5%	47	58.75%	10	12.5%	5	6.25%	80	100%



El cuadro y gráfico N°11 relacionado con acompañamiento espiritual y práctica de culto según nivel de estudios, guarda una correspondencia con el anterior de apoyo espiritual por edad, en el entendido que los niveles de estudio son correspondientes con las edades, siendo en primer lugar secundaria, seguido de primaria y en último lugar educación superior.

3. DISCUSIÓN

El cuidado de enfermería en la atención de una gestante requiere de práctica centrada en necesidades de bienestar del binomio madre-hijo con una percepción satisfactoria de la madre durante el trabajo de parto, parto y posparto con una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, y termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El cuidado de enfermería en la atención de una gestante requiere de práctica centrada en necesidades de bienestar del binomio madre-hijo con una percepción satisfactoria de la madre durante el trabajo de parto, parto y posparto con una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, y termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina Alexandria et al (2019), Chávez y Sánchez (2018).

La valoración de enfermería permite analizar las respuestas humanas en situaciones de salud, valorar la persona de cuidado y con base en los hallazgos determinar un plan de cuidado concertado e informado. Este estudio tuvo como objetivo: Describir el cuidado de enfermería según las catorce necesidades de Virginia Henderson en gestantes durante el parto Hospital de Turbo Antioquia 2023.

Con relación a las características sociodemográficas para edad hubo predominio entre 18 a 25 años (87%); escolaridad secundaria 90%; con relación a la satisfacción de las 14 necesidades: en necesidades de bienestar físico y confort fue

adecuado en (95%), en necesidades de independencia y autonomía adecuada en un (88%) y en necesidades de seguridad y pertenencia adecuada en (58%)

Los resultados no mostraron relación significativa y diferencial con las necesidades básicas con las variables sociodemográficas, no obstante, en necesidad de independencia y autonomía de movilidad no hubo respuesta importante y solo se vio en pacientes con secundaria y primaria, muy baja respuesta en gestantes con educación superior, lo que supone que estas si tienen claro que son protocolos de servicio y las otras, lo consideran que es así, como lo muestra el estudio de Garzón et (2022)

Y en necesidad de seguridad y pertenencia apoyo espiritual y comunicación, en esta hay un porcentaje de entre 18 a 23 años que no percibe esta necesidad como satisfecha y los otros grupos ven satisfecha esta necesidad, lo que lleva a pensar que mientras más jóvenes más demuestran necesidad de comunicación, en este proceso del parto; en lo relacionado con acompañamiento espiritual y práctica de culto, se observa que es una necesidad emocional, que no se satisface y lo afirma el grupo de participantes de 18 a 23 años lo mismo con relación a nivel de estudios, y en un grado no significativo se ve en los otros grupos.

Las pacientes tienen una percepción buena sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes es satisfactoria. Los resultados son coherentes con lo hallado en estudios similares a nivel nacional e internacional. *Lenis y Manrique (2015)*. En este orden, los resultados según Irvine y Sidani, citados en Lenis y Manrique (2015) sobre experiencia y

satisfacción con los cuidados recibidos señalan que una de las formas para medir los componentes de proceso y resultados del cuidado de enfermería, es por medio de la relación paciente-enfermera y la percepción en satisfacción final del paciente con respecto al cuidado.

El cuidado de enfermería en la atención de una gestante requiere de práctica centrada en necesidades del bienestar madre-hijo y una percepción satisfactoria de la madre durante el trabajo de parto, parto y posparto (Cabascango et al. 2019). Henderson, señala que el cuidado debe cumplir los principios fisiológicos y psicológicos, además de suplir los déficits de autonomía de la persona (Pillado y Donet.2022), circunstancias variadas e intensas frente a la incertidumbre que genera el parto en estas fases, donde la mujer debe afrontar procesos como la actividad, uterina, el expulsivo y la lactancia que son momentos difíciles, que desde el cuidado se deben atender porque es complejo por todas las necesidades que exige el cuidado en estas etapas (Socarrás y Donet.2022).

4. CONCLUSIONES

Este estudio concluye:

De acuerdo a Virginia Henderson se satisfacen bien las necesidades fisiológicas propias de bienestar físico, sin embargo, no se satisfacen o postergan las necesidades psicológicas y espirituales, necesarias para el afrontamiento en las fases del parto y por la demanda de cuidados estrictos que tiene el binomio madre-hijo, lo que se evidencia por sobrecarga de actividades del cuidado.

La satisfacción en todas las necesidades debe ser un imperativo del cuidado según Virginia Henderson y otras teoristas para ser un cuidado holístico que asegure la calidad del cuidado madre-hijo.

El cuidado de enfermería que no lleve a la satisfacción integral de la gestante según sus derechos humanos, reproductivos, sexuales y de salud pueden ser actos de violencia obstétrica al no aplicarlos.

5. RECOMENDACIONES

Con base en las conclusiones este estudio sugiere:

- Establecer protocolos de cuidado humanizado partiendo de las 14 necesidades de Henderson, pero que se incluya otras teoristas que fortalecen lo propuesto como Kristen Swanson (5 procesos), Madeleine Leininger (Cuidado transcultural), Jean Watson (Cuidado Humanizado) y otras teoristas del cuidado para ser seguro, continuo y centrado en las necesidades de la gestante en un cuidado consensuado, es decir, un parto respetado.
- Procurar realizar otros estudios que reevalúan estos hallazgos para afirmar los resultados, o demostrando resultados diferentes lo cual permite ampliar el conocimiento en este tema del cuidado.
- Aunque existen estudios relacionados con cuidados centrados en necesidades fisiológicas, psicológicas entre otras, sería importante generar una investigación cualitativa desde la percepción de las gestantes para establecer criterios y expandir el conocimiento acerca de este cuidado vital para el binomio madre-hijo.
- Mantener una comunicación asertiva con los familiares de las gestantes cuando no se cuenta con acompañamiento durante la atención del parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alexandria ST de, Oliveira M do SS de, Alves SM, Bessa MMM, Albuquerque GA, Santana MDR. (2019) *La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto*. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*.
- Álvarez Franco, Claudia Cecilia (2013). *Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto*. *Aquichan*, 13(1),17-26.[fecha de Consulta 19 de septiembre de 2022]. ISSN: 1657-5997. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128687005>
- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañón-Montañez, W. (2011). *Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil*. *Revista cuidararte*, 2(1), 195-201.
- Angarita Navarro, A. M. (2018). *El acompañamiento por enfermería en la atención del trabajo de parto y parto: Una revisión narrativa de la literatura*. *Revista Investigación En Salud Universidad De Boyacá*, 5(2), 323–344. <https://doi.org/10.24267/23897325.346>
- Aranaz, J. M., Moya, C. (2011). *Seguridad del paciente y calidad asistencial*. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(6), 331–332. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2011.10.001>

Artal-Mittelmark, R. (2022, 22 agosto). *Trabajo de parto. Manual MSD* versión para público general. Recuperado 15 de septiembre de 2022, de

<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>

Atayde Manríquez, K. X., & González-Robledo, L. M. (2020). *Experiences and emotions of midwives in relation to the formal health system in México*. *Religación. Revista De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 5(26), 118-131. <https://doi.org/10.46652/rgn.v5i26.737>

Bedoya-Ruiz, L. A., Agudelo-Suárez, A. A., Restrepo-Ochoa, D. A., & Henao-Villegas, S. (2020). *Institutional practices in maternal health according to social class*. Bogotá, Colombia, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(4), 323–344. <https://doi.org/10.18597/rcog.3497>

Bellido Vallejo JC, Landinez Cobo JF. (2010) *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Borges Damas, L. (2018). *Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto*. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1615>

Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., Sixto Pérez, A. (2018). *El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer*. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 44(3), 1–12.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002

- Bohren, MA, Hunter, EC, Munthe-Kaas, HM et al. (2014) *Facilitadores y barreras para el parto basado en establecimientos en países de bajos y medianos ingresos: una síntesis de evidencia cualitativa*. *Reprod Salud* 11, 71 en. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
- Botteri, E., & Bochar, J. (2019). Publicación semestral de la Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado 8 de enero de 2022, de Alteridades website: <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/993/1058>
- Bravo. P, Uribe. C. y Contreras. A. (2008) *Cuidado percibido durante el proceso de trabajo de parto: una mirada desde las madres*. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, [Revista en línea], v.73 n.3. En: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-7526200800030000>
- Cabascango Allauca LM, Hinojosa Chariguamán AG, Remache Agualongo LM, Olalla García MH. (2019) *Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro geriátrico “Amawta Wasi Samay” Guaranda-Bolívar*. CD [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023];3(1):54-3. En: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/250>
- Chávez Courtois ML, Sánchez Maya NA (2018). *Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género*. *Revista: El Colegio de San Luis*. sep. 11;(16).
- Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). (2020) *Enfermería Clínica* (English Edition), 31(1), 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.05.022>
- Congreso de la República de Colombia. (S.f.). *Artículo 46 de la Constitución Política de Colombia*. Constitución Política de Colombia. Recuperado el 19, 2022. <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-46>

- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Organización Panamericana de La Salud (OPS), Cuarta, 1–136. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Coral Ibarra, R. (2008). *Humanización del cuidado de enfermería durante el parto*. Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica, 11(1), 47-56.
- Damas, L. B., Pérez, A. S., Machado, R. S. (2018). *Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto*. Revista cubana de enfermería, 34(2). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1426/357>
- Elers Mastrapa, Y., Gibert Lamadrid, M. P. (2016). *Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales*. Revista Cubana de Enfermería, 32(4), 126–136. <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
- Enfermería Virtual. Virginia Henderson: *Teoría de las 14 necessitates* (2022) Disponible en: <https://enfermeriavirtual.com/virginia-henderson-teoria-de-las-14-necesidades>
- Esteban-Sepúlveda, S., Fabregas-Mitjans, M., Ordobas-Pages, L., Tutusaus-Arderiu, A., Andreica, L. E., & Leyva-Moral, J. M. (2022). *La experiencia de parto en un hospital de España: humanización versus tecnificación*. *Enfermería clínica*, 32, S14–S22. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.014>
- Europa Press. (2022, 30 marzo). *La OMS difunde 60 recomendaciones para mejorar la atención postparto en mujeres y bebés recién nacidos*. [infosalus.com](https://www.infosalus.com). Recuperado 15 de septiembre

de 2022, de <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-oms-difunde-60-recomendaciones-mejorar-atencion-postparto-mujeres-bebes-recien-nacidos-20220330100951.html>

Ferreira, L. M. S., dos Santos, A. D. F., Ramalho, R. C. F., de Araujo Alves, D., Damasceno, S. S., de Figueiredo, M. de F. E. R., Kerntopf, M. R., Fernández, G. P., & Lemos, I. C. S. (2017). *Atención de enfermería durante el trabajo de parto y parto: la percepción de la mujer*. *Revista cubana de enfermería*, 33(2), 326–337. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90925>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF. 2023) *Datos de Seguimiento de la situación de los niños y las mujeres* [Internet]. [cited 2023 apr 2]. Available from: https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.MNCH_MMR.&startPeriod=2010&endPeriod=2020

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA Colombia .2018) *Por el derecho a una maternidad deseada, saludable y segura*. En: <https://colombia.unfpa.org/es/news/por-el-derecho-una-maternidad-deseada-saludable-y-segura#>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA.2023) *Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020 [cited 2023 agosto]. p. 1–24. Available from: <https://lac.unfpa.org/es/publications/reducci%C3%B3n-de-la-mortalidad-y-la-morbilidadmaternas-consenso-estrat%C3%A9gico-interagencial>

- Franchi, J. V. de O., Peloso, S. M., Ferrari, R. A. P., & Cardelli, A. A. M. (2020). Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 28, e 3292. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>
- García May, P. K., Coronado Zarco, I. A., Valencia Contreras, C., & Núñez Enríquez, J. C. (2017). *Contacto piel a piel al nacimiento*. *Perinatología y reproducción humana*, 31(4), 170–173. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.011>
- Gómez Torres, Danelia, Téllez Rojas, Gabriela, Pareira, Pedro Miguel Santos Dinis, & Peres, Aida Maris. (2018). *Percepción social de usuarias atendidas exclusivamente por enfermeras en la etapa perinatal*. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (35), 116-127. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.33666>
- González-de la Torre, H., Miñarro-Jiménez, S., Palma-Arjona, I., Jeppesen-Gutierrez, J., Berenguer-Pérez, M., & Verdú-Soriano, J. (2021). *Satisfacción percibida por las mujeres durante el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias a través del*
- González-Maestro, M., Laurrieta-Saiz, I., García-González, C., López-Mirones, M., Terán-Muñoz, O., Alonso-Salcines, A. (2017). *Características de los partos inducidos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.001>
- Guerrero Ramírez, R., Meneses Riva, M. E., Ruiz de la Cruz, M. (2016). *Cuidado Humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*. *Enfermería Herediana*, 9(2), 127–136.
- Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H., & Vicente-Rodríguez, G. (2018). *Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna*. *Revista cubana de*

salud pública, 44(2), 381–397. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n2/381-397/es/>

Henao López, C. P., Osorio Galeano, S. P., & Salazar Blandón, D. A. (2020). *Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo de parto*. *Revista ciencia y cuidado*, 17(1), 71–84. <https://doi.org/10.22463/17949831.1636>

Hernández Betancur, A., & Vásquez Truisi, M. (2015). *El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal*. *Universidad Y Salud*, 17(1), 80-96. Recuperado a partir de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2399>

Humanos, D. (S.f.). *Marco normativo, jurisprudencial y de recomendaciones de órganos internacionales e internos de protección de derechos humanos: Insumos y directrices para la elaboración de la Política Pública en*. Recuperado en abril 30, 2023. <http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio/publicaciones/Documents/2014/131213-Soporte-Normativo-Poliitica-DDHH-2014-2034.pdf>

Ibarra, R. C., Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. (2008). *Humanización del cuidado de enfermería durante el parto*. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 11(1), 47–56. <https://doi.org/10.31910/rudca.v11.n1.2008.601>

Instituto Nacional de Salud (2022) *Informe de mortalidad materna*, Colombia Potencia de la Vida. Bogotá, Colombia. En: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%202022.pdf>

Laureano-Eugenio, J., Mejía-Mendoza, M. L., Ortiz-Villalobos, R. C., & Saavedra-Serrano, J.

A. (2017). *Perspectiva de las parteras en Jalisco, México, frente al embarazo de alto riesgo: estudio cualitativo*. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 68(1), 49.

<https://doi.org/10.18597/rcog.2980>

Leal, M. do C., Pereira, A. P. E. Domínguez, R. M. S. M., Filha, M. M. T. Días, M. A. B.

Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., Gama, S. G. N. da. (2014). *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. *Cadernos de saúde pública*, 30(suppl 1), S17–S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00151513>

Lenis-Victoria CA y Manrique-Abril FG. (2015) *Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla* (Colombia).

(3): 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9

Mantilla B, Marconi G, Flórez N, Rincón A.(2005) *Instituciones Amigas de la Mujer y la*

Infancia en el Marco de Derechos Manual para su aplicación “Por el interés superior del Niño” abril. En :

<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/28618/Helen%20Tatiana%20Murcia%20Garc%C3%ADa%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Ramona%20Mercer%20inici%C3%B3%20su%20carrera,y%20obstetricia%20y%20enfermedades%20contagiosas>

Ministerio de salud y protección social (Minsalud). (1993, octubre 4). *Resolución 8434 de 1993*.

Establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Minsalud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Olarte, G., Ortega, M. A., Acosta, M. F., Garzón, A. L., Pérez, L. M. (2020). *Intervención de enfermería para la disminución de la ansiedad ante el parto vaginal*. Revista Médica Panacea, 9(1), 31–35. <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i1.294>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, Transformar la atención a mujeres y neonatos para*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de La Salud, *WHO-RHR-18(8)*, 1–8. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva – Resumen de orientación* En: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>

Oviedo, A. M., Rodríguez, C., Ruiz, A., & Vargas, L. (2022). *Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993*. Recuperado 8 de enero de 2022, de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/40660>

Phaneuf, Margot (1993). *Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería : orientación para el diagnóstico de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana de España, ISBN 84-486-0034-

Piler, A. A., Wall, M. L., Trigueiro, T. H., Benedet, D. C. F., Aldrighi, J. D., & Machado, A. V. de M. B. (2020). *Care in the parturition process from the perspective of nursing*

professionals. Texto & contexto enfermagem, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0214>

Pillado-Socarrás Y, Wilson-Donet M. (2022) *El cuidado desde la teoría de Virginia Henderson en tres pacientes cesareadas*. Progaleno [revista en Internet]. [citado 15 May 2023]; 5 (3) :[aprox. 8 p.]. En: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/355>

Rincones Luisiana, Sánchez Gilberlys y Vargas Elsa. *Opinión de las usuarias sobre el cuidado de enfermería en el componente relacional*. Salud, Arte y Cuidado; Vol. 12 (2) 71-80 julio -diciembre 2019

Rodríguez Fernández, B., & Durán Castillo, K. (2016). *Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica*. Enfermería actual de Costa Rica, 30.
DOI:<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22112..>

Rodríguez Gesteira, C., & Soto González, M. (2021). *Efectos maternos y neonatales del parto en el agua. Una revisión sistemática*. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia, 48(1), 44–56. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.02.002>

Socarrás YD, Donet MW.(2022) *El cuidado desde la teoría de Virginia Henderson en tres pacientes cesareadas*. Progaleno. oct 18;5(3):140-8.

Suárez Cadenas, M. del M., Plaza del Pino, F. J. (2018). *Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería*. Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, 50. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.03>

Vásquez Truisi, M. L., & Campos Quintero, L. (2021). *El cuidado de enfermería es generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto*. *Revista colombiana de enfermería*, 20(1), 2013. <https://doi.org/10.18270/rce.v20i1.2830>

6. ANEXOS.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ANEXO N°1

**CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS 14 NECESIDADES PROPUESTAS
POR VIRGINIA HENDERSON EN LA ATENCIÓN DE GESTANTES ATENDIDAS
EN UN HOSPITAL DE TURBO ANTIOQUIA 2023.**

OBJETIVO: Recoger información sobre cuidado de enfermería según las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson en la atención de gestantes atendidas en un Hospital de Turbo Antioquia 2023.

ORIENTACIÓN: A continuación, se realizará una serie de preguntas que usted deberá contestar, previa aceptación de consentimiento informado específico sobre el firmado.

Características sociodemográficas y clínicas

1. Edad en años ___ Nivel de estudios: Primaria _ Secundaria _ Técnica/tecnológica ___ Educación superior _ Otra _ ¿Cuál? _____ Etnia: Indígena _ Afrodescendiente_ Mestizo_ Otro _ ¿Cuál? _____ Residencia: Rural_ Urbana_ Procedencia: Localidad_ otro Municipio_____

Identificación gestacional: G__P__C__A__V__ M__ Morbilidad Prenatal: Si _ No _ Cual:

_____ Morbilidad Perinatal: Si_ No_ Cual: _____ Personal de cuidado:

Enfermera _Auxiliar Enfermería _ Estudiante Enfermería _ Otro _ ¿cuál? _____

NECESIDADES DE CUIDADO SEGUN VIRGINIA HENDERSON NO BÁSICAS

Dimensión	Necesidad	Satisfactorio	No satisfactorio	No realizado	Observaciones
Necesidades de seguridad y pertenencia	Apoyo familiar N ₉ Comunicación/Creencias N ₁₁ Ocupación y autorrealización N ₁₂ Ejercicio lúdico recreativo N ₁₃ Aprendizaje y descubrimiento N ₁₄				
Necesidades de independencia y autonomía.	Movilidad y posturas N ₄ . Vestirse y desvestirse N ₅ Higiene corporal N ₈ .				

Instrucciones:

¿El personal de enfermería le orienta en las formas de respirar en diferentes momentos del trabajo de parto y parto?

Si: ____ **No:** ____

¿Por qué? _____

¿El personal de enfermería le ofrece la alimentación e hidratación necesaria en los diferentes momentos del trabajo de parto y parto?

Si: ____ **No:** ____

¿Por qué? _____

¿El personal de enfermería le ofrece ayuda cuando necesita defecar o miccionar?

Si: ____ **No:** ____

¿Por qué? _____

¿Siente libertad para moverse en su unidad, fuera de ella, en el cubículo o en los pasillos del servicio?

Si: ____ **No:** ____

¿Por qué? _____

¿Considera que la temperatura del cubículo es adecuada durante su hospitalización?

Si: ____ **No:** ____

¿Por qué? _____

¿Considera usted que duerme y descansa adecuadamente durante su hospitalización?

Si: ____ **No:** ____

¿Por qué? _____

¿El personal de enfermería le brinda ropa adecuada para vestirse o durante procedimientos especiales?

Si: _____ **No:** _____

¿Por qué? _____

¿El personal de enfermería le ayuda o apoya para realizar su higiene personal y genital?

Si: _____ **No:** _____

¿Por qué? _____

¿El personal de enfermería le permite comunicar con libertad sus necesidades, temores u opiniones?

Si: _____ **No:** _____

¿Por qué? _____

¿Ha recibido apoyo espiritual por parte del personal de enfermería y se le permite libertad de culto religioso?

Si: _____ **No:** _____

¿Por qué? _____

¿El personal de enfermería realiza actividades ocupacionales, de recreación y aprendizaje durante su hospitalización?

Si: _____ **No:** _____

¿Por qué? _____

ANEXO N°2**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO**

Yo _____ identificada/o con C.C N° _____ expedida en la ciudad de _____ declaro a través de este documento que he sido invitada a participar en una investigación, cuyo objetivo es recoger información sobre cuidado de enfermería según las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson en la atención de gestantes atendidas en un Hospital de Turbo Antioquia 2023.

La información será recogida a través de la aplicación del instrumento teniendo en cuenta que su diligenciamiento se realizará en un lugar privado del hogar gerontológico y tendrá una duración aproximada por cada adulto de 45 minutos.

La información obtenida será confidencial, mi nombre no aparecerá en la investigación, será identificada con un código o número consecutivo, y se respetarán las respuestas a las preguntas que me realicen. Me han explicado que el proyecto solo tiene fines investigativos y que busca en un futuro fortalecer el cuidado de enfermería en la atención de las gestante durante la atención del parto en este hospital.

Por la participación no recibiré ningún beneficio económico, pero podré tener acceso a la información que derive del proyecto.

Durante el tiempo en que participe del proyecto, tengo libertad de negarme a contestar

alguna pregunta que me cause incomodidad o puedo retirarme del estudio sin que afecte la prestación del servicio. Cuando no entienda una pregunta, tengo la posibilidad de solicitar aclaración y despejar dudas si surgen y de recibir orientación si durante el proceso sufriera alguna dificultad relacionada con mi salud.

Por lo anterior de forma voluntaria acepto participar en el proyecto y en las entrevistas que se deriven de éste.

En caso de que se requiera aclarar dudas relacionadas con este proyecto usted puede comunicarse con Bárbara Mora Espinoza (315 256 0747) Profesora Fundación Universitaria del Área Andina. Teléfono 3402282 extensión 2104 Programa de Enfermería.

FIRMA ENCUESTADOR

Cédula:

Fecha:

FIRMA ENCUESTADO

Cédula:

ANEXO N°3
CARTAS INSTITUCIONALES