



CÁTEDRA TALLER DE INVESTIGACIÓN

PARTO Y NACIMIENTO HUMANIZADO: **UN ESTUDIO DE CASO**

“Estudio A Realizar A Dos Mujeres, Sobre Vivencias
Del Parto Humanizado, En Una Institución Hospitalaria Privada De La Ciudad De
Córdoba, De Mayo A Noviembre Del 2016”

Asesor Metodológico:
Díaz de Coy, Estela del Valle
Autores:
Contreras, Mayra Natalia
De la Rocha, Roxana

CÓRDOBA, 2016

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, por darnos la oportunidad de culminar con éxito nuestra carrera a través de este proyecto de investigación.

“Isaías 41:13 Porque yo soy tu Dios, quien te sostiene de tu mano derecha, y te dice: no temas, yo te ayudo.”

A nuestras familias, amigos y compañeros por habernos apoyado, comprendido, acompañado y nunca dejarnos bajar los brazos, aún en los momentos más difíciles, durante este largo camino recorrido.

Y por último queremos expresar un sincero agradecimiento a todos los profesores, que han sido nuestros guías de estudio durante todo el proceso educativo.

ANALOGÍA DEL AUTOR

Contreras, Mayra Natalia, egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba en 2013. Se desempeña en diversas áreas del Sanatorio Allende Cerro, como enfermera operativa, y en especial en las en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos.

De La Rocha, Roxana Clotilde egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba en 2013. Opera en diversas áreas de Servicios Especiales del Sanatorio Allende Nueva Córdoba, como enfermera operativa, en especial en las en la Unidad De Terapia Intensiva Adultos, Coronaria y Oncología desde su egreso de la carrera.

INTRODUCCIÓN

El parto es el momento más importante en la vida de una mujer y su familia, y hacerlo de manera respetada y humanizada permite la valoración del mundo afectivo y emocional de sus protagonistas. El parto humanizado es una opción poco común en la actualidad, incluso aún, existiendo leyes de Reproducción y la Ley Nacional 25.929 de Nacimiento y Parto Humanizado que legislan su práctica. La razón es la insuficiente difusión de sus artículos y el exiguo conocimiento de las mujeres sobre su práctica en muchos de sus aspectos: sus derechos amparados por ley, los lugares que son capaces de efectuarlo, las posibilidades que existen de llevarlo a cabo en hospitales públicos.

Definitivamente, en un parto respetado es esencial considerar los deseos y necesidades de las mujeres y sus parejas, otorgándoles libertad de decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. Lo ideal es que este derecho no sea un privilegio de pocos y que los profesionales de la salud lo incorporen como tarea habitual en su práctica asistencial. Para lograrlo, se tendrían que adaptar las salas de parto, preparar al personal de salud involucrado especialmente en esta área, pero es una práctica que necesitará tiempo para afianzarse en la sociedad y en las instituciones hospitalarias.

A continuación en el *Capítulo I*, se detallará la construcción del objeto de estudio, su justificación, el contexto conceptual y los objetivos. En esta parte del trabajo, se pretende realizar el análisis de un estudio de caso sobre las vivencias, de dos mujeres, que atravesaron por la experiencia de parto y nacimiento humanizado, en una institución privada de la Ciudad de Córdoba, reflexionando sobre el contexto, las ideas que las llevaron a tomar tal decisión, sus respectivos desenlaces, sus análisis e influencias, sus percepciones y expectativas previas y las posteriores al parto como así también las vivencias, percepciones y sentimientos en cada caso. Tomando para ello familias de clase media como unidad de intervención. Todo esto se relacionará con la Ley Nacional de Parto Humanizado N° 25.929, tomándola como marco teórico, En el *Capítulo II*, se describirá la metodología para el desarrollo del proyecto, el cual utilizará un registro de toda la información obtenida a través de una entrevista en profundidad y su eventual clasificación de los datos acorde a las dimensiones descriptas en ella.

El parto, considerado como experiencia única e irreplicable, será estudiado desde el cumplimiento de los artículos de la presente ley y si coinciden con los deseos de la gestante, su familia y de qué manera lo hacen.

ÍNDICE

Agradecimientos	Pag.2
Analogía del autor	Pag.3
Introducción	Pag.4
Resumen	Pag.6
Capítulo I	Pag.7
Construcción Del Objeto De Estudio	Pag.8
Justificación	Pag.15
Contexto Conceptual	Pag.17
Objetivos	Pag.28
Capitulo II	Pag.30
Metodología	Pag.31
Cronograma	Pag.33
Presupuesto	Pag.34
Bibliografía	Pag.35
Apéndice	Pag.37

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: A finales del siglo XIX empieza a institucionalizarse el parto que hasta ese momento era vivenciado en los hogares y en general a cargo de matronas, mujeres que asistían a otras durante el parto. Con el desarrollo de la tecnología, el parto se fue medicalizando y pasó de llevarse a cabo dentro un contexto hogareño a uno institucionalizado con el fin de disminuir la morbilidad materna- neonatal.

Dentro de este contexto, en 1985 la OMS y la Organización Panamericana de Salud organizaron en Fortaleza (Brasil) una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto que llevó a la adopción unánime de las recomendaciones aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo. Fue antecesora de los Objetivos del Milenio, que son ocho propósitos de desarrollo humano que los 189 países miembros de la ONU acordaron en el año 2000 conseguir para el año 2015. En el 2004, se sancionó en Argentina la **Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado**, de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento.

METODOLOGÍA: A través del Estudio cualitativo de casos, se abordará la experiencia de Parto Humanizado de dos mujeres seleccionadas de la práctica habitual de las autoras y que representan el fenómeno a estudiar. En cada caso se analizará individualmente teniendo como base los artículos de la Ley Nacional Argentina N° 25.929 de Parto Humanizado y se compararán las *vivencias* (pensamientos, percepciones y sentimientos) experimentadas durante el parto de ambas gestantes en una institución hospitalaria de Córdoba Capital, utilizando una guía temática orientadora. De esta manera, se esperará concluir si las gestantes se han sentido integradas en todo el proceso de parto, teniendo en cuenta aspectos no solamente biológicos, sino también los componentes de las vivencias, dimensiones que conforman una atención más humanizada en la asistencia de salud en obstetricia.

PALABRAS CLAVES: Derechos, Parto Humanizado, Vivencias.

CAPITULO I

CONSTRUCCION DEL OBJETO DE ESTUDIO

Se ha tratado a través del tiempo, de respetar y cuidar a la mujer y a los niños. En las primeras etapas de la historia del hombre, el trabajo de parto y el parto eran acontecimientos familiares vividos y compartidos en los hogares junto a la comunidad. Tenían lugar en las viviendas con la protección y ayuda de otras mujeres que conocían las características de los partos naturales. El trabajo de parto transcurría en ese ambiente familiar conocido y protector. La mujer, libre para moverse y para expresarse, era entonces tranquilizada, estimulada, admirada y contenida durante ese momento único e irrepetible, rodeada de sus seres queridos.

El recién nacido era inmediatamente abrazado por su madre y acogido por el resto de los miembros de la familia. Las experiencias eran agradables, sin separaciones ni desconocidos a su alrededor.

El panorama descrito era la representación de un parto "normal"; aunque algunos embarazos, trabajos de parto y partos se podían apartar de la normalidad. En estas circunstancias, madres e hijos corrían riesgo de enfermar o de morir y la integridad de ambos estaba en peligro, por lo que la sociedad buscó tratar de protegerlos ante la alta tasa de mortalidad materna. De esta manera, se fue introduciendo una nueva manera de atender el parto, asistiendo a las gestantes, medicalizando el mismo, con el fin de evitar riesgos potenciales. Todo esto, condujo a la medicina a la adquisición de nuevos conocimientos tecnológicos aplicados a las áreas médicas y a formar especialistas tales como obstetras, neonatólogos, pediatras para enfocar la asistencia, lo cual fue institucionalizando el parto, producto de estos cambios.

La medicalización del parto fue considerada un progreso para la medicina, y en parte lo es, pero conllevó así mismo un componente negativo.

Las instituciones de salud, hospitales y maternidades, se rigen por el concepto de atención de enfermos y sus enfermedades. Las mujeres embarazadas no están enfermas; muy por el contrario, están en la plenitud de su rol de mujer, esposa y madre.

Las embarazadas, al acudir a un recinto hospitalario para el nacimiento de su hijo, entran a un ambiente completamente hostil, como lo es la sala de partos, y rodeadas de personas desconocidas, sin el apoyo familiar, lo que hace la experiencia aún más intimidante.

La evidencia científica disponible en la actualidad muestra que ciertas intervenciones médicas rutinarias del parto, como el uso de oxitocina, la amniotomía artificial, la posición supina obligada, la limitada deambulaci3n y la episiotomía no tienen ventajas concretas, e incluso pueden ser perjudiciales sobre la evoluci3n espontánea del parto; además, el estr3s producido por el entorno desconocido aumenta el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres. Esto conduce a un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el ni3o, que pueden evitarse o reducirse con el apoyo de familiares y del equipo de salud¹.

Un estudio epidemiol3gico brasilero² ha demostrado que la intervenci3n quirúrgica aumenta el riesgo de muerte materna y neonatal entre tres a siete veces comparados con el parto vaginal y, por el contrario, la atenci3n humanizada al parto posibilita a las embarazadas disfrutar de recursos para tornar el proceso de alumbramiento más participativo, agradable y seguro, por lo que se concluye que este modelo actual de atenci3n debilita la contenci3n familiar y social.

Naci3, así, a nivel mundial un movimiento que propugn3 por el retorno del parto natural. En este sentido, la Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS) en 1985, realiz3 una reuni3n en Fortaleza (Brasil), donde surgi3 una declaraci3n denominada "El nacimiento no es una enfermedad", que dio origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformaci3n del modelo de atenci3n. Luego, se iniciaron múltiples iniciativas para humanizar la atenci3n, rescatando el protagonismo de la mujer, el ni3o, el padre y la familia, basándose en los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, fortaleciendo la idea de que el parto no es una enfermedad y que debe ser tratado como un proceso normal. Esto implica que el Equipo de salud debe ceder su protagonismo y asumir que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y el reci3n nacido y para ello debe informarlos, estimular su participaci3n y respetar sus decisiones y prioridades.

El movimiento anteriormente mencionado fue antecedente de los Objetivos del Milenio, que plante3 ocho prop3sitos para el desarrollo humano y que los 189 países miembros de la Organizaci3n de las Naciones Unidas (ONU) en el a3o 2000 acordaron alcanzar para el a3o 2015. El objetivo N° 4 "Reducir la mortalidad infantil" y el N° 5 "Mejorar la salud materna" son los que buscaron mejorar la atenci3n de la mujer, la gestante y la de su hijo.

Una de las políticas surgidas en Argentina en base a estos Objetivos del Milenio fue el Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia propuesto en el año 2008. Dicho modelo promueve la idea de que la mujer y su familia deben adoptar un rol activo en el control del embarazo y durante el trabajo de parto, parto y cuidados del recién nacido. El concepto presupone un proceso de empoderamiento^a de la familia y un cambio de paradigma asistencial para sumar lo humanístico a la tecnología.³

El embarazo y parto producen un alto impacto físico y psíquico en las mujeres y es de vital trascendencia para toda la familia y en especial para el recién nacido, ya que tendrá implicancias en toda su vida futura. Tanto la madre como su hijo atraviesan una etapa muy vulnerable, con riesgo de enfermar e incluso de morir. Por tal motivo, los integrantes del equipo de salud que los asisten tienen la responsabilidad de brindar el mejor cuidado y atención, que minimice esos riesgos, pero que también transformen esa experiencia en un hecho positivo, no iatrogénico y agradable de ser recordado⁴.

Los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y del recién nacido por lo que deben ser informados, facilitar su participación, involucrarlos en las actividades, destinarles áreas específicas y respetar sus decisiones y prioridades. Esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y la familia.

Frederick Leboyer⁵, obstetra francés, considerado el precursor de la humanización, en su libro "Por un nacimiento sin violencia", ya llamaba la atención de las sociedades, refiriéndose a la forma en como "los seres humanos eran traídos al mundo", cuestionando la práctica en la atención del parto.

^a *Empoderamiento: "Proceso mediante el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven".*

"Las personas y/o grupos organizados cobran autonomía en la toma de decisiones y logran ejercer control sobre sus vidas basados en el libre acceso a la información, la participación inclusiva, la responsabilidad y el desarrollo de capacidades".

"Es el proceso de cambio en el que las mujeres aumentan su acceso al poder y como consecuencia se transforman las relaciones desiguales de poder entre los géneros".

Diego Halle (2013), obstetra y director de Comparto, citado por La Mañana On Line^b, explica que *“muchas veces se pueden cumplir las pautas del parto humanizado y de todos modos generar un desamparo al no darle protagonismo a la madre”* y destacó que *“se trata de que la mujer pueda elegir a qué ritmo quiere ella hacer todo, en qué momento caminar, cuándo quiere que la revisen y cuándo no, si quiere anestesia, etc.; siempre la decisión médica la tiene el profesional, pero si va todo bien, ella puede decidir ciertas cosas, si no, se le hace perder poder y confianza en ese momento”*.

“Es clave que la mujer pueda 'escuchar' su cuerpo, sus necesidades”, resaltó.

“Todo lo que la saque de su foco de atención le resta, todo lo que no le guste, la haga dudar va en contra de su trabajo de parto”, agregó el especialista, para quien entre las principales falencias del sistema de salud en este aspecto es que *“el volumen de partos que maneja cada médico hace que sea difícil tener vínculo con cada paciente”*.

“Y por otro lado, no nos enseñaron a los médicos a acompañar ese momento, estamos 'entrenados' para llegar a un resultado y no para mirar otras necesidades, nos cuesta ponernos en el lugar del otro”, se sinceró.

“El parto humanizado no sólo implica respetar los derechos de la mujer sino que además requiere de la sensibilidad y empatía del equipo de salud para interpretar y dar respuesta a las necesidades y miedos de cada pareja”, sintetizó Halle.

“Además de contención, calidez humana, intimidad y la libertad para elegir, muchas mujeres buscan escaparle al exceso de cesárea”. Este enfoque aumenta las posibilidades de tener un parto natural.

Valeria Chávez (2013) de la redacción de infobae^c, entiende como *Parto Humanizado* a todo aquel que respete los derechos de la mujer parturienta al momento de la llegada de su hijo al mundo. Y “todo” es que ella decida desde quién la acompañe durante el proceso, por qué posición parir y hasta si quiere o no recibir anestesia.

“Quiero que mi marido me ayude en el trabajo de parto”, “me gustaría dar a luz con música”, “quiero intentar un parto natural aunque haya tenido una cesárea”, son algunas de las frases que identifican a las mujeres que buscan un parto humanizado. Esta

^b<http://lamañanaonline.com.ar/noticia/22442-salud-cada-vez-mas-mujeres-eligen-un-parto-humanizado>

^c <http://www.infobae.com/2013/08/29/1505270-cada-vez-mas-mujeres-eligen-un-parto-humanizado>

modalidad de parto, que ya tiene varias décadas, es cada vez más frecuente en la Argentina.

Así, para que las maternidades respondan a la naturaleza familiar del proceso de nacimiento, "*se promueve la participación de los familiares en el parto y parto*".

En nuestro país, desde hace varios años, comenzaron a desarrollarse diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia.

En el 2004, se sancionó la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, la cual es la garantía legal que protege los derechos de la mujer embarazada, su familia y su hijo por nacer, y cubre ampliamente los diferentes momentos del embarazo, parto y nacimiento, como por ejemplo, el derecho a ser informados sobre las distintas intervenciones médicas, para luego poder optar por una de ellas.

En este proceso, los profesionales de enfermería cumplen un rol fundamental, al brindar el cuidado a la futura madre y su hijo por nacer, estableciendo con sus familias una relación de empatía^d, confianza y entendimiento. En el área de asistencia y atención en el parto y nacimiento específicamente, sus actividades implican: recibir a la madre en trabajo de parto espontáneo, inducción o cesárea y/o la atención de urgencias obstétricas, asistencia al médico obstetra, brindar cuidados y apoyo a la gestante y su familia durante el trabajo de parto, como así también tiene a cargo, como parte del equipo multidisciplinario, la recepción y cuidado del recién nacido, permitiendo durante la misma la compañía del padre y/o familiar, proceso en el cual se les brinda información necesaria para el cuidado del recién nacido, disminuyendo estrés e inseguridades, propias del momento por el cual están transcurriendo.

La base del cuidado es ayudar a cada mujer a pasar por un trabajo de parto y parto con molestias mínimas, salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible. Reconocer sus necesidades y sus problemas y actuar en base a conocimientos, juicio, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad

Cuando se produce la internación en la institución, la gestante suele estar un poco temerosa y aprensiva, especialmente si es su primera experiencia hospitalaria. Desde este punto, el profesional de enfermería recibe a la madre saludándola afectuosa y respe-

^d *Empatía: Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.*

tuosamente, presentándose y haciendo lo posible para que se sienta cómoda y tranquila, brindando información a ella y a su esposo y/o familiares, respondiendo a todas las preguntas que le puedan realizar, utilizando un lenguaje claro y entendible, adoptando una actitud sin apresuramiento.

Sus intervenciones van acompañadas de enseñanza incidental^e, por ejemplo: mientras va efectuando el control de signos vitales a la gestante, se le indaga acerca de embarazos anteriores, experiencias de partos positivas o negativas, sobre el embarazo actual, la evolución del mismo, qué motivó la internación, qué información tiene acerca del embarazo y del parto, si recibió preparación para la maternidad, sus creencias, temores, deseos, entre otras. Esto va favoreciendo la relación con la embarazada y va permitiendo tener una referencia del nivel de conocimientos que posee y cuáles son los puntos prioritarios a esclarecer e informar para que pueda participar activamente del nacimiento de su hijo.

Enfermería desde la prestación de sus cuidados, ayuda a establecer una relación adecuada con la madre al demostrarle consideración como persona, explicándole cada procedimiento antes de llevarlo a cabo, hablándole en privado y evitando la exposición innecesaria durante los procedimientos.

En el marco de la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado y de la maternidad centrada en la familia y en la institución hospitalaria privada donde se llevará a cabo el estudio, dos gestantes, solicitaron a través de un documento por escrito y certificado por escribano, que se respetaran sus procesos de trabajo de parto, parto y nacimiento, bajo los alcances de dicha ley, advirtiendo en uno de los puntos del documento exhibido que se iniciarían acciones legales contra cualquier personal de dicha institución, que no cumpliera con lo requerido. Pero los resultados obtenidos en ambos casos fueron diferentes, a pesar de que se cumplió con lo solicitado por ambas familias. Dado dicho contexto, se plantearon diferentes realidades, todas conformes a la ley del Parto Humanizado:

^e Es el aprendizaje que se realiza en situaciones que acontecen en la vida diaria e implica una intencionalidad de enseñanza, es decir, unos objetivos claros y la estructuración y el enriquecimiento del entorno para asegurar el proceso. Es decir, cuando se aprovechan situaciones como las de la vida diaria (por ejemplo, cómo saludar cuando llega alguien a casa, cómo esperar su turno en una cola). De ahí la importancia del trabajo en entornos naturales, que permite generalizar adecuadamente los aprendizajes de la vida diaria en diferentes entornos.

- ✓ Se sintieron informadas durante todo el proceso.
- ✓ Recibieron apoyo/asesoramiento, por parte del personal de salud, en lo que se refiere a lactancia materna y cuidados del neonato.
- ✓ Creen que lograron ser protagonistas de sus propios trabajos de parto y parto.
- ✓ Se sintieron invadidas o medicalizadas injustificadamente.
- ✓ Encontraron acompañamiento de su familia y del equipo de salud, durante todo el proceso.
- ✓ Hallaron las respuestas que esperaban del equipo de salud.
- ✓ Se les permitió la permanencia inmediata del neonato.
- ✓ Han sentido violencia de alguna índole por parte del personal de salud durante el seguimiento del embarazo o atención brindada en el trabajo de parto y parto.
- ✓ De qué manera percibieron la presencia del personal de enfermería durante el proceso.
- ✓ Qué opinión tienen acerca del trato que se les brindó.
- ✓ Se sintieron consideradas como personas sanas.
- ✓ Qué sentimientos tienen sobre el parto natural.

La proyección de estos puntos induce a pensar que, a pesar de que son diferentes las situaciones que se plantearán y que la interpretación de sus características individuales, a través de un estudio de caso, resultaría representativa de la problemática, ayudará a desarrollar estrategias que permitan trabajar en fortalecer positivamente las situaciones que se presentan, los conocimientos sobre la maternidad centrada en la familia, el parto humanizado para las parturientas, y para ampliar la percepciones de enfermería en el área obstétrica, en lo que al cuidado se refiere; ya que, en la vida académica y laboral, se convive a diario con el modelo biomédico del parto.

Finalmente, se reflexionará acerca de las vivencias de estas mujeres en la atención recibida durante el proceso de parto-parto en el marco de la ley N° 25.929 de Parto Humanizado. De esta forma, se enlazará a nuestras vivencias como profesionales de la salud, con el objeto de ayudar a que su experiencia del parto de la mujer embarazada sea un momento gratificante y no traumático.

JUSTIFICACIÓN

- ✓ Las expectativas y las necesidades de las parturientas son elementos importantes en la atención de la salud, por ello es que es un aspecto importante a promover, conociendo sus vivencias.
- ✓ Es un tema *novedoso* porque la institución privada en la que se presentó, tiene como misión “*Brindar la máxima calidad en el cuidado a todos sus pacientes, todos los días, a través de la práctica médica integral, a cargo de un equipo de profesionales altamente calificados tanto técnica como humanamente, con el soporte de una moderna infraestructura y tecnología de avanzada, a través de la investigación, capacitación y docencia de todos sus cuadros*”^f. institución de salud recientemente inaugurada y que requiere una mirada, para medir su accionar frente a la población.
- ✓ Es *factible* ya que se cuenta con el apoyo de los representantes de dicha institución de salud, además el acceso a la información es bastante bueno y rápido, lo que facilita realizar el trabajo de investigación.
- ✓ Presenta un carácter *crítico*, es decir, en la medida en que el caso permite ampliar el conocimiento sobre el parto humanizado en instituciones privadas.
- ✓ Es de carácter *extremo o único*, pues parte de una situación que tiene un carácter específico y peculiar.
- ✓ Es de carácter *revelador*, pues permite observar y analizar un fenómeno o hecho particular relativamente desconocido en la investigación educativa y sobre el cual pueden realizarse aportaciones de enorme relevancia, en el área de obstetricia y maternidad.
- ✓ Ayuda a *desvelar* significados profundos y desconocidos, así como orientar la toma de decisiones en relación a problemáticas educativas sobre el parto humanizado.

^f <http://www.sanatorioallende.com/web/es/home.aspx>

La escasa información de las mujeres las orienta a una concepción incompleta de la experiencia del parto humanizado. Esto predispone a tomar decisiones precipitadas. Una información adecuada permitiría la elección responsable del parto humanizado y una mejor tolerancia de dicha experiencia para un disfrute pleno⁶.

- ✓ Es valioso informar de realidades educativas complejas sobre los procesos de embarazo, parto y nacimientos humanizados para entender dilemas y contradicciones, ayudando a reflexionar sobre las prácticas comunes y las excepcionales, la cultura de cada madre con el cumplimiento de una serie de requisitos o condiciones.
- ✓ Aporta *concreción, intensidad* y detalle respecto del tema de estudio, al explorar lo más profundo de dos experiencias particulares de parto humanizado.
- ✓ Brinda una *comprensión* más completa de la realidad de dos madres que se decidieron por la experiencia.
- ✓ Integración -interrelación- de conocimientos y vivencias sobre el parto humanizado.

CONTEXTO CONCEPTUAL

Cuando se habla de los derechos reproductivos de las mujeres, estos abarcan no solamente el derecho a decidir en temas de reproducción, sino también el garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada.

Este nuevo concepto, se basa en el respeto de los Derechos Humanos, tanto de las mujeres, como de los niños y las familias. Es un concepto formulado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁹ y tiene como propósito básico ampliar todas las opciones humanas. Más allá del bienestar material o la mera satisfacción de las necesidades básicas, la persona deber ser vista como fin y como actor del desarrollo.

Entre sus componentes se destaca la potenciación, ésta consiste en permitir la participación de las personas en las decisiones y procesos que afectan sus vidas. Como gestores y beneficiarios del desarrollo, la participación otorgará auto-respeto y dignidad sociocultural a los ciudadanos. Para garantizar este desarrollo es fundamental asegurar el respeto a los Derechos Humanos, para los que existen múltiples tratados internacionales y declaraciones de distintas asociaciones que ofrecen una serie de principios aplicables a las relaciones familiares y legitiman el papel del Estado en el proceso de tornarlos efectivos⁷.

Teniendo en cuenta el concepto de Salud establecido por el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, (Perpiñán, 1976) la *"Salud es aquella manera de vivir autónoma (es decir, con libertad de escoger y, por tanto, de estar informado y con sentido crítico), solidaria (o sea, colaborando con los demás) y alegre que se da cuando se va asumiendo la propia realización"*⁸ y de la definición de Salud Sexual propuesta también por la OMS (Ginebra, 1974) como *"la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación y el amor que supera los aspectos reproductivos"*.

Todas las personas poseen el derecho a decidir conscientemente sus pautas de salud reproductiva y sexual. Teniendo en cuenta que la salud reproductiva es hoy un derecho de las personas, esta condición lleva implícito el derecho de las mujeres y de los

⁹ <http://www.undp.org.ar/pnud>.

varones a obtener información, planificar su familia y a elegir los métodos para regular la fecundidad.

Como así también adquieren el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan tanto a los embarazos como a los partos poderlos vivir sin riesgo y que le brinden a la pareja las máximas posibilidades de tener hijos sanos⁹.

La oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

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

- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.

- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.

- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.

- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

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

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

- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.

- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

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

- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y 3 el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

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

- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

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

- Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aplicación de las recomendaciones

- Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.

- Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto.

- Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.

- Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías. Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

- Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.

- La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.

- Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.

- Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.

- Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.

- La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor¹⁰.

En nuestro país, desde hace varios años, comenzaron a desarrollarse diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia.

En el 2004, se sancionó la **Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado**, de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado.

La Cámara De Diputados De La Nación Declara: solicitar al Poder Ejecutivo, que a través del organismo que corresponda, inicie dentro de sus actividades una campaña destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3º.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4º.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

Artículo 5º.- Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

Artículo 6º.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 7º.- La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

Artículo 8º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro. Sanción.- 25 de agosto de 2004 y Promulgación.- 17 de septiembre de 2004¹¹.

Teniendo en cuenta las bases regionales y nacionales, sobre Parto y Nacimiento Humanizado se deduce que la manera de llegar a conocer, lo que estas mujeres sintieron, es ayudarlas a volver su mirada hacia el interior y tratar de develar los aspectos de sus vivencias.

Una **vivencia** es toda experiencia que deja una huella en la personalidad, es decir, que tiene relevancia en la vida psicológica. Las vivencias surgen en relación con la capacidad vivencial de cada persona, con el umbral de la profundidad de la vivencia.

Cada persona tiene una distinta capacidad vivencial. Algunos reaccionan fácilmente ante cualquier suceso o estímulo externo, todo les emociona, todo les afecta; mientras que a otros parece que nada les impresiona, que no sienten nunca nada, que nada les afecta. Son aquellos de los que decimos que parecen insensibles a todo lo que sucede a su alrededor.

El umbral de la vivencia se refiere a la excitabilidad emocional que cada persona tiene frente a los distintos estímulos externos por los que puede surgir la vivencia. Personas con idéntica capacidad vivencial pueden reaccionar de modo distinto frente a un mismo estímulo. Por ejemplo, frente a la muerte de un animal alguien puede emocionarse mucho, por tener un umbral bajo para ese tipo de acontecimientos, mientras que a otro le pasa casi inadvertido, sin que le afecte prácticamente nada. Sin embargo, este último puede ser más sensible que el primero ante la muerte de seres humanos. No hay que confundir, entonces, lo que es capacidad vivencial con el distinto umbral que cada cual tiene frente a los distintos tipos de estímulos vivenciales.

Por último, intervendría un tercer factor, la profundidad de la vivencia. Hay seres humanos con vivencias profundas y seres humanos con vivencias superficiales. La profundidad de la vivencia está directamente relacionada con su umbral. Cuanto mayor es la profundidad que pueden alcanzar los diversos estímulos externos capaces de dar lugar a la vivencia, el umbral vivencial suele ser más alto, ya que se necesitan estímulos tanto más intensos para producir los sentimientos. Por el contrario, un bajo umbral vivencial se suele acompañar de superficialidad, sería el caso de las personas a las que todo las afecta, pero con escasa profundidad, con lo que las vivencias son fugaces y dejan una mínima huella en su personalidad.¹²

Una **vivencia** es *“La conjunción dinámica de lo que el sujeto percibe o experimenta en relación con el medio (lo cognitivo) y lo que esta experiencia vale para él (relación afectiva que establece con dicho medio)” (Fariñas León, 2005).*

Estas autoras se posicionarán en la definición conceptual de vivencia formulada por Fariñas León.

El acto vivencial incluye componentes cognitivos, en los que la influencia de la situación "depende no sólo de la naturaleza de la situación misma sino de la medida en que [el individuo] entiende y se percata de ella". En la vivencia el sujeto percibe una determinada situación y le asigna un valor sentimental, un significado propio, un sentido.

Se necesita de la díada cognición-afecto para dar como resultado la vivencia, "en cada vivencia, en cada una de sus manifestaciones aparece, en efecto, un cierto momento intelectual". Para estudiar las vivencias se "debe ser capaz de hallar la relación que existe entre el [sujeto] y su entorno, la experiencia emocional del [sujeto], en otras palabras cómo un [sujeto] se entera de, interpreta, [y] se relaciona emocionalmente con cierto acontecimiento." (Vygotsky [1926], citado por Fariñas León, 2005). La unión de estas partes produce una síntesis completamente diferente a las características de cada una de ellas por separadas.

Estas partes o dimensiones que debemos unir para producir la síntesis o reconstrucción de las vivencias son, pues, las percepciones, los pensamientos y los sentimientos.

La **percepción** es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos, entre los que se encuentra el aprendizaje, la memoria y la simbolización. En ella está de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social.

El **pensamiento** es la actividad mental no rutinaria que requiere esfuerzo o la capacidad de anticipar las consecuencias de la conducta sin realizarla; no necesita de la presencia de las cosas para que éstas existan y su función resolver problemas y razonar.

El **sentimiento** es la emoción o el impulso de la sensibilidad hacia lo sentido o imaginado, como bueno o como malo, en relación a algo o a alguien; surge en el interior del hombre en razón de la "conciencia" que se tiene de ciertos hechos reales. Implica, necesariamente, una toma de conciencia de estos hechos y un acto de comprensión de su sentido por parte de la inteligencia¹³.

A partir de las concepciones de los autores ya mencionados, se procederá a la evaluación de dichas vivencias lo que permitirá, por un lado, identificar aquellas que son

positivas o negativas desde su punto de vista particular y, por otro, analizar los resultados de los cuidados brindados por el personal de salud, ya que las necesidades de las pacientes son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales¹⁴.

Es de suma importancia la orientación del personal de salud hacia las necesidades de las pacientes, con el fin de ofrecer cuidados de salud adaptados a los nuevos y distintos modelos de atención, y en este caso, de la atención del servicio de obstetricia.

Entonces, ante lo planteado y al constituirse el embarazo, como un fenómeno normal en la vida del ser humano, se deberá tener en cuenta, que cobrará diferentes características, según las diferentes culturas, de cada sociedad y de cada gestante y que además se presentará de manera distinta en cada mujer. También deberá ser visto como una situación “psico- somática de cambio”, en la que el cuerpo y el psiquismo se imbricarán dando origen a fenómenos que son muy difíciles de separar, como son los temores y las expectativas de la mujer embarazada¹⁵.

Durante este proceso, es importante hacer partícipe a la familia, como grupo natural y modulo biológico pues ayudara en el desarrollo del mismo, puesto que la familia al tiempo que es sostén biológico de la maduración, es fundamentalmente el sostén para la organización de los procesos mentales. Se deberá tener en cuenta, siempre, pues es la familia la matriz de la humanización, y se convierte en el medio natural donde se genera, organiza y mantiene la vida del ser humano.

La humanización se producirá, entonces, en el intimo intercambio del bebé con las personas de su alrededor. El adulto en contacto con el niño mantendrá una ligazón con él y éste con el adulto. Esta ligazón afectiva se traducirá en un vínculo que actuará como cordón umbilical, no tangible pero vigoroso vehículo transportador de resoluciones y frustraciones afectivas, de codificaciones, de modelos para manejar la angustia.¹⁶.

Si bien, en la actualidad la medicalización del parto no evita el trauma psicológico, simplemente disminuye incomodidad y dolor; el parto humanizado brinda una alternativa mucho más humana a la gestante y a su hijo.

OBJETIVOS GENERALES:

✓ Conocer las vivencias experimentadas por dos mujeres en la atención recibida durante el proceso de pre parto y parto, en el marco de la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, en una institución privada de Córdoba en el mes de mayo, año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

✓ Describir los **sentimientos** frente a:

- La sensación tuvo de haber sido protagonista de manera natural del propio parto, siendo considerada persona sana.
- Emoción que le generó la posibilidad de ser invadida, violentada o medicalizada injustificadamente.
- Qué sensación le provocó el hecho de que se le permita el acompañamiento de su familia y del equipo de salud durante todo el proceso.
- Qué sintió al tomar contacto de manera inmediata con su hijo y recibir el apoyo y asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del bebé por parte del personal de salud.
- Qué emociones le generó el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.

✓ Describir las **percepciones** frente a:

- Cómo percibió haber sido protagonista de manera natural de su propio parto, siendo considerada persona sana.
- Si observó algún hecho de violencia o ser invadida o medicalizada injustificadamente.
- Qué apreció durante el acompañamiento de su familia y el equipo de salud durante todo el proceso.
- Cómo vivió el primer contacto con su hijo y el asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del niño por parte del personal de salud.
- Si notó el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.

✓ Describir los **pensamientos** frente a:

- Qué reflexión le llevó haber sido protagonista de manera natural de su propio parto, siendo considerada persona sana.
- Qué idea le generó la posibilidad de ser invadida, violentada o medicalizada injustificadamente.
- Qué representación le dejó el acompañamiento de su familia y el equipo de salud durante todo el proceso.
- Qué pensamiento le invadió al recordar el primer contacto con su hijo y recibir el asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del niño por parte del personal de salud.
- Cómo definiría el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

Tipo De Estudio:

Se llevará a cabo un estudio *cualitativo de Estudio de caso* a través de una guía temática que orientará los temas para recabar datos y obtener las respectivas historias de vida, extrayendo las vivencias más significativas de las parturientas y que sirvan de referencia a la pregunta planteada.

La *muestra* analizada serán dos mujeres seleccionadas de la práctica habitual de las autoras que representan de manera acabada el fenómeno a estudiar. Se tomará como base las vivencias transcurridas durante el mes Mayo del 2015 en un Servicio de Obstetricia de una institución privada de ciudad de Córdoba, institución a la cual se le solicitará la información necesaria para acceder a la muestra, por medio de una nota de autorización, dirigida a la Jefa del Departamento de Enfermería y por su intermedio al Departamento de Capacitación y Docencia y Director de dicha Institución.

Ingreso al campo: Se efectuará una comunicación telefónica a las protagonistas, donde se les explicará el motivo y las características del estudio que se pretende llevar a cabo y poder concretar con ellas, un encuentro en donde se pueda llevar a cabo la entrevista en profundidad^h, por medio de una guía temática, procurando un acercamiento a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por estas mujeres y así también determinar el o los lugares a convenir por ambas partes.

El encuentro tendrá por objetivo recopilar las vivencias relatadas y captar las interpretaciones de las entrevistadas en su totalidad. Se explicarán las características del estudio, motivos de la entrevista y se firmará consentimiento informado de las participantes

^h *La entrevista en profundidad es una entrevista personal, directa y no estructurada (Mejía, 1999), en la que el investigador hace una indagación exhaustiva para lograr que el entrevistado hable libremente y exprese en forma detallada sus motivaciones, creencias y sentimientos sobre un tema, es una técnica de intensa interacción personal que posibilita un gran nivel de persuasión y armonía con el entrevistado, dando lugar a una relación sustentada en un clima de confianza en la cual fluye la confianza e inclusive la información que normalmente se oculta o no se comparte con nadie, es decir, busca que el entrevistado hable sinceramente de lo que cree de sí mismo (Ricoeur, cit. por Kornblit, 2004). El objetivo es descubrir las razones más fundamentales de las actitudes y comportamientos del entrevistado, a fin de reconstruir el sistema cultural que origina la producción discursiva y aspectos no cognitivos de las personas como sus compromisos, afectos y emociones.*

del estudio, asegurando el resguardo de la identidad. En caso de no concretarse dicho encuentro, se tendrá en cuenta una de las características del diseño de investigación cualitativo como es la flexibilidadⁱ y se solicitará a dichas mujeres, la posibilidad de obtener información vía telefónica y así poder reunir los datos necesarios.

Definición del tiempo de ejecución: Éste estará determinado de acuerdo al tiempo que lleve lograr recabar la información necesaria y siempre que se cuente con la predisposición de las entrevistadas. Se intentará, desde un comienzo, entablar una relación de confianza y respeto. Se utilizará, con previo consentimiento de las participantes, una grabadora de voz y un diario de campo^j.

Organización de datos: Con previo consentimiento de las consultadas, se llevarán a cabo grabaciones de las diferentes entrevistas y conversaciones, con el acompañamiento de un escrito para captar mayor cantidad de información.

Se revisarán las grabaciones, en varias oportunidades, y se irán tomando anotaciones sobre las mismas, luego se efectuará un análisis temático de las diferentes categorías.

Se organizarán entonces los datos en dos etapas: una etapa *descriptiva*, cuyo objetivo será registrar toda la información obtenida, de una manera textual, y una segunda etapa será *segmentar* ese conjunto inicial de datos, a partir de las dimensiones descriptas que permitirán una reagrupación y una lectura distinta de esos mismos datos¹⁷.

Análisis de la información obtenida: En base al material adquirido, se construirán categorías de análisis acorde a las dimensiones en estudio, considerando las vivencias antes del parto y después de éste. Luego se realizarán lecturas interpretativas, se verificará si hay réplica de resultados entre ambas situaciones o si hay patrones observados que se reproducen.

ⁱ La flexibilidad se refiere a la posibilidad de modificar lo ya previsto en el diseño inicial, en cuanto al volumen y calidad de la información, así como a las técnicas para obtenerla.

^j Es la principal herramienta de trabajo de la etnografía y se apoya para registrar sus "impresiones" en el llamado diario de campo. Este es un registro anecdótico continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante la investigación.

Partiendo de la información adquirida y los conceptos de los actores seleccionados, se establecerán comparaciones con la teoría y se harán articulaciones entre ambas, para poder sacar conclusiones de los datos en forma relativa de cada entrevista.

CRONOGRAMA

Periodo Etapas	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
	FAMILIARIZACIÓN	X	X	X	X	X	X
OBTENCIÓN	X	X	X	X	X	X	X
ANALÍTICA	X	X	X	X	X	X	X

Tabla N° 1

PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<u>Recurso Humano</u> Asesor metodológico	1	\$900	\$900
<u>Recursos Materiales</u>			
Librería	4	\$ 300	\$ 300
Papelería	30	\$150	\$150
Grabadora	1	\$190	\$190
CD	2	\$15	\$30
Baterías	6	\$15	\$90
Fotocopias	12	\$0,50	\$6
Impresiones	12	\$0,50	\$6
<u>Comunicación</u>			
Telefónica	10 llamadas	\$2	\$ 50
Búsqueda bibliográfica en Internet	50 Hs.	\$10	\$500
Imprevistos	----	\$200	\$200
Transporte	---	----	\$500
Total			\$ 2922

Tabla N° 2

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- ✓ Cardoso, M., Mujica, M., y Pereyra, M. (2011). *Vivencias frente a situaciones particulares que imponen las políticas institucionales de las/os enfermeras/os en una empresa de salud*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- ✓ Cayuñir, A. & Hernández, E. (2007). *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. Osorno: Editorial Universidad Austral de Chile.
- ✓ Dirección De Medicina Preventiva, Secretaria de Salud y Ambiente Municipalidad De Córdoba (2009). *Programa De Salud Reproductiva, Sexualidad Y Planificación Familiar*. p 4 -5. Córdoba, Argentina: Centro de epidemiología. Dirección De Atención Primaria De La Salud.
- ✓ Leboyer, Frederik (1974). *Por un nacimiento sin violencia*. Río de Janeiro, Brasil: Editorial RJ.
- ✓ Ministerio de la Sanidad, Secretaría de Políticas de Sanidad, Área Técnica de Sanidad de la Mujer (2003). *Parto, aborto y puerperio: atención humanizada a la mujer*. Brasilia: Ministerio de la Sanidad.
- ✓ Organización Mundial de la Salud (1985). *Declaración de Fortaleza, recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Tecnología apropiada para el parto*. Brasil: Lancet. Última actualización 02/11/2010.
- ✓ Unicef-Ela (2004). *Los Derechos Humanos en las Relaciones Familiares*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Cooperación.
- ✓ Videla, Mirta (1983). *Maternidad, Mito y Realidad. Temores, Expectativas y Sueños de la Mujer Embarazada*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Peña Lillo.

Artículos de revistas

- ✓ Hernández Meca, Orchando García, Mora Canales, Lorenzo Martínez y López Re-vuelta (2005). *Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 8(2), p. 90-96.
- ✓ Pérez, Aurora (1981). *Temas de Familia y Pediatría. Jornadas Rioplatenses de PE-DIATRÍA*. Buenos Aires, Argentina: Editorial EUDEBA.

Revistas online

- ✓ Álvarez, C.; San Fabián Maroto, J. L. (20 de Junio, 2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, Nº 28 /1, Artículo 14. Re-cuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/20644>. [consulta 2 de junio, 2015]
- ✓ Autor, A. A. (29 de enero de 2013). *El Concepto de Salud*. Recuperado de: <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>. Madrid, Es-paña. [consulta 29 de septiembre 2015]
- ✓ *Guía para transformar maternidades tradicionales en “Maternidades Centradas en la Familia*. Recuperado de: <http://www.funlanguia.org.ar/content/download/234/.../013-16%20Introducci3n> [consulta 04 de junio 2015]
- ✓ *Las vivencias - La P3gina de la Vida*. Disponible en URL: www.proyectopv.org/2-verdad/vivenciaspsic.htm [consulta 30 de septiembre de 2015]
- ✓ Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). *Psicología: T3picos de actualidad*. Lima: UNMSM. *Metodolog3a de Investigaci3n Cient3fica Cualitativa*, p. 75. Recupe-rado de: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf> [consulta 21 de junio de 2015]

- ✓ *Parto Humanizado - Ley Nacional N° 25.929.* Recuperado de:
Http://Www.Unicef.Org/Argentina/Spanish/Ley_De_Part0_Humanizado.Pdf [con-
sulta 23 de junio 2015]

APÉNDICE

Apéndice 1: Nota De Autorización

Córdoba,.....

LIC. ANDREA MECCHIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SANATORIO ALLENDE CERRO
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y DOCENCIA

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. y por su intermedio al Comité de Capacitación y Docencia y a la Dirección de la Institución, a fin de solicitar autorización para llevar adelante una investigación por parte de las enfermeras Contreras, Mayra Natalia y De La Rocha, Clotilde Roxana.

La misma estará dirigida a conocer las vivencias de dos mujeres durante el proceso de pre parto y parto, en el marco de la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, en dicha institución, en el mes de mayo, año 2015.

La realización de este estudio de caso, está relacionada con el cumplimiento del requisito para la materia Taller de Trabajo Final de la Licenciatura en Enfermería que estamos cursando en la Universidad Nacional de Córdoba.

Descontando que contaremos con su apoyo para lograr una respuesta positiva a nuestra solicitud, aprovechamos para saludarla muy atentamente.

PROF. LIC. MIRTA PIOVANO

Apéndice 2

GUÍA TEMÁTICA

EJE TEMATICO I

Indaga sobre las condiciones socio - culturales de cada familia.

- ✓ Edad, formación, religión que profesa.
- ✓ Motivaciones que la llevaron a decidir sobre el proceso del parto humanizado.
- ✓ Información que posee sobre parto y nacimiento humanizado.
- ✓ Pensamientos sobre el parto medicalizado.
- ✓ Pensamientos, sentimientos y percepciones de su familia desde el comienzo de su embarazo y durante el trabajo de parto sobre la decisión tomada.
- ✓ Sintió influencias para llevar a cabo este proceso.

EJE TEMATICO II

Interesadas en dar a conocer las vivencias de dos puérperas, que vivieron sus procesos de trabajo de parto y parto, en el marco de la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, en una institución privada de Córdoba, se buscara obtener datos a partir de los siguientes ejes temáticos, sentimientos, percepciones y pensamientos que se experimentaron en relación a dicho acontecimiento:

- Los **sentimientos** son las **emociones** que generan el Parto y Nacimiento Humanizado.

- La **percepción** consiste en el reconocimiento de las **sensaciones** que produjo todo el proceso de Parto y Nacimiento Humanizado.

- Los **pensamientos** son las **ideas** que predominan en los sujetos acerca del Parto y Nacimiento Humanizado.

Sujeto uno	Sentimientos
La sensación tuvo de haber sido protagonista de manera natural del propio parto, siendo considerada persona sana.	
Emoción que le generó la posibilidad de ser invadida, violentada o medicalizada injustificadamente.	
Qué sensación le provocó el hecho de que se le permita el acompañamiento de su familia y del equipo de salud durante todo el proceso.	
Qué sintió al tomar contacto de manera inmediata con su hijo y recibir el apoyo y asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del bebé por parte del personal de salud.	
Qué emociones le generó el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.	

Sujeto uno	Percepciones
Cómo percibió haber sido protagonista de manera natural de su propio parto, siendo considerada persona sana.	
Si observó algún hecho de violencia o ser invadida o medicalizada injustificadamente.	
Qué apreció durante el acompañamiento de su familia y el equipo de salud durante todo el proceso.	
Cómo vivió el primer contacto con su hijo y el asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del niño por parte del personal de salud.	
Si notó el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.	

Sujeto uno	Pensamientos
Qué reflexión le llevó haber sido protagonista de manera natural de su propio parto, siendo considerada persona sana.	
Qué idea le generó la posibilidad de ser invadida, violentada o medicalizada injustificadamente.	
Qué representación le dejó el acompañamiento de su familia y el equipo de salud durante todo el proceso.	
Qué pensamiento le invadió al recordar el primer contacto con su hijo y recibir el asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del niño por parte del personal de salud.	
Cómo definiría el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.	

Sujeto dos	Sentimientos
La sensación tuvo de haber sido protagonista de manera natural del propio parto, siendo considerada persona sana.	
Emoción que le generó la posibilidad de ser invadida, violentada o medicalizada injustificadamente.	
Qué sensación le provocó el hecho de que se le permita el acompañamiento de su familia y del equipo de salud durante todo el proceso.	
Qué sintió al tomar contacto de manera inmediata con su hijo y recibir el apoyo y asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del bebé por parte del personal de salud.	
Qué emociones le generó el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.	

Sujeto dos	Percepciones
Cómo percibió haber sido protagonista de manera natural de su propio parto, siendo considerada persona sana.	
Si observó algún hecho de violencia o ser invadida o medicalizada injustificadamente.	
Qué apreció durante el acompañamiento de su familia y el equipo de salud durante todo el proceso.	
Cómo vivió el primer contacto con su hijo y el asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del niño por parte del personal de salud.	
Si notó el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.	

Sujeto dos	Pensamientos
Qué reflexión le llevó haber sido protagonista de manera natural de su propio parto, siendo considerada persona sana.	
Qué idea le generó la posibilidad de ser invadida, violentada o medicalizada injustificadamente.	
Qué representación le dejó el acompañamiento de su familia y el equipo de salud durante todo el proceso.	
Qué pensamiento le invadió al recordar el primer contacto con su hijo y recibir el asesoramiento sobre lactancia materna y cuidado del niño por parte del personal de salud.	
Cómo definiría el acompañamiento del personal de enfermería, durante todo el proceso.	

Apéndice 3

CARTA DE LOS DERECHOS EN EL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA Y NACIMIENTO

Carta de los Derechos en el Embarazo, parto, Cesárea y Nacimiento Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- Decidir si tener hijos o no tenerlos, cuándo, cuántos tener, cada cuánto y con quién. Escoger el método anticonceptivo más adecuado a la edad, cultura, estado de salud, vida sexual, relación de pareja y gusto personal.
- Vivir una maternidad voluntaria, placentera, saludable y deseada. Ser informada sobre las distintas intervenciones médicas de manera que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas.
- Acceder a la atención médica de calidad sin discriminación por razones de etnia, clase social, preferencias sexual y estado de salud. Recibir atención médica con calidez en el momento en que se solicita, con cortos tiempos de espera y respetuosa de la dignidad e integridad corporal. Ser tratada con respeto, y de modo que garantice la intimidad durante todo el proceso, tomando en consideración sus pautas culturales.
- Ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. Recibir toda la información médica sobre el estado de salud y los resultados de los estudios y exámenes clínicos y de laboratorio de manera clara y entendible y en corto tiempo.
- Sentir que sus conocimientos, experiencia y sensaciones sobre su cuerpo sean tomadas en cuenta. Recibir la atención basada en las evidencias científicas más recientes. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados.

- Ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. Otorgar el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento médico o quirúrgico. No ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito.
- Estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Expresar libremente sus emociones. Dar a luz en la posición de su elección y acorde a su cultura. Realizar las acciones rituales previstas por cada cultura para el momento del parto sin represiones, burlas o amenazas
- Recibir toda la información sobre indicaciones, dosis y efectos secundarios de los medicamentos. No ser sometida a procedimientos médicos y quirúrgicos de rutina sin que se justifique su necesidad durante el embarazo, el parto y el postparto. Elegir libremente el tipo de alimentación que se quiere para sí misma y para el recién nacido en la etapas del embarazo, parto, posparto y puerperio.
- Contar con infraestructura adecuada, ambiente agradable y las mejores condiciones de higiene en los servicios de salud. Contar con servicios acordes a las posibilidades económicas de cada usuaria/o. No ser separada nunca de su bebé.

Apéndice 4

DERECHOS DEL NACIMIENTO

Este decálogo habla de los derechos de que un bebé adquiere cuando decidimos darle la oportunidad de nacer. A partir de ese momento estamos obligados a acompañarle adecuadamente en la aventura de la vida haciéndonos cargo de que esta se desarrolle de la forma más gratificante, enriquecedora y feliz posible.

La investigación evidencia que las experiencias vividas en los primeros estadios de la vida (concepción, nacimiento y primera infancia) dejan en el ser humano una huella imborrable cuyas consecuencias le acompañaran el resto de la misma.

Con la intención de prevenir posteriores secuelas psico-emocionales, invitamos a madres, padres y profesionales a respetar este decálogo.

- El bebé tiene derecho al reconocimiento de su capacidad física y emocional, en su vida intrauterina y extrauterina y, especialmente, durante el tránsito entre ambas.
- El bebé intraútero tiene derecho a que el bienestar emocional de su madre no sea alterado por un exceso y abuso de controles durante la gestación
- El bebé y su madre tienen derecho a que se respeten el momento, ritmo, ambiente y compañía en el parto-nacimiento y a que el mismo transcurra de forma fisiológica. Un bebé y madre sanos tienen derecho a no ser tratados como enfermos.
- El bebé y su madre tienen derecho a intimidad y respeto antes, durante y después del nacimiento- parto.
- El bebé y su madre tienen derecho a permanecer juntos en las horas y días siguientes al nacimiento. Ninguna exploración ni estancia hospitalaria justifica la separación de ambos.
- El bebé tiene derecho a disfrutar de lactancia materna a demanda, al menos, durante el primer año. A que durante su estancia en hospital se respeten los “10 pasos

para una lactancia feliz” establecidos por UNICEF y la OMS y recomendados por la Asociación Española de Pediatría.

- El bebé tiene derecho a ser atendido personalmente por su madre, como mínimo, durante el primer año. La madre tiene derecho a disfrutar del contacto íntimo con su bebé cuanto crea necesario.

- El bebé prematuro tiene derecho a permanecer pegado al cuerpo de su madre hasta que adquiera el peso y las condiciones óptimas de salud. Ninguna unidad de neonatología es más saludable para el bebé que la piel materna.

- El bebé tiene derecho a permanecer pegado al cuerpo de su madre durante los primeros meses de vida extrauterina. El contacto cuerpo a cuerpo es vital para instaurar en el la seguridad y la confianza.

- El bebé tiene derecho a que sean sus padres quienes personalmente tomen las decisiones y quienes para ello busquen la información relacionada con su bienestar.