

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA “LIDIA DOCE”

MODELO DE CUIDADOS HUMANIZADOS A LA MUJER DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autora: Lic. Lareisy Borges Damas, MsC

La Habana, 2016

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA “LIDIA DOCE”

MODELO DE CUIDADOS HUMANIZADOS A LA MUJER DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autora: Lic. Lareisy Borges Damas, MsC

Tutores: Prof. Tit., Lic. Arahí Sixto Pérez, Dra C

Prof. Tit., Lic. Norberto Valcárcel Izquierdo, Dr C

La Habana, 2016

SÍNTESIS

El estudio realizado en el proceso de cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, permitió identificar como *problema científico*: ¿Cómo lograr el cuidado humanizado en la atención integral que se le brinda a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio de Artemisa?

Se establece como objetivo de la investigación diseñar un Modelo de cuidados humanizados que logre la atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García”.

El análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos permitió la caracterización del cuidado humanizado a la mujer y posibilitó identificar los principales problemas que presentan los profesionales de enfermería en el cumplimiento de sus funciones durante la atención al parto.

Los resultados del análisis histórico lógico y la sistematización realizada a estudios sobre humanización del parto, posibilitaron la determinación de los fundamentos teóricos y metodológicos del modelo, lo que permitió arribar a proposiciones teóricas con un modelo conceptual en la atención integral a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

La valoración de los resultados de la consulta a expertos, la comparación de los cambios de la observación a los profesionales de enfermería en los servicios

obstétricos hospitalarios y el test de satisfacción a las mujeres atendidas en dichos servicios, mostraron la validación del Modelo de cuidados humanizados.

ÍNDICE

| No | | Pág |
|------|--|------|
| | INTRODUCCIÓN | 1-10 |
| | CAPÍTULO I. UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL CUIDADO HUMANIZADO A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO | |
| 1.1 | Evolución histórica del parto y la Enfermería Obstétrica. | 11 |
| | 1.1.1. Historia de las Enfermeras Obstétricas en Cuba. | 14 |
| 1.2 | El proceso de cuidado de enfermería. | 17 |
| | 1.2.1 El proceso cuidado humanizado. | 23 |
| 1.3 | El cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto. | 28 |
| | CAPÍTULO II. ESTADO ACTUAL DEL CUIDADO HUMANIZADO A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO | |
| 2.1. | Parametrización del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. | 38 |
| | 2.1.1. Estado actual del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. | 40 |
| 2.2. | Análisis de la información obtenida. | 46 |
| | 2.2.1. Análisis de los resultados de la observación al seguimiento del trabajo de parto y el parto. | 46 |
| | 2.2.2. Análisis de los resultados de las encuestas a profesionales de enfermería. | 48 |

| | |
|---|-----|
| 2.2.3. Análisis de la entrevista a profundidad al grupo de especialistas. | 51 |
| 2.2.4. Análisis de la entrevista al grupo de mujeres seleccionadas. | 59 |
| 2.3. Resultados de la triangulación metodológica. Inventario de problemas. | 63 |
| CAPÍTULO III. MODELO DE CUIDADOS HUMANIZADOS A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO | 65 |
| CONCLUSIONES | 98 |
| RECOMENDACIONES | 100 |
| BIBLIOGRAFÍA | |
| ANEXOS | |

Dedicatoria

A mis padres, por hacerme ver siempre la importancia del amor, el ejemplo y la confianza.

A mis hijos, por hacer que cada despertar incluya el agradecimiento eterno a la vida por su presencia y el esfuerzo interminable de ser cada día mejor persona.

A mi esposo, arquero y compañero, porque desde su soledad, desde ser un solo acompañado ha sido mi Kamikase con su luz, su comprensión y su eternidad.

A todos mil gracias por existir y creer en mis sueños.

Agradecimientos

A mi tutora: Dra. C. Arahí Sixto Pérez por ofrecerse sin titubeos a la tutoría de este trabajo a sabiendas de sus posibles consecuencias. Por ser mi tutora, mentora y amiga, por su optimismo, por creer en este sueño y en mí aun cuando parecía irreal.

A mi tutor: Dr. C. Noberto Valcárcel Izquierdo, por su sabiduría, por su existencia, por creerme desde la distancia.

A mi inseparable Yaneski por ser amiga, hermana y compañera.

A mi querido Aníbal por empujarme a mi verdadero sueño y por sus sabios consejos.

A Yeny por compartir un sueño que para muchos es inexistente.

A Nieris, Yeny, Alex, Vero, Maritza, Cáceres, Tania, Dr. Ramiro de la “Facultad 10 de octubre” por acogerme cuando el temor a lo desconocido calaba hondo.

A mi niña Dana Ledys, por ser, por estar...por su grandeza, por lo que significa para mí y por su capacidad de lograr impulsarme.

A mis incondicionales y eternos Gladita, Leidis y Luisito por su apoyo, por llevar de la mano conmigo este sacrificio.

Al equipo de enfermería del “Hospital Comandante Ciro Redondo García” por su colaboración en esta obra sin la cual no tuviera este final.

A los profesores del programa doctoral de Enfermería por sus enseñanzas durante todo este tiempo.

A todos los médicos que honestamente confiaron sus valoraciones y conocimientos en aras de la ciencia y, para aquellos que no lo hicieron también gracias, por demostrarme que la deshumanización guarda relación con la falta de alma y el desamor.

A las mujeres que participaron en la investigación y a todas las mujeres de Cuba.

A mi familia... una disculpa... por tantas horas de ausencia.

A todos muchas gracias.

INTRODUCCIÓN

El parto o nacimiento constituye un acontecimiento paradójico en la vida de la mujer, dado precisamente por ser la culminación del embarazo humano y al unísono, el inicio de una nueva vida, razón por la que se le atribuye especial interés a nivel universal.

La mayoría de los informes antiguos señalan que casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que era un arte enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio desde que se desarrollan las bases de la Obstetricia dentro de la Medicina.¹ Es durante el siglo XX que comienzan a existir circunstancias que marcarían de forma singular este período con la aplicación de prácticas que caracterizarían la obstetricia moderna y alejarían el parto de su esencia natural.²

Desde la década de los años 70 del siglo XX, Leboyer, obstetra francés, considerado el precursor de la humanización, llamaba la atención a la sociedad respecto a la forma en que los seres humanos eran traídos al mundo.³ Por su parte, Odent en el año 2000, define su anti-obstetricia. Con los autores mencionados, los términos violencia en la ayuda y humanización se reconocen en la literatura internacional. En Brasil, los primeros en trabajar en pro de la humanización del parto y el nacimiento fueron el profesor Galba de Araújo, en Fortaleza y del Doctor Paciornick, M en Curitiba.⁴

Autores cubanos como Águila Setién, S, Breto García, A, Cabezas Cruz, E, Delgado Calzado, JJ y Santisteban Alba, E. en el año 2014 armonizan en sus experiencias sobre el tema y proponen como objetivos a alcanzar en este aspecto el brindar una

atención de salud con calidad, basada en las mejores evidencias y con elevado nivel de satisfacción de las mujeres.⁵

Sin embargo, el sistema de salud cubano identifica y refleja⁵ con relación a la atención humanizada al parto: poca capacitación del personal de salud en aspectos bioéticos y de humanización, desactualización de temas sobre la conducta, 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 como problemas actuales que pudieran determinar la calidad de la atención al trabajo de parto y el parto.

La presencia de un proyecto de acción para la solución de los problemas que guardan relación con la calidad de la atención al trabajo de parto y el parto, propone 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.⁵

A consideración de la autora el proyecto de acción relacionado con los problemas de humanización de la atención al trabajo de parto y el 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.

Al tomar como referencia este tipo de proyecto de acción para ser dirigido al profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud que brinda atención a la mujer durante el trabajo de parto y el parto mediante los cuidados, se identifica la necesidad de adoptar un modelo conceptual que transforme, en la práctica asistencial, los cuidados brindados en cuidados humanizados para el logro de una atención integral a la mujer. Todo ello supone consecuencias positivas en términos de salud y una mejor calidad de atención para las mujeres una vez validado el mismo en las áreas asistenciales del servicio obstétrico en el nivel hospitalario.

La presente propuesta es una investigación iniciada por la autora a partir de las vivencias acumuladas sobre el tema en la labor asistencial en su área de experticia, mediante una observación encubierta, así como el análisis de los resultados a investigaciones realizadas con anterioridad relacionadas con la atención humanizada a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, que posibilitaron a la autora identificar las siguientes **situaciones problemáticas**:

- Por lo general el profesional de enfermería no aborda en su práctica asistencial a la mujer con un enfoque integral al ofrecer cuidados obstétricos en la atención al trabajo de parto y el parto.
- Se evidencia que la concepción del parto como un problema de salud en la mujer comprometen el cuidado que se le brinda durante el trabajo de parto y el parto.
- Existe una insuficiente base teórica sobre cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto lo cual limita la expresión práctica del conocimiento del profesional de enfermería perfilado en la Obstetricia.

Las consideraciones anteriores permiten reconocer como **contradicción** la que se manifiesta entre los cuidados que recibe la mujer durante el trabajo de parto y el parto y las exigencias que la sociedad cubana espera del cuidado humanizado que reciben las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Esta contradicción unida a los antecedentes expuestos, posibilitaron que la autora identificara el siguiente **problema científico**: ¿Cómo lograr el cuidado humanizado en la atención integral que se le brinda a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio de Artemisa?

Se determina como **objeto de investigación** el proceso de cuidado de enfermería a la mujer durante el trabajo de parto y el parto y como **campo de acción**, se plantea el cuidado humanizado de enfermería a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

En consecuencia, con lo anterior, el compromiso de la investigadora se declara en el siguiente **Objetivo**: Diseñar un Modelo de cuidados humanizados que logre la atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio de Artemisa.

Para dar solución al problema científico y el cumplimiento del objetivo la autora se plantea los siguientes **objetivos específicos**:

1. Identificar los referentes teóricos y metodológicos que sustentan el cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto en el mundo y en Cuba.

2. Caracterizar el cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio de Artemisa.

3. Elaborar un Modelo de cuidados humanizados encaminado al logro de una atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto.

4. Constatar la viabilidad del Modelo de cuidados humanizados en la atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio de Artemisa.

Se realizó un estudio mixto (cuanti y cualitativo) constituido por tres grupos de estudio. De un universo de 62 profesionales de enfermería que laboran en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio Artemisa se seleccionaron 39 por muestreo no probabilístico intencional por criterios para conformar el grupo I (G I) que representan el 63.9 % del universo. El grupo II (G II) conformado por 10 médicos en la especialidad de Obstetricia y Ginecología y 10 profesionales de las Ciencias de la Enfermería verticalizados en la atención materno-infantil, seleccionados por un muestreo no probabilístico de tipo “bola de nieve” y el grupo III (G III) conformado por 10 mujeres hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio Artemisa seleccionadas por muestreo no probabilístico intencional por criterios. En el GII y GIII la saturación de la información determinó el tamaño de la muestra. Se selecciona el Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del mencionado municipio por su carácter provincial y la atención del 37.3% del universo de gestantes de la provincia,

provenientes mayoritariamente de cinco municipios del área este con la mayor densidad poblacional. Para la ejecución de la investigación se obtuvo la aprobación de las autoridades correspondientes y el consentimiento de las personas que participaron, cumpliéndose con las consideraciones éticas establecidas para la investigación.

Al tomar en consideración la concepción dialéctica materialista y el empleo de las operaciones lógicas del pensamiento, la investigación requirió de manera combinada de **métodos** teóricos, empíricos y estadísticos según los grupos de estudio.

Dentro del nivel teórico se emplearon los siguientes métodos:

Análisis histórico-lógico: permitió el análisis de la evolución histórica y los fundamentos teóricos del cuidado humanizado en Cuba y en el mundo, específicamente en la atención que reciben las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Análisis documental: proporcionó la información sobre el estado actual del objeto de investigación que es el cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto, a partir de considerar los documentos normativos y los trabajos investigativos de diversos autores que han trabajado el tema.

Sistematización: se utilizó para la organización de los conocimientos relacionados con el cuidado humanizado estudiado por diferentes autores, además permitió elaborar la definición de cuidado, cuidado humanizado y cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, al establecer las relaciones entre sus componentes.

Enfoque sistémico estructural-funcional: posibilitó el análisis con una concepción sistémica en los cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, al establecer la relación dialéctica entre los conocimientos teóricos que debe poseer el profesional de enfermería para la expresión práctica de su conocimiento en función de la transformación del objeto de estudio.

Modelación: se empleó desde la abstracción en el diseño del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, para su concreción en la práctica asistencial y el logro de la satisfacción de las necesidades de las mujeres con su actuación profesional.

Durante el desarrollo de la investigación la autora empleó diferentes procedimientos lógicos del pensamiento, dentro de los que está el análisis y la síntesis y la inducción y deducción, que favoreció el establecimiento de las características y relaciones que se establecen en el diseño del Modelo de cuidados humanizados.

Dentro del nivel empírico se emplearon los siguientes métodos:

Observación: permitió, con la ayuda de una guía semiestructurada, la valoración e identificación de las principales dificultades que se manifiestan en el desarrollo de cuidados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto por los profesionales de enfermería que laboran en el servicio obstétrico del lugar de estudio, así como los logros obtenidos en la prestación de cuidados a la mujer una vez validado el Modelo en la práctica asistencial mediante un pre experimento. (Anexo 3)

Encuesta: se utilizó para valorar los criterios acerca de las actitudes en la prestación de cuidados a los profesionales de enfermería seleccionados en la muestra de estudio. (Anexo 4)

Entrevista a especialistas: se aplicó a un grupo de profesionales seleccionados a partir de su experiencia en la atención obstétrica, lo que permitió la valoración de la atención a la mujer durante el trabajo de parto y el parto por parte del equipo de salud. (Anexo 6 y 7)

Entrevistas a mujeres: se realizó a mujeres hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital General Docente: “Comandante Ciro Redondo García” del municipio Artemisa para conocer su valoración individual acerca de la atención que habían recibido durante su trabajo de parto y parto. (Anexo 10)

Consulta a expertos: realizada a un grupo de expertos que posibilitó la constatación teórica del Modelo de cuidados humanizados para el logro de la atención integral a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. (Anexo 20)

Test de satisfacción: aplicada a 25 mujeres para determinar el nivel de satisfacción en la atención durante su trabajo de parto y parto por parte del profesional de enfermería posterior a la aplicación del Modelo. (Anexo 24)

Métodos estadísticos: para el procesamiento de la información obtenida, fue utilizado el cálculo porcentual y la prueba chi cuadrada de bondad de ajuste, lo que permitió procesar los resultados y mediante el pre-experimento, comparar la observación antes y después de la ejecución del Modelo de cuidados humanizados. Para la consulta a expertos se aplicó el método Delphy y para el test de satisfacción se empleó el cálculo del Índice de Satisfacción Grupal (ISG). Se utilizó además la triangulación metodológica para la identificación de problemas y potencialidades.

Contribución a la teoría: radica en la contextualización de un Modelo de cuidados humanizados, para su aplicación en los profesionales de la Enfermería Obstétrica

para el logro de una atención integral a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. Se evidencia además las relaciones establecidas entre las definiciones aportadas en el modelo como elemento enriquecedor de los conocimientos teóricos para ser aplicados en la práctica asistencial a partir de la concepción del proceso de parto como un proceso natural y humanizado.

Novedad científica: radica en la modelación del Modelo de cuidados humanizados en el área asistencial de los profesionales de enfermería perfilados en la Obstetricia, para el logro del cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto, así como a la solución de los problemas profesionales en correspondencia con las exigencias de la sociedad y las prioridades del Sistema de Salud Cubano en la atención materno-infantil.

Aporte práctico: el Modelo de cuidados humanizados favorece la atención integral a la mujer durante el trabajo de parto y el parto pues ofrece implícitamente una guía particular para la práctica del cuidado con un enfoque humano basada en los conceptos propuestos por el propio modelo y su empleo en el método de trabajo de enfermería, que propicie la elevación de la calidad de la atención a partir del enriquecimiento de la práctica, su transformación y del enfoque sistémico propuesto.

Pertinencia Social: la sociedad cubana requiere de un profesional de enfermería con preparación científica para desarrollar con éxito su objeto social: el cuidado, pero que a la par de esa científicidad posea una proyección humanista en correspondencia con las exigencias sociales y la preservación de los derechos de cada ser humano. El Modelo de cuidados humanizados es una alternativa que

permite el logro de la atención integral a la mujer durante el trabajo de parto y el parto para elevar el desarrollo de la enfermería como ciencia con la obtención de resultados de elevada calidad y excelencia.

Descripción de la tesis: La tesis consta de introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

Capítulo 1: Se sistematizaron los fundamentos que sustentan las bases teóricas del cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto.

Capítulo 2: Se realizó una caracterización del estado actual del cuidado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto a partir de la determinación de problemas y potencialidades que presentan los profesionales de enfermería en los cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Capítulo 3: Se presenta la modelación del Modelo de cuidados humanizados, se diseña y explica la metodología y su validación en la práctica asistencial.

Los resultados de la investigación han sido socializados mediante la presentación de varias ponencias en eventos científicos del área de la Pedagogía y la Enfermería, así como con la publicación de artículos en revistas indexadas.

CAPÍTULO I

UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL CUIDADO HUMANIZADO A LA

MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

CAPÍTULO I: UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL CUIDADO HUMANIZADO A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

El cuidado de enfermería durante el trabajo de parto y el parto requiere de consideraciones especiales hacia la mujer, dado fundamentalmente por los diferentes cambios inherentes a este proceso, en el cuál la intervención del equipo de salud y específicamente del profesional de enfermería, asumen un papel importante en la evolución y resultados satisfactorios.

El propósito del capítulo es identificar los referentes teóricos y metodológicos que sustentan el cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en el mundo y en Cuba. Se determinan relaciones que se vinculan con el cuidado humanizado desde la práctica de la enfermería cubana y las condiciones actuales en el ámbito de salud.

1.1. Evolución histórica del parto y la Enfermería Obstétrica

Las primeras noticias sobre partos se encuentran en las pinturas rupestres. Los símbolos de fertilidad de esa época hacen sospechar que las mujeres parían solas, en cuclillas o con las nalgas o las rodillas sobre piedras de gran tamaño.⁷

La primera descripción de un parto normal entre los años 460-377 a.C. se le constata a Hipócrates, llamado “Padre de la Medicina”, en su libro “Naturaleza del Niño”. Posteriormente, a lo largo de la historia, otros grandes médicos y ginecólogos, como Galeno, Mauriceau o Schroeder, expusieron diferentes teorías

de porqué comenzaba el parto. Más tarde Soranos, célebre médico griego, en los años 138-98 a.C., describe que el parto debe ser atendido por una comadrona y sus ayudantes, que el trabajo de parto se debía realizar en una cama y que durante el período expulsivo se pasara a la silla de parto.⁸

Entre las referencias anteriores al siglo XX sobre el proceso reproductivo, Las Casas, en Historia de las Indias, refiere que las aborígenes, se multiplicaban mucho, no dejaban de trabajar durante el embarazo y los dolores durante el parto eran pocos e insensibles, se lavaban inmediatamente después en el río y al día siguiente regresaban a sus labores habituales. Eran frecuentes los partos de gemelos y se hacían igualmente que los otros partos en prontitud y facilidad.⁹

El siglo XVIII marcó el inicio de un desarrollo impetuoso de la Obstetricia. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia evidenciado en los estudios anatómicos del útero y la pelvis, en el perfeccionamiento del instrumental obstétrico, en la estandarización de la posición horizontal de la parturienta, en el reconocimiento del origen infeccioso de la sepsis puerperal y en la construcción de pabellones de maternidad en hospitales. Los nuevos avances obstétricos unidos a los nuevos conocimientos que también acontecieron en la anestesia y las normas de asepsia durante el siglo XIX, condujeron a la disminución del riesgo de muerte durante el parto tanto del recién nacido como de la madre.⁹

La historia de la profesión de comadronas o matronas es inherente a la historia de la civilización y de la Obstetricia. Obstetrix era la definición que se le otorgaba en Roma a las parteras.¹⁰ Etimológicamente es una palabra latina que deriva del verbo obstare. Trix define al género femenino, Ob se traduce como “delante de” y Store

se traduce como “estar “. En cuyo caso significaría, mujer que estaba frente a la parturienta y la asistía en el parto. Los eruditos, dieron a la palabra *obstetrix*, el significado de “mujer que está al lado de la parturienta y le ayuda”.¹¹

Las primeras intervenciones de las comadronas en el parto, estuvieron basadas en la ayuda, el contacto, y la protección de orden mágico y religioso, a la mujer y el recién nacido.¹² Su inicio parece ser paralelo a Lucy, la primera homínida bípeda de la que existe constancia, aparecida sobre la faz de la tierra hace 3,2 millones de años. Desde la bipedestación, la mujer necesitaba ayuda para parir, pues el parto se hacía más laborioso, tal y como Arsuaga, JL. en el año 2006 recoge en su obra “La Especie Elegida”.¹²

La figura de la comadrona siempre ha existido, desde los pueblos más antiguos, egipcios, griegos, romanos y hebreos (el Antiguo Testamento hace referencia de la partera en el Génesis y Éxodo), la primera matrona registrada en la historia, se sitúa en Palestina. Se llamaba Débora, fue la nodriza de Rebeca, y le ayudó en sus partos y a lo largo de toda su vida.¹³

Las comadronas de entonces, eran mujeres autodidactas. Ejercían el arte de la Obstetricia con el seguimiento de las normas empíricas recibidas por la tradición oral de las parteras más antiguas y de su propia experiencia y gracias a su habilidad, monopolizaron la asistencia al parto hasta el Siglo XVIII.^{10,12,15} A partir del siglo XVI se evidencian cambios en la situación de la Obstetricia con la publicación en Alemania del libro “Jardín de Rosas para Comadronas y Embarazadas” de Rosselin; A partir de este libro se suceden otros. En España, en el año 1541, se publicó en Mallorca el primer libro que trató especialmente de los partos y se tituló “Libro del

arte de las comadronas o madrinas y del regimiento de preñadas y de los niños”. En el año 1595, en Venecia, la obra “La Comadrona o la Partera” recomienda la palpación abdominal para el diagnóstico de la presentación fetal.¹⁵ A partir del año 1857 se hace mención a los títulos de comadrona y practicante y desde entonces ambas profesiones siguen trayectorias paralelas.^{14,16}

Desde fines de la Edad Media ya se les reconocían a las comadronas cuatro funciones bien definidas, que se mantuvieron en los siglos sucesivos: asistencia a la embarazada, parto y puerperio, cuidados al niño recién nacido (baño, alimentación), asistencia a enfermedades propias de la mujer (hemorragias uterinas, prolapso uterino) y los consejos sobre medidas anticonceptivos (cocimientos de hierbas, preparados medicinales variados).¹⁶ La principal fortaleza de la práctica de la comadrona ha sido la relación de confianza y de complicidad que es capaz de establecer con las mujeres en momentos significativos de su ciclo vital. Si a la gran experiencia de aquellas mujeres, le hubieran sumado el conocimiento científico, hubieran sido las verdaderas protagonistas del desarrollo de la Obstetricia.^{9,15}

Las comadronas se han convertido, en la mayor parte de los países, en una profesión universitaria, independiente o como especialidad de la Enfermería. La función clínica de las comadronas es variada según la legislación de cada país.¹⁸ La Enfermería Obstétrica remonta sus inicios al año 1925 en los Estados Unidos. El primer programa de enfermeras obstetras utilizaba enfermeras diplomadas en Salud pública, que hubieran sido educadas en Inglaterra y comenzó en el año 1932.¹⁹ En

la actualidad, todos los programas de Enfermería Obstétrica se desarrollan en escuelas universitarias y universidades.^{9,18,19}

1.1.1. Historia de las Enfermeras Obstétricas en Cuba

Ancheta Niebla, E. expone que en Cuba después de finalizada la conquista el doctor Le Roy Cassá, en sus apuntes para la historia de la Obstetricia en Cuba, hace referencia al asombro del Padre Bartolomé de las Casas sobre la particularidad y sencillez con que la mujer india paría. La primera referencia documental sobre estas mujeres, correspondió a “la comadre de parir” María Hinojosa, que bautizó a un niño el 13 de agosto de 1593.¹⁷

Las comadronas existieron en Cuba tanto en la zona rural como urbana y eran conocidas popularmente, y se mantuvieron sobre todo en las montañas orientales hasta el año 1959.⁶ Tras el triunfo revolucionario y el surgimiento en 1960 del Sistema Nacional de Salud desaparecieron los partos domiciliarios realizados por la figura centenaria de las comadronas. El 16 de octubre de 1959 se crea la Carrera Sanitaria para médicos, estomatólogos, farmacéuticos, enfermeras y educadores sanitarios por la Ley No. 607.⁴⁵

En 1960 comienza un curso acelerado de dos años debido a la rápida extensión de los servicios de salud a toda la población del país, incluyendo las regiones más remotas. En 1961 se gradúan las primeras auxiliares de enfermería, más tarde se forman auxiliares de enfermería general, pediátrica y obstétricas a quienes después se les ofreció la oportunidad de ingresar en escuelas de Enfermería preparadas especialmente para convertirlas en enfermeras generales, pediátricas u obstétricas.⁴⁵

El 13 de abril de 1964 se impartieron cursos de técnicos especializados en Enfermería Obstétrica, Anestesiología, entre otros. En septiembre de 1976 comenzó en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana la carrera de Licenciatura en Enfermería y a partir de esta fecha se seleccionaron las categorías ocupacionales más elevadas para laborar en los servicios obstétricos.⁴⁵ Los estudios de las especialidades dentro de la Ciencia de la Enfermería, como es la Enfermería Materno Infantil, datan desde el año 2004 con el objetivo de lograr un impacto mayor dentro de los indicadores de calidad del Programa de Atención Materno Infantil (en lo adelante PAMI).⁴⁶

La actuación del profesional de enfermería en la asistencia al parto normal se concibe actualmente como una estrategia para la reducción de la morbilidad tanto materna como perinatal. Se espera que la ampliación de su inserción en el campo de la Obstetricia contribuya a privilegiar a la mujer como un ser activo en el proceso de parto, conducido por una asistencia humanizada.^{9,19}

Definir el parto normal comporta alguna dificultad, si se valora que el concepto de normalidad en el parto no está estandarizado. Rigol Ricardo, O. en el 1976 define el parto como la extracción manual o instrumentada del feto y sus anejos, en un momento del embarazo donde el feto es capaz de vivir fuera del claustro materno.⁴⁶ Satiesteban Alba, S. en el año 2004 lo define como el modo activo de expulsión del feto y la placenta.¹⁰⁴ Águila Setién, S, Breto García, A, Cabezas Cruz, E, Delgado Calzado, J, Satiesteban Alba, S, en el año 2014 definen el trabajo de parto como la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas que aumentan en frecuencia e intensidad.⁵

Las nuevas corrientes naturalistas han tendido a diferenciar entre un parto medicalizado, es decir, partos que se desarrollan bajo supervisión y control médico para intervenir si es necesario y un parto natural, como aquel parto en el que prima la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de la técnica médica.^{9,21}

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) en el Consenso Iniciativa Parto Normal publicado en el año 2007, define el parto normal como un “proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.¹⁰⁵

Por su parte García Jordá, D. en el año 2011 expone en su investigación el parto natural como aquel que se produce a través de la vagina y que no requiere más asistencia médica que control y medicamentos suaves como pueden ser, por ejemplo, los analgésicos.⁹ La autora asume la definición de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) al poseer elementos definitorios en el enfoque naturalista del parto que ineludiblemente conducen a su asistencia humanizada, los cuales no han sido abordados en los conceptos sistematizados.

El criterio, sumamente extendido, de que el parto sólo puede considerarse normal de forma retrospectiva, ha conducido, junto con otros factores, a proporcionar a los partos normales cuidados muy similares a los que necesitan los partos complicados y transformar de esta manera un acontecimiento fisiológico en un procedimiento médico-quirúrgico.²⁰

1.2.- El proceso de cuidado de Enfermería

El término cuidado evoca diversos vocablos, entre ellos se describen: asistir, conservar, cautela, solicitud, guardar, preocuparse, prestar atención a algo o a alguien.²² Cada uno de estos conceptos se dirige a la inquietud de los seres humanos por mantenerse y mantener a otros en un estado normalidad o mejoría en la vida misma. El cuidado, entonces, es un término que tiene su significación en el ser mismo de los seres, como ímpetu que surge de la vida; es la alerta de la existencia en procura de la tranquilidad en todo estado de armonía entre el ser humano y el mundo entorno con el que interactúa en cada momento.²³

El término latino *cogitatus* se utiliza tanto para referirse al cuidado como para significar el proceso de pensamiento. En cuanto al griego, la expresión que más se aproxima es *Epimeleia*, que se ha traducido como cuidado, solicitud, atención.²³

El cuidado se ha estudiado bajo dos connotaciones: la histórica y la filosófica, con la finalidad de contextualizar sus orígenes en el desarrollo de la humanidad y los valores que se le han asignado por parte de los profesionales de enfermería. La connotación histórica se relaciona con los cuidados que se otorgan al ser humano, con el objeto de mantener la vida y la supervivencia. El reto actual de los profesionales de la enfermería es valorar la persona no como objeto de cuidado sino como sujeto del mismo, cuyas necesidades se expresan durante todo el ciclo de la vida: nacimiento, crecimiento, reproducción, envejecimiento e incluso hasta en el mismo proceso de la muerte. Por su parte la connotación filosófica se refiere al cuidado como un valor, como un bien que legitima el actuar, como una forma de

actuar, de relación con el otro ser y con el mundo, es la interacción que implica el desarrollo de la sensibilidad y la creatividad en la acción de cuidar. ²⁴

La historia del cuidado humano es tan extensa como la historia de la humanidad, sin embargo, el proceso de profesionalización del cuidado se asocia a la historia de la atención de la enfermedad, más específicamente al desarrollo de las instituciones de atención médica y al de la medicina como ciencia. La Enfermería como actividad, de acuerdo con los historiadores, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues la especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto en la necesidad de cuidar de ellas.³⁷

El término "profesión" utilizado desde hace más de cuatro siglos, significa "vocación" aprendida. Desde hace décadas se diferencian con variados criterios las profesiones de los oficios: la profesión se distingue de un oficio en que aquella tiene una base científica de donde procede el servicio que ofrece a la sociedad, este fundamento teórico se debe revisar y aumentar a medida que se producen nuevos descubrimientos. Se admite que la Enfermería es una profesión, por lo que los teóricos estudian el problema de la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía de los cuidados de enfermería, esto orienta a la búsqueda de modelos expresados en términos lógicos de una tendencia, entendida esta como la estrategia u orientación que caracteriza a la forma de ordenar los conceptos que se usan para llegar a un orden nuevo, es decir, a un nuevo conocimiento.¹⁰⁶

En marzo del 2001, la Organización Panamericana de la Salud (en lo adelante OPS) y la Organización Mundial de la Salud (en lo adelante OMS) plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los

individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.¹⁰⁷

El cuidado no solo es una actitud intrínseca de los seres humanos, sino un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo que habita en las circunstancias, pero también es una labor que los profesionales en salud cultivan como producto de su profesión misma; en el caso de la Enfermería, ha adoptado el cuidado como objeto de reflexión y de trabajo.²⁵

La Enfermería ha poseído con el decursar del tiempo la responsabilidad del cuidado.^{25,26,27,28,29} Las actitudes y las prácticas de los cuidados distinguen la Enfermería de las contribuciones de otras disciplinas.³⁰ No poseer la claridad frente a esta misión y la relevancia de este encargo, significa no comprender el objeto de la Enfermería como profesión. Su evolución ha permitido que el profesional posea un lugar destacado en el aporte al bienestar humano, en la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud; y aún más importante, un reconocimiento de su contribución a la atención de las personas enfermas o en riesgo, no solo para curar, sino también para confortar, para hacerse cargo del efecto de la enfermedad en la persona de una manera integral, para complementar las capacidades debilitadas y potenciar las presentes.²³

El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados: el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, el involucrarse, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve la actitud y moviliza la acción. Dentro de los componentes del cuidado de Enfermería se encuentra el conocimiento, la paciencia, la sinceridad, la confianza, la humildad y la esperanza como diferentes maneras de expresar autenticidad, de ser natural, de tolerar, de ofrecer tiempo y posibilitar al otro para que pueda encontrarse así mismo en el enfrentamiento a la vida de manera adecuada en una determinada situación.³¹

La sistematización del concepto de cuidado, se encuentra reflejado en las teorías y modelos de Enfermería, en las prácticas profesionales vigentes y en el análisis de los resultados de investigaciones sobre cuidado de Enfermería para la promoción, la prevención y restauración de la salud de las personas durante su ciclo de vida. La literatura consultada revela una diversidad de concepciones sobre la naturaleza del concepto de cuidado de Enfermería, fundamentados en diversas corrientes filosóficas. A partir de la década del cincuenta del siglo XX, un número cada vez mayor de teóricos desarrollaron modelos de Enfermería que describen los conceptos que lo constituyen, al definir a la Enfermería y al cuidado como actitud, relación y entrega.^{32,33,34,35,36}

Desde la literatura consultada se reconocen diferentes modelos conceptuales de enfermería, dentro de los que se encuentran: Modelo de los sistemas, Modelo de promoción de la salud, Modelo del sistema conductual y Modelo y Modelado de roles.^{32,33,34,35,36} La autora, al tomar en consideración el objeto de la investigación y

al sistematizar los aportes teóricos desde la disciplina de Enfermería que sobre el cuidado se publican, considera pertinente citar la obra de autores, que por su correspondencia en el entorno en el que se desarrollan, permiten contextualizar el cuidado: Levine, ME. en el año 1973, Neuman, B. en el año 1975, J. Pender, N. en el año 1975, Johnson, D. en el año 1978 y P. Swain, MA, M. Tomlin, E, C. Erickson, H. en el año 1983.^{32,33,34,35,36}

Levine, ME. en el año 1973 define la labor de las enfermeras al formular un cuerpo de principios científicos en el que las decisiones dependan de situaciones precisas que comparta con el paciente basado en la conservación de su integridad estructural, personal y social.³²

Newman, B. en el año 1975 hace hincapié en la primacía de las relaciones como centro atención de la Enfermería, las relaciones enfermera-cliente y las relaciones en las vidas de los clientes. El énfasis de este proceso se centra en conocer/cuidar mediante el reconocimiento de patrones.³³

J Pender, N. en el año 1975 define el cuidado muy relacionado con el bienestar, al definir a la Enfermería con responsabilidad personal en los cuidados sanitarios y de esta manera la convierte en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.³⁴

Johnson, D. en el año 1978 explica que la enfermera a través del arte y la ciencia proporciona apoyo externo antes y durante el tiempo que dura la alteración del equilibrio, para lo que se requiere un buen conocimiento del orden y control de sus alteraciones.³⁵

P. Swain, MA, M. Tomlin, E. y C. Erickson, H. en el año 1983 explican que la enfermera es una cuidadora no ejecutora. Expresan que la relación enfermera-o-paciente es interpersonal y que la misma ayuda a que el individuo identifique sus propias fuerzas para conseguir un estado de salud y bienestar óptimo. ³⁶

Autores cubanos como León Román, CA. en el año 2000 exponen que el profesional de enfermería debe poseer habilidades fundamentales para desarrollar el acto del cuidado, definidas como habilidades personales, interpersonales, sociales, clínicas, técnicas, intelectuales y conductuales, que le permitan un desempeño de excelencia. ³⁷

Por su parte Mulens Ramos, I. en el año 2012 expresa que el cuidado de enfermería implica romper esquemas tradicionales de atención, brindando cuidados personalizados con un enfoque unipersonal, significa identificar y priorizar las necesidades a satisfacer en las pacientes teniendo en cuenta las implicaciones físicas, psicológicas y sociales, por lo que una dimensión superior del cuidado basada en la integralidad emerge. ³⁸

En su sistematización, los investigadores han tendido a asociar el concepto cuidado con conducta, identificación de necesidades, entrega, conocimiento, relación enfermera-o-paciente, responsabilidad, comprensión y mantenimiento de la salud. La autora considera que sus obras, demuestran el dominio de las actitudes y valores para el logro del cuidado como su objeto social. Las regularidades encontradas en las obras de los autores consultados confirman la visión del cuidado como un concepto multidimensional en constante construcción.

La sistematización de la evolución del concepto de cuidado permite a la autora definir el cuidado de enfermería como *el objetivo esencial de la práctica de cada enfermera-o mediante una actitud donde se relacionen de forma indisoluble los conocimientos científicos, las habilidades y competencias profesionales con los sentimientos, los valores y los principios ético-morales, al brindar una asistencia de calidad que sea percibida por los pacientes, la familia y la comunidad en la identificación y satisfacción de sus necesidades como eje central en la conducción del proceso salud-enfermedad.*

1.2.2- El proceso de cuidado humanizado

El humanismo como actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos, significa valorar de forma holística al ser humano y la condición humana. En este sentido, está relacionado con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas.¹⁰⁸ Al analizar el significado que humano es ser compasivo, piadoso, tierno, comprensivo y que el acto de humanizar es la acción de ablandar, suavizar, apiadarse²², la humanización del cuidado lleva consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por tanto, deben tenerse en cuenta sus individualidades. La Enfermería se considera una ciencia humana, preocuparse por el cuidado de la salud del ser humano, es comprender en primer lugar sus vivencias respecto a la salud. Pensamiento y cuidado poseen una relación directa, el cuidado como la capacidad que posee el ser humano de volver sobre sí mismo para evaluar su ser, su hacer, su estar, y aun su tener, ofrece a las personas el contenido del pensamiento mismo, como actos que involucran al ser humano en su propia

intimidad corporal y anímica. Es importante en este sentido que el profesional de enfermería posea una actitud para poder brindar un cuidado con un enfoque humanizado.

La actitud se fundamenta en principios y hace referencia a la postura que toma el profesional de enfermería frente al paciente, de ello depende que se observen acciones positivas o negativas. También es la manifestación física y emocional en la expresión del cuidado, llamada como respuesta ante la acción que percibe la otra persona.^{39,40}

Los principios de la actitud de Enfermería en el cuidado con enfoque humanizado se basan en la calidez íntimamente relacionada con el respeto hacia la integridad física y moral de la persona. Se manifiestan además con el contacto físico y verbal entre profesionales de enfermería y pacientes donde se produce una valoración entre ambos: el profesional de enfermería evalúa el estado de salud, las respuestas biológicas, físicas y psicológicas del paciente y a la vez los pacientes valoran las actitudes, el deseo de ayudar, los gestos y disposición de los profesionales de enfermería para ayudar en la satisfacción de sus necesidades.⁴¹

La familiaridad expresada en la presentación, el conocimiento y la participación dada en el cuidado con el paciente, familiarizarse es parte del acercamiento que pauta el inicio a las interacciones del cuidado. La mirada como parte del uso del sentido de la visión, principalmente cuando aplica la comunicación no verbal, y mediante ella, comunica o expresa también sus pensamientos o sentimientos.^{41,42}

El tono de voz como expresión verbal del profesional de enfermería puede ayudar en la recuperación y tranquilizar al paciente, la comunicación es una forma de

transmitir compañía y debe estar presente durante las intervenciones terapéuticas de enfermería.^{41,42,43} La expresión corporal es importante porque no solo la palabra es mediación en la comunicación, sino que se deben valorar aspectos como los gestos, sonidos y contactos los cuales adquieren significado de acuerdo con cada cultura.^{41,42} Cuando no existe una sola expresión facial, postura o posición del cuerpo que posea el mismo significado en todas las sociedades pueden ser interpretadas de diferentes maneras.⁴³ Lo importante es una buena comunicación de tal forma que se genere una verdadera relación de ayuda con los pacientes para la recuperación de su salud.⁴⁴

La autora para realizar el análisis integral de los cuidados humanizados analiza teorizadoras pertenecientes a la Escuelas del Caring por abordar elementos que enriquecen de manera marcada el objeto de estudio de la investigación.

La Escuela del Caring evidencia como característica fundamental el interés que demuestran sus teorizadoras por la cultura y lo que denomina *caring*. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas asumido desde y para lo humano. Se sistematiza a Leininger, M. y Watson, J.^{48,49}

Para Leninger, M. en el año 1970 en su teoría de Cuidados Transculturales define que los cuidados y la prestación de cuidados humanos hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización. Leninger afirmó que debían descubrirse los significados y los usos de los cuidados culturales en el establecimiento de un cuerpo de conocimiento transcultural para proporcionar cuidados significativos y

satisfactorios. Afirma, además, que el cuidado genérico y profesional en diferentes contextos del entorno puede influir en gran manera en los resultados de salud y la enfermedad.⁴⁸

Por su parte Watson, J. en el año 1979 en su teoría de la Filosofía y Ciencia de la Enfermería, afirma que la práctica cotidiana de la Enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Enuncia además que el cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario porque los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido minimizados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales y debe de ser una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura la preservación y evolución del cuidado humano que puede ser efectivamente demostrado y practicado mediante las relaciones interpersonales.⁴⁹

En opinión de la autora las concepciones que desde esta disciplina tienen las diferentes autoras son una fuente permanente de enriquecimiento y de búsqueda de nuevos conocimientos desde el estudio del propio acto del cuidar, Al especificar su concepción humana y adquirir cada vez más importancia la contratación de las teorías en los campos de investigación y el ejercicio profesional.

Otras enfermeras investigadoras del cuidado como esencia de la Enfermería para con los seres humanos exponen sus valoraciones al respecto. Francoise Collière, M. enfermera antropóloga, en el año 1982, expresa que el cuidado humano no es

una simple emoción, preocupación o un deseo bondadoso, implica valores, compromisos, conocimientos y acciones puesto que constituye el ideal moral de Enfermería. Por su parte Martinsen, K. enfermera filósofa, en el año 2006, afirma que el cuidado está relacionado con una acción concreta, práctica, libre y que es capaz de no fijarse en el quién ni en el cuándo. Define el cuidar en sí mismo como un acto moral. Martinsen demuestra con ello el interés del cuidado en la dimensión espiritual y la preocupación por el otro. ^{24,50,51}

León Román, CA. en el año 2000 expone que la enfermería es una profesión, con profundas raíces humanísticas, genuinamente preocupada por las personas que se confían a su cuidado. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico y tecnológico de las ciencias de la salud. ³⁷

En su sistematización, los investigadores han tendido a asociar el cuidado con valores humanísticos, experiencias, apoyo, ética, derechos, compartir, respetar, interactuar y comprender los significados.

Sustentar la definición de cuidados humanizados en fundamentos emanados de los estudios de las teorizadoras y otros investigadores , que centran sus análisis en la valoración del hombre como ser humano visto desde una dimensión holística y con acción humanizadora en la prestación de cuidados, es la intención de la autora al abordar las teorías y estudios que tienen como puntos coincidentes la amplia perspectiva de relación de los conceptos paradigmáticos de la Ciencia de Enfermería analizados desde la humanización como centro del cuidado.

La sistematización de la evolución del concepto de cuidado con enfoque humanizado permite a la autora definir el cuidado humanizado como *la acción individual, personalizada e integral que le brindan los profesionales de enfermería a pacientes, familia y comunidad, basada primordialmente en el hombre como ser humano con sensaciones, percepciones, sentimientos y necesidades mediadas por circunstancias dependientes del contexto social, cultural e histórico donde el profesional de enfermería debe apoyar, comprender, respetar y satisfacer sus necesidades con una actitud holística para el logro de la centralización del proceso salud-enfermedad.*

1.3.- El cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto

Desde las últimas décadas del siglo pasado comienzan a aparecer corrientes en diferentes países que trataban de dar solución al problema de la mujer en trabajo de parto y al del dolor del parto.⁵ Se menciona que el dolor de parto es una experiencia que cada mujer debe experimentar, es algo universal y común que corrobora la singularidad del papel femenino.³¹

Redd, D. en la década de los años 50 trabajó sobre miedo y tensión al dolor. Argumentó en sus estudios que el miedo es causado por experiencias previas y las expectativas de que el parto siempre resulta doloroso. Este aspecto determinó las corrientes iniciales de la Psicoprofilaxis.⁵

A partir de esa época Lamaze, Bradley y Leboyer comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé, al evitar el uso de medicamentos e intervenciones médicas innecesarias.⁵

Por su parte, la década de los años 60–70, abarca el perfeccionamiento de la

Psicoprofilaxis, la maternidad centrada en la familia, la constitución de una atmósfera hogareña en el hospital, la lactancia materna inmediata y se comienza a abordar el acompañante en el parto.⁵

En el Congreso Europeo de Medicina Perinatal celebrado en el año 1985 se analizó y marcó, de forma muy especial, los aspectos de humanización del parto, y se toma como partida que “Toda mujer tiene, independientemente de su cultura, un gran compromiso emocional con su gestación y parto y el parto es un evento psicosomático por excelencia, que involucra el cuerpo y la mente de la madre “. ⁵⁵

Garzón, N. en el año 1998 afirma que la humanización comprende los aspectos culturales, históricos y espirituales del hombre, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas.⁵⁶ El propio autor asegura que los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la igualdad de derechos; y 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.⁵⁷

Este reconocimiento condujo a que se precisara el concepto de humanización de la atención de salud en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000, en Fortaleza, Brasil.⁵⁸ Este concepto se orienta hacia la búsqueda del bienestar por parte de los/as propios/as interesados/as, como un factor de progreso y desarrollo humano, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social,

económico y ambiental de la sociedad. En 1996, la OMS publica la guía práctica: *Ayuda al Parto Normal*, donde conceptúa el parto normal y su humanización y cita a la enfermera obstetra como personaje de importancia para atender al parto y contribuir a la humanización de esta ayuda. El documento propuso cuatro categorías en la práctica obstétrica: demostradamente útiles y que deben ser estimuladas, claramente dañosas o ineficaces y que deben ser eliminadas, las que no existen evidencias suficientes para apoyar una recomendación clara y que deben ser utilizadas con cautela, hasta que otras investigaciones clarifiquen la cuestión y las frecuentemente usadas de modo inadecuado.⁵⁹

Se presentan además las llamadas “Prácticas recomendadas por la OMS para la humanización del parto” donde se plantea: permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado, acompañamiento continuo y libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y el parto, la no realización de, monitoreo fetal electrónico, episiotomía, rasurado y enema de forma rutinaria de rutina, permitir ingesta de líquidos y alimentos en el trabajo de parto, restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia y limitar la tasa de cesárea al 10-15 %. Las mismas son inherentes a todos los miembros del equipo de salud en la atención al trabajo de parto y el parto.^{59,60}

De acuerdo con Treviza, MA, Mendes, IA. y Melo, MR. en el año 2003, el profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, es el responsable de gerenciar la atención a las personas con una visión humanista.⁶¹

Andreoni, S, Bruggemann, OM, Camacho, AV, Cianciarullo, T, Land S, Tsunechiro MA, Gómez, E. en el año 2004, afirman que la persona se aprecia en el valor de sí

misma y en la ética de sus comportamientos e interrelaciones con los otros, con la familia, con la sociedad y con la comunidad.⁶²

Los autores estudiados: Garzón, N. en el año 1999, Declaración de Ceará en el año 2000 en Brasil, Treviza, MA, Mendes, IA, Melo, MR. en el año 2003, Andreoni S, Bruggemann, OM, Camacho, AV, Cianciarullo, T, Land, S, Tsunechiro, MA, Gómez, E. en el año 2004, Garzón, N. en el año 2005, entre otros, centran sus análisis y armonizan en las siguientes ideas con respecto al enfoque humanizado de la atención al parto:^{56,57,58,61,62}

- Humanizada, basada en los derechos y necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebé y su familia.
- Basada en Evidencia Científica y en las recomendaciones de la OMS.
- Con Enfoque Intercultural.
- Realizada por Personal Calificado y conducido por la mujer con autonomía y libertad, en una atmósfera de amor, respeto y seguridad.
- Respeto de los derechos humanos y reproductivos, a la cultura, rituales y conocimientos ancestrales.
- Visión del parto como un hecho fisiológico, trascendente, íntimo y personal.
- Vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respeto de la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos), a su privacidad, dignidad y confidencialidad.
- Cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido.

Estas ideas relacionadas con el cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, la autora las identifica como regularidades dentro del proceso

que realizan los profesionales de enfermería durante el trabajo de parto y el parto en sí mismo, aspecto que enriquece las Ciencias de la Enfermería y se convierte en sustento del modelo que se propone en el capítulo tres.

De las 25 contribuciones alcanzadas por La Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia (en lo adelante SCOG) y expuestas por su presidente el Dr. Cabezas Cruz, E., en su informe de Examen Periódico Universal en el año 2013, se identifica la relación de algunas de estas contribuciones con la atención humanizada a la mujer en la etapa reproductiva. Las mismas se exponen a continuación:⁶³

- Durante este periodo la Sociedad ha contribuido desde sus diferentes secciones a la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y de los Derechos Sexuales y Reproductivos, con un elevado nivel científico técnico y cultural, sin descuidar el desarrollo espiritual, su proyección humanística, solidaria y la satisfacción de la mujer y familiares con los servicios recibidos.
- El parto es institucional y presenta un indicador de un 99.9% de nacidos vivos en instituciones de salud, lo que constituye un derecho humano de la mujer a tener un parto seguro, realizado en condiciones óptimas por personal médico calificado y por Licenciados(as) en Enfermería con especialidad en Obstetricia.
- Como parte de la humanización del parto, como un derecho de la madre y de la pareja, se implementa y se fomenta el acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto por el familiar o persona que ella decida, para lo cual se han creado los cursos básicos que capacita al personal de salud y familiares.

En opinión de la autora se aprecia que a pesar de los esfuerzos aún el tema de la humanización a la mujer durante el trabajo de parto, el parto y otros eventos de su

proceso reproductivo, presenta, desde el propio discurso, ausencia de elementos fortalecedores que permitan reflexionar sobre las relaciones humanas y profesionales que suceden en torno a estos procesos. Se reconoce además que las prácticas protocolizadas, en sentido general, no responden a la totalidad de los derechos de mujeres, hijos y familiares y sí a la estandarización de normas cuyo objetivo principal es la obtención de un binomio madre-hijo en óptimas condiciones biológicas, y se obvia de esta manera, el enfoque holístico de la atención que debe brindar el equipo de salud.

El proceso del parto representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer. Por un lado, crea vida y constituye para algunas lo mejor que pudo pasar tras el embarazo, pero a la vez puede ser uno de los eventos más doloroso que experimenta, al implicar una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales, limita sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología.^{64,65}

La función asistencial para la atención al trabajo de parto y el parto va a ser una función primordial de los médicos y el personal de enfermería, independientemente que existan otros miembros que indistintamente se incorporen a la prestación de servicios según necesidad de atención y constituyen éstos los miembros del equipo de salud definidos para la atención al trabajo de parto y el parto.

En la sistematización de cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto se encuentran coincidencias en los estudios de Rangel da Silva, L, De Souza Serrano, N, Moreira Christoffel, M. en el año 2006²¹, Muñoz Hernández, Y, Coral

Ibarra, R, Moreno Prieto, D, Pinilla Pinto, D, Suárez Rodríguez, Y. en el año 2008²⁹, De León López, VA. en el año 2015³¹ con respecto a los criterios del cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto apoyados en las recomendaciones de la OMS desde el año 1996^{55,60} con relación a los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud que atiende el trabajo de parto y el parto, como dos momentos de la atención en salud en este servicio, que la autora comparte:

- **Cuidados de profesionales y acompañantes:** Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres. Realizar un correcto empleo del consentimiento informado con mujeres y familiares.
- **Acompañamiento:** Se debe facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.
- **Atención individualizada:** Que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por el personal de enfermería.
- **Movilización y adopción de diferentes posiciones durante el trabajo de parto:** Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean.

- **Posición del parto:** No se debe emplear solamente la posición de litotomía indicada por el facultativo sino emplear otras como el decúbito lateral izquierdo que resulta la más ventajosa para la mujer.
- **Dolor, analgesia y satisfacción materna durante el parto:** Satisfacer en la medida de lo posible las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto. No solamente se hace referencia a la analgesia epidural continua.
- **Métodos no farmacológicos de alivio del dolor:** La inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto. Masaje y contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto. Uso de pelotas, entre otros aditamentos para buscar posturas más confortables. Deberán ser apoyadas para utilizar las técnicas de respiración o relajación de su elección.

Estas regularidades identificadas constituyen la sumatoria de elementos para la definición de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto que, vistos desde una visión integradora, erradicarían la estigmatización a la mujer en un proceso tan importante como el nacimiento de un nuevo ser, al asumir además elementos culturales en la concepción del proceso del parto en la mujer cubana. Esta perspectiva confirma la necesidad de abordar el cuidado a la mujer en trabajo de parto y el parto de manera integral por todo el equipo de salud, sin el pre-establecimiento de protocolos, tratamientos, planes de atención, de educación y hasta respuestas esperadas, construidas solo desde lo cognoscitivo y desde la perspectiva unilateral del profesional.

Desde la sistematización realizada, al partir de los conceptos de cuidados y cuidados humanizados así como del análisis del parto como proceso natural con la contribución de la humanización para el logro de su naturalidad, la autora considera pertinente definir *cuidado humanizado a la mujer en el trabajo de parto y el parto como la acción individual del profesional de enfermería que le brinda a la “mujer en trabajo de parto y parto”, al demostrar en ella espiritualidad, empatía y altruismo de conjunto con el desarrollo de habilidades comunicativas y conocimientos científico tecnológicos adquiridos para lograr la significación del proceso del parto en el contexto social, cultural e histórico de forma positiva en las experiencias presentes y futuras inherentes en cada mujer con el logro de la satisfacción de necesidades.*

El accionar de Enfermería en vistas a las necesidades afectadas de la mujer durante el proceso del parto constituye una de las etapas del método científico particular de la Ciencia Enfermera, que determina su modo de actuación: El Proceso de Atención de Enfermería (en lo adelante PAE).

Al aplicar el PAE el profesional debe reconocer a la mujer en su contexto y con sus características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar oportunamente sus necesidades afectadas. Este proceso va dirigido a que el profesional posea un dominio de la concepción científica en la actuación profesional mediante una base filosófica, humanística, científica y metodológica, comprometida con una práctica social transformadora, orientada hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres, con un sistema de capacidades intelectuales y cualidades valiosas de la personalidad como ciudadano

y profesional.¹⁰⁹ La confianza de la mujer en los planes de cuidados y la toma de decisiones, puede mejorar los resultados del proceso del parto.

Conclusiones del capítulo I:

El capítulo permitió realizar un análisis histórico de la evolución del parto y del cuidado de Enfermería. Este acercamiento reforzará los aportes al gremio enfermero al ofrecer un material que transita desde los orígenes de las comadronas, su tránsito a profesionales de enfermería y la importancia de su rol en el cuidado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

La sistematización realizada a las diferentes definiciones de cuidado se convierte en antecedentes para la definición que se propone sobre el cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, al pautar un enfoque holístico y propiciar sus fundamentos teóricos con la intencionalidad de su aplicación en las áreas asistenciales en el nivel hospitalario.

Además, se fundamenta la relevancia del cuidado humanizado que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto al conllevar a la satisfacción de las necesidades de cada mujer con la aplicación del método particular de la Ciencia Enfermera, el Proceso de Atención de Enfermería.

CAPÍTULO II

ESTADO ACTUAL DEL CUIDADO HUMANIZADO A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

CAPÍTULO II. ESTADO ACTUAL DEL CUIDADO HUMANIZADO A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

El capítulo presenta la caracterización del estado actual del cuidado humanizado que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en el municipio Artemisa. Se determinan las dimensiones e indicadores de la variable que se investiga y se analizan los resultados que se obtienen a partir de las indagaciones que se realizan a los profesionales de enfermería, otros integrantes del equipo de salud y las mujeres en relación con el campo de acción de la investigación.

Se realizó un estudio mixto, a partir de un diseño cuanti-cualitativo aplicado al servicio de obstetricia del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” en Artemisa, durante el periodo comprendido entre marzo 2014 y 2016.

2.1. Parametrización del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. (Anexo 1)

Desde la definición operacional que se obtiene en el capítulo uno sobre cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, la autora deriva en las siguientes dimensiones e indicadores.

Se definen operativamente las dimensiones: actitud, habilidades comunicativas, satisfacción de necesidades, conocimiento científico-tecnológico y profesionalidad.

Se entiende actitud como parte del reflejo de la responsabilidad que se adquiere durante el desarrollo profesional, al garantizar el compromiso ético durante la

práctica de las funciones y en la cual influyen las relaciones interpersonales, los componentes reflexivos, nivel de familiaridad, comprensión, apoyo y respeto en la atención a la parturienta.

Se valora la dimensión habilidades comunicativas como nivel de información proporcionado a la parturienta, reflejado mediante un correcto contacto físico y verbal entre profesionales de enfermería y mujeres con adecuada expresión extraverbal y corporal para ayudar a la mujer en la toma de decisiones desde un contexto empático lo que determina la capacidad de colegiar una transacción educativa.

La dimensión satisfacción de necesidades humanas se expresa en el grado de desarrollo de habilidades para identificar las carencias o deseos de cada mujer que garanticen su adaptación y estabilidad durante el trabajo de parto y el parto con la valoración individualizada de la prestación de cuidados mediante la aplicación del método científico de enfermería.

Así mismo la dimensión conocimientos científicos-tecnológicos se refiere al nivel de conocimientos sobre los cuidados brindados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto con la utilización ética de la tecnología y los métodos alternativos de alivio al dolor basado en el desarrollo de habilidades profesionales para adecuar las funciones asistenciales al componente humano que las acompaña expresado en los resultados de la evaluación de la competencia profesional.

La dimensión profesionalidad se refiere al grado de compromiso individual y humano de los profesionales de enfermería y la pertenencia con la profesión al ser demostrado con el respeto hacia la integridad física y moral de la mujer y el

perfeccionamiento en la relación de cuidados que se establece bajo el marco de la legitimación social.

Las cinco dimensiones se asocian con la posibilidad del profesional de enfermería para desarrollar acciones de forma individual en sus respectivas áreas laborales al demostrar en ella comprensión, respeto, compromiso, empatía y ética que se evidencian en la expresión práctica de la atención integral a las mujeres en trabajo de parto y el parto mediante los cuidados humanizados.

La ubicación de las cinco dimensiones: actitud, habilidades comunicativas, satisfacción de necesidades, conocimiento científico-tecnológico y profesionalidad, en la variable que se investiga, poseen como objetivo final la identificación, priorización y satisfacción de las necesidades humanas que tendrán un impacto positivo en los cuidados humanizados que se brindan. Facilita, además, el proceso de la atención, identificación y definición de los problemas profesionales o necesidades para constatar la situación actual de la variable en cuestión. A partir de la parametrización se elaboran los instrumentos para caracterizar el cuidado humanizado que se brinda a la mujer en trabajo de parto y el parto.

2.1.1. Estado actual del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto

El análisis de los resultados para la caracterización del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto del municipio Artemisa, se realiza desde la exploración de la información que se obtuvo en cada instrumento y que corresponde con las dimensiones identificadas en el proceso de parametrización de la variable, para posteriormente realizar la triangulación metodológica con los

resultados en correspondencia con las dimensiones e indicadores.

La investigación abarca el Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio Artemisa, provincia Artemisa. Se selecciona dicha institución por su carácter provincial y la atención del 37.3% del universo de gestantes provenientes de cinco municipios del área este de la provincia. Todo ello justificó la creación de tres grupos de estudio que se presentan a continuación (Anexo 2):

Grupo I (G I): Constituido por 61 profesionales de enfermería, de los cuales se tomó para la investigación una muestra de 39 que laboran en el Servicio de Obstetricia del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio Artemisa que representan el 63.9 % del universo y que fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico intencional por criterios, los que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

- ✓ Experiencia laboral mayor de 5 años y que se desempeñen en el Servicio de Obstetricia con la atención a gestantes.

Como criterios de exclusión se presentan los siguientes:

- ✓ Profesionales de enfermería dedicados a funciones administrativas o docentes, que se encuentren transitando por procesos de formación académica (especialidad y licenciatura) y que se desempeñen en la atención a puérperas.

Grupo II (G II): Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico tipo “bola de nieve”. La técnica comienza a partir de un informante que se le considera clave por poseer información consistente y suficiente para dar respuesta al objeto de investigación. A partir de este se derivan dos o más personas que a su criterio poseen conocimientos para proporcionar información sobre el

objeto de estudio y los considera especialistas. Este método se utiliza para minimizar la subjetividad que puede introducir la investigadora. El punto de partida se estableció en un Médico, con dos especialidades, Especialista de II Grado, Profesor Auxiliar, Máster en Urgencias Médicas y con más de 35 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en varias provincias de Cuba y fuera de ella, residente en La Habana, pero en labores como cuadro de la Dirección Provincial de Salud de la provincia de Artemisa en el momento de la investigación.

De acuerdo con la saturación teórica o de categoría, el grupo quedó conformado por 10 profesionales de enfermería y 10 médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología que por su experiencia en la especialidad y en el campo de la Salud Pública se consideren especialistas en la atención materno-infantil y que contribuyeron a sustentar elementos que dieron salida a los objetivos de esta investigación y han mantenido una superación constante en el tema.

El número de entrevistas se definió según el criterio de saturación teórica o de categorías que se utiliza en la recolección de datos por la investigación cualitativa y refiere, que se deja de entrevistar en el momento en que el dato no aporta elementos nuevos y la información suele hacerse repetitiva o redundante.

El Anexo 8 representa una caracterización general de los entrevistados-as con una nomenclatura para identificarlos y mantener la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

Grupo III (G III): Conformado por 10 mujeres hospitalizadas en el Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio Artemisa seleccionadas

por muestreo no probabilístico intencional por criterios, que se evidencian a continuación. La saturación de la información determinó el tamaño de la muestra.

Los criterios de inclusión con los siguientes:

- ✓ mayores de 18 años, hospitalizadas en el Servicio de Puerperio por haber realizado su trabajo de parto y el parto de forma fisiológica.

Los criterios de exclusión con los siguientes:

- ✓ adolescentes, mujeres que se encuentran hospitalizadas en el Servicio de Puerperio con realización de cesáreas electivas o iteradas y mujeres hospitalizadas en el servicio que por alguna razón su trabajo de parto y parto no ocurrió en el hospital donde se realiza el estudio.

Para recabar la información se utilizaron varias técnicas teóricas y empíricas según los grupos de estudio que a continuación se exponen.

Para el G I se utilizaron como instrumentos:

Observación: se realizó de forma directa, no participante y estructurada mediante una guía dirigida a evaluar las actividades asistenciales y permitió identificar las dificultades y logros que se exhiben en la prestación de los cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. Esta situación tiene como consecuencia que los sujetos de estudio se sientan observados lo que puede mediar en la objetividad del análisis. Se considera el sesgo que puede influir en los resultados, para minimizar el efecto del observador, se utiliza la técnica de dos observadores simultáneos la autora y otra Licenciada en Enfermería entrenada para ello que realizaron la acción de forma independiente dentro del mismo servicio. La observación se realizó a los 25 profesionales de enfermería que laboran en el

servicio de Preparto y Parto, durante todo el seguimiento del trabajo de parto y parto de las mujeres que se encontraban en el mismo. Se realizó en un periodo ilimitado de horas (en dependencia de la duración del trabajo de parto y el parto) en cuatro sesiones de trabajo de igual duración con diferentes turnos laborales. Se toman notas manuales para el análisis de los resultados. (Anexo 3)

Las descripciones de la observación fueron eliminadas una vez transcritas. La transcripción se conservó en los archivos personales de la investigadora.

Guía de encuesta: se realizó a los 39 profesionales de enfermería que laboran en el servicio obstétrico (Sala de Gestantes, Sala de Cuidados Perinatales, Servicio de Cuerpo de Guardia Obstétrico y Servicio de Preparto y Parto) con la intención de valorar la actitud de los profesionales de enfermería desde sus conocimientos para la prestación de cuidados humanizados. (Anexo 4). Se anexa caracterización de la muestra de estudio. (Anexo 5)

Para el **GII** se utilizaron como **instrumentos:**

Entrevista a especialistas: se exploran los temas definidos a partir de la literatura consultada y la experiencia de la investigadora. Se indaga sobre las características de la atención a la mujer durante el proceso del parto, la relación del equipo de salud durante el trabajo de parto y el parto y la necesidad de incluir el enfoque humanizado como un elemento significativo en la prestación de cuidados a la mujer. Se realizó con el propósito de contextualizar el objeto de investigación, especificar las guías semiestructuradas en las entrevistas a las mujeres, elaborar las guías de encuestas y observación a los profesionales de enfermería durante su prestación de cuidados, a partir de los escenarios donde desarrollar el trabajo de campo. (Anexo 6 y 7)

Las entrevistas duraron aproximadamente una hora. Se grabaron siempre que las condiciones lo permitieron y en el caso en que no se pudo realizar la grabación se tomaron notas manuales de las mismas, con respecto al componente observado (expresiones extraverbales y tono de voz). Se crearon las condiciones para establecer una relación de confianza y empatía y se garantizó la confidencialidad de la información. Se anexa caracterización de la muestra de estudio. (Anexo 8)

En la presentación de los resultados, se toma como referente teórico el argumento de Hernández Sampieri⁶⁶, al plantear que cada una de las categorías emergentes se acompaña de ejemplos de discursos como soporte de su descripción. (Anexo 9)

Las grabaciones de las entrevistas fueron eliminadas una vez transcritas. La transcripción se conservó en los archivos personales de la investigadora.

Para el **GIII** se utilizó como **instrumento**:

Guía de entrevista: se realizó a una muestra de 10 mujeres (la saturación de la información determinó el tamaño de la muestra) con el objetivo de conocer la valoración individual que poseen sobre la atención recibida durante el trabajo de parto y el parto. (Anexo 10) Se materializaron en las propias habitaciones de las mujeres, se atendió a la no interferencia con el acto de lactar o brindar cuidados al bebé y se aprovecharon los espacios de mayor privacidad. Los temas abordados se refinaron durante el avance del trabajo de campo. Las entrevistas duraron aproximadamente 20-30 minutos con más de una sesión, se grabaron con previo consentimiento informado, de las participantes y se transcribieron para el análisis de contenido. Se crearon las condiciones para establecer una relación de confianza y empatía, se respetó el protagonismo de las entrevistadas y se garantizó la

privacidad de la información. Se tomaron notas en relación al componente extra verbal de la comunicación. Se anexa caracterización de la muestra de estudio. (Anexo 11)

Las grabaciones de las entrevistas fueron eliminadas una vez transcritas. La transcripción se conservó en los archivos personales de la investigadora. En la presentación de los resultados, se toma como referente teórico el argumento de Hernández Sampieri⁶⁶, al plantear que cada una de las categorías emergentes se acompaña de ejemplos de discursos como soporte de su descripción. Un mayor número de fragmentos de discursos, se incluyó en el Anexo 12.

Los participantes en la investigación contaron en todo momento con la absoluta libertad para colaborar o no con el estudio, así como para responder cada una de las preguntas que se les realizó. Se les explicaron los objetivos del mismo y lo que se requería de ellas. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad como premisa durante la investigación, para ello se utilizó en el documento nombres que no son verdaderos. En cada caso mostraron su conformidad con la firma del documento de consentimiento informado. (Anexo 26)

2.2 Análisis de la información obtenida

2.2.1. Análisis de los resultados de la observación al seguimiento del trabajo de parto y el parto. (Anexo 13)

Durante el proceso de observación a los 25 profesionales de enfermería se realizó la valoración con la siguiente regla de decisión de los resultados:

1. Se observa (SO), cuando el criterio observado está presente entre el 80 % y el 100% de las actividades.

2. Se observa a veces (SOAV), cuando el criterio observado está presente entre el 50% y el 79% de las actividades asistenciales.

3. No se observa (NSO), cuando el criterio observado está presente en menos del 50% de las actividades.

Los criterios observados son expresión del proceso de derivación de los indicadores en elementos que pueden ser valorados con la regla de decisión en los espacios donde habitualmente se brindan cuidados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, circunscrito en este caso solamente al Servicio de Preparto, Parto y Alojamiento Conjunto por ser los servicios donde directamente se atiende a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Se observó en el compromiso ético de la práctica de sus funciones que no en todos los casos la mujer es llamada por su nombre. Se aprecia un respeto a los preceptos religiosos de algunas mujeres fundamentada en la permisión de algunos atuendos religiosos.

Durante la observación dirigida a resolver dilemas éticos durante la práctica de enfermería se evidencia que las mujeres apreciaban mejor la compañía de los profesionales de enfermería más experimentados, dado fundamentalmente por las respuestas a las preguntas, el contacto que se establecía y las relaciones que se instauraba con el resto del equipo de trabajo.

Con respecto a la información proporcionada a la parturienta sobre la evolución de su trabajo de parto les explicaban todos los procedimientos de enfermería que se le realizaría, aunque no de forma detallada, y en el caso de las orientaciones dadas a la mujer su control no obedecía a los términos establecidos. Se retomaban de forma

muy precaria las clases de Psicoprofilaxis, aunque se pudo constatar que la gran mayoría de las mujeres no las habían recibido.

Desde la observación se percibe la pobre información que se les brinda a los familiares (se observó poco el intercambio con la familia por parte de todos los miembros del equipo) sobre la evolución del trabajo de parto. La comunicación se establece mayoritariamente con el profesional de enfermería, el personal médico no interviene de forma decisiva en la interacción con la mujer, solo en la decisión de las intervenciones y las conductas que se toman. Se dedica un tiempo prudencial a plasmar en la historia clínica lo relacionado con la evolución del parto.

Con respecto a la transacción educativa ofrecida con una correcta expresión verbal y corporal existió falta de diálogo en colegiar con la mujer sobre el plan de cuidados. La comunicación con la mujer se manifestó, en no muy pocos casos, con imposiciones y autoritarismo acompañada con incorrecta expresión verbal y corporal. Se destacó también la independencia y autonomía en las acciones hacia la mujer, realizadas dentro de la etapa de Intervención del PAE con dominio sobre las mismas, al partir de la habilidad para identificar las carencias y deseos de la mujer de forma individual, pero existieron dificultades para satisfacerlas y de igual forma no se intencionó en la mayor parte de los casos.

En cuanto al respecto a los derechos y a la integridad de la mujer y su familia no existió la oportunidad de ningún familiar para el acompañamiento a la mujer, a pesar de que muchas lo pedían de forma casi constante. Se necesita describir las dificultades en las condiciones estructurales del local para permitirlo y que aún existen las limitaciones con respecto a la figura masculina y la presencia de otras

mujeres en trabajo de parto dentro del local. Las mujeres no poseen privacidad cuando se les realizan los procedimientos: tactos, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, medición de la dinámica uterina. Además, se determina de manera definitiva el uso nulo de los métodos no farmacológicos y alternativos de alivio al dolor a la parturienta.

Se evidenció un correcto dominio de sus funciones dentro del equipo de salud, además capacidad para realizar acciones coordinadas para brindar atención con una excelente organización del trabajo dentro del mismo, pero con poca autonomía para decisiones que solo podían ser tomadas por el facultativo médico a pesar de que algunas por legislación pueden ser asumidas por el profesional de enfermería, en el 100% de todos los casos el parto fue realizado por el profesional de enfermería y en la mayoría de ellos con supervisión médica. Algunas mujeres expresaron palabras, sonidos, llantos durante el parto y fueron censuradas.

Con respecto a la ayuda a la mujer en la conducción del trabajo de parto y parto se confirmó que la mujer no posee más libertad de posición y-o movimiento que la que puede ser indicada por el equipo de salud, tanto en el trabajo de parto como en el parto y que la posición de agache en la cuña durante la etapa de Dilatación es uniforme para todas las mujeres. Solo se les permite caminar dentro del local de pre-parto, permanecer sentada en el sillón o acostada en la cama cuando corresponde la realización de la cardiotocografía fetal, la misma se realiza en la misma cama para todas las mujeres porque se cuenta con un solo equipo.

Se observó en todos los casos el extremo cuidado de mantener de forma inmediata el vínculo madre-hijo desde el propio momento del nacimiento y se le comunicó de

forma inmediata a la madre el peso y sexo del recién nacido. Las mujeres fueron atendidas por el mismo personal de enfermería desde el ingreso a la sala de Partos hasta la llegada a Alojamiento Conjunto.

Se pudo confirmar las categorías referidas a las características de los profesionales perfilados en Obstetricia, la mujer en trabajo de parto y parto y los cuidados brindados por los enfermeros-as obstétricos en el contexto hospitalario.

Con el análisis de la guía de observación la autora define como principales deficiencias relacionadas con este instrumento:

- Uso nulo de métodos no farmacológicos y alternativos de alivio al dolor.
- Inadecuada proyección ética durante la práctica de enfermería.
- Dificultades en el nivel de información que se le brinda a las parturientas y sus familiares sobre la evolución y pronóstico de su trabajo de parto y parto con incorrecta expresión verbal y corporal.
- Dificultades con el respeto a los derechos y a la integridad de las mujeres.
- Limitada ayuda de los profesionales de enfermería para la toma de decisiones con autonomía y libre elección por parte de la parturienta.
- Inadecuada valoración de aspectos de índole psicológicos, éticos y humanos dentro de las funciones asignadas durante la práctica de enfermería.

Estas deficiencias expresan la necesidad de incorporar conocimientos para valorar aspectos de índole psicológicos, éticos y humanos dentro de las funciones asignadas por el profesional de enfermería para el logro de una atención integral a la mujer en trabajo de parto y el parto por todo el equipo de salud.

2.2.2. Análisis de los resultados de las encuestas a profesionales de enfermería. (Anexo 14)

La encuesta fue aplicada a 39 profesionales de enfermería que laboran en el servicio obstétrico, los cuales representan el 63,9 % del universo. En la pregunta uno se indagó en los años de experiencia laboral, el análisis de los resultados permitió reconocer y relacionarlo con el nivel de conocimientos puesto que 94,5% de los encuestados poseía más de 10 años de experiencia laboral y de ellos el 86% en el servicio obstétrico, específicamente en la atención a gestantes: Cuerpo de guardia, Sala de maternidad y Cuidados perinatales, aspecto que se explora en la pregunta dos de la encuesta.

La pregunta tres de la encuesta explora sobre el comportamiento de la educación posgraduada y sus alternativas en lo referente a temas del PAMI, los resultados destacan que de los profesionales encuestados el 77,5 % recibió preparación mediante algunas de las formas de postgrado destacándose los cursos con un 68,4 % y otras formas con un 31,3%.

Se realizó la valoración de la pregunta cuatro de la encuesta con la siguiente regla de decisión de los resultados según orden creciente:

- 0: Descocimiento total del tema.
- De 2 a 4: Conocimientos con nivel bajo del tema.
- 5: Conocimiento medio del tema.
- De 6 a 8: Conocimientos moderadamente altos sobre el tema.
- Entre 9 y 10: Nivel alto de conocimientos sobre el tema.

Al evaluar en la pregunta cuatro el nivel de conocimientos de estos profesionales

sobre el tema de la “humanización en el parto” se identifica que el 41 % expone poseer un nivel conocimientos bajo sobre el tema, el 38,5 % declara un nivel moderadamente alto y solo el 28,2 % considera un nivel de conocimientos alto según la regla de decisión utilizada para los resultados.

En el análisis de la valoración personal que los profesionales de enfermería ofrecen en la atención a las mujeres por parte del equipo de salud correspondiente a la pregunta cinco, un 15,4 % consideran la atención con un nivel alto de integralidad, un 23,07, 38,05 y un 39,9 % respectivamente valoran la atención con un nivel alto de humanización, bondad y empatía mientras que un 18,4% le concede un nivel alto de actualización y un 41,2 % considera un nivel bajo de deshumanización e irrespeto en la atención que se brinda.

El nivel de autonomía profesional que los profesionales de enfermería poseen para brindar cuidados humanizados en la atención a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, está representado en la pregunta seis de la encuesta con la siguiente regla de decisión de los resultados según orden creciente:

- 0: Autonomía profesional nula.
- De 2 a 4: Bajo nivel de autonomía profesional.
- 5: Nivel medio de autonomía profesional.
- De 6 a 8: Nivel moderadamente alto de autonomía profesional.
- Entre 9 y 10: Nivel alto de autonomía profesional.

Un 53,8 % considera la autonomía moderadamente alta seguido de un 10,2 % que le ofrece un nivel medio y solo un 4,08% le concede un nivel bajo según la regla de decisión utilizada para los resultados.

La pregunta siete aborda el juicio de valor emitido en las relaciones que se presentan entre médico-enfermera-o-mujer en la atención al trabajo de parto y el parto y el 30,6% valora de forma correcta la relación, el 26,5% emite que en la relación se consensan las funciones de manera poco adecuada, el 24,5% considera la relación antagónica y poco adecuada, el 36,7% ofrece una valoración inadecuada con respecto a la forma divergente y de supremacía médica que se manifiesta y un 20,4% considera que en la relación se manifiesta la excelencia de forma bastante adecuada.

La pregunta ocho declara el grado de satisfacción que sienten los profesionales de enfermería en los cuidados que brindan a las mujeres durante el trabajo de parto y parto donde el 43% expresa estar satisfecho y solo un 12,2 % manifiesta insatisfacción con los cuidados brindados.

Con el análisis de la encuesta la autora define como principales deficiencias relacionadas con este instrumento:

- Valoración de la relación médico-enfermero-a-paciente inadecuada con manifestación de divergencia y supremacía médica.
- Insuficiente conocimiento sobre la atención humanizada a la mujer en el trabajo de parto y el parto.
- Existencia de un grupo de profesionales de enfermería insatisfechos con los cuidados que brindan a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

2.2.3. Análisis de la entrevista a profundidad al grupo de especialistas

La información procedente de las entrevistas fue transcrita textualmente y enriquecidas con las anotaciones manuales. El análisis permitió desarrollar

proposiciones teóricas, a partir de los datos empíricos emanados de la investigación de campo; para generar entendimiento sobre el fenómeno objeto de estudio. El diseño utilizado se sustentó en el método Teoría Fundamentada, con la intención de hacer extrapolaciones contextualizadas y así conferir sentido a la información obtenida.¹¹⁰

La interpretación se inicia con codificación abierta, se estudian los textos, se descubren los conceptos, ideas y sentidos que contiene, se eliminan las redundancias y se acumulan evidencias para generar, de manera inductiva, un conjunto de categorías y subcategorías relevantes en la integración teórica, que posteriormente son organizadas según una codificación axial que explica el proceso en estudio.¹¹⁰

En un segundo momento se realiza la codificación axial, mediante la agrupación de los datos obtenidos en la codificación abierta, lo que facilita crear conexiones entre categorías, lo que permite explicar las condiciones en que ocurre el fenómeno, el contexto donde se desarrolla y sus consecuencias. Para concluir la codificación axial, se realiza el esbozo del diagrama explicativo (paradigma codificado), que proporciona las propuestas teóricas que explican el fenómeno en estudio.¹¹⁰ El diagrama muestra las relaciones entre los elementos involucrados para dar salida a los objetivos (condiciones centrales, causales, contextuales, intervinientes y resultantes). **(Figura 1)**

La propuesta teórica resultante basada en los estudios anteriores y los marcos conceptuales analizados pretende ascender y a pesar de circunscribirse a un contexto en particular, indaga nuevas posturas para concebir desde el humanismo

de los profesionales de la enfermería el proceso del parto y aporta, desde la nueva propuesta, una nueva visión al fenómeno que se analiza.

Condiciones centrales: Lo constituyen las categorías centrales, es el centro del proceso y tema más importante en su explicación o con la mayor implicación en la generación de la teoría.

Condiciones causales: Lo constituyen las categorías que influyen o afectan la categoría central.

Condiciones contextuales: Lo constituyen las categorías que enmarcan a la categoría central y pueden influir en cualquier categoría.

Condiciones intervinientes: Categorías que mediatizan la relación entre las condiciones causales, la categoría central y las consecuencias.

Condiciones resultantes: Resultado, acciones e interacciones entre las categorías que dan lugar a las consecuencias.

El análisis integral de la entrevista a los especialistas, permitió en primer lugar valorar las características del cuidado humanizado en el trabajo de parto y el parto brindada en el servicio obstétrico a partir de las relaciones que se establecen entre conocimientos, actitudes y valores de cada miembro del equipo y las características de la mujer en trabajo de parto y parto, desde un enfoque vivencial de gran valor, desde las cualidades y conocimientos de los especialistas seleccionados. En segundo lugar, evidenciar la necesidad de mejorar el enfoque humano de los cuidados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

A partir de la indagaciones realizadas sobre la atención a la mujer durante el proceso del parto y al abordar específicamente el tema del dolor y su manejo como

uno de los principales elementos por los cuales la mujer percibe con mayor insatisfacción su atención, según los especialistas médicos, el dolor es algo inevitable durante el desarrollo del trabajo de parto y el parto y que durante la historia la mujer lo ha asumido y manejado de forma fisiológica y que en nuestro país las carencias tanto de recursos humanos como de instrumental han obstaculizado la implementación de métodos farmacológicos de alivio al dolor que ofrezcan verdaderamente una ayuda para la cooperación de la mujer. Los mismos no expresan en el discurso dominio alguno sobre los métodos alternativos de alivio al dolor. Se aborda en las entrevistas el dolor en la realización de la episiotomía y existió consenso casi unánime en cuanto al dolor que provoca y la falta de empleo de métodos anestésicos para aliviar el mismo por diferentes razones.

(...) El anestésista no quiere hacerse cargo de la epidural continua a la hora del trabajo de parto.... y tampoco tienen con qué realizar la epidural... (EM1)

El tema de las prácticas declaradas como intervencionismo obstétrico es asumido desde varias posiciones por los especialistas, pero sin incluir en la mayoría de ellas a la mujer como ente activo sujeto de cuidado, pero con libertad de derechos. Todos los especialistas médicos coinciden que el parto es un acontecimiento que solo puede considerarse fisiológico una vez que transcurre y esto hace, unido a la presión de la especialidad, adoptar una serie de medidas antagónicas a los elementos humanizadores de la atención. Por lo general las numerosas intervenciones médicas, por su importancia, se definen como necesarias y protocolizadas para la obtención de resultados favorables.

En el discurso de los especialistas se reveló que la posición de la mujer asumida

por la escuela cubana para la realización del parto está protocolizada, pero sin evidencias científicas que avalen sus enormes ventajas sobre la mujer o el proceso. El hecho de que la única opción sea la mesa ginecológica, impone dicha posición para parir. Situación similar ocurre con la posición de agache en la cuña en la etapa de desaceleración durante la fase activa de la etapa de dilatación del trabajo de parto, no permitiéndole a la parturienta elección, autonomía ni libertad de movimiento.

(...) No sabemos hacer el parto en otra posición, sería bueno experimentar porque hay mujeres que les cuesta ponerse así, de verdad que les duele...(EM3)

Otro elemento importante lo constituyó el abordaje del manejo de la cirugía ampliadora del parto. La episiotomía fue realizada a las 25 mujeres pertenecientes al grupo de estudio. Todos los médicos entrevistados declararon que se usa rutinariamente, se refirieron a los riesgos que implica para las mujeres la no realización de la misma y la presión de las posibles complicaciones para ellos como profesionales. Es por tanto un elemento que corrobora los aspectos que confirman el intervencionismo obstétrico. Sobre la práctica de la episiotomía, además de la evidencia aportada por la OMS⁵⁹, otras investigaciones refieren que su uso rutinario no está justificado.^{58,59,60}

(...) Siempre hago episiotomía, lo tenemos protocolizado porque previene consecuencias en la mujer con respecto al suelo pelviano y además es salud mental para mí en una guardia... (EM4)

Durante la entrevista el tema de las características estructurales de los servicios de parto arroja que lamentablemente no son las óptimas para ofrecer una serie de

elementos que son inherentes a la humanización del proceso del parto como un evento fisiológico al ser de consenso por todos los entrevistados y se declara además la presión sobre la especialidad con la prioridad del PAMI como un programa de salud que rige los indicadores nacionales que limita la libre decisión sobre aspectos que posteriormente podrían influir en una complicación materna o fetal y en tercer lugar las actitudes humanas de los miembros del equipo de salud que presta atención a la parturienta.

(...) No tenemos ni una gota de condiciones elementales para cuidarle su privacidad, es un solo salón para todas las mujeres y esto limita todo ... (EM5)

Mediante la entrevista se acumuló información que evidencia la importancia del rol de enfermería en la atención a la parturienta. La atención de enfermería va encaminada a identificar las diferencias entre las mujeres, desde una perspectiva individual. Los profesionales verticalizados en la obstetricia deben poseer un conocimiento especializado en los aspectos relacionados con el mecanismo fisiológico del parto, que le permita encaminar los cuidados específicos a la parturienta y ofrecer la mayor cantidad de cuidados de forma humanizada.

(...) sin las enfermeras de parto no podemos trabajar, la mayoría, y una mayoría grande están capacitadas para el seguimiento del trabajo de parto y su observación es lo mejor en ese servicio... (EM2)

Al realizar un análisis de los temas abordados por los especialistas en Ciencias de la Enfermería refieren que en relación a los aspectos legales que se pautan en la Resolución Ministerial 396 para la práctica de Enfermería Obstétrica que todos están bien definidos en cuanto al contenido asistencial de sus funciones pero no

ofrecen elementos que puedan ser usados para brindar integralidad en la atención pero además existen divergencias en cuanto a su autonomía e independencia con respecto a los profesionales médicos, lo que está condicionado principalmente por el desempeño que se muestra con cada mujer. Se reconoce también por parte de los profesionales de enfermería entrevistados la presencia de determinadas habilidades que debe poseer el personal que se selecciona para laborar en los servicios obstétricos y que determinan los cuidados humanizados a la mujer durante su trabajo de parto y parto.

(...) la Resolución nos dice que hacer para la parte de cumplir funciones (...) (EE1)

(...) nuestra labor está muy pobre en comparación a nuestra formación...(EE5)

En el análisis los profesionales de enfermería entrevistados reconocen que los cuidados hacia la mujer en trabajo de parto y parto poseen peculiaridades dado principalmente por el tipo de proceso que vive la mujer y que a la valoración profesional del equipo de salud la convierte en una paciente que necesita atención diferenciada

(...) para mí es una paciente que no está enferma, no sé si entiende, pero no es una paciente ... es una mujer que necesita atención...” (E4)

(...) ¿cuidar a la mujer?... es el trato que se le da a la mujer y la familia, es ver los detalles de la delicadeza que eso se ha perdido mucho...(E3)

Mediante la entrevista se acumuló información que evidencia la valoración personal del nivel de satisfacción con los cuidados que brinda el profesional de enfermería, así como la importancia de aspectos dedicados a la humanización y la necesidad de desarrollar cursos o algún tipo de educación postgraduada que refuerce su

marco referencial y que mejore su práctica asistencial con el cuidado humanizado a la parturienta. Se pudo observar los puntos de encuentro entre las necesidades de marcos referenciales en la base teórica de la Ciencia Enfermera en el perfil obstétrico y la confección de un Modelo que refuerce la identidad del profesional de enfermería para brindar cuidados humanizados a la parturienta.

(...) No tengo idea de lo que necesitamos, pero sí tiene que ser algo que esté escrito para guiarnos y aprender a humanizar con todos los elementos de la Enfermería, la Psicología...no sé, debe de existir algo que nos oriente...(EE3)

2.2.4. Análisis de la entrevista al grupo de mujeres seleccionadas

En el análisis del discurso de las entrevistas realizadas a las mujeres del servicio obstétrico del hospital, sugerido por los especialistas, la referencia en general estuvo encaminada a la descripción del dolor, la duración del evento, la información aportada y al trato recibido.

(...) ingresé en Cuidados Perinatales y desde el cuerpo guardia ya me fueron asustando sobre portarme como una mujer y aguantar el dolor.... (P1)

Referenciaron además la relación enfermera-o-paciente, y la percepción del calor humano en los cuidados recibidos y la privación del derecho de elección durante el trabajo de parto y el parto. Las intervenciones médicas fueron descritas en el relato de la mayoría de las mujeres. Sus declaraciones aportaron su conformidad sobre la necesidad de la episiotomía y la monitorización en función del bienestar de su bebé, pero a su vez describieron la incomodidad que implicó. La episiotomía la describieron como un momento muy doloroso. Para muchas la anestesia no fue suficiente o nunca se les aplicó.

(...)... Me molestaron mucho los tactos y esa agua fría que te echan que ni siquiera te avisan....y el dolor... ni hablar... (P9)

Con respecto a la información aportada tanto a ellas como a su familia demostraron total inconformidad, argumentaron además que el desconocer el servicio, sus características y a los profesionales fue expectante y molesto. Además, se mencionó en gran número de ellas la presencia de un trato frío con lenguaje corporal y extraverbal que provocaba temor y desasosiego.

(...) ... mi familia sí tiene quejas porque dice que nunca salieron a decirles nada y estaban desesperados...(P8)

De acuerdo con el modelo de análisis, la información obtenida de las diferentes entrevistas a mujeres y especialistas fue organizada a través del proceso de codificación abierta. Se identificaron por el método inductivo un conjunto de categorías y subcategorías relevantes en la integración teórica, que posteriormente son organizadas según una codificación axial que explica el proceso en estudio. En un segundo momento se realiza la codificación axial, mediante la agrupación de los datos obtenidos en la codificación abierta, lo que facilita crear conexiones entre categorías y explicar las condiciones en que ocurre el fenómeno, el contexto donde se desarrolla y sus consecuencias.

Se identifican como categorías principales, en primer lugar: Los cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, a partir de cuatro subcategorías que le dan dimensión a la categoría central: la Enfermería Obstétrica, la mujer en trabajo de parto y parto, el contexto hospitalario, los cuidados de enfermería.

La otra categoría identificada se refiere a las características de la atención a la mujer durante el trabajo de parto y el parto con un enfoque biologicista, emergida partir de dos subcategorías: la concepción del proceso del parto como problema de salud en la mujer y la exigencia de atención especializada en el contexto hospitalario.

2.3. Resultados de la triangulación metodológica. Inventario de problemas

Se utilizó la triangulación mediante el empleo de diversas fuentes de información, el trabajo y análisis cruzado entre varias investigadoras y la utilización de varios métodos para recabar los datos. El proceso de análisis sistémico de los resultados de los instrumentos aplicados, permitió llegar a la caracterización del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto (Anexo 15).

El inventario de problemas que influyen en el cuidado humanizado se ha clasificado y jerarquizado según las dimensiones identificadas durante el proceso de parametrización en problemas de actitud, conocimientos científicos tecnológicos, habilidades comunicativas, satisfacción de necesidades humanas y la profesionalidad. Desde este proceso de triangulación metodológica⁶⁷, se arriban a los siguientes **problemas en el cuidado humanizado**:

- Insuficiente compromiso ético en la práctica de enfermería.
- Pobre actualización del tema de la humanización al parto.
- Pobre desarrollo de habilidades para adecuar las funciones asistenciales con el componente humano que las acompaña.
- Pobre desarrollo de habilidades para satisfacer necesidades en la mujer.
- Dificultades en la información proporcionada a la parturienta y familiares con inadecuada expresión verbal, extraverbal y corporal.

- Insuficiente visión integradora del proceso del parto natural.
- Aplicación nula de métodos alternativos de alivio al dolor.

En este proceso de caracterización del cuidado humanizado, se identifican **potencialidades** descubiertas con la aplicación de los instrumentos analizados. Los mismos son los siguientes: Elevada responsabilidad en las tareas asignadas, elevado nivel de organización del trabajo, realización de acciones coordinadas con el equipo de salud y cumplimiento del vínculo inmediato madre-hijo.

Conclusiones del capítulo II:

La relación existente entre la calidad de atención al parto y el cuidado humanizado que se le brinda a la mujer por parte de los profesionales de enfermería le permitió a la autora la parametrización de la variable: cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, derivada en la identificación de las dimensiones e indicadores, así como la elaboración de los instrumentos para la caracterización de su estado actual.

El inventario de problemas identificados desde la triangulación metodológica realizada a los resultados analizados de los instrumentos aplicados posibilitó reconocer el estado en que se encuentra el cuidado humanizado que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, que no logra satisfacer las exigencias que la sociedad cubana espera de los mismos, elemento que se convierte en punto de partida para modelar estratégicamente el cuidado de forma humanizada.

CAPÍTULO III

MODELO DE CUIDADOS HUMANIZADOS A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

CAPÍTULO III. MODELO DE CUIDADOS HUMANIZADOS A LA MUJER DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

La propuesta posee la característica y el propósito de tener como base una reflexión teórico-científica-filosófica sobre el proceso de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las instituciones hospitalarias, visto desde una conceptualización contemporánea acorde con la sociedad actual y el paradigma de las Ciencias Humanas.

Proceso de modelación de la propuesta.

La investigación define como objeto de estudio el cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, así como las formas en que se producen las relaciones entre sus componentes. Lo antes expuesto requirió a la autora comenzar a profundizar en los fundamentos de los modelos como resultado científico y como método de investigación empleado.

En la sistematización de la literatura se encuentra que la palabra modelo proviene del latín modulus que significa medida, ritmo, magnitud y está relacionada con la palabra modus: copia, imagen.⁶⁸ Shtoff plantea que: “Por modelo se entiende un sistema concebido mentalmente, que, reflejando el objeto de la investigación, es capaz de sustituirlo de modo que su estudio nos dé nueva información sobre dicho objeto”.⁶⁹

Gastón Pérez y otros investigadores en el año 1996 plantean que: “El modelo es una reproducción simplificada de la realidad, ya que permite descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto de estudio.”⁷⁰ Álvarez de Zayas en 1996 expresa que el modelo es “la representación de un objeto real que en el plano abstracto el hombre concibe para caracterizarlo y poder, sobre esa base, darle solución a un problema planteado.”⁷¹ Valle Lima, A. en el año 2009 lo define como: “una representación de aquellas características esenciales del objeto, lo que permite descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades con vistas a la transformación de la realidad”.⁷²

Al contextualizar las definiciones de modelo a la Ciencia Enfermera se encuentra que Fawcet en el año 1980 plantea que los modelos conceptuales están constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos), y proposiciones que especifican sus interrelaciones, por su parte la misma autora en el año 2006 perfila en su definición que se encuentran constituidos por un conjunto de conceptos y proposiciones que integran su definición, estructura e interrelaciones.^{74,101}

Al hablar de Adam, E. en el año 1983 se expone que un modelo conceptual en cualquier disciplina no se corresponde con la realidad; no es sino una imagen mental de la misma o una forma de conceptualizarla.⁷⁵ Así McKenna en el 1994 en una descripción más elaborada, lo define como “la representación mental o gráfica del cuidado, construido sistemáticamente a partir de la práctica asistencial en beneficio de los pacientes y de la profesión”.⁷⁶

En su sistematización, los investigadores han tendido a asociar el concepto de modelo en enfermería con: representaciones, ideas, imagen mental, definiciones y

transformación de la realidad contextualizada en el cuidado de enfermería y que son identificadas por la autora como regularidades que aportan elementos sólidos para la definición de modelo de enfermería.

La contextualización de los referentes antes mencionados y analizados, le posibilitan a la autora definir modelo de enfermería como: *Esquema teórico elaborado por un conjunto de ideas y conceptos fundamentados en las diferentes ciencias, que relacionan e interpretan los metaparadigmas de la Ciencia de Enfermería: salud, persona, rol profesional y cuidado, cuya finalidad consiste en ayudar a representar una realidad que se pretende comprender para reforzar la identidad y el marco referencial del profesional de enfermería en el logro de la excelencia en la prestación de cuidados que conduzcan a la satisfacción de necesidades afectadas.*

El progreso de la ciencia es un esfuerzo colectivo en el que participan numerosos investigadores que evalúan los trabajos de otros, desde los cuales construyen sus teorías. La posibilidad de utilizar modelos como método y medio para representar de manera más simple fenómenos complejos facilita el uso de las teorías en la práctica clínica de enfermería.⁷³ Los modelos de enfermería tienen un doble significado puesto que son la representación de una realidad que se puede nombrar como hecho enfermero y que no es más que la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería.⁷⁹

Una vez sistematizado y definido modelo de enfermería la autora considera pertinente contextualizar esta definición con el objeto de estudio de la investigación lo cual le posibilita definir como un modelo de cuidados humanizados en enfermería:

Esquema teórico elaborado por un conjunto de definiciones, conceptos y categorías con enfoque sistémico y fundamentos de las ciencias humanas, que relacionan e interpretan los metaparadigmas de la Ciencia de Enfermería: salud, persona, rol profesional y cuidado, cuya finalidad consiste en ayudar a representar la realidad del cuidado desde la esencia propia del ser humano para reforzar la comprensión del acto del cuidar desde los valores éticos, morales y filosóficos del profesional de enfermería basados en una combinación científico-humanística que conduzcan a la satisfacción de necesidades afectadas.

El proceso de modelación, definido por Sheptulín en el año 1983 como: “La reproducción de determinadas propiedades y relaciones del objeto investigado en otro objeto especialmente creado (modelo) con el fin de su estudio detallado”⁷², comprendió varias etapas, al constatar la realidad por medio de las diferentes modalidades que se utilizaron para recolectar la información.

Para su construcción, se tomaron en cuenta las características de un modelo, dadas por Bringas Linares en el año 1999⁷⁷ que son: provisionalidad, adaptabilidad, optimización, carácter organizador del proceso, utilidad teórica, investigativa, tecnológica y práctica; características que se explican de la siguiente manera: Un modelo que es representativo de una realidad determinada, es de carácter provisorio, puesto que los conocimientos sobre la realidad están en constante cambio. Debe ser adaptable, en función de las necesidades y características de las mujeres y los servicios de cada hospital con las particularidades que lo distinguen. Al ser aplicado, optimiza los parámetros involucrados, en este caso, el cuidado humanizado a la mujer en trabajo de parto y el parto. Se basa en la indagación, en

los adelantos tecnológicos y en la práctica, de forma sistémica, al interrelacionar y potenciar cada uno de estos componentes recíprocamente.

Para el proceso de modelación se asumieron los principios definidos por Bringas Linares referidos a:

Principio de la deducción por analogía: El cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto es la meta a transformar en la investigación, es por ello que se revelan etapas propias de la investigación en las ciencias sociales, donde se encuentra la Ciencia de Enfermería, tales como: fase exploratoria, de construcción de la propuesta de solución, de comprobación, de constatación o validación en la práctica de las transformaciones que ocurren a partir de la aplicación del modelo.

Principio de la consistencia lógica: El modelo en los profesionales perfilados en la Enfermería Obstétrica utiliza como fundamento teórico las Ciencias de la Enfermería, en particular el enriquecimiento a su objeto social.

Principio del enfoque sistémico: Contribuye a la evidencia de las cualidades resultantes del objeto de investigación, mediante las interrelaciones entre los componentes del modelo para el logro del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Principio de la simplicidad y asequibilidad: El modelo se acompaña de una metodología para su implementación por parte de los profesionales perfilados en la Enfermería Obstétrica al transformar la realidad en la que se desempeñan.

Un modelo como construcción teórica pretende informar, explicar y proyectar la solución de un problema, desde los principios y características antes mencionados,

y se convierten en parte de la realidad, razón por la cual debe poseer los componentes esenciales para que pueda implementarse y transformar dicha realidad.⁷⁸ Tanto las características que proponen los doctores Meleis en el 2000⁸⁶ como Valle Lima en el 2009⁷², así como los principios mencionados en que se sustenta el modelo propuesto, según Bringas Linares⁷⁷, presentan regularidades que fundamentan el proceso de modelación.

Para el cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, en el modelo propuesto, la autora comienza por realizar la sustentación y fundamentación desde diferentes ciencias, luego, estructura las definiciones, supuestos y afirmaciones teóricas que lo conforman y finalmente establece las formas de constatar su viabilidad.

Fundamentos Filosóficos

La influencia de corrientes filosóficas que rompen con la visión tradicional de la ciencia, así como el aporte de otras propuestas metodológicas para la explicación del mundo, ha llevado a un punto de ruptura epistemológica de la enfermería, esto es, una forma diferente de ver la realidad. Esta nueva visión del mundo y de la enfermería la obliga a estudiar el conocimiento desde la disciplina propia.⁸⁰

Heidegger, filósofo alemán, expresa que el cuidado es el cuidado del ser y el cuidado del otro, significa inquietud, preocupación, alarma. Por su parte Mayeroff, filósofo norteamericano existencialista, afirma que los valores humanos están inmersos en el proceso de cuidar y crecer porque cuando uno cuida a otro se crece. Al respecto, Foucault, francés, psicólogo, y teólogo social expone que el cuidado de sí es ético y requiere relaciones complejas con otros. En enfermería cuidar de sí es

una acción sustantiva para poder cuidar a otros. Lévinas, lituano, fenomenológico y existencialista propone que la enfermería deberá sustentar sus cuidados en una acción reflexiva basada en la integración de los seres humanos en el mundo. Boff, filósofo y teólogo brasileño expone que el cuidado es una preocupación por sí mismo, reciprocidad e interés por los demás, hechos que poseen un estrecho vínculo con el pensamiento de enfermería.^{24, 79}

Ofrecer cuidados humanizados a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto por parte de los profesionales de enfermería es la expresión del trabajo que realizan, infundido por las concepciones filosóficas, al implicar el análisis de los propósitos de la vida humana, de la naturaleza del ser y de sus realidades, unido al discernimiento intelectual para el bienestar de la persona.²⁴

Fundamentos Sociológicos

La reproducción humana está dotada de significación en todos sus elementos, el embarazo, el parto, con el nacimiento y el primer encuentro de la madre con su hijo, y el puerperio. En conjunto poseen una connotación social en la cual la persona, su historia de vida y percepciones, instituyan el eje central y de acción con hincapié en las variaciones individuales y poblacionales desde una perspectiva cultural y adaptativa.^{9,81}

La ciencia moderna ha transformado la sociedad y su desarrollo económico, político y cultural, lo que refleja la vida cotidiana de las personas, valores y creencias. Derivados de las innovaciones tecnológicas, las necesidades humanas han cambiado y la asistencia del hombre contemporáneo requiere una mirada que va

más allá del funcionamiento de los sistemas biológicos, llegando a su complejidad y totalidad.⁸²

Las circunstancias sociales y económicas actuales, incluyen una transformación importante en la concepción de los procesos de salud y enfermedad, y en la forma en que son abordados por el sistema de salud. Tales transformaciones han derivado, en términos concretos, en la reestructuración y modernización del sector, lo cual tiene una influencia enorme en la práctica de la enfermería.⁸⁰

Fundamentos Psicológicos

La intervención del profesional de enfermería desde la perspectiva psicológica, es la actividad centrada en ayudar a la persona, familia o grupo, a hacer frente a los cambios de una manera adaptativa y a potenciar los recursos de la persona y utilizar las experiencias vitales como elementos de crecimiento personal.

Se asumen como referentes las teorías humanistas y de comunicación. La psicología humanista considera a la persona la fuente más fiable de conocimiento respecto a sus propias capacidades, recursos y características. El modelo humanista tiene una confianza optimista en la naturaleza positiva del hombre. Su principal objetivo es el crecimiento de la persona. Basa sus valores en la libertad personal, responsabilidad del individuo, la igualdad de oportunidades y la protección del entorno.¹⁰³

Entre los seres humanos la comunicación adquiere una dimensión de intencionalidad que la convierte en objeto moral, máxime cuando la intención concreta del emisor es modificar o impulsar opiniones, intereses y conductas en la dirección específica como es el caso de la comunicación en tanto que es

herramienta de promoción, publicidad o educación.¹⁰⁸ Para los profesionales de la enfermería esta importancia cobra mayor interés como elemento básico de la relación terapéutica.

Fundamentos Pedagógicos

El Reglamento de la Educación de Postgrado de Cuba en su artículo nueve expresa que la superación profesional tiene como objetivo la formación permanente y la actualización sistemática de los graduados universitarios, el perfeccionamiento del desempeño de sus actividades profesionales y académicas, así como el enriquecimiento de su acervo cultural.¹¹¹

La superación ha sido definida en la teoría de la Educación Avanzada como la superación “dirigida a recursos laborales con el propósito de actualizar y perfeccionar el desempeño profesional actual y/o prospectivo, atender insuficiencias en la formación, o completar conocimientos y habilidades no adquiridos anteriormente y necesarios para el desempeño”.¹¹² La Educación Avanzada no sólo reafirma el papel transformador de la educación, consolidando el capital humano de la sociedad, sino que además asume con la proyección necesaria el beneficio personal, de la comunidad y de la sociedad en general.¹¹³

En la formación postgraduada lo integrador se da en lo laboral. El peso de lo laboral es determinante pues proporciona a los graduados universitarios la profundización de sus conocimientos en áreas particulares, al desarrollar modos de actuación propios en correspondencia con los avances científicos-técnicos, las necesidades del desarrollo económico, social y cultural del país y las exigencias particulares de determinado perfil ocupacional, laboral.^{82,83,84,85}

De León López, VA. en el año 2015³¹ refiere en su investigación que una actitud inadecuada del personal en el cuidado humanizado se debe a la ausencia o falta de educación continua y desinterés en la superación, esto hace que haya una intervención limitada y como consecuencia surge inseguridad del estado emocional en la mujer. El reconocimiento del profesional de enfermería en el bienestar y asistencia a las personas, hace necesario fortalecer su preparación en los componentes del cuidado humanizado al trabajo de parto y parto en la educación de posgrado, fundamentada en la inclusión de un diplomado que, dentro de su plan temático, propone un modelo conceptual científico-humanista.

Fundamentos de las Ciencias de la Enfermería

Se toma como referente teórico el análisis de dos teorías que por su estructura y contenido aportan elementos vitales para el desarrollo de las afirmaciones teóricas del modelo propuesto.

La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica, de las teorizadoras Boykin, A. y Schoenhoferen, S.⁵³ Plantean dentro de sus supuestos que el papel de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas. La sensibilidad y los conocimientos para crear formas únicas y eficaces de comunicar los cuidados se desarrollan mediante la intención de cuidar de los profesionales de enfermería y ellos responden con un conocimiento desarrollado de lo que significa ser humano, reconociendo y afirmando que la persona vive los cuidados.

Por su parte Husted, G. y Husted, J. en el año 1995 en su teoría de la Bioética Sinfonológica se basan en un elemento ético fundamental que describe la base de

las relaciones que se establecen entre los seres humanos: los derechos humanos. La sinfonología considera los derechos como un concepto unitario. Se trata del acuerdo implícito en la especie humana de que nadie puede obligar a otra persona a actuar o accionar de una determinada manera. Los derechos se consideran como el acuerdo más importante entre las personas. Los acuerdos son posibles sobre la base de la comprensión implícita de los derechos humanos. Además, los autores han redefinido las normas éticas no como reglas concretas, sino como cualidades humanas. Las normas éticas se convierten en presupuestos del acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente, y las consideraciones éticas sirven para la toma de decisiones.⁵⁴

Dichos supuestos que de forma generalizada se emplean en el ejercicio profesional del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto deben de ser sólidos y de obligatoria inclusión para el logro de la calidad de la atención de enfermería.

Fundamentos Metodológicos

Los fundamentos anteriores posibilitaron organizar el Modelo.

Estructura y relaciones del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Definiciones

Tanto los modelos conceptuales como las teorías, están elaboradas por conceptos y Fawcett en el año 1996 los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de

interés para la disciplina.⁸⁶ Estos vinculan el mundo abstracto con el mundo concreto, son la única forma de conectar los aspectos teóricos con la práctica.

Los metaparadigmas de Enfermería se definen y se relacionan por la autora de la siguiente manera:

Enfermería: La autora para ofrecer su definición de Enfermería sistematiza la obra de T. Mercer, R. en su teoría: Adopción del rol maternal del año 1972 al definir la enfermería como los profesionales sanitarios que mantienen una acción más intensa y sostenida en el ciclo de la maternidad y circunscribe la Enfermería Obstétrica al diagnóstico y tratamiento de las respuestas de mujeres y hombres a los problemas de salud que surgen durante el embarazo, parto y posparto.⁸⁷

La Enfermería Obstétrica es definida por la autora como la especialización de profesionales de enfermería para brindar cuidados integrales a las mujeres durante el ejercicio de su maternidad, entendida por embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva holística de la satisfacción de sus necesidades, las de su pareja e hijo para alcanzar la autorrealización personal y social.

Persona: Al contextualizar la definición de persona a “mujer en trabajo de parto o parto” y al partir del estudio de la Teoría de la Evolución humana de Riso Parse en el año 1985⁴⁶ donde expone que: “todos existimos en el mundo con los demás por tanto es imposible que no nos relacionemos”, la autora define **persona** como un ser humano, biológicamente definido como mujer, que dentro de su ciclo reproductivo ejerce la maternidad como decisión de procreación de un nuevo ser, logrado mediante el proceso del parto natural con la responsabilidad plena y personal de la significación de esta procreación.

Cuidado: Humanizar el cuidado de enfermería durante el trabajo de parto y el parto es ubicarlo en una concepción holística. Se consideran los significados de las vivencias, comprende los modos de vivir y establece una relación de acompañamiento y estímulo de aquello que la persona va necesitando para continuar y ser. En algunas será información, en otras, presencia, en otras será estímulo para lograr desarrollar felizmente el proceso natural del parto.⁵⁰

La definición de cuidado, cuidado humanizado y cuidado humanizado en el trabajo de parto y el parto es definida por la autora en los fundamentos teóricos y metodológicos ofrecidos en el primer capítulo.

Entorno: La autora define entorno al establecer una relación con la definición de persona enfocada hacia un cambio que establezca un nuevo marco conceptual en la prestación de cuidados humanizados, donde la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto aún en un contexto hospitalario.

La mujer se encuentra en relación profunda con el **entorno** (contexto hospitalario) donde desarrolla el proceso del parto y crea el significado de la situación que vivencia y que estará marcada de forma definitiva; ya sea negativa o positivamente para sus vivencias futuras.

Supuestos

El Modelo se sustenta bajo las teorías de enfermería, las descritas tanto en los fundamentos científicos como en las afirmaciones teóricas y los dogmas fundamentales del pensamiento existencial-fenomenológico. En la estructura del modelo propuesto, es importante considerar las principales definiciones que conforman el modelo: los conceptos metaparadigmáticos: cuidado (que fue tratado

en el primer capítulo y contrastado en el análisis del discurso), rol profesional, persona y entorno, tratados en los fundamentos del modelo y surgido del análisis de la codificación axial. Lo que permitió llegar a los siguientes supuestos:

- El parto como fenómeno fisiológico está implícito en la naturaleza de la mujer como ser humano, y se enfatiza en la actitud de aceptación incondicional y en el apoyo a la toma de decisiones informadas para beneficiar su desarrollo favorable.
- El proceso del parto se desarrolla como relación dialógica entre dos seres humanos, el equipo de salud, específicamente el profesional de enfermería y la mujer que requiere de cuidados durante este proceso.
- La influencia y el significado de las redes sociales de apoyo con que cuenta la mujer puede interferir en el proceso del parto y la forma en que asume los cuidados que le brinda el profesional de enfermería.
- La calidad del cuidado de enfermería debe motivar a los diferentes profesionales a repensar de manera permanente la esencia de éste, en la medida en que le permita focalizar sus acciones centradas en la humanización.
- La preparación y capacitación del profesional de enfermería, así como los valores éticos y espirituales, determinan la cantidad y calidad de los cuidados humanizados que brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Definiciones teóricas

Para establecer los juicios y argumentos de las relaciones que se establecen en el modelo se parte del análisis de la codificación axial.

En el presente estudio se confirma que las características de los cuidados que brinda el profesional, en el ejercicio de la Enfermería Obstétrica, de forma humanizada a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las instituciones hospitalarias, favorece la calidad de la atención integral. El análisis de la atención al trabajo de parto y al parto, a partir de las características de la concepción del parto como problema de salud en la mujer, que requiere atención especializada y su manejo institucional ocurrido en el contexto hospitalario cubano con un enfoque biologicista, con la aplicación de protocolos y tecnologías necesarios para obtener resultados favorables, aporta evidencias que contribuyen a su definición en el contexto estudiado. El esquema representado en la figura 2 explica la relación identificada entre las categorías inductivas según la codificación axial. En este análisis se consideró como categoría central: los cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

El cuidado humanizado hace referencia a la capacidad de brindar cuidados de enfermería basado en las necesidades de la mujer, a partir del respeto y la consideración como ser humano, que requiere una explicación de la actividad que se le realiza con el fin de disminuir el sufrimiento y las dudas que pueda poseer sobre su trabajo de parto y parto.⁸⁸ Las características de los cuidados humanizados en función de la mujer y la importancia que los mismos reportan en la satisfacción de las necesidades humanas para la percepción del parto como un evento trascendental, son las categorías emergentes del discurso que caracterizan la necesidad del cuidado humanizado en el contexto hospitalario y se consideran como categorías causales por su influencia en la categoría central.

El personal de salud que mayor tiempo permanece al lado de la mujer durante su trabajo de parto y parto es el profesional de enfermería; valorar, intervenir y evaluar su estado mediante el empleo de las etapas de su método científico particular (PAE), al poseer una concepción del parto como un proceso natural y fisiológico y no como un problema de salud que demanda atención especializada, complementa el desempeño del rol de los profesionales que laboran en estos servicios para brindar cuidados humanizados. Las categorías identificadas anteriormente como contextuales constituyen aspectos que determinan las características y en qué contexto tiene lugar el parto.

Al contextualizar los criterios del cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto³¹ expuestos en el primer capítulo al entorno del servicio obstétrico hospitalario, la autora considera que aún permanecen pendientes, la libre elección por parte de la mujer de la posición para el parto, la libertad de movimientos durante su trabajo de parto, el acompañamiento filial de la persona seleccionada así como el manejo de algunas prácticas intervencionistas que deben ser valoradas y consensadas por el gremio médico para su enfoque de forma integral y no solamente de forma biologicista, unido a la intención del cambio de actitud hacia la mujer donde el calor humano que puede propiciar el profesional de enfermería constituye la piedra angular de la relación enfermera-o-mujer para la obtención, no solo de resultados perinatales favorables, sino también la valoración de satisfacción de necesidades humanas. Incluir el enfoque fisiológico significa entenderlo como un proceso normal y natural, e implica simplificar los procedimientos e intervenciones

que de manera rutinaria se utilizan, mediante una práctica humanizada que aporte mayor calidez a la calidad asistencial que se brinda.⁹

La atención a la mujer durante el trabajo de parto y el parto con enfoque puramente biologicista y la aplicación de protocolos y tecnología necesarios para obtener resultados favorables, explicados anteriormente, conducen a que se conciben como categorías intervinientes, dado por la influencia que ejercen en las condiciones causales y la categoría central.

Los resultados obtenidos en las entrevistas a profundidad realizadas a las mujeres evidencian que el proceso del parto desencadena sensaciones y sentimientos que involucran el estrés, el miedo y la incertidumbre. El estrés en los seres humanos es, por su determinación, un fenómeno social y por su naturaleza, un fenómeno psicofisiológico. Su evolución está influida no solo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, socioculturales y ambientales.^{9,89} Es por ello que los profesionales de la salud, especialmente el profesional de enfermería, deben establecer una relación empática y humanizada donde interactúen los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para brindar una asistencia con calidad de la forma más actualizada e integral.⁹⁰ Se debe desechar la concepción del parto como sinónimo de enfermedad y no transformarlo en un acto médico quirúrgico que diluye su esencia original.

En la naturaleza del proceso del parto como fenómeno natural se encuentra la presencia del dolor como elemento que afecta de manera marcada la percepción y la experiencia que tiene cada mujer sobre el parto. Ofrecer medidas paliativas para que el dolor del parto sea más soportable y menos traumático para la mujer ha sido

un reto en los últimos años, dado que el dolor como manifestación orgánica de un desequilibrio, es actualmente un tipo de sufrimiento combatido por la ciencia y en el caso del trabajo de parto y parto solo se concibe con la medicalización anestésica sin recurrir a otras medidas existentes.

Las valoraciones que exponen las mujeres con respecto al dolor reflejan estas definiciones y además se puede suponer que todas en su proceso de parto han experimentado dolor y es concebido como algo inherente y obligatoriamente soportable que al mismo tiempo es causa de insatisfacción de necesidades humanas. En los contextos sociales del país se puede aseverar que el dolor de parto es sinónimo de tolerancia, fuerza, valentía, resignación, igualdad psicológica de cada mujer y en las prácticas médicas actuales no se concibe su manejo como un elemento de la atención humanizada. Se recurre poco a las medidas analgésicas alternativas, dado fundamentalmente, porque la formación y actuación del personal médico no lo intenciona de manera frecuente y los profesionales de enfermería adolecen de conocimientos sobre los métodos alternativos existentes.

El proceso de humanización no estaría completo si faltara la satisfacción de las necesidades de la mujer y dentro de la valoración individual, los sentimientos y sensaciones ante la expectativa del parto, referido por las mujeres, se percibe insatisfacción y desconcierto ante el dolor y su relación con la soportabilidad, el manejo y las reacciones que se pueden presuponer.

Es necesario tomar en consideración de forma directa las opiniones, necesidades y valoraciones de las mujeres y su familia durante el trabajo de parto y parto, para que viva la experiencia como un momento especial, en condiciones de dignidad

humana, donde ella sea protagonista de su propio parto.⁹¹ La autora asevera, basada en los resultados de los instrumentos aplicados, que durante el trabajo de parto la falta de diálogo y de explicaciones necesarias ante los procedimientos y las técnicas empleadas desfavorecen la aceptación y la confianza de la mujer-enfermera/o-equipo de salud y evidencia la supremacía del equipo de salud en la atención al parto.

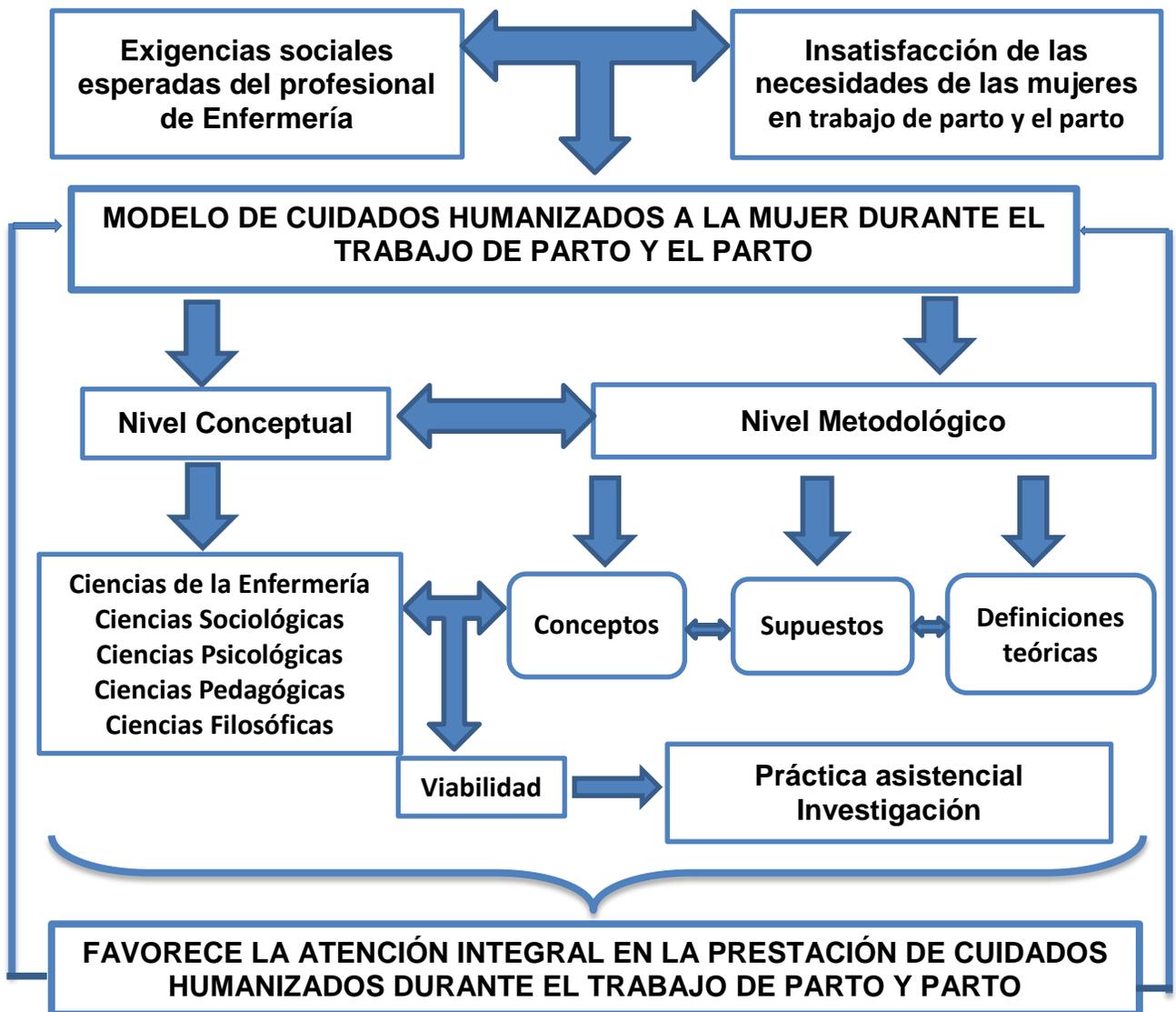
La influencia de las categorías intervinientes en las condiciones centrales y de causas en este estudio son evidentes, las características de los cuidados que recibe la mujer durante el trabajo de parto y el parto, se relacionan con el enfoque biológico, el tecnicismo y la protocolización, lo que refuerza la concepción del parto como un problema de salud por parte del equipo al transformar a la mujer en paciente y con ello la aceptación de la desnaturalización del parto.

Es importante por tanto que el profesional de enfermería conozca las condiciones sociodemográficas y situaciones que vivencia una mujer en proceso de parto, desde el momento de su ingreso hospitalario; dichas condiciones y situaciones pueden hacer que actúen de manera diferente. Se requiere entonces que el profesional de enfermería asegure su actuación individualizada desde el propio servicio del ingreso (Cuerpo de Guardia) hasta la Sala de Puerperio, para que este proceso se pueda desarrollar de forma satisfactoria en medio de las posibles situaciones de estrés que se puedan generar. Generalmente la mujer durante el trabajo de parto y el parto no puede valorar con justeza si el aspecto técnico-científico se cumplió de manera adecuada en la atención recibida; pero sí sabe qué grado de calor humano sintió en la relación que estableció con el profesional de enfermería y el resto del equipo de

salud.^{23,93,94} En este sentido, el modelo propuesto, invita al equipo de salud a brindar cuidados humanizados con carácter continuado durante todo el tránsito de la mujer en su proceso de parto por el entorno hospitalario. (Anexo 16) El modelo se limita, dentro del proceso de parto, a los cuidados humanizados dentro del trabajo de parto y el parto, pero se debe intencionar de manera particular los cuidados a la mujer en el post-parto con el enfoque del binomio madre-hijo, al asumir el resultado del proceso del parto, el neonato, no como un producto sino como un ser humano con identidad propia.

Aproximar el ejercicio de la enfermería a la mujer que necesita ser cuidada durante su proceso de parto requiere que el profesional asuma la acción del cuidado con todo lo que significa y puede impactar sobre la vida de la mujer.⁹⁵ La humanización y la naturalización del parto se articulan y son dependientes. Lejos se está de pretender desconocer el avance científico, sino que es retomar que el rol de la naturaleza no es contrario al avance de la ciencia.⁹⁹

Se ha definido en una primera aproximación del Modelo, dos niveles: conceptual (Anexo 17) y metodológico (Anexo 18), con elementos y componentes desarrollados de acuerdo con las definiciones y relaciones teóricas enunciadas. A partir de los elementos del modelo se presenta la representación siguiente:



El Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto también se encuentra representado en las relaciones de coordinación y subordinación que se establecen a partir de las definiciones expuestas, así como las dimensiones e indicadores del proceso de parametrización. (Anexo 19)

El modelo evidencia la importancia de que los profesionales de la **Enfermería Obstétrica** mantengan las virtudes de comunicarse con la **mujer**, ayudarla, protegerla, respetarla en una etapa de su vida en la que requieren de un cuidado

integral para vivir su parto de forma plena y con ello adquieren desarrollo de habilidades científico-técnicas en la práctica asistencial unido a actitudes humanas que le permitan conceptualizar el parto desde su esencia natural, y de esta forma gestionar su actuar en el **servicio obstétrico** hospitalario para contribuir en la calidad de formación con los fundamentos científicos que desde la investigación se fortalecen, al proporcionar un carácter sistémico y continuado en el logro de los **cuidados humanizados** a la mujer durante el trabajo de parto y el parto como núcleo prioritario del ejercicio profesional.

A pesar de las limitaciones que desde el desde el ámbito económico y social existen resulta decisivo examinar alternativas cimentadas en propuestas de otros modelos asistenciales que centran sus estudios en las preferencias individuales de mujeres y familias respecto al parto. No es intención de la autora realizar una crítica negativa de la atención que se ofrece en el país a la mujer durante su proceso de parto, es abordar, no solo los resultados esperados y deseados de una madre y un recién nacido sin alteraciones a la salud sino incluir el componente humanizador de los profesionales que asisten el parto que no se logra cuantificar con resultados de tasas y que determina la calidad de la atención que se brinda.

Una vez que se han establecido los principios que configuran el modelo y su estructura conceptual y metodológica, se deben definir los elementos que harán posible su desarrollo.

Metas

Los modelos y teorías en enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica.¹⁰¹ La propuesta del

Modelo con relación a la educación, pretende orientar el proceso general al definir los conceptos, clarificar las interrelaciones y acceder a niveles superiores de desarrollo teórico llevado a la práctica en la prestación de cuidados humanizados a la mujer en trabajo de parto y parto dentro de las formas de la Educación Avanzada en las actividades de enseñanza aprendizaje. En la administración; pretende proveer una estructura sistemática para observar las situaciones que se presentan durante la prestación de cuidados humanizados e interpretar las situaciones administrativas de este cuidado de manera muy particular.

En la práctica asistencial; ofrece implícitamente una guía particular para la práctica del cuidado humanizado a la mujer en trabajo de parto y parto. Constituye una base del ejercicio de la Enfermería Obstétrica, puesto que contiene en sí mismo los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en la definición de “cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto”.

En relación a la investigación; el modelo pretende facilitar la organización del conocimiento respecto al parto como proceso humanizado, guiar al investigador al ofrecer varios temas para profundizar dentro del propio modelo y que reforzarán los resultados con el uso de una correcta metodología, con posibilidades de ser aplicado no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares en el proceso de cuidado.

En este sentido, se considera que el modelo es susceptible de modificaciones constantes. Esta evaluación debe de ser llevada a cabo por los propios docentes que implementan el modelo mediante instrumentos que recaben información de los profesionales en las áreas de experticias en cuanto al impacto educativo y asistencial.

Análisis de la validación teórica del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto

Análisis de los resultados de la consulta a expertos

Se asume como validez el proceso de valoración de los resultados de la red de indagaciones por la vía teórica (Consulta a expertos) y la validez como la valoración de los resultados obtenidos por la vía empírica que se relacionan con los instrumentos que se aplican en la propuesta de solución.⁹⁸

Como prueba de validación teórica del modelo que logre los cuidados humanizados a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García” del municipio de Artemisa, se aplicó la consulta a expertos procesada a través del método Delphy, válido para este tipo de investigación en tanto que tiene un grado de fiabilidad de 99,99% y un margen de error de 0,01.⁶⁶

Para la selección de los expertos se tuvo en cuenta que contaran con más de 10 años de experiencia vinculados con el proceso de atención de enfermería en general y en particular con la atención a la mujer durante trabajo de parto y el parto desde el servicio obstétrico. A los expertos se le aplicó un cuestionario para determinar su coeficiente de competencia, para su selección se suman los coeficientes de Conocimientos (Kc) y de Argumentación (Ka) y se divide entre 2 para cada experto, $K = Kc + Ka / 2$. Estos valores para que puedan ser considerados como expertos deben corresponder a la siguiente escala valorativa: $0,8 \leq K \leq 1$, se considera que el Coeficiente es ALTO; $0,5 \leq K \leq 0,8$, se considera que el Coeficiente es MEDIO y $0 \leq K \leq 0,5$, se considera que el Coeficiente es BAJO.

Los 30 expertos seleccionados cumplen con un coeficiente de competencia alto. De ellos 9 son Doctores en Ciencias Pedagógicas o de Ciencias de la Enfermería y 21 Máster en Ciencias (Enfermería, Comunicación Social, Ciencias de la Educación, otras). En relación a la categoría docente siete poseen la categoría de profesores Titulares, siete la categoría de Auxiliar, diez de profesor Asistente y seis de Instructor.

Para la aplicación del cuestionario que evalúa el modelo que logre los cuidados humanizados a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico propuesto, mediante el criterio de expertos se seleccionaron como indicadores los siguientes:

- Nivel de fundamentación teórica, basado en las diferentes ciencias para el logro de un cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.
- Nivel de estructuración del Modelo de cuidados humanizados propuesto.
- Grado de relación entre los diferentes elementos del Modelo de cuidados humanizados: principios, conceptos, supuestos y definiciones teóricas.
- Nivel de organización dinámica de las actividades de orientación y actualización del Modelo de cuidados desde la Educación Avanzada para la validación de la propuesta.

Estos indicadores permitieron la elaboración de un cuestionario (Anexo 20) que posterior a su aplicación se recopiló y procesó la información que aportaron los expertos (Anexo 20 a), para ello se aplicó el método Delphy con el cual se realizó el cálculo porcentual de la distribución de frecuencia sumativa, acumulativa y las imágenes en la función normal estándar.

Para la aplicación del método Delphy en una vuelta única, participaron 30 docentes, investigadores y directivos del área docente y asistencial con experiencia, donde se pudieron recoger los criterios y opiniones que tienen estos profesionales sobre el Modelo propuesto. Para esta indagación fue necesaria la confección de un cuestionario de 10 preguntas.

De acuerdo con el procesamiento estadístico indicado para la aplicación del método Delphy, (Anexo 20 a) a partir de los puntos de cortes, se establecieron las siguientes categorías: Inadecuado y poco adecuado se ubican en valores menores que -30.9 ; adecuado, se expresa entre -30.9 y -14.69 ; bastante adecuado, se ubica entre -14.69 y 4.7 y muy adecuado, se ubica entre 4.7 y 30.9 .

La propuesta encaminada a lograr un cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, es un aspecto valorado por los expertos como bastante adecuado con un nivel de significación de -0.1458 que evidencia la pertinencia del modelo, lo que hace que la misma responda a las exigencias que la sociedad. Al referirse al enfoque teórico-práctico que se evidencia en el Modelo de cuidados humanizados para brindar a la mujer durante el trabajo de parto y parto en las instituciones hospitalarias, fue valorada como bastante adecuado por los expertos. (Anexo 20 a). En relación con los fundamentos encontrados en las ciencias sociales y de la enfermería para sustentar el Modelo de cuidados humanizados para brindar a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las instituciones hospitalarias, fue enjuiciado por los expertos como bastante adecuado en un nivel de significación de -0.0158 .

La correspondencia de la contradicción que genera el diseño que se propone para el cuidado humanizado que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las instituciones hospitalarias, en correspondencia con las exigencias de la sociedad cubana, fue un elemento de la propuesta valorada como bastante adecuado por los expertos. Los encuestados consideran bastante adecuada la fundamentación epistemológica que se propone con el Modelo de cuidados humanizados para brindar a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, con niveles de satisfacción de -0.0158.

En el ítem número seis se valora por los expertos como bastante adecuado, el diseño que se propone para lograr un cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, lo que favorece la calidad de formación de la Enfermería Obstétrica en un nivel de significación de -0.1438. En el ítem número siete los expertos valoraron como bastante adecuadas las definiciones operativas de las dimensiones: actitud como parte del reflejo de la responsabilidad que se adquiere durante el desarrollo profesional, las habilidades comunicativas, la satisfacción de necesidades se expresa en el nivel de desarrollo de habilidades para la identificación de insatisfacción de la paciente, los conocimientos científico-tecnológicos y la profesionalidad se refiere al nivel de compromiso humano de los profesionales de enfermería, elementos que garantiza su ejecución.

Fueron valorados de bastante adecuado, el logro del objetivo del cuidado humanizado en que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, así como el diseño que se propone para el desarrollo del cuidado humanizado de los profesionales perfilados en la Obstetricia, en un rango que va desde -0.1438 hasta

-0.1458. Finalmente los expertos encuestados consideran bastante adecuado, la contextualización realizada desde un Modelo de cuidados humanizados, para su aplicación en los profesionales de enfermería perfilados en la Obstetricia, que sirva de utilidad en esta ciencia como elemento para el análisis integral de los problemas asistenciales, las dimensiones e indicadores identificados en el proceso de cuidado y su mejoramiento durante la atención que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

En resumen, los expertos de forma anónima, valoraron en el plano teórico de bastante adecuado el Modelo para lograr la atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico propuesto. Desde la pregunta abierta, los expertos no realizaron ninguna crítica o sugerencia que llevara a la autora a realizar algún cambio en la estructuración del modelo propuesto, por lo que solo realizó una vuelta. Los resultados del análisis de la consulta a experto, le permiten a la autora asegurar que el modelo, es viable en las condiciones actuales de las instituciones hospitalarias cubanas donde prestan servicios de obstetricia, por lo que la autora considera que el modelo alcanza el objetivo de la consulta a expertos de valorar teóricamente la propuesta, dándole continuidad al proceso de valoración como un primer acercamiento a la propuesta de una teoría de enfermería.

Metodología desarrollada para la introducción en la práctica del Modelo

Los modelos adquieren su verdadero significado cuando se trasladan a la práctica profesional para demostrar que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiada por un modelo de enfermería, permite obtener una mayor calidad de vida en las personas que son atendidas.^{97,102}

La autora considera para la instrumentación en la práctica de los modelos teóricos las alternativas educativas, incluidas dentro de un diplomado como forma de la Educación Avanzada, seleccionada por las siguientes razones: se concreta a corto plazo en la práctica, actúan sobre el conocimiento teórico para transformarlo y actuar sobre los modos de actuación, como expresión de un enfoque educativo desde lo integral y lo holístico. En el Anexo 21 se muestra la metodología a desarrollar. Su ejecución se implementó en la gestión del primer cuatrimestre del año fiscal 2016 en el contexto de los escenarios prácticos del área asistencial seleccionados para la investigación.

Análisis de los resultados de la observación al seguimiento del trabajo de parto y el parto posterior a la aplicación del Modelo. (Anexo 22 y 23)

Para conocer la transformación ocurrida en la actuación de los profesionales de enfermería mediante los cuidados humanizados que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, desde la aplicación del modelo propuesto posterior a la ejecución de las actividades que aparecen en la metodología del curso número tres del diplomado, se utiliza un pre-experimento en el que se aplica la observación a los mismos profesionales de enfermería (antes seleccionados como grupo I de estudio) en el Servicio de Preparto, Parto y Alojamiento Conjunto durante el seguimiento a las mujeres en el trabajo de parto y el parto.

La valoración de la significación de los cambios que ocurren en los cuidados humanizados que se le brindan a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en el Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García”, a partir del Modelo de cuidados humanizados se logra con la utilización de la prueba chi

cuadrada de bondad de ajuste, con un nivel de significación de $\alpha = 0,01$, es decir un 99,9 % de fiabilidad. ⁶⁶

Como Hipótesis de trabajo (H1) se tiene que: Si se aplica el modelo de cuidados humanizados, entonces mejora la atención integral a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Variable Independiente (VI): aplicación del modelo de cuidados humanizados.

Variable Dependiente (VD): mejoramiento la atención a las mujeres en el trabajo de parto y el parto.

Para el cálculo de Chi cuadrada de bondad de ajuste (χ^2) se utiliza la fórmula aparece a continuación: $\chi^2 = \frac{(A-B) - 1}{A+B}$. Donde A es la cantidad de profesionales de enfermería con cambios positivos en los cuidados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto a partir de la ejecución del Modelo y B los que no los manifiestan. Se considera que el valor de chi cuadrada de bondad de ajuste (χ^2) en la tabla es igual a 6.634 y que, según esta prueba estadística, cuando el valor calculado es mayor que el valor de la tabla, los cambios se reconocen como positivos, si el valor calculado de chi cuadrada de bondad de ajuste (χ^2) es menor o igual no se valida la existencia de un cambio positivo.

La comparación de los cambios en los resultados de la observación a los 25 profesionales de enfermería (Anexo 22), permitió constatar la viabilidad del Modelo, que se realiza a partir de los indicadores utilizados para la construcción de los instrumentos aplicados en el trabajo empírico de la investigación. Los mismos que relacionan los criterios observados con la categoría de Bueno (B) y en los que no se observaron cambios con la categoría de Malo (M) que a continuación se expresa:

Desde la observación se destaca la transformación lograda en la información que se les brinda a los familiares sobre la evolución del trabajo de parto (con mayor intercambio con la familia por parte de todos los miembros del equipo). La comunicación con la mujer se manifestó con orientaciones sin autoritarismo colegiando el plan de cuidados, pero a pesar del cambio positivo logrado se debe continuar trabajando en el uso de una correcta expresión verbal y corporal. Se constató además el cumplimiento de llamar a la mujer por su nombre. Aumenta la calidad de las clases de Psicoprofilaxis que se imparten.

Los indicadores relacionados con un correcto dominio de sus funciones dentro del equipo de salud, capacidad para realizar acciones coordinadas con organización del trabajo dentro del mismo, la independencia y autonomía en las acciones hacia la mujer desde la habilidad para identificar la insatisfacción de necesidades de forma individual así como las acciones dirigidas para satisfacerlas con una capacidad empática evidencian un cambio positivo, según el valor de chi cuadrada (χ^2) en la tabla ($\chi^2_c \geq \chi^2_t$)

Desde la observación persistió el extremo cuidado de mantener de forma inmediata el vínculo madre-hijo desde el propio momento del nacimiento y la comunicación de forma inmediata a la madre el peso y sexo del recién nacido, así como la individualidad del cuidado de enfermería y la realización por el profesional de enfermería del 100% de los partos.

Es meritorio destacar que aún permanecen dificultades con respecto a los derechos y a la integridad de las mujeres sin poseer libertad de posición y-o movimiento tanto en el trabajo de parto como en el parto, así como la posición de agache en la cuña.

Persiste la escasa privacidad en la realización de los procedimientos y el uso nulo de los métodos alternativos de alivio al dolor a la parturienta. En muy pocos casos existió la oportunidad para el acompañamiento familiar a la mujer.

En resumen, se pudo valorar que el 87% de los indicadores observados muestran cambios positivos, elemento que permitió aceptar la Hipótesis de trabajo (H1) que explica que el Modelo de cuidados humanizados, sí mejora la atención integral a las mujeres en el trabajo de parto y el parto.

Análisis de los resultados del test de satisfacción a mujeres

Con la finalidad de determinar el grado de satisfacción personal de las mujeres por la actuación de los profesionales de enfermería durante el trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente “Comandante: Ciro Redondo García”, actuación lograda desde el Modelo de cuidados humanizados se aplicó la técnica de satisfacción individual y grupal, con este propósito se elaboró un cuestionario (ver anexo 24). Para el análisis de las respuestas fue empleado el Cálculo de Índice de Satisfacción Grupal (ISG), en el que se expresa una relación desconocida para los encuestados.¹¹⁴ (Anexo 25)

De esta forma, se determinó en qué lugar de la escala se encontraba cada mujer en su índice de satisfacción: 1. Clara satisfacción. 35 pacientes; 2. Más satisfecho que insatisfecho. 94 pacientes; 3. Más insatisfecho que satisfecho. 30 pacientes; y 4. Clara insatisfacción. 24 pacientes.

Para calcular el índice de satisfacción grupal se empleó la siguiente expresión:¹⁰³

$$SG = \frac{A (+1) + B (+0,5) + D (-0,5) + E (-1)}{N}$$

N

Para determinar la significación de este índice se empleó la siguiente escala: (+1) Máximo de satisfacción; (+0,5) Más satisfecho que insatisfecho; (-0,5) Más insatisfecho que satisfecho; y (-1) Máxima insatisfacción.^{114,115}

Como resultado se puede observar que el índice de satisfacción grupal con la aplicación de la **ISG= 1,72**, entonces la satisfacción grupal de las mujeres con la atención recibida durante su trabajo de parto y el parto es de **Muy Satisfecho**.

Conclusiones del capítulo III:

La modelación del Modelo se fundamenta desde las dimensiones filosófica, sociológica, psicológica, de la Educación Avanzada y de las Ciencias de la Enfermería. Se estructura en dos niveles: conceptual y metodológico que muestran su contextualización en la atención integral que reciben las mujeres mediante los cuidados humanizados en el servicio obstétrico propuesto.

La valoración de los resultados que se obtienen a partir de la consulta a expertos para la validación teórica del modelo y su aplicación mediante un diplomado, así como la comparación de los cambios de la observación a los profesionales de enfermería en el servicio obstétrico hospitalario y el test de satisfacción a las mujeres atendidas, muestran la validación del Modelo de cuidados humanizados.

CONCLUSIONES

Conclusiones

El estudio documental y la sistematización realizada de los fundamentos teóricos y metodológicos sustentan el proceso del cuidado, desde su connotación histórica y filosófica para abordar su concepción humanista en la rama de la Enfermería en general y la Enfermería Obstétrica en particular, y le permitió a la autora asumir como referentes teóricos a las teorías de la Ciencia de la Enfermería.

El análisis a los resultados obtenidos mediante los métodos teóricos y empíricos aplicadas a partir del proceso de parametrización realizado al cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, posibilitó la caracterización del estado actual y conllevó al diagnóstico de problemas dentro de los que se pueden mencionar una insuficiente visión integradora del proceso del parto como proceso fisiológico, pobre desarrollo de habilidades para la identificación de insatisfacción de la mujer con dificultades en la información proporcionada a la parturienta con inadecuada expresión verbal, extraverbal y corporal.

El proceso de abstracción realizado favoreció la modelación del Modelo de cuidados humanizados para el logro de la atención integral a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, a partir de los fundamentos filosóficos, pedagógicos psicológicos, sociológicos y de las Ciencias de la Enfermería, que sustenta el cuidado humanizado.

El Modelo de cuidados humanizados durante el trabajo de parto y el parto permitió identificar las relaciones que se manifiestan entre la actitud, habilidades comunicativas, conocimiento científico-tecnológicos, satisfacción de necesidades y profesionalidad de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de

obstetricia, referidas en la parametrización y en la forma de la Educación Avanzada utilizada, contribución realizada a la Ciencia de la Enfermería, desde la concepción holística del objeto social de dicha ciencia.

El análisis de los instrumentos de salida como la consulta a expertos, la aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería del grupo de estudio y el test de satisfacción a las mujeres, posibilitaron la constatación de la viabilidad del Modelo de cuidados humanizados en el marco de la atención integral a la mujer en el proceso del parto y como estructura fundamental en el servicio de hospitalización obstétrica.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones

- Generalizar los resultados de la investigación en otros servicios hospitalarios, que favorezca el cuidado humanizado al paciente, la familia y la comunidad.
- Aplicar la estructura del modelo propuesto a la superación profesional, encaminado a la atención integral de la mujer en el proceso del parto.
- Capacitar a los docentes y funcionarios de otras especialidades, que favorezca el acercamiento al cuidado humanizado.
- Socializar los resultados de la investigación en la comunidad científica mediante ponencias en eventos nacionales e internacionales y artículos en revistas indexadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Cruz Hermida, J. Las Matronas en la historia desde la mitología a nuestros días. Madrid; Plaza Ed: 2007.
- 2.- José Nieto, A. Manejo interdisciplinario y humanizado: Nuevos enfoques, atención del parto y el nacimiento con enfoque intercultural. 1er Simposio de actualización en el cuidado perinatal; Andalucía, Fundación Valle de Lili: 2009.
3. Leboyer, F. Por un nacimiento sin violencia. Río de Janeiro (RJ), 1974. [[Links](#)]
4. Cordeiro, SN, Sabatino, H. La humanización del parto. En: Zugaib M, Tedesco JJ, Quayle, J. Obstetricia Psicosomática. São Paulo (SP): Editorial Ateneu; 1997: 280-317. [[Links](#)]
- 5.- Águila Setián, S, Breto García, A, Cabezas Cruz, E, Delgado Calzado, JJ y Santisteban Alba, E. Obstetricia y Perinatología Diagnóstico y Tratamiento. ECIMED La Habana. Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 2014. Pág. 66-68.
- 6.- Le Roy, J. Hospitales de San Francisco de Paula (para mujeres). Rev. Med y Cirg. Habana. 1921; 26: 564-573.
- 7.- Asís Orozco Sáenz, F. La Matrona a Través de la Historia. H.R.U Carlos Haya. Universidad de Málaga. España. Hospital Materno Infantil; 2010.
- 8.- Galliano, D, Fernández, P. Historia de la Ginecología y Obstetricia. Servicio de Obstetricia y Ginecología. En: Clase de Residentes. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada: 2007. Pág. 2,3.
- 9.- García Jordá, D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. Ciudad de La Habana, 2007-2010. Tesis

presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad de La Habana, Facultad de Biología. La Habana 2010.

10.- Alarcón-Nivia, MA, Sepúlveda-Agudel, J, Alarcón-Amaya, IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Abril-Junio 2011; 62 (2): 188-195.

11.- Botella LLusiá, J. Clavero Núñez, JA. Tratado de Ginecología. Ministerio de Cultura Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica; Tomo I,1980.

12.- Arzuaga, J. L. La especie elegida, Ed. Temas de Hoy; Madrid, 2006.

13.- Textos Sagrados: La Biblia Latinoamericana. Traducida, y comentada para las comunidades cristianas de latinoamericanas. Edición Pastoral. Chile: Editorial verbo divino; 2005. Antiguo Testamento (Génesis y Éxodo).

14.- Rodríguez Rozalén, MA. Las 144 primeras semanas de tu hijo. La esfera de los libros S.L; España, Anexo V, 2003.

15.- Amaya Luaiza, E. Las Comadronas que se fueron. La Habana: Editorial S.A.; 2003. p 2-3.

16.- Claro de Castro, J, José Clapis, M. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(6):960-7.

17.- Ancheta Niebla, E. Hechos y personalidades relacionados con la enfermería cubana 1899-1958. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería. Universidad de La Habana, Facultad de Enfermería: “Lidia Doce”. La Habana 2015.

- 18.- Barros, LM, Magalhães da Silva, R, Ferreira Moura, ER. Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil. Invest Educ Enferm. 2007; 25(2): 44-51.
- 19.- American College of Nurse-Midwives. Pdf document. March 2009. Accessed September 12, 2013. ACNM Position Statement - Midwifery Certification in the United States
- 20.- Santos Redondo, P, Al-Adib Mendiri, M. Estrategia de atención al parto normal. Extremeño de Salud. 1ª Edición; Brasil, 2013.
- 21.- Rangel da Silva, I, de Souza Serrano, N, Moreira Christoffel M. La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. Enfermería Global, 2006, 7-10.
- 22.- Saíñz de Robles, FC. Diccionario Español de sinónimos y antónimos. Instituto Cubano del Libro, Editorial José Martí, La Habana, Cuba, 2012.
- 23.- Velez Alvarez, C, Vanegas García, JH. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Hacia la promoción de la salud, 2011; 16 (2): 175-189.
- 24.- Rodríguez-Jiménez, S, Cárdenas-Jiménez, M, Pacheco-Arce AL. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México, 2014; 11(4):145-153.
- 25.- Malvárez, S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto & Contexto Enfermagem 2007; 16(3):520-10.
- 26.- Salazar, M, Gutiérrez, A. La responsabilidad de la Enfermería ante la indicación de transfundir sangre y hemoderivados: la experiencia en Costa Rica. Rev Latinoam Der Méd Middle Leg; 2010; 1(1):49-4.

- 27.- Pinto Afanador, N. El cuidado como objeto del conocimiento de Enfermería. *Avances en Enfermería*. 2002; XX (1):43-8.
- 28.- Daza de Caballero, R, Medina, LS. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fé de Bogotá. *Cultura de los Cuidados*. Colombia; 2006; X (19):55-7.
- 29.- Muñoz Hernández, Y, Coral Ibarra, R, Moreno Prieto, D, Pinilla Pinto, D, Suárez Rodríguez, Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Repertmedcir* 2009;18(4):246-4.
- 30.- McFarland, M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Marriner Tomey, A, Raile Alligood, M, editors. *Modelos y teorías en Enfermería*. Sexta ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2008. p. 472-26.
- 31.- De león López, VA. Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud Quetzaltenango. Enero-febrero 2015.
- 32.- Moore Scchaefer, S. Artigue G, J. Foli K, Jonson T, Merriner Tomey, A, Carolyn Poat M, et al. El Modelo de conservación. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba: Editorial Harcourt; 2007. p. 195-206
- 33.- T. Fresse B, J. Beckman S, Boxley-Harges S, Bruick-Sorge Ch, Matew Harris S, E. Hermis M, et al. Modelos de los sistemas. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba: Editorial Harcourt; 2007. p. 267-298.

34.- Anne Tillett, L. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos de promoción de salud. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba: Editorial Harcourt; 2007. p. 529-537.

35.- M. Brown V, S. Conner S, S. Harbourt L, A. Magers J, K. Watt J. Modelos del sistema conductual. En: Merriner Tomey, A, Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba: Editorial Harcourt; 2007. p. 227-242.

36.- Muños Torres, MM, Alexandra Morales, D. Modelo y modelado de roles. En: M. Teorías en Enfermería. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elsevier. 7a ed. Madrid, España; 2011. Capítulo 25.

37.- León Román, CA. La enfermería como profesión. En: Bello Fernández NL. Fundamentos de Enfermería Parte I. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2006. p. 21-27.

38.- Mulens Ramos, I. Estrategia educativa para enfermeros en la atención a las pacientes con aborto espontáneo. Tesis Doctoral en Ciencias Pedagógicas. La Habana, 2012. p. 37.

39.- Baéz, F. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Scielo. [En línea] Agosto de 2009. [Citado el: 25 de Marzo de 2014.] <http://www.redalyc.org/41/74112142002.pdf>. 1657-5997.

40.- Carrasco, A. El cuidado humano: reflexiones (inter) disciplinarias. [En línea] Julio de 2011. [Citado el: 1 de mayo de 2014.]

<http://www.fcs.edu.uy/archivos/El%20Cuidado%20Humano.pdf>. 978-9974-0-0750-5.

41.- Beltrán, Ó. Rechazo de los pacientes del cuidado enfermero. Invest Educ Enferm. . [En línea] 2011. [Citado el: 8 de Abril de 2014.] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0120-53072011000300002. 0120-5307.

42.- Arredondo, CP. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Scielo. [En línea] Marzo de 2009. [Citado el: 9 de abril de 2014.]

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000100007&script=sci_arttext. 1132-1296.

43.- Madrigal Forero, M, Constanza Escobar, C. La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. Redalyc. [En línea] Julio-Diciembre de 2013. [Citado el: 9 de Abril de 2014.] <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803004.pdf>. 0124-2059.

44.- Aguirre Alvarez, I, Juan, J. Valoración de la aptitud para trabajar. [En línea] 14 de Julio de 2006. [Citado el: 10 de Agosto de 2014.]

http://www.mcmutual.com/contenidos/opencms/webpublica/Publicaciones/Otras/ressources/MC_UPF.pdf.

45.- Amaro Cano, MC. La formación humanística de las enfermeras: una necesidad insoslayable. Cátedra de Bioética. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Rev Cub Enf, Artículo de Reflexión y Debate. 2002;29 (4).

- 46.- Mur Villar, N, Iglesias León, M, Aguilar Cordero, MJ. Valoración de la formación docente desde los problemas asistenciales en el especialista de Enfermería Materno Infantil. Cuba. Cienfuegos, MediSur, 2010; 8 (5).
- 47.- Rigol Ricardo, O. Tratado de Obstetricia y Ginecología. La Habana. Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 1976.
- 48.- Mejía Botero, N. Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad. En: M. Teorías en Enfermería. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elsevier. 7a ed. Madrid, España; 2011. Capítulo 22.
- 49.- J.F Tracey, A. Barnhart D, M. Bennett P,d. Prter B, S. Sloan R. Filosofía y ciencia de la asistencia. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba: Editorial Harcourt; 2007. p. 142-156.
- 50.- Rivera, MS, Herrera IM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. Texto contexto enferm, Florianópolis, 2006; 15 (esp): 158-63.
- 51.- Françoise Collière, M. Promover la vida. Barcelona: Interamericana Mc Graw Hill, 1982.
- 52.- Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Menlo Park (CA/USA): Addison Wesley; 1989.
- 53.- Loaiza Morales, LT. La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elsevier. 7a ed. Madrid, España; 2011. Capítulo 27.

- 54.- Murcia González, VH. Bioética sinfonológica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elsevier. 7a ed. Madrid, España; 2011. Capítulo 26.
- 55.- Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Conferencia sobre Tecnología apropiada para el parto. Brasil; 1985.
- 56.- Garzón, N. Ciencia y humanización en enfermería. En: Quevedo F, Plata E, Mendoza J. Hacia una medicina más humana. Ed Médica Panamericana. Bogotá, Colombia; 1998. p. 248-250.
- 57.- Garzón, N. Ética profesional y teorías de enfermería. Aquichan. 2005; 5 (1): 69-71.
- 58.- Declaración de Ceará. Humanización del parto. Fortaleza. Brasil, 2002. (Disponible desde Internet en: <http://www.relacahupan.com/caminos01.html> (con acceso el 04/15/07)).
- 59.- Martis, R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR [actualizado 8 Sep 2007; citado 28 Dic 2009]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancychildbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html.
- 60.- Lutz, L, Misol, S. Parto Humanizado: Recopilación de folletos y artículos, Material de apoyo para los talleres de capacitación. Red Latinoamericana y del

Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), Uruguay, 2007, 3-5 [citado 2012 Mayo 22]; Disponible en: www.relacahupan.org.

61.- Trevizan, MA, Mendes, IA, Melo, MR. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff, una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente. Rev. Latino-Americana de Enfermería. 2003;11 (5): 652-657. Disponible desde Internet en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500013&script=sci_arttext (con acceso 20/10/07).

62.- Andreoni, S, Bruggemann, OM, Camacho, AV, Cianciarullo, T, Land, S, Tsunechiro, MA Gómez. Lineamientos y Directrices de Enfermería Para la Mejoría de la Calidad de la Atención Prenatal en Embarazos de Bajo Riesgo en América Latina y el Caribe. OPS. (Washington, D.C); 2004. p. 7-42. Disponible desde Internet en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf> (con acceso 20/10/07).

63.- Cabezas Cruz, E. Contribuciones Escritas y Derechos Humanos SCGO: Sociedad cubana de Ginecología y Obstetricia. Informe Examen Periódico Universal (EPU) de Cuba, abril-mayo del 2013.

64.- Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2006.

65.- Martins, JJ, Stein Backes D, Da Silva Cardoso R, Lorenzini Erdmann A, De Albuquerque GL. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Rev enferm UERJ 2008;16(2):276-5.

66.- Hernández-Sampieri, R, Fernández-Collado, C, Baptista, P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

67.- Valencia, M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Investigación y educación en enfermería, 2013; 18(1). <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16851>.

[Consultado Febrero 12,2015.](#)

68.- Marimón Carrazana, JA, Guelmes, V. EL. Aproximación al estudio del modelo como resultado científico. Centro de Estudios de Ciencias Pedagógicas: ISP: “Félix Varela”. Villa Clara; 2005

69.- Stoff, V. A. Citado por V. Davýdov. Tipos de generalización en la enseñanza, Ed. Pueblo y Educación, La Habana, Cuba, s/f, p. 313.

70.- Pérez Rodríguez, G. Metodología de la investigación educacional, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, Cuba; 1996. p. 80.

71.- De Armas Ramírez, N. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aporte de la investigación educativa. Curso 85 Pedagogía 2003, Ciudad de La Habana; Cuba. p. 13.

72.- Valle Lima, AD. La investigación pedagógica otra mirada. El trabajo con los modelos en la investigación pedagógica. Instituto central de Ciencias Pedagógicas. Ministerio de Educación. Cuba.Ciudad de la Habana, 2010. Material mimeografiado. Pág 166.

73.- Marquis Bishop, M. Historia y filosofía de la ciencia. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba: Editorial Harcourt; 2007. pág 25-34.

- 74.- Elers Mastrapa, Y. Modelo de relación enfermera-paciente-cuidador, en el servicio hospitalizado de geriatría. Escuela Nacional de Salud Pública. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Enfermería “Lidia Doce”. La Habana, 2016. pág. 80.
- 75.- S. Harbourt L, Creekmur T, Defelice J, Sue Doub M, Hodel A, Marriner Tomey A, Y. Petty C. Modelo conceptual de Enfermería. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba; 2007. p. 516-528.
- 76.- Kuerten P, Lenise M. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo? Index Enferm [revista en la Internet]. 2008; 17(2):128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es. Consultado Junio 12,2015.
77. - Bringas Linares, JA, Reyes Piña, OL. La modelación teórica como método de la investigación científica. Publicado en Revista Varona, No.42.
- 78.- Paneque Ginarte, AN. Modelo didáctico para el desarrollo de competencias profesionales en estudiantes de la carrera Ingeniería Electrónica. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Centro de estudios de posgrado e investigación. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Educación. Santa Cruz, Bolivia, 2016. p. 82.
- 79.- Alsvag H, Martinsen K. Filosofía de la asistencia. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería, Madrid, Elsevier, 2011.

80.- Meza-Benavides, MA. Construcción del conocimiento en Enfermería: Enfermeros y enfermeras tienen la palabra. *Enfermería en Costa Rica*; junio 2006, 27: (1).

81.- Fleitas Ruiz, R. Género y pensamiento médico. Hacia un nuevo enfoque de la salud femenina. En: Fleitas Ruiz R. *Sociología y políticas de salud. Selección de lecturas*. Editorial Félix Varela. La Habana, Cuba; 2006. p. 142-150.

82.- Agramonte del Sol, A. Enfoque interdisciplinario de la salud reproductiva y sexual en la formación de enfermeros universitarios en Cuba. *Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]*. 2010 Dic [citado 2012 Mayo 22]; 26(4): 119-202.

83.- Alarcón Ortiz, R. La calidad de la educación superior cubana: retos contemporáneos. Conferencia Inaugural en el Congreso Pedagogía 2013. *Publicación del Palacio de las Convenciones La Habana: Palacio de las Convenciones*; 2013: 9.

84.- Esquivel, JE. *La universidad hoy y mañana. El posgrado Latinoamericano*. México: Centro de Estudios sobre la Universidad y Plaza y Valdés Editores. 2012: 16-20.

85.- Herrera Miranda, GL, Horta Muñoz, DM. Estrategia para el desarrollo del proceso de formación de especialistas de segundo grado en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2014; 18(6): 1056-1069.

86.- Ibrahim Meleis, A. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; Bogotá: Acofaen; 2000.

87.- M. Meighan M, M. Bee A, Legge D, Oetting S. Teoría de Adopción del rol maternal. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba, 2007. p. 407-438.

88.- Andrade Sampaio, A, de Vasconcelos Silva, AR, Ferreira Moura ER. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad? Rev Chil Obstet Ginecol. 2008; 73(3): 185 – 191.

89.- Ortega-López, RM. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. Hospital General de Tampico, Tamaulipas de la Secretaria de Salud “Dr. Carlos Canseco:”1er. Semestre 2006, Año X (19).

90.- Van – Der CJ, Quiles Y, Quiles Ma J. Técnicas de comunicación para profesionales de Enfermería. Edita Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad; 2006.

91.- Laza Vásquez, C. Intervenciones de capacitación en parteras tradicionales 2005-2011. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria del Área Andina; 2011. Resultado del proyecto de investigación institucional No. 107 financiado por la Fundación Universitaria del Área Andina; 2014.

92.- Alfonso Orozco, G, Peña Alvarado, A. Apoyo emocional de las enfermeras a las mujeres en trabajo de parto. Tesis en opción al grado de Licenciado en

Enfermería. Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería Campus Milatitlán. México; 2010.

93.- García L, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20:74-80.

Disponibile <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>. Consultado Abril 29,2015.

94. Da Silva RC, De Assunção Ferreira, M. Una nueva perspectiva sobre el conocimiento especializado en enfermería: un debate Epistemológico. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(6).

95.- Ceballos Vásquez, PA. Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado Ciencia y Enfermería 2010; XVI (1):31-4.

96. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007; 20(4):499-4.

97.- Francisco del Rey, C, Ángel Lázaro, J. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. Tesis en opción al grado doctoral; 2008.

98.- Añorga J; Valcárcel N; Ché J; Colado J; Pérez AM. La Parametrización en la Investigación Educativa. Revista Varona No. 43 ISPEJV. La Habana, 2010. p. 8. Consulta a especialistas.

- 99.- Cabrera Ditzel, J. Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile. *Renacer del parto natural*. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(1): 65-67.
- 100.- Durán de Villalobos, MM. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. Bogotá, Colombia. *av.enferm.*, XXX (1): 9-12, 2012.
- 101.- Raile Alligood, M. Introducción a las teorías en enfermería historia, importancia y análisis En: M. Teorías en Enfermería. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. Editorial Elsevier. 7a ed. Madrid, España; 2011. Capítulo 1.
- 102.- Londoño Castro, M. Teorías en Enfermería. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. Editorial Elsevier. 7a ed. Madrid, España; 2011. Capítulo 20.
- 103.- Abraham Harold, M. *El management: una visión humanista para la empresa de hoy*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. 2005. ISBN 84-493-1698-7.
- 104- Satisteban Alba, S. Parto Normal. En: Rigol Ricardo, O. *Obstetricia y Ginecología*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2006. p. 85-106.
- 105-Federación de Asociaciones de Matronas de España. *Iniciativa parto normal: documento de consenso [monografía en internet]*. Barcelona: Federación de asociaciones de Matronas de España; 2007 [acceso 10 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn>.
- 106.- Campos Pavan, P, Barbosa Merighi, MA, Fernandes de Freitas, J. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de

enfermería. Río de Janeiro. Cultura de los cuidados. 1er Cuatrimestre 2011. Año XV; (29): 9-15.

107.- Urbina Laza, M. Metodología para la evaluación de competencias laborales de los profesionales de enfermería que laboran en servicios de neonatología. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, 2007.

108.- Izquierdo Medina, R. La comunicación interpersonal en la familia con un miembro consumidor de sustancias ilícitas. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona" Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas "10 de octubre". La Habana, 2012.p. 34.

109.- Agramonte del Sol, Alain. La enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería. Madrid. Ediciones Enfo. 2011. P. 37-58.

110.- Sandoval Casilimas, CA. Metodología cualitativa. En: Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. En: Guillermo Briones. Editores e impresoras LTDA. Bogotá, Colombia; 2002.

111.- Ministerio de Educación Superior. Reglamento de la Educación de Postgrado de Cuba, Ciudad Habana, Cuba. RM 132/2004. Pág. 3, 4, 7.

112.- Añorga, J; y otros. Glosario de términos de la Educación Avanzada, 2010. En CD-Rom. Programa Doctoral Tutelar Asistido. UCPEJV. La Habana. Pág. 25, 27.

113.- Añorga Morales, JA. La Educación Avanzada y el mejoramiento profesional y humano. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona". La Habana, 2012.

114.- Iznola Cuscó, M. B, Gabriel Wells. La satisfacción del profesor de Educación Física. Revista Educación física y deporte. 2008;27(2): 27-35.

115.- Lorenzo Tejedor, JC. Niveles de satisfacción e insatisfacción escolar por las Actividades en el Medio Natural en la Educación Secundaria Obligatoria y el Bachillerato. Aplicación de la técnica ladov. Revista Digital. Buenos Aires. 2005; 10(85). <http://www.efdeportes.com/>.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Londoño Pareja, S. Promoción de Salud. En: M. Teorías en Enfermería. En: Merriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elsevier. 7a ed. Madrid, España; 2011. Capítulo 21.

Ibrahim Meleis, A. Theoretical Nursing Development and Progress. Editorial Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia. 2007.

Swain. MA, M. Tomlin. E, C. Erickson.H. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, Modelización y modelización de roles. En: Merriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 4ta edición. La Habana, Cuba: Editorial Harcourt; 2007. p. 227-242.

Santos S, López M, Sánchez G, Bardallo L, Fernández L, Zabalegui A et al. Modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas. Educ. méd. [revista en la Internet] 2011; 14(2):119-127. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000200008&lng=es. Consultado junio 22;2015.

Lescaille, M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2006; 22(1).22-26. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf08106. Consultado abril 23; 2015.

Ordaz Lorenzo, R. La modelación como método científico general del conocimiento y sus potencialidades en el campo de la educación. ISPEJV. Material digitalizado. 2003. p.5

Zayas, P. Los modelos y la modelación. Material mimeografiado. 1997. tomado de Ordaz Lorenzo, R. La modelación como método científico general del conocimiento y sus potencialidades en el campo de la educación. ISPEJV. 2003. Material en soporte magnético.

Pinto Afanador, N, Barrera Ortiz, L, Sánchez Herrera, B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”. Revista Aquichan 2005;5(1):128-9.

Alarcón, AM. Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. Horizonte Enferm. 2002; 12 (1): 39-45.

Resolución Ministerial 396/07, de Regulaciones de la práctica de enfermería Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba., 2007. Pág. 10.

Torres Esperón, M. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano. Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias de la Salud. La Habana 2006.pág. 3,21.

Resolución WHA 54.12. Fortalecimiento de la Enfermería y Partería. Organización de los Servicios de Salud. Enero: 2004.

Direcciones estratégicas 2002-2008 de OMS para los Servicios de Enfermería y Partería.

Sixto Pérez, A. Estrategia pedagógica para la preparación de los Licenciados en Enfermería en las competencias investigativas. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José

Varona" Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas “10 de octubre”. La Habana, 2014.p. 33, 37-38

Espinosa Aguilar, A. Desempeño del profesional de Enfermería en el seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Enfermería “Lidia Doce”. La Habana, 2015.

García Jordá, D, Díaz Bernal, Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio Rev Cubana Salud Pública. Ciudad de La Habana oct.-dic. 2010; 36 (4). www.eerp.usp.br/rlae

Heidegger, M. Ser y tiempo. Santiago de Chile Universitaria Temas de Filosofía; 1997.

Boff, L. A ética do saber cuidar de Leonardo Boff: uma aplicação à Educação Física escolar. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

Boff, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. Inclusão Social. 2005;1(1):10-5.

Lodos, O, Mieres, A. La dirección científica. Metodología para el estudio de las estructuras organizativas con enfoque en sistema. Publicación ligera. Universidad de La Habana. 1985, p.10-13

Benavent Garcés, MA, Francisco del Rey, C, Ferrer Ferrandis, E. Desde el origen de la enfermería a la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. Enfermería 21 American College of Nurse-Midwives. Pdf document. March 2009. Accessed September 12, 2013.ACNM Position Statement - Midwifery Certification in the United States

Organización Panamericana de la Salud. El progreso en la Salud de la población. Informe Anual del Director. Capítulo 2. La Salud en el desarrollo humano. Documento Oficial # 298. 2000.

Leddy, S, Pepper, JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p. 160.

Perez, F, Aung KD, Ndoro T, Engelsmann B, Dabis F. Participation of traditional birth attendants in prevention of mother-to-child transmission of HIV services in two rural districts in Zimbabwe: a feasibility study. BMC Public Health. 2008; 8:401-14.

Lessa Pacheco de Oliveira, ZM, Moreira Faria Madeira, A. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(2): 133-40.

Santisteban, S, Oliva, J. Semiología obstétrica. En: Rigol O. Ginecología y Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 55-72.

Rondón García, AM. Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad del Hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar. Escuela de Ciencias de la Salud: “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Departamento de enfermería tesis para optar al título de Licenciado en Enfermería. Ciudad Bolívar, noviembre de 2010.

Valcárcel Izquierdo, N, Añorga, J. Estrategias comunicacionales para el mejoramiento profesional y humano. La Habana. Cuba. 2007.

Valle Lima, A. Algunos modelos importantes para la investigación pedagógica.: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas; La Habana, Cuba 2007.

Zubizarreta, M; Fernández Vergé, C; Sánchez Rodríguez, N. La Educación

Avanzada en enfermería. Realidad y desafíos. Revista Cubana Educación Médica Superior 2000.

ANEXOS

Anexo 1.
Parametrización de la variable cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto

| Dimensiones | Indicadores. |
|--|---|
| Actitud | 1.1 Nivel de compromiso ético durante la práctica de sus funciones. |
| | 1.2 Nivel de familiaridad en la atención a la parturienta. |
| | 1.3 Nivel de desarrollo de habilidades para las relaciones interpersonales. |
| | 1.4 Nivel reflexivo en la atención a la parturienta. |
| | 1.5 Nivel de responsabilidad, apoyo y respeto en la atención a la parturienta. |
| Habilidades comunicativas | 2.1 Nivel de información proporcionada a la parturienta. |
| | 2.2 Nivel de contacto físico y verbal entre enfermero-as y parturientas. |
| | 2.3 Nivel en el que ayuda a la mujer en la toma de decisiones. |
| | 2.4 Nivel de expresión extraverbal y corporal. |
| | 2.5 Nivel de capacidad de negociación (transacción educativa). |
| Satisfacción de necesidades humanas | 3.1 Nivel de desarrollo de habilidades en la identificación de carencias o deseos de la mujer. |
| | 3.2 Nivel de percepción de las demandas de la mujer en la adaptación y estabilidad durante el trabajo de parto y el parto . |
| | 3.3 Nivel de valoración individualizada para la prestación de cuidados. |
| | 3.4 Nivel de desarrollo de habilidades para las valoraciones individualizadas de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. |
| Conocimientos científicos-tecnológicos | 4.1 Nivel de resultados de la evaluación de la competencia profesional. |
| | 4.2 Nivel de conocimientos sobre los cuidados prestados durante el trabajo de parto y parto. |
| | 4.3 Nivel de utilización ética de la tecnología. |
| | 4.4 Nivel de utilización de métodos alternativos de alivio al dolor durante el trabajo de parto y parto. |
| | 4.5 Nivel de desarrollo de habilidades para adecuar las funciones asistenciales con el componente humano que las acompaña. |
| Profesionalidad | 5.1 Nivel de compromiso humano. |
| | 5.2 Nivel de pertenencia con la profesión. |
| | 5.3 Nivel de respeto hacia la integridad física y moral de la mujer durante su atención. |
| | 5.4 Nivel de perfeccionamiento en la relación de cuidados. |
| | 5.5. Nivel de conocimientos sobre la legitimación social de las funciones. |

Fuente: propia de la autora. 2015-2016.

Anexo 2.

Estructura de la población y la muestra según los instrumentos aplicados en la caracterización

| Instrumentos | Población | Muestra | % | Tipo de muestreo |
|---|-----------|---------|------|--|
| Encuesta a profesionales de enfermería | 61 | 39 | 63,9 | muestreo no probabilístico intencional por criterios |
| Entrevista a profesionales de Enfermería | 10 | 10 | 100 | muestreo tipo "bola de nieve" |
| Entrevista a especialistas Médicos | 10 | 10 | 100 | muestreo tipo "bola de nieve" |
| Test de satisfacción a mujeres | 25 | 25 | 100 | muestreo no probabilístico intencional por criterios |
| Guía de observación a profesionales de enfermería sobre el cuidado que brindan a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. | 39 | 25 | 64,1 | muestreo no probabilístico intencional por criterios |
| Consulta a Expertos | 30 | 30 | 100 | No probabilístico por muestreo de "Bola de Nieve" |
| Entrevista a mujeres | 25 | 10 | 40 | muestreo no probabilístico intencional por criterios |

Fuente: Departamento de Archivo y Estadística, Departamento de Enfermería, Dirección del Hospital General Docente "Comandante Ciro Redondo García".

Fecha: marzo, 2016.

Anexo 3.

Guía de observación de los profesionales de enfermería en la prestación de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto

Objetivo: Identificar las dificultades y logros que exhiben los profesionales de enfermería en la prestación de cuidados humanizados que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y parto.

La observación se realiza a partir de los aspectos que se expresan a continuación, donde la conducta durante la acción se centra en las siguientes categorías:

SO: Se observa. **SOAV:** Se observa a veces. **NSO:** No se observa.

| | | Categorías de la Observación | | | | | | Compa -ración |
|----|--|------------------------------|------|-----|---------|------|-----|------------------|
| | | Antes | | | Después | | | |
| No | Aspectos a evaluar | SO | SOAV | NSO | SO | SOAV | NSO | |
| 1 | Mantiene compromiso ético durante la práctica de sus funciones: <ul style="list-style-type: none"> • Cumple con los principios básicos de enfermería. • Cumple con los principios éticos, como son: llamar a la mujer por su nombre, respetar sus preceptos religiosos, conservar el secreto profesional. | | | | | | | |
| 2 | Resuelve dilemas éticos durante la práctica de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica la ética en el cumplimiento de sus funciones. • Resuelve bajo los principios éticos las situaciones que se presenten en su turno de trabajo, tanto para mujeres como para el resto del equipo de salud. | | | | | | | |
| 3 | Proporciona información a la parturienta sobre la evolución de su trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> • Explica a la mujer cada prueba que se le realiza y su objetivo. | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Explica a la mujer las características y duración de cada etapa del trabajo. • Retoma las clases de la Psicoprofilaxis. | | | | | | | |
| 4 | <p>Ofrece transacción educativa con una correcta expresión verbal y corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colegia con la mujer acuerdos basados en su bienestar para asumir el trabajo de parto y parto. • Realiza acuerdos de forma coherente, respetuosa, armoniosa con lenguaje verbal adecuado y sin expresiones extraverbales con la mujer. | | | | | | | |
| 5 | <p>Demuestra necesidades de superación profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra necesidades de aprendizaje. • Expone elementos para cursar alguna forma de la Educación Posgraduada. | | | | | | | |
| 6 | <p>Muestra independencia en las acciones hacia la mujer en trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asume acciones independientes para la atención a la mujer. • Demuestra conocimientos para la realización de las acciones independientes. • Emplea de forma ética la tecnología. | | | | | | | |
| 7 | <p>Demuestra habilidades en la identificación y satisfacción de necesidades de la parturienta de forma individualizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica las necesidades de cada mujer. • Asume actitudes para el cumplimiento de las mismas. • Emplea métodos científicos para la satisfacción de sus necesidades. | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Prioriza las mismas para su satisfacción. | | | | | | | |
| 8 | <p>Muestra respeto a los derechos y a la integridad de la mujer y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la privacidad de la mujer en la realización de pruebas. • Permite el acompañamiento durante el trabajo de parto. • Ofrece apoyo a la mujer. | | | | | | | |
| 9 | <p>Ayuda a la mujer en la toma de decisiones y respeta las suyas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolera pedidos de las mujeres con respeto y dulzura. • Ofrece consejos a la mujer para la tolerancia del trabajo de parto y respeta sus criterios. | | | | | | | |
| 10 | <p>Demuestra empatía y seguridad a la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra atención individualizada. • Escucha a la mujer en la exposición de sus sensaciones, temores, dudas. • Utiliza métodos para disminuir la ansiedad y ofrecer confianza. • Posee contacto con la mujer que no sea solo en la realización de técnicas y procedimientos. | | | | | | | |
| 11 | <p>Decide acciones coordinadas con el equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe consenso de criterios en la prestación de cuidados con el personal médico. • Cumple acciones de forma independiente aprobadas por el médico. • Participa en los pases de visita y discusiones de casos médicos. • El personal médico participa o tiene dominio de la entrega y recibo de pacientes por el personal de enfermería. | | | | | | | |
| 12 | <p>Demuestra organización del trabajo dentro del equipo de salud:</p> | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Organización de la historia clínica. • Cumplimiento de las indicaciones médicas. • Cumplimiento de funciones asignadas. • Cumplimiento de los controles asignados en turno de trabajo. • Cumplimiento de los principios científicos en la realización de los procedimientos. | | | | | | | |
| 13 | <p>Aplica métodos alternativos de alivio del dolor a la mujer en trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de la anestesia epidural continua indicada por el médico. • Uso de recursos para minimizar el dolor como son: Técnica del caballito o balancito. | | | | | | | |
| 14 | <p>Ayuda a la mujer a la conducción de su trabajo de parto y parto con autonomía y libertad (posición, movimientos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrece libertad de movimiento a la mujer por todo el servicio. • Estimula en la mujer variaciones en la posición. • Induce a la mujer a asumir el agache en la cuña en la fase final de la etapa de dilatación del trabajo de parto. • Ofrece libertad de opciones a la mujer para asumir su trabajo de parto. • Respeta otra posición que no sea la litotomía para la realización del parto. | | | | | | | |
| 15 | <p>Ayuda al cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto precoz piel a piel inmediatamente después del nacimiento. • Ayuda a la madre a acariciarlo, tocarlo, conocerlo. | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Expone a la madre sexo y peso del bebé.• Realiza procedimientos habituales después del contacto con la madre. | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fuente: propia de la autora. 2015-2016.

Anexo 4.

Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería

Estimados profesionales:

Estimados compañeros nos encontramos realizando una investigación a los profesionales de enfermería que prestan sus cuidados a la mujer durante el trabajo de parto y parto.

A continuación, ponemos en su consideración algunos elementos que son necesarios para el desarrollo de la investigación, usted debe responder en cada acápite, señalando con una equis (X), según usted considere la comprensión que tiene sobre cada contenido.

Agradecemos por anticipado su colaboración.

Muchas gracias.

1- ¿Cuántos años de experiencia posee? ____ De ellos cuantos trabajados en el servicio obstétrico: _____

2-De los servicios del PAMI marque con una equis (X) cuál usted trabaja:

- ____ Parto
- ____ Alojamiento Conjunto
- ____ Salón de Cesárea
- ____ Sala de Gestante
- ____ Sala de Ginecología
- ____ Cuerpo de Guardia Obstétrico.
- ____ Sala de Cuidados Perinatales (CPN)

3- ¿Recibe o ha recibido formación posgraduada para su superación científico-profesional? Si ____ No ____.

En caso de seleccionar Si, marque con una equis (X) el tipo que ha recibido:

- ____ Curso
- ____ Entrenamientos
- ____ Talleres
- ____ Diplomados
- ____ Otros

4- Marque con una equis (X) el grado de conocimiento que usted posee sobre el tema: Humanización en el parto.

Indicaciones: Considere la respuesta en orden creciente, donde 0 es desconocimiento total y 10 conocimientos elevados.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

5- Valore desde el punto de vista personal la atención que reciben las mujeres en trabajo de parto y parto por parte del equipo de salud.

Indicaciones: Marque con una equis (x) su valoración.

| Atención brindada por el equipo de salud | Alto | Medio | Bajo |
|--|------|-------|------|
| Integral | | | |
| Actualizada | | | |
| Humanizada | | | |
| Bondadosa | | | |
| Empática | | | |
| Deshumanizada | | | |
| Irrespetuosa | | | |

6- Marque con una equis (X) el nivel de autonomía profesional que usted posee para brindar cuidados a las mujeres en trabajo de parto y parto?

Indicaciones: Considere la respuesta en orden creciente, donde 0 es autonomía nula y 10 autonomía elevada.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

7- A continuación, le ofrecemos algunos tipos de relación médico-enfermera-o-parturienta que se establece en la atención al trabajo de parto y parto.

Indicaciones: Marque con una equis (X) el juicio de valor que más se acerque al suyo:

Leyenda: I- Inadecuado. PA- Poco adecuando. A- Adecuado. BA- Bastante adecuado. MA- Muy adecuado.

| Criterios de valoración | I | PA | A | BA | MA |
|--|---|----|---|----|----|
| La relación médico-enfermera-parturienta que se establece en la atención al trabajo de parto y parto es valorada de forma: | | | | | |
| correcta | | | | | |
| consensuada | | | | | |
| antagónica | | | | | |
| divergente | | | | | |
| con supremacía | | | | | |
| excelente | | | | | |

8- Marque con una equis (X) el grado de satisfacción que usted posee con los cuidados que brinda a las mujeres en trabajo de parto y parto:

- Muy satisfecho: _____
- Satisfecho: _____
- Poco satisfecho: _____
- Insatisfecho: _____

Muchas Gracias.

Anexo 5.

Caracterización de profesionales de enfermería encuestados

Objetivo: Caracterizar el grupo de profesionales de enfermería encuestados

| Identificación | Servicio que labora | Sexo | Años de graduado | Años de trabajo en el servicio | Nivel profesional |
|----------------|------------------------------|------|------------------|--------------------------------|--------------------------|
| ENF 1 | CPN | F | 24 | 20 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 2 | CPN | F | 13 | 6 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 3 | CPN | F | 27 | 18 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 4 | CPN | F | 20 | 19 | Licenciado en Enfermería |
| ENF 5 | CPN | F | 10 | 10 | Licenciado en Enfermería |
| ENF 6 | CPN | F | 26 | 25 | Licenciado en Enfermería |
| ENF 7 | Cuerpo de Guardia Obstétrico | F | 23 | 15 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 8 | Cuerpo de Guardia Obstétrico | F | 12 | 7 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 9 | Cuerpo de Guardia Obstétrico | F | 31 | 25 | Licenciado en Enfermería |

| | | | | | |
|--------|------------------------------|---|----|----|--------------------------|
| ENF 10 | Cuerpo de Guardia Obstétrico | F | 10 | 10 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 11 | Sala de Gestante | F | 8 | 6 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 12 | Sala de Gestante | F | 9 | 6 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 13 | Sala de Gestante | F | 1 | 1 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 14 | Sala de Gestante | F | 10 | 10 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 15 | Sala de Gestante | F | 4 | 4 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 16 | Sala de Gestante | F | 12 | 6 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 17 | Sala de Gestante | F | 11 | 8 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 18 | Sala de Gestante | F | 11 | 8 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 19 | Sala de Gestante | F | 8 | 8 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 20 | Sala de Gestante | F | 15 | 14 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 21 | Preparto y Parto | F | 16 | 15 | Licenciada en Enfermería |

“Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto”

| | | | | | |
|--------|------------------|---|----|----|--------------------------|
| ENF 22 | Preparto y Parto | F | 32 | 30 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 23 | Preparto y Parto | F | 32 | 26 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 24 | Preparto y Parto | F | 34 | 26 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 25 | Preparto y Parto | F | 32 | 30 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 26 | Preparto y Parto | F | 13 | 12 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 27 | Preparto y Parto | F | 15 | 15 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 28 | Preparto y Parto | F | 15 | 13 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 29 | Preparto y Parto | F | 9 | 9 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 30 | Preparto y Parto | F | 30 | 30 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 31 | Preparto y Parto | F | 16 | 14 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 32 | Preparto y Parto | F | 15 | 15 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 33 | Preparto y Parto | F | 7 | 7 | Licenciada en Enfermería |

| | | | | | |
|--------|-------------------------|---|----|----|-----------------------------|
| ENF 34 | Alojamiento Conjunto | F | 25 | 24 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 35 | Alojamiento Conjunto | F | 10 | 10 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 36 | Alojamiento Conjunto | F | 23 | 20 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 37 | Alojamiento Conjunto | F | 10 | 10 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 38 | Alojamiento Conjunto | F | 14 | 12 | Licenciada en Enfermería |
| ENF 39 | Alojamiento Conjunto | F | 16 | 16 | Licenciada en Enfermería |

**Fuente: Departamento de Enfermería. Hospital General Docente “Comandante
Ciro Redondo García”, Artemisa. Marzo 2016.**

Anexo 6.

Entrevistas a profesionales de enfermería declarados dentro del grupo de especialistas

Estimados colegas:

La presente guía de entrevista forma parte de la recopilación de información para la realización de una Tesis doctoral que trae como propuesta la confección de un Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, que podría contribuir a elevar la calidad en el cuidado integral en el campo de la Enfermería Obstétrica.

La misma es anónima, le agradeceríamos que responda las preguntas con el mayor interés posible, lo cual nos resultará de gran utilidad.

Muchas Gracias.

Experiencias del personal de enfermería en la gerencia de los servicios de Enfermería y en la atención directa al cuidado de la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las áreas hospitalarias.

GUIA GENERAL DE ENTREVISTA.

Pregunta principal de la entrevista.

¿Considera usted que los cuidados de enfermería que se brindan a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en los servicios de Obstetricia en la atención secundaria de salud tiene un enfoque humanista?

Interrogante para dar inicio a la entrevista.

¿Puede definir usted si dentro de la Resolución Ministerial 396/2007 se describen dentro de las funciones específicas del profesional de enfermería el enfoque humanista de los cuidados para con la mujer durante el trabajo de parto y el parto en la atención secundaria de salud?

Sondeos adicionales para ser preguntados posterior a la descripción inicial, si esta información no es suministrada por el entrevistado.

- ¿Podría definir qué entiende usted por: “cuidados humanizados”?
- ¿Qué elementos usted considera que se deben tener en cuenta por los profesionales de enfermería para el logro de cuidados humanizados en

sentido general y de la mujer durante el trabajo de parto y el parto en particular?

- ¿Considera usted que nuestros profesionales de enfermería egresan con todas las habilidades vencidas en las distintas especialidades para poder brindar “cuidados humanizados”?
- ¿A su criterio personal, cuáles son las principales dificultades en nuestro contexto para poder brindar “cuidados humanizados” a la mujer durante el trabajo de parto y el parto?
- ¿Considera usted que se aborda el tema de la humanización al parto con la sostenibilidad y/o sistematicidad oportuna y necesaria en la formación postgraduada de nuestros profesionales de enfermería que laboran en la atención secundaria de salud?
- ¿Qué valoración desde el punto de vista personal tiene usted de la atención que reciben las mujeres en trabajo de parto y parto en nuestras instituciones hospitalarias por parte del equipo de salud?
- ¿Podría describir en su experiencia profesional la importancia del binomio médico-enfermera-o en la atención al parto?
- ¿Qué opinión usted posee acerca de la relación profesional del binomio médico-enfermera-o en la atención al parto?
- ¿Considera usted que existe verdadera autonomía e independencia de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en la atención al parto?
- ¿Dispone el personal de enfermería de algún documento o guía que oriente como realizar el cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto?
- ¿Considera usted que sería útil para el trabajo del profesional de enfermería que labora en el servicio de Obstetricia poseer un marco referencial que lo ayude a mejorar el cuidado en el cuidado humanizado de estas mujeres?
- ¿Tiene usted conocimiento de la existencia de algún tipo de cursos de superación o la realización de algún evento científico encaminado al personal de enfermería que labora en el servicio de Obstetricia de las áreas

hospitalarias para la prestación de cuidados humanizados a la mujer durante el parto?

- ¿Considera usted que los Modelos conceptuales tienen valor para el desarrollo vertiginoso de la Ciencia Enfermera y para el logro de cuidados humanizados?

Indicadores Genéricos que pueden ser utilizados en casos necesarios:

- ¿Hay cualquier otra cosa.....?
- ¿Qué piensa usted acerca de.....?
- ¿Podría usted comentar algo más relacionado con.....?

Anexo 7.

Entrevistas a médicos declarados como especialistas en el estudio

Estimados Médicos:

La presente guía de entrevista forma parte de la recopilación de información para la realización de una Tesis doctoral que trae como propuesta la confección de un Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, que podría contribuir a elevar la calidad en el cuidado integral.

La misma es anónima, le agradeceríamos que responda las preguntas con el mayor interés posible, lo cual nos resultará de gran utilidad.

Muchas Gracias.

Experiencias del personal médico en la gerencia de los servicios de Obstetricia y en la atención directa a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las áreas hospitalarias.

GUIA GENERAL DE ENTREVISTA.

Pregunta principal de la entrevista.

¿Considera usted que la atención que se brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en el servicio hospitalario de Obstetricia, por parte del equipo de salud, tienen un enfoque humanista?

Interrogante para dar inicio a la entrevista.

- ¿Puede definir usted si dentro de la protocolización del manejo del parto fisiológico se encuentran incluidos los elementos pertenecientes a la Medicina Basada en la Evidencia Científica para la atención humanizada a la mujer y su familia durante el trabajo de parto y el parto en la atención secundaria de salud?

Sondeos adicionales para ser preguntados posterior a la descripción inicial, si esta información no es suministrada por el entrevistado.

- ¿Podría usted argumentar que habilidades y competencias profesionales deben poseer los miembros del equipo de salud que se dedican a la atención de la mujer durante el trabajo de parto y el parto?
- ¿Podría definir qué entiende usted por: “Humanizar el parto”?

- ¿Qué elementos usted considera que se deben tener en cuenta por el equipo de salud para el logro del parto humanizado?
- ¿A su criterio personal cuáles son las principales dificultades en nuestro contexto para poder brindar “atención humanizada” a la mujer durante el trabajo de parto y el parto?
- ¿Considera usted que se aborda el tema de la humanización al parto con la sostenibilidad y/o sistematicidad oportuna y necesaria en la formación postgraduada de nuestros médicos especialistas que laboran en este servicio de la atención secundaria de salud?
- ¿Qué valoración desde el punto de vista personal tiene usted de la atención que reciben las mujeres en trabajo de parto y parto en nuestras instituciones hospitalarias por parte del equipo de salud?
- ¿Podría describir en su experiencia profesional la importancia del binomio médico-enfermera-o en la atención al parto?
- ¿Qué valoración posee usted acerca de la relación profesional del binomio médico-enfermera-o en la atención al parto?
- ¿Dispone el personal médico de algún documento o guía que oriente como realizar la atención humanizada a la mujer durante el trabajo de parto y parto?
- ¿Qué entiende usted por prácticas obstétricas intervencionistas?
- ¿Considera usted que el parto fisiológico permite siempre la aplicación de estas prácticas obstétricas intervencionistas?
- ¿Considera usted que la obstetricia moderna tiene un enfoque hegemónico y biologicista?
- ¿Tiene usted conocimiento de la realización de algún tipo de evento científico dirigido al personal médico que haya abordado la atención humanizada a la mujer durante el parto?
- ¿Podría usted ofrecer con detalles que aspectos dentro del proyecto de acción declarado en el Consenso de Perinatología del año 2013 por el colectivo de autores cubanos ya se están realizando?
- ¿Considera usted que el parto sin dolor es asequible a la atención que brindamos?

Indicadores Genéricos que pueden ser utilizados en casos necesarios:

- ¿Hay cualquier otra cosa.....?
- ¿Qué piensa usted acerca de.....?
- ¿Podría usted comentar algo más relacionado con...

Anexo 8.

Caracterización de los Especialistas entrevistados

Objetivo: Caracterizar los especialistas entrevistados.

Especialistas Médicos:

EI: Informante clave, a partir del cual se identificaron los especialistas a entrevistar por la técnica de "Bola de Nieve". Médico, con dos Especialidades, Especialista de II Grado, Profesor Auxiliar, Máster en Urgencias Médicas y con más de 30 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en varias provincias de Cuba y fuera de ella, residente en Ciudad de la Habana, pero laborando como cuadro de la Dirección Provincial de Salud de la provincia de Artemisa en el momento de la investigación.

EM2: Médico, con dos Especialidades, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Asistente, Máster en Atención Integral a la Mujer y con más de 30 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención secundaria, asumió la jefatura de Servicio de su hospital y en estos momentos se desempeña como Vicedirectora de Materno-Infantil del mismo, residente en la provincia Artemisa con varias investigaciones.

EM2: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Asistente, Máster en Atención Integral a la Mujer y con más de 25 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, jefa de la sala de Gestante y CPN en los últimos 10 años, residente en la provincia Artemisa con varias investigaciones.

EM3: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Instructor, Máster en Atención Integral a la Mujer y con más de 32 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, asumió la jefatura de Servicio de su hospital durante cinco años, residente en la provincia Artemisa con varias investigaciones.

EM4: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Asistente, Máster en Atención Integral a la Mujer y con más de 40 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, asumió hace varios años la jefatura de la sala de CPN y Servicio de

parto y parto de su hospital, actualmente se encuentra en la Jefatura de un Grupo Básico de Trabajo en un área de Salud, residente en la provincia Artemisa con varias investigaciones.

EM5: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesora Asistente, Máster en Máster Atención Integral a la Mujer y con más de 25 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, asumió la jefatura de servicio en un hospital de la provincia durante siete años y en estos momentos es una de las profesoras de un Grupo Básico de Trabajo de un área de salud, residente en la provincia Artemisa con varias investigaciones.

EM6: Médico, con dos especialidades, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Asistente, Máster en Máster Atención Integral a la Mujer y con más de 25 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, asumió la jefatura de servicio de su hospital durante tres años y en estos momentos se encuentra ocupando el cargo de Director del hospital sin dejar de realizar funciones asistenciales, residente en la provincia Artemisa con varias investigaciones.

EM7: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Auxiliar, Máster en Máster Atención Integral a la Mujer y con más de 25 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención secundaria, jefe Servicio del hospital, Miembro del Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología, residente en Ciudad de la Habana con varias investigaciones.

EM8: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Asistente, Máster en Máster Atención Integral a la Mujer y con más de 25 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, residente en Ciudad de la Habana con varias investigaciones.

EM9: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor Titular, Máster en Máster Atención Integral a la Mujer y con más de 45 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, residente en Ciudad de la Habana con varias investigaciones.

EM10: Médico, Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología, Profesor

Titular, Máster en Atención Integral a la Mujer y con más de 50 años de experiencia en la Salud Pública, con desempeño profesional en la atención primaria y secundaria, residente en Ciudad de la Habana con varias investigaciones.

Especialistas de las Ciencias de la Enfermería:

EE1: Licenciada en Enfermería. Diplomada en Materno Infantil. Máster en Atención Integral a la Mujer. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional y miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Mayor de 40 años de edad y 20 años de experiencia en la atención obstétrica. Residente en Artemisa.

EE2: Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional. Mayor de 35 años y 21 años de experiencia, todos ellos dedicados a la atención de la paciente obstétrica. Residente en Artemisa.

EE3: Licenciada en Enfermería. Especialista de primer grado en Enfermería Materno Infantil. Profesora Asistente. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional. Mayor de 50 años de edad y 35 años de graduada, todos ellos dedicados a la atención obstétrica en el nivel secundario de atención. Residente en San Cristóbal.

EE4: Licenciada en Enfermería. Postbásico en Enfermería Materno Infantil. Profesora Instructora. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional. Mayor de 45 años de edad y 30 años de graduada, todos ellos dedicados a la atención obstétrica en el nivel secundario de atención. Residente en San Cristóbal.

EE5: Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Instructora. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional. Mayor de 40 años de edad y 25 años de experiencia en la atención Materno-Infantil. Residente en el municipio de Guanajay.

EE6: Licenciada en Enfermería. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional. Mayor de 45 años y 20 años de experiencia en la atención a la paciente obstétrica. Residente en el municipio de Artemisa.

EM7: Licenciado en Enfermería. Diplomada en Neonatología y en Anestesia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor. Ha ocupado cargos de dirección

a nivel institucional. Mayor de 50 años y 35 años de experiencia en la atención en el nivel secundario y varios de ellos en los servicios obstétricos. Residente en el municipio de San Antonio de los Baños.

EM8: Licenciado en Enfermería. Diplomada en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional y en el nivel Provincial de Salud. Mayor de 40 años y 20 años de experiencia en la atención en el nivel secundario y varios de ellos en los servicios obstétricos. Residente en el municipio de Artemisa.

EM9: Licenciado en Enfermería. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional, en el nivel Provincial y Nacional de Salud. Mayor de 60 años y 40 años de experiencia en la atención en el nivel secundario y varios de ellos en los servicios obstétricos. Residente en Ciudad Habana.

EM10: Licenciado en Enfermería. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional, en el nivel Provincial y Nacional de Salud. Mayor de 60 años y 40 años de experiencia en la atención en el nivel secundario. Residente en Ciudad Habana.

Anexo 9.

Fragmentos de los discursos a los entrevistados

Entrevista a los especialistas médicos:

(...)” Todos le temen a esta especialidad... los recursos humanos de la especialidad de Anestesia son contados y eso es irremediable...y el tema del dolor del parto está más que discutido, pero no hay otra opción que seguir a la antigua y solo establecer apoyo y comprensión con la mujer...(EM1)

(...)” La epidural continua ni se puede realizar ni se quiere realizar...(EM1)

(...) es más fácil para nosotros a la hora de hacer el parto la posición de litotomía, nos da más campo... y sentarla en la cuña... creo que se ha convertido en una rutina que no ha progresado a la par de los adelantos de la obstetricia... (EM1)

(...) La práctica me ha demostrado que la episiotomía es fácil de suturar, pero los desgarros tienen mucho riesgo... y mire la presión de una complicación en un parto normal por no hacer episiotomía... no mejor la hago...(EM2)

(...)” No hay nada que acelere un parto fisiológico... además si todo está bien no hay porque acelerarlo...(EM3)

(...) Sí les duele y mucho... a veces nosotros como médicos y hombres no tenemos en cuenta que la tolerancia al dolor es única en cada paciente ... la epidural continua sería lo ideal... (EM3)

(...) No puedo criticar al colega que prefiera aplicar un fórceps o hacer un procedimiento por salvar una vida o evitar una hipoxia con sus consecuencias en contra de la voluntad de una futura madre temerosa. También he escuchado decir “médico gracias por no hacerme caso” ... (EM4)

(...) la posición debe de ser esa porque hasta las camillas de parto vienen para esa posición y cada día las hacen más pequeñas... y en honor a la verdad ya no se les enseña ni a los residentes... solo damos anestesia en piel y su cooperación... y claro que les duele mucho... (EM4)

(...) Los obstetras somos diferentes hasta en el carácter, en la forma de vestir, tenemos la presión de una tasa y a veces no nos podemos equivocar y no da el tiempo para dejarla que ella escoja lo que quiere hacer si a veces ni las camas nos alcanzan para todas las que ingresan.... (EM4)

(...) las Licenciadas llegan un tanto desubicadas, a veces no perciben la importancia y la magnitud del servicio en que trabajan, pero enseguida cogen su paso, pero esas obstétricas viejas que tenemos, esas son nuestras avispas (...) (EM4)

(...) Yo no he parido, fui una cesárea programada... me imagino lo que debe de doler, pero como doctora solo puedo ayudarla a parir más rápido como única vía de aliviar su dolor y para eso tiene que cooperar... (EM5)

(...) Existen médicos que no confían, eso está muy mal, pero a modo general ellas se han ganado un buen lugar en los resultados del PAMI, aunque si te soy franca se reconozca poco.... (EM5)

(...)” No hay nada que diga lo de la cuña, no está escrito en ninguna parte.... Son prácticas que se asumen sin pensar en todo lo que desde el punto de vista epidemiológico puede traer...(EM5)

(...) como médico te digo que para nada es igual dar puntos en una herida realizada por ti misma que dar puntos en algo que se rompe a la fuerza...además hay que saber con qué presión trabajamos los obstetras, a veces lo que pueda pasar y sus consecuencias te hace hacer muchas cosas para que no ocurran otras...(EM5)

(...) Una vez que la cabeza abomba el periné la isquemia que se produce evita completamente el dolor... eso es cierto, pero a la hora de restaurar los planos que interesa la episiotomía...es doloroso muy doloroso y nos hemos acostumbrado a no infiltrar el pudendo... creo que hasta lo hemos olvidado de nuestra práctica... (EM5)

(...) es verdad que ya nuestros alumnos de pregrado y los residentes de gradúan asumiendo la episiotomía sin infiltrar pudendo... (EM6)

(...) Es verdad que las condiciones son mínimas y que con eso tenemos que exhibir resultados a la altura de países que tienen servicios privados con todas las condiciones ... (EM6)

(...) Humanismo, en el sentido amplio, significa valorar al ser humano y la condición humana; está relacionado con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas. El enfoque humanista es un acercamiento, que tiene como objetivo llevar al paciente a tomar sus propias decisiones de manera independiente. El afán de obtener mejores resultados nos ha llevado a institucionalizar el parto, de modo que un proceso fisiológico, natural, lo

hemos convertido en un procedimiento dirigido donde la mujer tiene que hacer lo que el equipo de salud oriente, sin tener en cuenta lo que la futura madre prefiere. Humanista no es solo querer lo mejor para los demás, es también respetar lo que los demás consideran mejor para ellos...(EM7)

(...)A mi criterio tenemos poca experiencia en la atención humanizada del parto y todo lo que implica, en nuestras instituciones de salud, se han orientado proyectos de parto acompañados (por evidencias de mejores resultados en otros países) que no se han cumplido en su totalidad y no tengo referencias de resultados en Cuba ,... (EM7)

(...) Para mi humanizar el parto es darle el carácter natural a lo que es por naturaleza fisiológico, a los animales nadie les enseña como parir, y las especies se siguen multiplicando. Es mantener informado a la mujer y familia de cómo está evolucionar el trabajo de parto y el parto, es respetar el derecho de la mujer a poder tomar decisiones de manera independiente... (EM7)

(...)A mi criterio ignorar el concepto de fisiologismo obstétrico, la tecnificación del trabajo de parto, la práctica obstétrica intervencionista, la presión por mejores resultados, ha sido la principal dificultad... (EM7)

(...)Toda acción o intervención injustificada para acelerar el trabajo de parto o el parto constituyen una práctica obstétrica intervencionista... (EM7)

(...)NO, la mejor arma de un obstetra eficaz (para mi modesto criterio) es el conocimiento y la paciencia, afirmar está pregunta sería como contradecir la respuesta anterior... (EM7)

(...)Realmente no existe tal formación, pero existe la aplicación de la medicina basada en evidencias, que tiene que ver con la forma de alcanzar los mejores resultados en cada servicio durante la práctica médica diaria, que de algún modo influye en la formación profesional individual de cada uno de los especialistas en la materia. Humanizar el trabajo de parto y el parto tiene mucho que ver con ponerse en el lugar de quien estamos atendiendo... (EM7)

(...) muchas veces pensamos solamente en los resultados del PAMI, pensamos en la ciencia, en los adelantos, en cómo tener niños vivos y mujeres sin complicaciones, pero nos olvidamos que ahí en ese sillón o en esa mesa

ginecológica hay un ser humano con dolor, miedo, ansiedad, angustias... usted me ha hecho reflexionar sobre algo que muchas veces suena como culpa... (EM8)

(...) pero también es verdad que nos transformamos en personas sin amor, no sé si es el miedo a equivocarnos, la vergüenza de comprometer la tasa, pero más que condiciones nos falta ver a la mujer como un sujeto que siente y no como un objeto inanimado...(EM9)

(...) hemos protocolizado donde y como debe ser el trabajo de parto y el parto, qué hacer ante determinadas complicaciones, pero no se ha incluido, como prefiere parir la mujer (referente a posición, si en cama o en mesa ginecológica), quien prefiere de compañía entre otras cosas...(EM10)

Entrevista a los profesionales de enfermería:

(...)” necesitaríamos un curso donde participen todas las personas que atienden el embarazo, parto y puerperio, quizás un postbásico donde la base fuera la humanización para el personal nuevo, el viejo y hasta el que está por venir...” (EE1)

(...)” además del curso también es el trato que se le da a la paciente, familiar y no solo en la capacitación sino en los detalles de la delicadeza que esto se ha perdido mucho...” (EE1)

(...)” No porque enfocamos que la parte médica y de enfermería salga bien y nos olvidamos del dolor y por lo que está pasando la paciente.... No tienen un enfoque integral porque solo se habla de las técnicas que se pueden hacer para garantizar que los procedimientos sean legales...” (EE2)

(...) Está muy bien establecido todo lo que puede hacer el Licenciado y el Técnico medio ahora solo va a eso, no declara absolutamente nada de otras cosas que hacemos y lo hacemos muy bien.... (EE2)

(...)” No tenemos protocolos, yo comencé a hacer algunos, pero es algo que tiene que aprobarlo mucha gente y de verdad me cansé porque a nadie le importa, pero para la parte de humanizar debemos tener guías que no se pueden ajustar como los protocolos, no sé algo que sea nuestro y que sirva para todo el mundo...” (EE2)

(...)” no me siento ni esta pizca de conforme ni satisfecha con el trato que le dan las mujeres, muchas veces por las enfermeras que se olvidan ante todo que son mujeres y pasaron por ese momento y mucho menos por los médicos que se creen

dueños de las pacientes y que ellas tienen que cumplir órdenes... Tratar a todo el mundo con el nivel que lleva porque a veces tenemos diferentes pacientes como Retrasadas mentales y es difícil ese manejo...(EE2)

(...) Me molesto a veces porque nos queda muchísimo que aprender para humanizar y las técnicas para lograrlo... (EE2)

(...) Por qué no me dejan hacer todo lo que está escrito si de verdad yo hago más... yo no porque yo le digo: “médico si usted no confía hágalo usted mismo...(EE3)

(...)” independientemente del nivel científico, es el apoyo emocional, la palabra con la que se habla porque todos los pacientes no son iguales, se debe ser más romántico... (se ríe), no se más linda. El parto es un acosa que te enamora, por eso estamos acostumbrados a maltratar, a atropellar y a humillar y la paciente debe decidir qué hacer, como lo quiere...” (...) No tienen un enfoque integral porque solo se habla de las técnicas que se pueden hacer para garantizar que los procedimientos sean legales...(EE4)

(...) pero para la parte de humanizar debemos tener guías que no se pueden ajustar como los protocolos, no sé algo que sea nuestro y que sirva para todo el mundo...(EE4)

(...) “Tenemos relativa independencia, sabemos que como obstetras y Licenciadas nos damos la atribución para dar cuidados específicos a pesar de estar legales pero los médicos no confían en nosotros, tenemos 101 problemas, pero el liderazgo de la Salud Pública lo tiene enfermería solo que no se quiere ver...” (EE5)

(...)” es muy pobre lo que realmente podemos hacer con la confianza de ellos... seño yo he llegado a decirle que si no confía en mí que lo haga él mismo...A pesar de que está escrito lo que podemos hacer no es fácil que se nos permita...(EE5)

(...)” hacemos el trabajo de parto como él quiere que se haga, pero no toma en cuenta nuestras valoraciones científicas...(EE5)

(...)” hacemos el trabajo de parto como él quiere que se haga, pero no toma en cuenta nuestras valoraciones científicas... nuestra labor está muy pobre en comparación acorde a nuestra formación...” (EE6)

(...) necesitaríamos un curso donde participen todas las personas que atienden el embarazo, parto y puerperio, quizás un postbásico donde la base fuera la humanización para el personal nuevo, el viejo y hasta el que está por venir...(EE6)

(...)” No solo con la Psicoprofilaxis se humaniza porque también depende de muchos factores y personas y de un equipo que sea unido...” (EE7)

(...) debemos de ser especiales con la mujer... es una situación difícil porque no está enferma, pero está ingresada... es raro...(E7)

(...)” No egresan con todas las habilidades vencidas..., mire los que se graduaron con verticalización sí lograban un poco más a la hora de graduarse y trabajar...” (EE8)

(...)” Lo que se le dice a la paciente es que ya tiene que salir sin saber que eso es un proceso... no se les explica las formas que pueden usar, cómo respirar y la atropellamos mucho para que el periodo expulsivo se acorte...” (EE9)

...” no me siento ni esta pizca de conforme ni satisfecha con el trato que le dan a las mujeres, muchas veces por las enfermeras que se olvidan ante todo que son mujeres y pasaron por ese momento y mucho menos por los médicos que se creen dueños de las pacientes y que ellas tienen que cumplir órdenes...”

también tengo que decirle que no estoy del todo insatisfecha porque todos los días se puede mejorar y el equipo de trabajo y los medios que no tenemos... usted sabe, atentan...” (EE10)

Anexo 10.

Cuestionario de entrevista aplicada a las mujeres para diagnosticar su percepción sobre la atención recibida por el personal de enfermería y el resto del equipo de salud durante su trabajo de parto y parto en los Servicios de Obstetricia

Estimadas compañeras:

La presente guía de entrevista forma parte de la recopilación de información para la realización de una Tesis doctoral que trae como propuesta el logro de la humanización del cuidado a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, que podría contribuir a elevar la calidad de la atención que ustedes reciben durante este periodo por parte del personal de enfermería y del resto del equipo de salud.

La misma es anónima, le agradeceríamos que responda las preguntas con el mayor interés posible, lo cual nos resultará de gran utilidad.

Muchas gracias.

Objetivo: Diagnosticar como perciben las pacientes la atención recibida por el personal de enfermería durante su trabajo de parto y parto.

Se tomaron los datos generales de los entrevistados:

Edad.

Nivel escolar.

Estado civil.

Cantidad de partos.

Pregunta principal de la entrevista:

- ¿Considera usted que la atención que recibió durante el trabajo de parto y el parto por parte del personal de enfermería en el hospital fue la que usted esperaba?
- ¿Qué elementos usted considera que se deben tener en cuenta por el equipo de salud en la atención que reciben las mujeres en trabajo de parto y parto en nuestros hospitales?

- ¿Qué valoración desde el punto de vista personal tiene usted de la atención que recibida en su trabajo de parto y parto por parte del equipo de salud?
- ¿Qué piensa usted acerca de la relación del médico, la enfermera-o-y usted en la atención al trabajo de parto y parto?
- ¿Qué valoración usted realizaría de la comunicación que se tuvo con usted y su familia en la atención al trabajo de parto y el parto?
- ¿Considera que el personal de enfermería le aportó elementos para cooperar con el desarrollo de trabajo de parto y parto? ¿Cuáles? ¿Cómo lo hace? ¿En qué momento?
- ¿Se sintió confiada y protegida por parte del personal de enfermería en la atención que recibió?
- ¿Cree usted que fueron cuidadosos en el respeto a su privacidad?

Indicadores Genéricos que pueden ser utilizados en casos necesarios:

- ¿Hay cualquier otra cosa.....?
- ¿Qué piensa usted acerca de.....?

¿Podría usted comentar algo más relacionado con.....?

Anexo 11.

Caracterización de las mujeres entrevistadas

Objetivo: Caracterizar las mujeres entrevistadas

| Identificación | Edad | Nivel escolar | Estado civil | Cantidad de partos |
|-----------------------|-------------|----------------------|---------------------|---------------------------|
| P. 1 | 34 | Universitaria | Casada | primípara |
| P. 2 | 28 | 12mo grado | Casada | primípara |
| P. 3 | 29 | Ama de Casa | Divorciada | secundípara |
| P. 4 | 27 | Técnico | Casada | primípara |
| P. 5 | 24 | Universitario | Soltera | primípara |
| P. 6 | 30 | 12mo grado | Casada | múltipara |
| P. 7 | 24 | 12mo grado | Casada | secundípara |
| P. 8 | 29 | Universitario | Soltera | primípara |
| P. 9 | 32 | Técnico | Casada | secundípara |
| P.10 | 33 | 12mo grado | Casada | múltipara |

Fuente: Historias clínicas individuales. Servicio de Puerperio. Hospital General Docente “Comandante Ciro Redondo García”. Marzo 2016.

Anexo 12.

Fragmentos de los discursos a las mujeres entrevistadas

...” usted quiere que le responda cosas que algunas fueron tan rápido que no sé, pero parí muy rápido, con dos torniquetes que me hizo el médico ya el niño estaba afuera... no sé qué más decirle... pero no me explicaban nada de lo que me iba a pasar ni que ese dolor no tenía comparación con nada de este mundo y mucho el piquete que te dan.... (P1)

...” seño yo aguanté mucho los dolores en mi casa porque le tenía pánico a ese médico y sus torniquetes pero llegué con el muchacho casi afuera y subí directo en un sillón de ruedas que le faltaba donde poner los pies hasta parto y mi niño no lloró bien cuando nació... yo lo sé.... Y no le voy a decir todo lo que sangré y hubo un momento que yo le pedí a Dios por mi hijo y ese hombre se burló de mí... Yo puse que me siento satisfecha porque mi bebé está bien y no se me separó la enfermera de al lado, pero a veces me trataron mal, el médico me llegó a decir que yo era una carga, (llora)... (P2)

(...) Te pasan de una sala para otra, todo es deja que el médico te vea y él diga y el médico solo me hacía un torniquete y ya.... (P2)

...”yo he parido tres veces, de verdad que el dolor no me molesta tanto, yo lo tolero,, yo soy una yegua aguantando cosas porque estoy acostumbrada...entré a parto y en dos horas ya estaba parida... pasé mucho dolor eso sí se lo puedo decir con los dolores y la herida que te hacen allá abajo... (...)ya yo había parido antes pero aquella enfermera era muy parecida a esta, no se me olvida su nombre: Rachel, no me maltrató ni me dijo malas palabras, , eso es un momento que aunque te traten bien sino te quitan el dolor....(P3)

...ella quería ayudarme pero todo dependía del médico y sus torniquetes, nada la pobre ni podía quitarme el dolor ni decidir nada que no fuera ponerme esa cosa en la barriga para oír el corazoncito del niño... pero pude parir más rápido porque el médico se me subió completo encima de mí y le tengo que decir que por poco no puedo respirar más, por poco me ahogo y me dolió mucho que me picaran y me dieran los puntos.... (P4)

...Me obligaron a pujar, a caminar y la seño que me tocó me decía que ella no podía conmigo para que me le tirara arriba...nada me quejé y nadie me hacía caso, me quedé dormida porque fue la noche entera y nada... hasta que cuando me pusieron esa cosa en la barriga el niño estaba mal y todos a correr sin explicarme nada ni a mí ni a mi familia, mi mamá se enteró de la cesárea cuando vio la camilla conmigo... querían que al momento yo pariera y seño....(hace un suspiro profundo) usted me tiene que creer no podía aguantar aquello, no estaba en mí, (P5)

...Sentí mucha pena sobre todo porque son muchas gentes ahí dentro y para sentarte en la cuña te quedas encueros.... no le puedo negar que me trataban de titi, mami, niña. Me daba gracia porque las seños y el médico comían delante de mí ante todo aquello como si nada y ni siquiera brindaron... yo le tengo que ser sincera... la enfermera me explicó varias veces que respirara, que caminara, que me sentara en la cuña pero el dolor no me dejaba hacer nada, la enfermera no se me movió del lado y me ayudó mucho a pujar, solo me molesta que me pellizcaban la barriga...(P6)

(...) yo parí hace dos días y no me puedo sentar todavía del dolor que tengo allá abajo ... (P6)

(...) me pusieran aquel aparato y eso hacía que me doliera como nunca, hasta que parí... jamás me explicaron nada de todo aquello...(P6)

...¿El médico? Un nazi... había que hacer lo que él dijera y san se acabó, ¿cómo me sentí?, no sé tenía tanto miedo que no sé.... Ahora miro mi bebé y sé que sirvió pero el dolor es insoportable.... Claro seño... (se ríe) no paro más... (P6)

...Si tú me preguntas no paro más, aunque todo el mundo dice que después se me olvida... algunas seños me hablaban bien, pero otras del turno..... mire no me lo va a creer, pero yo fingí hasta una fatiga para que me hicieran cesárea... (P7)

(...) fue la noche más larga de mi vida, no sé si lo que me hicieron fue malo o bueno lo único que no paro más seño... (P7)

(...) cada rato me decía que la vida de mi niño dependía de cómo yo me portara e imagínese cuando a una madre le dicen eso..... si le digo que tengo quejas de la atención la engaño... (P8)

(...) solo que parir duele mucho, me mandaban a.... me da pena... a cagarme seño.... Y nada: ¿usted ha parido?... da pena, pero no se me despegó la seño de al lado..... cuando yo me vi ahí dentro pensé que estaba presa, ahí no puedes ni hablar porque todo es: “pórtate bien y como una mujer ... (P9)

(...) el médico se sentó de espaldas a la enfermera que estaba haciendo el parto y de frente a mí encima de mi barriga y creí que me estaba ahorcando, yo soy una malcriada... (se vira y mira a la mamá y se ríe), yo no sé aguantar dolor, pero creídos de eso me trataron mal, ...(P10)

(...) Seño la enfermera lo único que hacía era escribir y ponerme esa cosa en la barriga... y a mi esposo no le decían nada.... (P10)

Anexo 13.

Resultados de la observación de los profesionales de enfermería en los cuidados que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto antes de la validación del modelo

| No | Aspectos a evaluar | Categorías de la Observación | | |
|----|--|------------------------------|-------------------|------------------|
| | | S0 | SOAV | NSO |
| 1 | Mantiene compromiso ético durante la práctica de sus funciones: <ul style="list-style-type: none"> • Cumple con los principios básicos de enfermería. • Cumple con los principios éticos, como son: llamar a la mujer por su nombre, respetar sus preceptos religiosos, conservar el secreto profesional. | 9 36% | 14 56% | 2 8% |
| 2 | Resuelve dilemas éticos durante la práctica de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica la ética en el cumplimiento de sus funciones. • Resuelve bajo los principios éticos las situaciones que se presenten en su turno de trabajo, tanto para mujeres como para el resto del equipo de salud. | 16 64% | 8 32% | 1 4% |
| 3 | Proporciona información a la parturienta sobre la evolución de su trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> • Explica a la mujer cada prueba que se le realiza y su objetivo. • Explica a la paciente las etapas del trabajo de parto y su duración con las características de cada una. • Retoma clases de la Psicoprofilaxis. | 5 20% | 17 68% | 3 12% |
| 4 | Ofrece transacción educativa con una correcta expresión verbal y corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Colegia con la mujer acuerdos basados en su bienestar para asumir el trabajo de parto y parto. • Realiza acuerdos de forma coherente, respetuosa, armoniosa con lenguaje verbal adecuado y sin expresiones extraverbales con la mujer. | 3 12% | 19 76% | 3 12% |
| 5 | Demuestra necesidades de superación profesional: <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra necesidades de aprendizaje. • Expone elementos para cursar alguna forma de la Educación Posgraduada. | 17 68% | 6 24% | 2 8% |
| 6 | Muestra independencia en las acciones hacia la mujer en trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> • Asume acciones independientes para la atención a la mujer. • Demuestra conocimientos para la realización de las acciones independientes. | 23 92% | 2 8% | |

| | | | | |
|----|---|--------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Emplea de forma ética la tecnología. | | | |
| 7 | <p>Demuestra habilidades en la identificación y satisfacción de necesidades de la parturienta de forma individualizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica las necesidades de cada paciente. • Asume actitudes para el cumplimiento de las mismas. • Emplea métodos científicos para la satisfacción de sus necesidades. • Prioriza las mismas para su satisfacción. | 15 60% | 10 40% | |
| 8 | <p>Muestra respeto a los derechos y a la integridad de la mujer y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la privacidad de la mujer en la realización de pruebas. • Permite el acompañamiento durante el trabajo de parto. • Ofrece apoyo a la mujer. | 7 28% | 16 64% | 2 8% |
| 9 | <p>Ayuda a la mujer en la toma de decisiones y respeta las suyas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica a la mujer las características de las etapas del parto. • Tolera pedidos de las mujeres con respeto y dulzura. • Ofrece consejos a la mujer para la tolerancia del trabajo de parto y respeta sus criterios. | 7 28% | 13 52% | 1 4% |
| 10 | <p>Demuestra empatía y seguridad a la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra atención individualizada. • Escucha a la mujer en la exposición de sus sensaciones, temores, dudas. • Utiliza métodos para disminuir la ansiedad y ofrecer confianza. • Posee contacto con la mujer que no sea solo la realización de técnicas y procedimientos. | 15 60% | 8 32% | 2 8% |
| 11 | <p>Decide acciones coordinadas con el equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe consenso de criterios en la prestación de cuidados con el personal médico. • Cumple acciones de forma independiente aprobadas por el médico. • Participa en los pases de visita y discusiones de casos médicos. • El personal médico participa o tiene dominio de la entrega y recibo de pacientes por el personal médico. | 25 100% | | |
| 12 | <p>Demuestra organización del trabajo dentro del equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización de la historia clínica. • Cumplimiento de las indicaciones médicas. | 25 100% | | |

| | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de funciones asignadas. • Cumplimiento de los controles asignados en turno de trabajo. • Cumplimiento de los principios científicos en la realización de los procedimientos. | | | |
| 13 | <p>Aplica métodos alternativos de alivio del dolor a la paciente en trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de la anestesia epidural continua indicada por el médico. • Uso de recursos para minimizar el dolor como son: Técnica del caballito o balancito. | | | 25 100% |
| 14 | <p>Ayuda a la mujer a la conducción de su trabajo de parto y parto con autonomía y libertad (posición, movimientos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrece libertad de movimiento a la mujer por todo el servicio. • Estimula en la mujer variaciones en la posición erecta. • Obliga a la mujer a asumir el agache en la cuña en la fase final de la etapa de dilatación del trabajo de parto. • Ofrece libertad de opciones a la mujer para asumir su trabajo de parto. • Respeta otra posición que no sea la litotomía para la realización del parto. | | 25 100% | |
| 15 | <p>Ayuda al cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto precoz piel a piel inmediatamente después del nacimiento. • Ayuda a la madre a acariciarlo, tocarlo, conocerlo. • Expone a la madre sexo y peso del bebé. • Realiza procedimientos habituales después del contacto con la madre. | 25 100% | | |

Fuente: propia de la autora. 2015-2016

Anexo 14.

Análisis de resultados de la encuesta aplicada a los profesionales de enfermería

Tabla: Análisis de la valoración sobre tipos de relación médico-enfermero/a-paciente en la atención al trabajo de parto y parto

Leyenda: I- Inadecuado. PA- Poco adecuando. A- Adecuado. BA- Bastante adecuado. MA- Muy adecuado.

| Criterios de valoración | I | % | PA | % | A | % | BA | % | MA | % |
|-------------------------|----|------|----|------|---|-------|----|------|----|------|
| Correcta | | | 4 | 4,08 | 7 | 14,3 | 8 | 20,4 | 15 | 38,5 |
| Consensuada | | | 13 | 26,5 | 8 | 20,5 | 7 | 17,9 | 7 | 17,9 |
| Antagónica | 8 | 20,5 | 12 | 24,3 | 8 | 20,5 | 6 | 15,4 | | |
| Divergente | 8 | 20,5 | 2 | 3,4 | 3 | 7,7 | 8 | 20,5 | 6 | 15,4 |
| Con supremacía | 18 | 36,7 | 2 | 3,4 | 3 | 7,7 | 7 | 17,9 | 6 | 15,4 |
| Excelente | 1 | 2,04 | 6 | 15,4 | 9 | 23,07 | 10 | 25,6 | | |

Fuente: propia de la autora. 2015-2016

Tabla: Análisis de la atención que reciben las mujeres en trabajo de parto y parto desde la valoración de los profesionales en enfermería

| Criterios de valoración | Alto | % | Medio | % | Bajo | % |
|-------------------------|------|-------|-------|------|------|-------|
| Integral | 6 | 15,4 | 3 | 7,7 | 1 | 2,6 |
| Actualizada | 9 | 23,07 | 7 | 17,9 | 1 | 2,6 |
| Humanizada | 15 | 38,5 | 8 | 20,5 | | |
| Bondadosa | 15 | 38,5 | 8 | 20,5 | | |
| Empática | 14 | 35,9 | 3 | 7,7 | | |
| Deshumanizada | | | 1 | 2,04 | 16 | 41,02 |
| Irrespetuosa | | | 2 | 3,4 | 16 | 41,02 |

Fuente: propia de la autora. 2015-2016.

Tabla: Análisis del conocimiento de cuidados humanizados en el trabajo de parto y parto y del nivel de autonomía profesional de los profesionales de enfermería

| Aspectos a evaluar | Nulo % | Bajo % | Medio % | Intermedio % | Alto % |
|--|--------|--------|---------|--------------|--------|
| Conocimiento sobre humanización de la atención | | 41 | 6,1 | 38,5 | 28,2 |
| Nivel de autonomía profesional | | 4,08 | 10,2 | 53,8 | 53,8 |

Fuente: Propia de la autora. 2015-2016

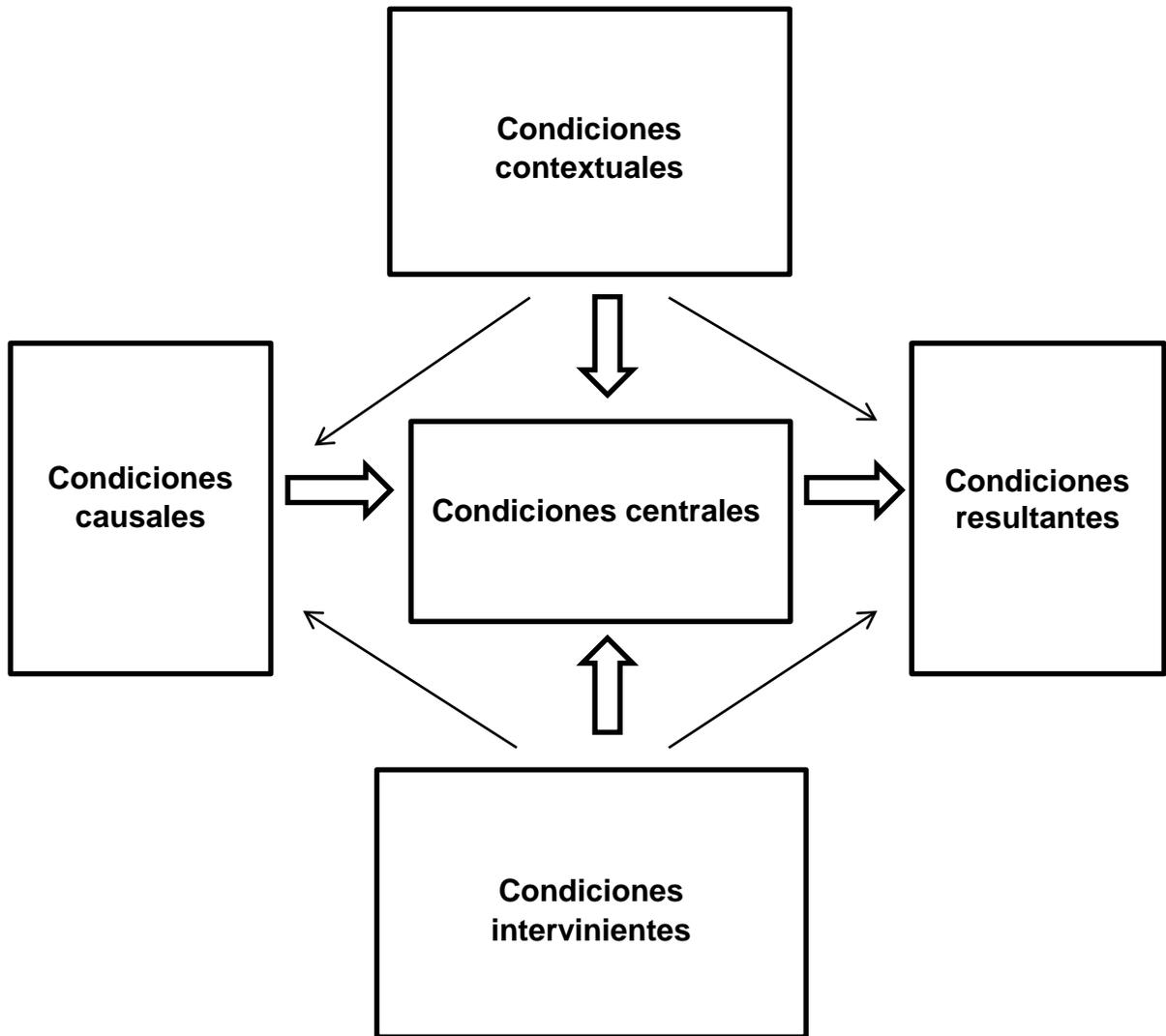
Leyenda: Conocimiento sobre humanización de la atención:

- 0: Descocimiento total del tema.
- De 2 a 4: Conocimientos con nivel bajo del tema.
- 5: Conocimiento medio del tema.
- De 6 a 8: Conocimientos moderadamente altos sobre el tema.
- Entre 9 y 10: Nivel alto de conocimientos sobre el tema.

Leyenda: Nivel de autonomía profesional:

- 0: Autonomía profesional nula.
- De 2 a 4: Bajo nivel de autonomía profesional.
- 5: Nivel medio de autonomía profesional.
- De 6 a 8: Nivel moderadamente alto de autonomía profesional.
- Entre 9 y 10: Nivel alto de autonomía profesional.

Figura 1.



Modelo de diagrama explicativo con la conceptualización de los tipos de categorías en la codificación axial

**Anexo 15.
Triangulación metodológica según los indicadores a evaluar**

| Indicadores | Instrumentos | | | | | |
|---|--------------|-----|-----|----|-----|----|
| | EP | ETP | EPE | GO | EEM | CE |
| 1.1 Nivel de compromiso ético durante la práctica de sus funciones. | x | | x | x | x | |
| 1.2 Nivel de familiaridad en la atención a la parturienta. | x | x | x | x | x | |
| 1.3 Nivel de desarrollo de habilidades para las relaciones interpersonales. | | | | x | | |
| 1.4 Nivel reflexivo en la atención a la parturienta. | | | x | x | x | |
| 1.5 Nivel de responsabilidad, apoyo y respeto en la atención a la parturienta. | | | x | x | x | |
| 2.1 Nivel de información proporcionada a la parturienta. | x | x | | x | | |
| 2.2 Nivel de contacto físico y verbal entre enfermero-as y parturientas. | x | x | | x | | |
| 2.3 Nivel en el que ayuda a la mujer en la toma de decisiones. | x | x | | x | | |
| 2.4 Nivel de expresión extraverbal y corporal. | x | x | | x | | |
| 2.5 Nivel de capacidad de negociación (transacción educativa). | x | x | x | x | x | |
| 3.1 Nivel de desarrollo de habilidades en la identificación de carencias o deseos de la mujer. | x | x | x | x | x | |
| 3.2 Nivel de percepción de las demandas de la mujer en la adaptación y estabilidad durante el trabajo de parto y el parto . | | | x | x | | |
| 3.3 Nivel de valoración individualizada para la prestación de cuidados. | | | x | x | | |
| 3.4 Nivel de desarrollo de habilidades para las valoraciones individualizadas de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. | x | x | x | x | | |
| 4.1 Nivel de resultados de la evaluación de la competencia profesional. | | | x | x | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 4.2 Nivel de conocimientos sobre los cuidados prestados durante el trabajo de parto y parto. | | | x | x | | x |
| 4.3 Nivel de utilización ética de la tecnología. | | | x | x | x | x |
| 4.4 Nivel de utilización de métodos alternativos de alivio al dolor durante el trabajo de parto y parto. | x | x | x | x | x | x |
| 4.5 Nivel de desarrollo de habilidades para adecuar las funciones asistenciales con el componente humano que las acompaña. | | | x | x | | x |
| 5.1 Nivel de compromiso humano. | x | x | x | x | x | x |
| 5.2 Nivel de pertenencia con la profesión. | | | x | x | x | x |
| 5.3 Nivel de respeto hacia la integridad física y moral de la mujer durante su atención. | x | x | x | x | x | x |
| 5.4 Nivel de perfeccionamiento en la relación de cuidados. | | | x | x | x | x |
| 5.5. Nivel de conocimientos sobre la legitimación social de las funciones. | | | x | x | x | x |

Fuente: propia de la autora. 2015-2016

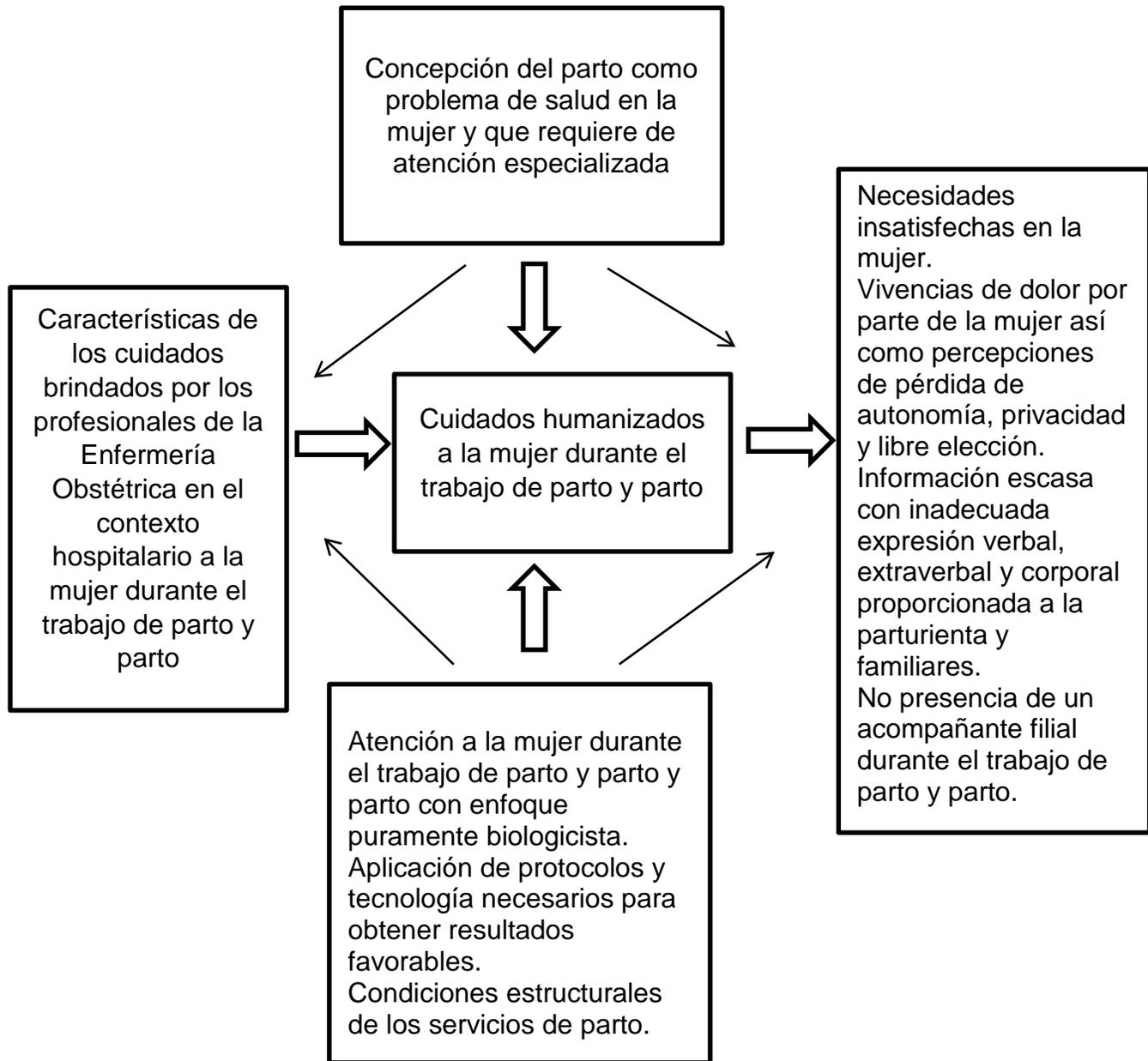
Leyenda:

ESP: Encuesta de satisfacción a pacientes
EP: Entrevista a pacientes
EPE: Encuesta a Licenciados en Enfermería
EEM: Entrevista a Especialistas
CE: Consulta a Especialistas
GO: Guía de Observación

Regla de decisión:

- Si el indicador está valorado positivamente entre el 80% y el 100% se considera como una potencialidad.
- Si el indicador está valorado positivamente en menos del 50% se considera como un problema.

Figura 2.



Relación entre categorías producto de la relación axial

Condiciones centrales: Cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y parto.

Condiciones causales: Características de los cuidados brindados por los profesionales de la enfermería obstétrica en el contexto hospitalario a la mujer durante el trabajo de parto y parto.

Condiciones contextuales: Concepción del parto como problema de salud en la mujer y que requiere de atención especializada.

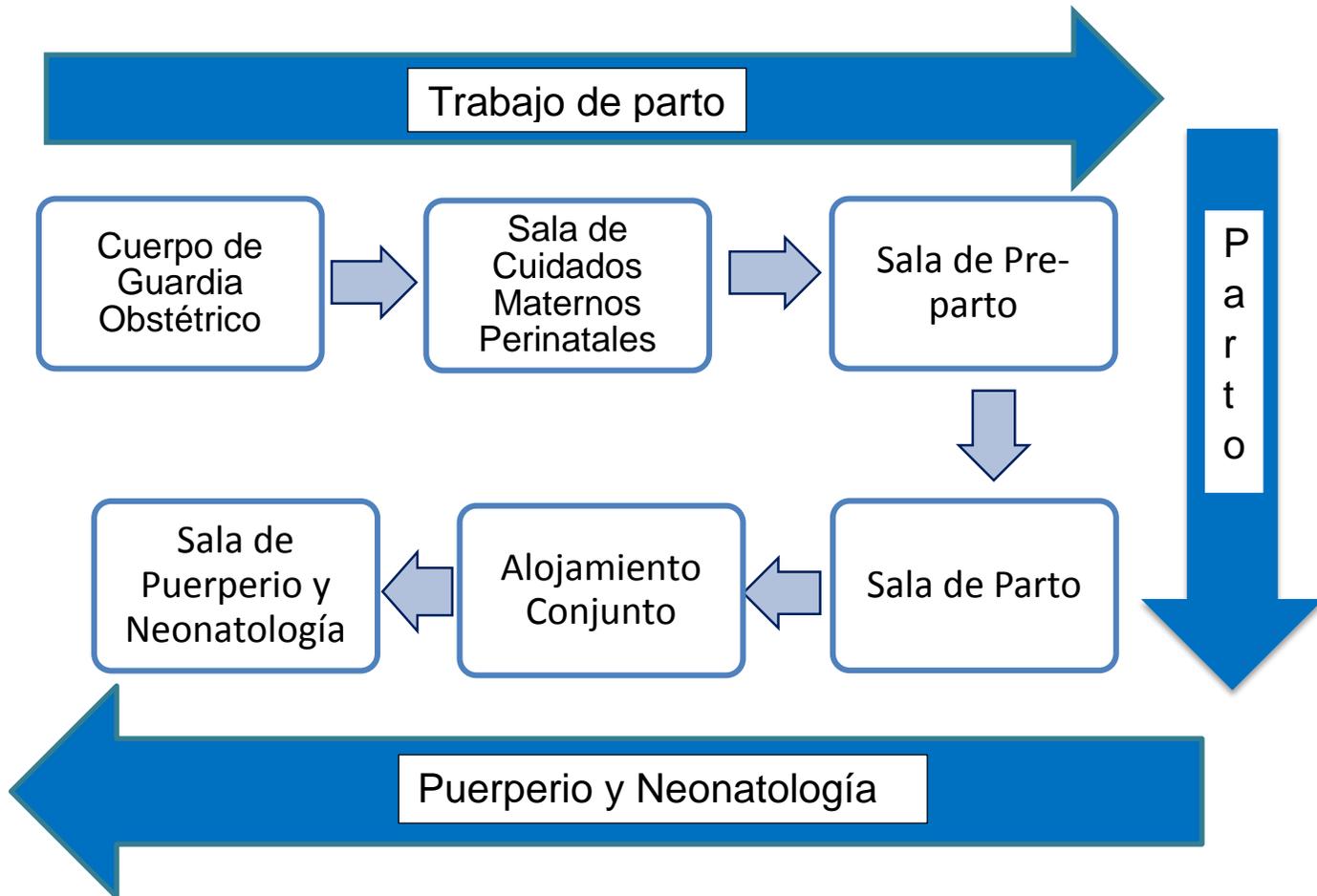
Condiciones intervinientes: Atención a la mujer durante el trabajo de parto y parto con enfoque puramente biologicista, la aplicación de protocolos y tecnología necesarios para obtener resultados favorables y las condiciones estructurales de los servicios de parto en los hospitales.

Condiciones resultantes:

- Necesidades insatisfechas en la mujer.
- Vivencias de dolor por parte de la mujer, así como percepciones de pérdida de autonomía, privacidad y libre elección.
- Información escasa con inadecuada expresión verbal, extraverbal y corporal proporcionada a la parturienta y familiares.
- No presencia de un acompañante filial durante el trabajo de parto y parto.

Anexo 16.

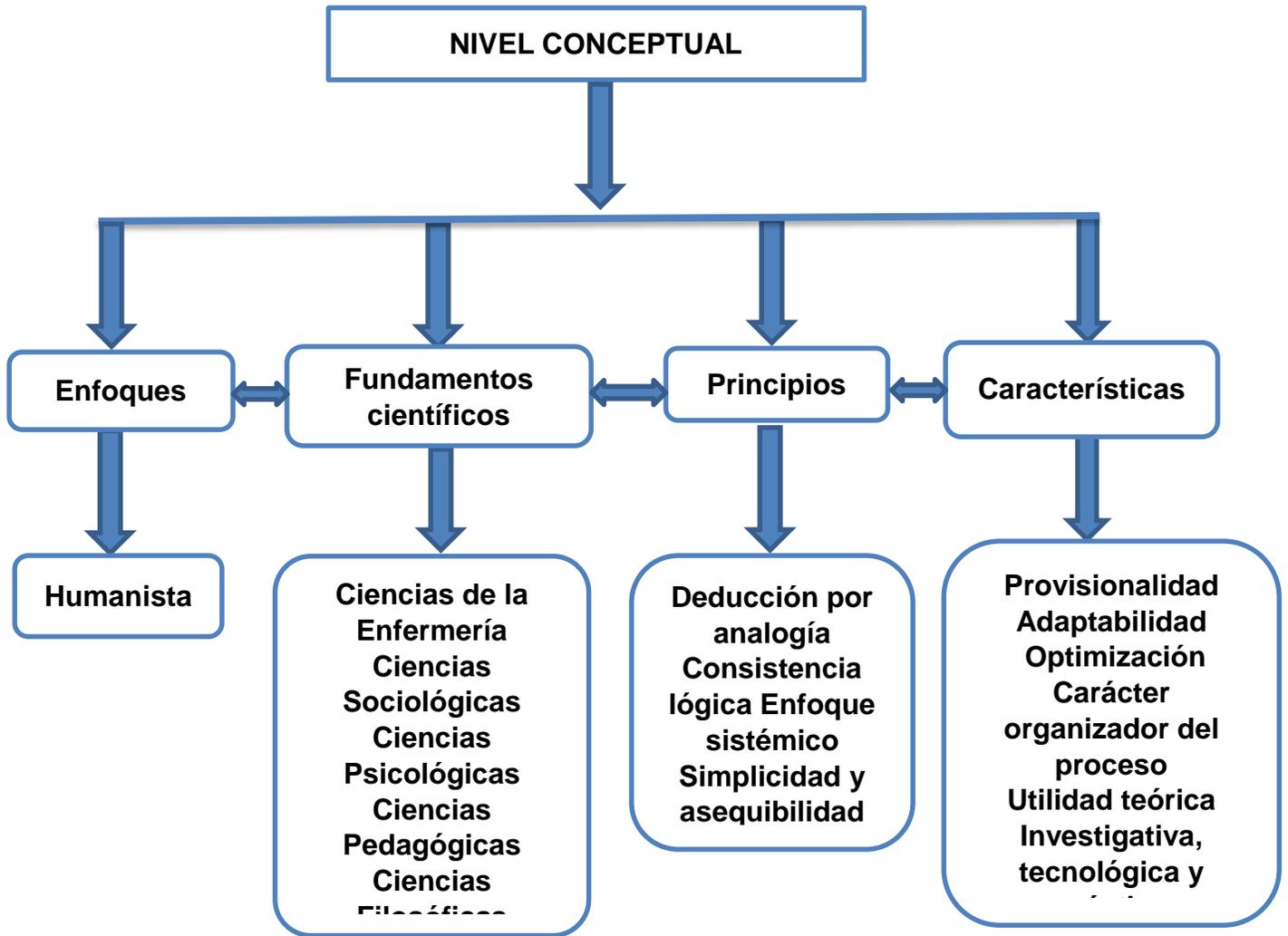
Ruta a seguir en el cuidado humanizado a la mujer durante su proceso de parto en el servicio obstétrico del entorno hospitalario.



Fuente: propia de la autora. 2015-2016.

Anexo 17.

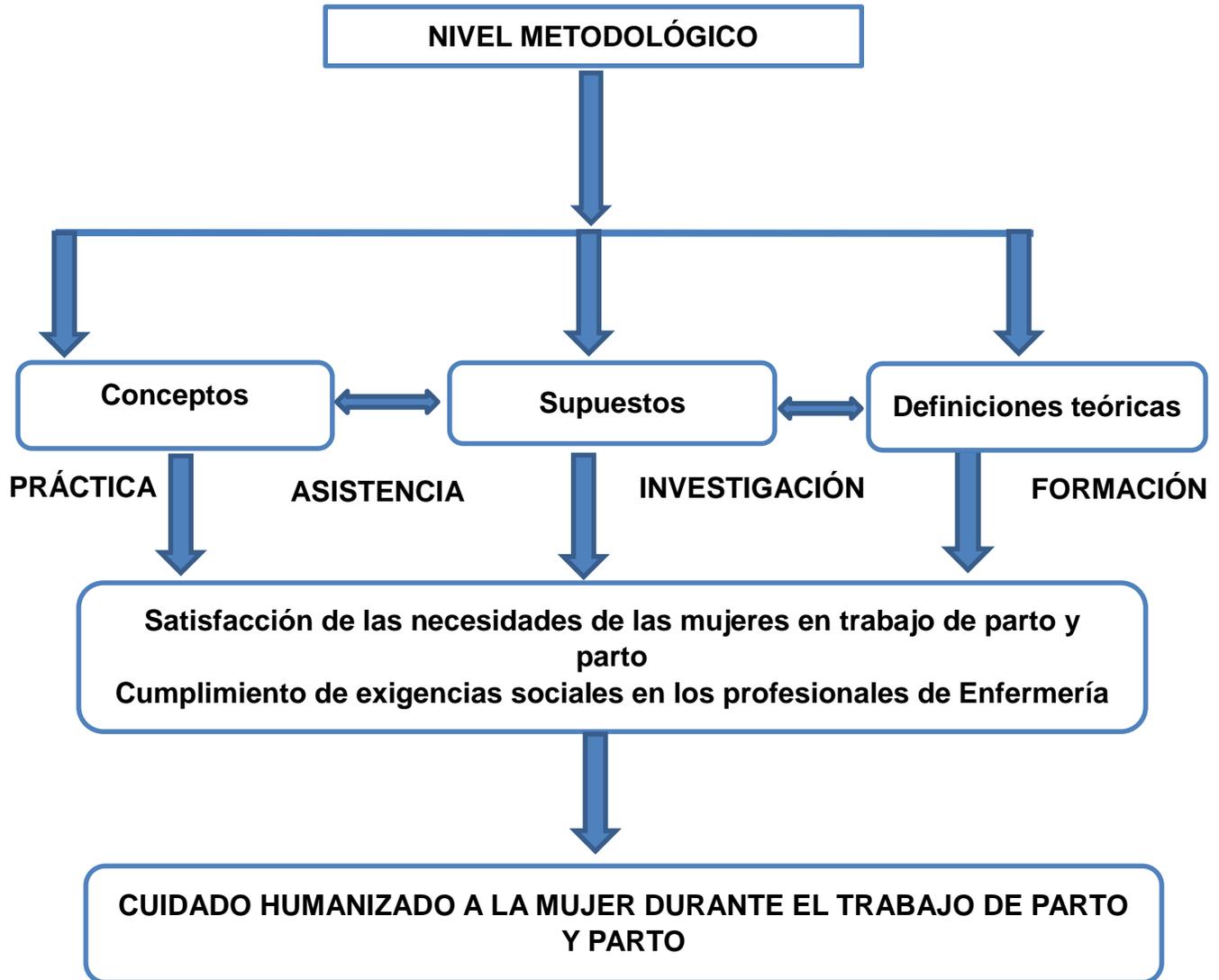
Nivel conceptual del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto



Fuente: propia de la autora.

Anexo 18.

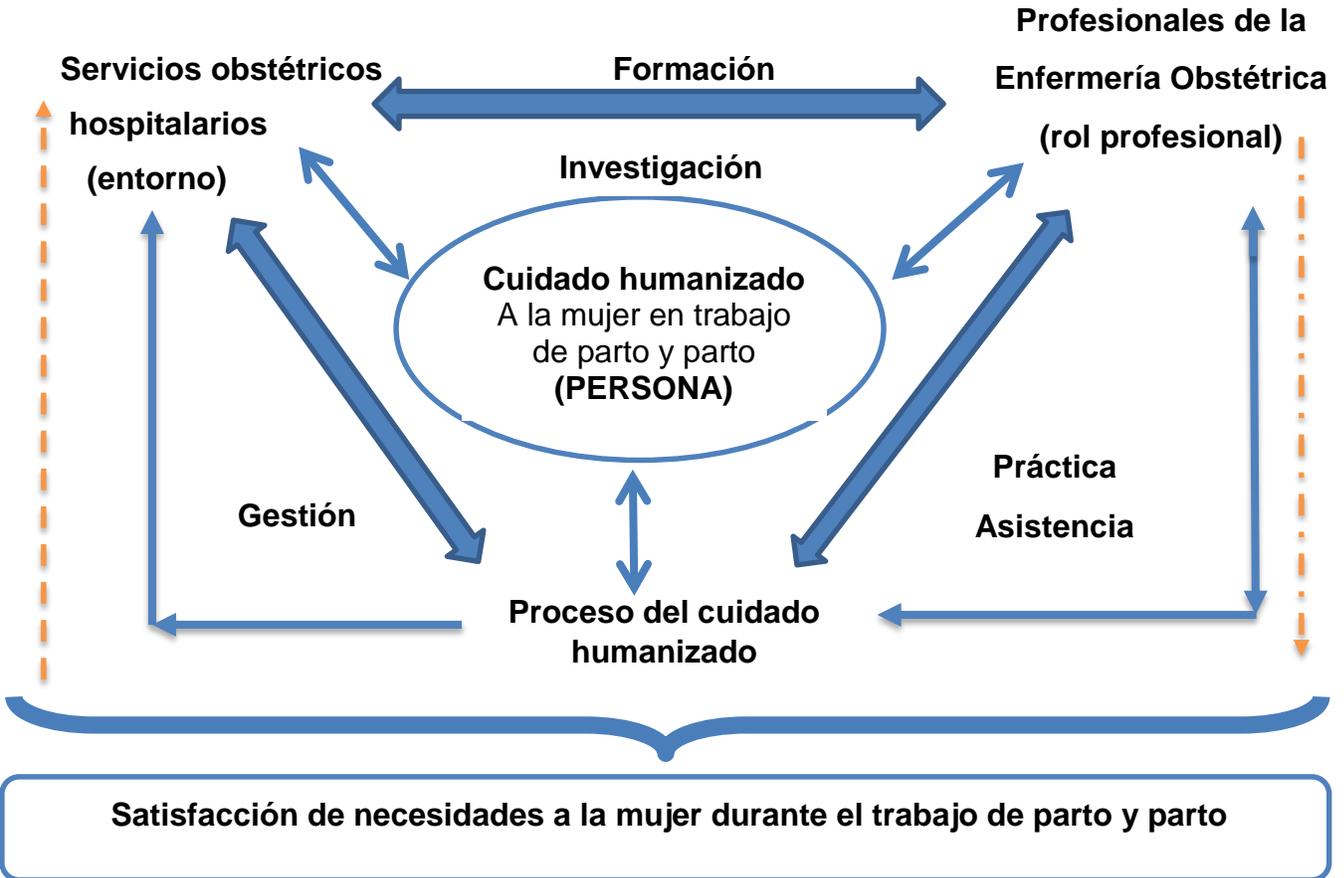
Nivel metodológico del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto



Fuente: propia de la autora.

Anexo 19.

Relaciones de los conceptos metaparadigmáticos en el Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto



Fuente: propia de la autora.

Anexo 20.

Consulta a Expertos

Estimados colegas:

En aras de lograr la atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico del Hospital General Docente: “Comandante Ciro Redondo García” del municipio de Artemisa mediante de los cuidados que brindan los profesionales de enfermería, se propone un Modelo de cuidados humanizados que ponemos a su consideración.

A continuación, ponemos a su consideración la propuesta, para su validación teórica. Por favor llene los datos que aparecen a continuación.

Gracias por su calificada ayuda

Años de experiencia Laboral _____ Especialidad _____

Categoría Docente _____ Categoría Científica _____

1. ¿Qué conocimientos usted posee sobre el tema: humanización de la atención a la mujer durante el trabajo de parto y el parto?

Indicación: Marque con una equis (X) en la siguiente escala creciente de la 1 a la 10 el valor que corresponda a su grado de conocimiento o información sobre el tema:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

2. Valore las fuentes utilizadas para poseer los argumentos sobre el tema cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y parto.

Indicaciones: Marque con una equis (x) su valoración.

| Fuentes de argumentos | Alto | Medio | Bajo |
|--|------|-------|------|
| Análisis teórico sobre acciones o estrategias creadas para el proceso de humanización de la atención a la mujer durante el trabajo de parto y parto. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Experiencia práctica en la ejecución acciones o estrategias creadas para el cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. | | | |
| Trabajos de autores nacionales | | | |
| Trabajos de autores extranjeros | | | |
| Su conocimiento en el diagnóstico de problemas en la prestación de cuidados humanizados durante el trabajo de parto y parto. | | | |

III-A continuación, ponemos a su consideración un grupo de frases que valoran diferentes elementos del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Leyenda: I – Inadecuado. PA – Poco adecuado. A – Adecuado.

BA – Bastante Adecuado. MA – Muy Adecuado.

Instrucciones:

Para recopilar su opinión marque con una equis (X) el juicio o valoración que más se acerque a la suya según los normotipos siguientes:

| No | Criterios de valoración | I | PA | A | BA | MA |
|----|---|---|----|---|----|----|
| 1 | La propuesta encaminada a lograr una verdadera humanización en la atención que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las instituciones hospitalarias a mi juicio posee una pertinencia: | | | | | |
| 2 | El enfoque teórico-práctico que se evidencia en el Modelo de cuidados humanizados para brindar a la mujer durante el trabajo de parto y parto en las instituciones hospitalarias lo considero: | | | | | |
| 3 | Los fundamentos encontrados en las Ciencias Sociales y de la Enfermería para sustentar el Modelo de cuidados humanizados para brindar a | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| | la mujer durante el trabajo de parto y parto en las instituciones hospitalarias las valoro de: | | | | | |
| 4 | La contradicción que genera el diseño que se propone para el cuidado humanizado que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las instituciones hospitalarias en correspondencia con las exigencias de la sociedad cubana, lo considero como: | | | | | |
| 5 | La fundamentación epistemológica que se propone con el Modelo de cuidados humanizados para brindar a la mujer durante el trabajo de parto y parto en las instituciones hospitalarias la considero: | | | | | |
| 6 | A su criterio el diseño que se propone para lograr un cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en las instituciones hospitalarias favorece la calidad de formación de la Enfermería Obstétrica de forma: | | | | | |
| 7 | Las definiciones operativas de las dimensiones actitud como parte del reflejo de la responsabilidad que se adquiere durante el desarrollo profesional, habilidades comunicativas, satisfacción de necesidades se expresa en el nivel de desarrollo de habilidades en la identificación de insatisfacción de la paciente, conocimientos científico-tecnológicos y profesionalidad se refiere al nivel de compromiso humano de los profesionales de enfermería, garantizan el compromiso ético durante la práctica de las funciones y en la cual influyen las | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | relaciones interpersonales, demostrado con el respeto hacia la integridad física y moral de la paciente y el perfeccionamiento en la relación de cuidados, garantiza su ejecución de forma: | | | | | |
| 8 | El logro del objetivo del cuidado humanizado en que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y parto en las instituciones hospitalarias, revela la pertinencia social del tema, elemento que valoro como: | | | | | |
| 9 | El diseño que se propone para el desarrollo del cuidado humanizado de los profesionales perfilados en la Obstetricia lo valoro como: | | | | | |
| 10 | La contextualización realizada desde el Modelo de cuidados humanizados, para su aplicación en los profesionales de enfermería perfilados en la rama de la Obstetricia, que sirva de utilidad en esta ciencia como elemento para el análisis integral de los problemas asistenciales, las dimensiones e indicadores identificados en el proceso de cuidado durante la atención integral que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, es una contribución a las ciencias que valoro como... | | | | | |

a.- ¿Desea consignar otro elemento que debe ser considerado en la valoración del Modelo de cuidados humanizados que logre la atención integral a la mujer durante trabajo de parto y el parto en el servicio obstétrico propuesto? En caso afirmativo tenga el gusto de referirlo a continuación:

¡Gracias!

Anexo. 20 a.

Procesamiento de la consulta a expertos

TABLA DE LOS COEFICIENTES DE COMPETENCIA DE LOS EXPERTOS.

| Expertos | Coeficiente de Conocimiento (Kc) | Coeficiente de argumentación (Ka) | Coeficiente de competencia (K) |
|----------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. | 0.80 | 0.90 | 0.85 |
| 2. | 0.70 | 0.80 | 0.75 |
| 3. | 0.90 | 0.80 | 0.85 |
| 4. | 0.60 | 0.20 | 0.40 |
| 5. | 0.40 | 0.60 | 0.50 |
| 6. | 1 | 0.70 | 0.85 |
| 7. | 0.80 | 0.40 | 0.60 |
| 8. | 1 | 0.80 | 0.90 |
| 9. | 0.90 | 0.80 | 0.85 |
| 10. | 0.80 | 0.70 | 0.75 |
| 11. | 0.90 | 0.70 | 0.80 |
| 12. | 0.90 | 0.80 | 0.85 |
| 13. | 0.70 | 0.80 | 0.75 |
| 14. | 0.90 | 0.80 | 0.85 |
| 15. | 0.40 | 0.50 | 0.45 |
| 16. | 1 | 0.80 | 0.90 |
| 17. | 0.80 | 0.80 | 0.80 |
| 18. | 0.90 | 0.80 | 0.85 |
| 19. | 0.30 | 0.50 | 0.40 |
| 20. | 0.80 | 0.70 | 0.75 |
| 21. | 1 | 0.80 | 0.90 |
| 22. | 0.80 | 0.90 | 0.85 |
| 23. | 0.70 | 0.80 | 0.75 |
| 24. | 0.90 | 0.80 | 0.85 |
| 25. | 1 | 0.70 | 0.85 |
| 26. | 0.80 | 0.40 | 0.60 |
| 27. | 1 | 0.80 | 0.90 |
| 28. | 0.80 | 0.90 | 0.85 |
| 29. | 0.70 | 0.80 | 0.75 |
| 30. | 0.90 | 0.80 | 0.85 |

TABLA DE FRECUENCIAS ACUMULATIVAS.

| Items | I | PA | A | BA | MA |
|-------|---|----|---|----|----|
| 1 | 0 | 0 | 7 | 14 | 9 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 18 | 7 |
| 3 | 0 | 0 | 2 | 20 | 8 |
| 4 | 0 | 0 | 6 | 16 | 8 |
| 5 | 0 | 0 | 2 | 20 | 8 |
| 6 | 0 | 0 | 6 | 16 | 8 |
| 7 | 0 | 0 | 2 | 20 | 8 |
| 8 | 0 | 0 | 6 | 16 | 8 |
| 9 | 0 | 0 | 7 | 14 | 9 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 12 | 7 |

TABLA DE FRECUENCIA ACUMULATIVA SUMATIVA.

| Items | I | PA | A | BA | MA |
|-------|---|----|---|----|----|
| 1 | 0 | 0 | 7 | 21 | 30 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 18 | 30 |
| 3 | 0 | 0 | 2 | 22 | 30 |
| 4 | 0 | 0 | 6 | 22 | 30 |
| 5 | 0 | 0 | 2 | 22 | 30 |
| 6 | 0 | 0 | 6 | 22 | 30 |
| 7 | 0 | 0 | 2 | 22 | 30 |
| 8 | 0 | 0 | 6 | 22 | 30 |
| 9 | 0 | 0 | 7 | 21 | 30 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 12 | 30 |

TABLA DE FRECUENCIA ACUMULATIVA SUMATIVA RELATIVA.

| Items | I | PA | A | BA | MA |
|-------|---|----|------|------|----|
| 1 | 0 | 0 | 0.23 | 0.7 | 1 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0.6 | 1 |
| 3 | 0 | 0 | 0.07 | 0.73 | 1 |
| 4 | 0 | 0 | 0.2 | 0.73 | 1 |
| 5 | 0 | 0 | 0.07 | 0.73 | 1 |
| 6 | 0 | 0 | 0.2 | 0.73 | 1 |
| 7 | 0 | 0 | 0.06 | 0.73 | 1 |
| 8 | 0 | 0 | 0.2 | 0.73 | 1 |
| 9 | 0 | 0 | 0.23 | 0.7 | 1 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 0.4 | 1 |

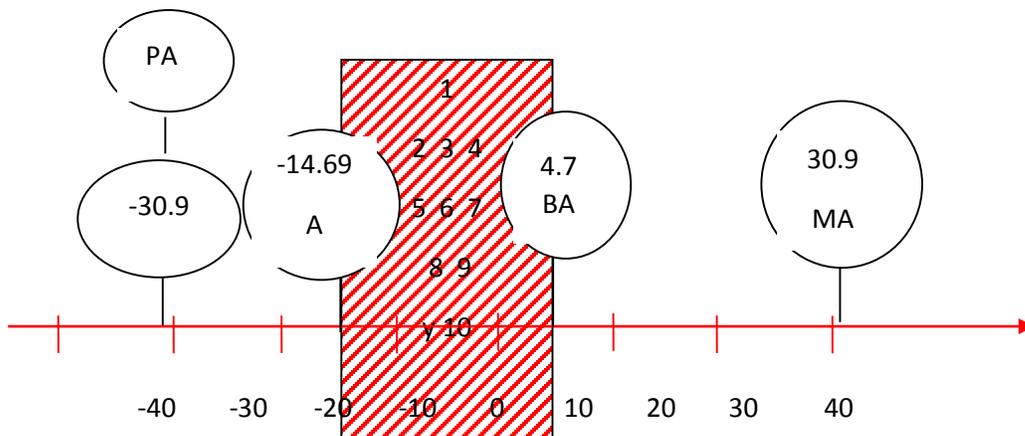
TABLA DE IMÁGENES DE LAS FRECUENCIAS RELATIVAS EN LA FUNCIÓN DE DISTRIBUCIÓN NORMAL ESTANDART.

| Items | I | PA | A | BA | MA | Suma | Prom. (P) | N – P | Valoración |
|-------|-------|-------|--------|-------|------|-------------------|-----------|---------|----------------|
| 1 | -3.09 | -3.09 | -0.74 | 0.52 | 3.09 | -3.31 | -0.662 | -0.1458 | Bastante Adec. |
| 2 | -3.09 | -3.09 | -3.09 | 0.25 | 3.09 | -5.93 | -1.186 | -0.3782 | Bastante Adec. |
| 3 | -3.09 | -3.09 | -1.48 | 0.61 | 3.09 | -3.96 | -0.792 | -0.0158 | Bastante Adec. |
| 4 | -3.09 | -3.09 | -0.84 | 0.61 | 3.09 | -3.32 | -0.664 | -0.1438 | Bastante Adec. |
| 5 | -3.09 | -3.09 | -1.48 | 0.61 | 3.09 | -3.96 | -0.792 | -0.0158 | Bastante Adec. |
| 6 | -3.09 | -3.09 | -0.84 | 0.61 | 3.09 | -3.32 | -0.664 | -0.1438 | Bastante Adec. |
| 7 | -3.09 | -3.09 | -1.55 | 0.61 | 3.09 | -4.03 | -0.806 | -0.0018 | Bastante Adec. |
| 8 | -3.09 | -3.09 | -0.84 | 0.61 | 3.09 | -3.32 | -0.664 | -0.1438 | Bastante Adec. |
| 9 | -3.09 | -3.09 | -0.74 | 0.52 | 3.09 | -3.31 | -0.662 | -0.1458 | Bastante Adec. |
| 10 | -3.09 | -3.09 | -3.09 | -0.25 | 3.09 | -5.93 | -1.186 | -0.3782 | Bastante Adec. |
| Suma | -30.9 | -30.9 | -14.69 | 4.7 | 30.9 | $\Sigma = -40.39$ | | | |

PUNTOS DE CORTE

$$N = \frac{\text{Sumatoria de las Sumas } (\Sigma)}{\text{número de Categorías Items}} = \frac{-40.39}{50} = -0,8078$$

GRÁFICA DE LOS PUNTOS DE CORTE



Anexo 21.

DIPLOMADO ENFERMERÍA OBSTÉTRICA. Dictamen: 93-2016.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO GENERAL:

| CURSOS Y ENTRENAMIENTO | Sem | C | S | C. P.D | E.T | AS | E | Total |
|---|------------|-----------|-----------|---------------|------------|------------|------------|--------------|
| Módulo I: Comunicación, ética y legalidad. | 1 | 8 | 4 | 8 | | 8 | 2 | 31 |
| Módulo II: Principios filosóficos y metodológicos de la ciencia de enfermería. | 2-5 | 12 | 5 | 10 | 85 | 12 | 4 | 128 |
| Módulo III: Epidemiología hospitalaria. | 6 | 8 | 4 | 8 | 85 | 12 | 4 | 121 |
| Módulo IV: Atención Prenatal | 7-12 | 16 | 8 | 14 | 136 | 16 | 2 | 192 |
| Módulo V: Atención de Enfermería en el trabajo de parto y el Parto, Puerperio y recién nacido. | 13-25 | 22 | 12 | 32 | 576 | 48 | 2 | 692 |
| Módulo VI: Metodología de la investigación. | 26 | 8 | 4 | 8 | 68 | 8 | 2 | 98 |
| Módulo VII: TF Diplomado | 27-28 | - | - | - | - | 40 | 120 | 160 |
| Total General | 28 | 74 | 37 | 80 | 950 | 144 | 136 | 1421 |

Leyenda:

C: conferencias

E. T: Educación en el trabajo.

E: Evaluación.

A.S: Autosuperación.

C.P.D: Clase práctica demostrativa.

CURSO II: PRINCIPIOS FILOSÓFICOS Y METODOLÓGICOS DE LA CIENCIA DE ENFERMERÍA.

DISTRIBUCIÓN DE TEMAS, HORAS Y F.O.E (Duración de tres semanas)

| TEMAS | Sem | C | S | C. P.D | E.T. | AS | E | H.TOTAL |
|---|--------------|-----------|----------|---------------|-------------|-----------|----------|----------------|
| 1-Evolución histórica del cuidado de Enfermería durante el trabajo de parto y el parto. | Sem 2 | 2 | 1 | 2 | 15 | 4 | 1 | 25 |
| 2-: Modelos y teorías de Enfermería. 2.1.- Proceso de Atención de Enfermería (PAE) | Sem 3 | 4 | 2 | 4 | 40 | 4 | 2 | 56 |
| 3.- Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. | Sem 4-5 | 6 | 2 | 4 | 30 | 4 | 1 | 40 |
| TOTAL GENERAL | 3 sem | 12 | 5 | 10 | 85 | 12 | 4 | 128 |

Objetivos:

- Interpretar la evolución histórica de la Enfermería Obstétrica y las principales corrientes teóricas que sustentan la práctica profesional.

- Valorar los principios filosóficos, científicos, metodológicos que sustentan el cuidado en la práctica profesional de la Enfermería Obstétrica.
- Diagnosticar los problemas de salud en la mujer durante el trabajo de parto y el parto, con la incorporación del Proceso de Atención de Enfermería como método científico en la práctica asistencial con el empleo de casos reales.
- Aplicar el Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto para su validación en la práctica asistencial de los servicios obstétricos hospitalarios.

Unidad didáctica 2.1: Evolución histórica del cuidado de Enfermería durante el trabajo de parto y el parto.

Objetivos de la unidad modular:

- Valorar la evolución histórica del cuidado de Enfermería durante el trabajo de parto y el parto, así como los factores que determinan su enfoque humano en la filosofía del cuidado.

Contenido:

- Evolución de la práctica de la Enfermería Obstétrica. Hechos significativos que han tenido influencia en el desarrollo de la Enfermería Obstétrica. Papel de la Enfermería Obstétrica en el equipo de salud que brinda atención integral a la mujer durante el trabajo de parto y parto.
- Corrientes filosóficas que han influido en el desarrollo del cuidado humanizado en la Enfermería Obstétrica. Concepto de cuidado humanizado y cuidado humanizado durante el trabajo de parto y el parto.
- Enfoque filosófico, epistemológico, ético y ontológico de la Enfermería Obstétrica.

Unidad didáctica 2.2: Modelos y teorías de Enfermería.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Objetivos de la unidad modular:

- Interpretar los principales modelos y teorías de Enfermería que guardan relación con los cuidados humanizados.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, en la práctica asistencial.

Contenido:

- Paradigmas de Enfermería. Evolución de las definiciones de Enfermería. Definición de Enfermería Obstétrica.
- Modelo y teoría: definición, diferencias y utilidad para la profesión. Desarrollo y construcción de una teoría. Estudio de las teorías más difundidas y utilizadas con abordaje del cuidado humano.
- Origen y evolución del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- Comparación con otros métodos científicos. Etapas que caracterizan el (PAE).
- Valoración: fases y componentes. La recolección de datos. Clasificación y significado.
- Técnicas y fuentes de recolección de datos. El diagnóstico de Enfermería: definición y rasgos esenciales. Su estructura: definición manejo de los factores relacionados. El error diagnóstico. Expectativas y su relación con el diagnóstico. Intervención: fases y componentes. Clasificación y estructura de las intervenciones de Enfermería. Evaluación: fases y componentes. La respuesta del paciente. La implementación del PAE en la atención secundaria y terciaria de salud.
- Influencia del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en la aplicación del PAE.

Unidad Didáctica 2.3: Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Objetivos de la unidad modular:

- Aplicar el Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto en la práctica asistencial de los profesionales de la Enfermería Obstétrica.

Contenido:

- Estructura del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

- Fundamentos de las ciencias en los cuáles se sustenta el modelo en su nivel conceptual. Teorías de enfermería.
- Nivel metodológico: Definición de conceptos metaparadigmáticos, supuestos o definiciones y afirmaciones teóricas. Relación entre los elementos que componen el nivel metodológico y conceptual.
- Aportes del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto para el logro de la atención integral.
- Aplicación práctica del Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Sistema de evaluación. Se realizará de la siguiente forma:

Evaluaciones frecuentes de carácter formativo que incluye: talleres, seminarios, trabajos prácticos individuales, grupales, clases prácticas y educación en el trabajo.

Duración de 4 semanas (semana 2, 3,4 y 5)

Trabajo Final: Fundamentar la importancia del Modelo de cuidados humanizados a la mujer en trabajo de parto y parto a través del logro de los cuidados humanizados en la práctica asistencial.

Evaluación final: Se tendrá en cuenta los resultados obtenidos en las evaluaciones frecuentes y el trabajo final.

Bibliografía.

1. Leddy S, Maepepper J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Edición Ciencias Médicas. La Habana; 2007.
2. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta edición. Ciencias Médicas. La Habana; 2007.
3. Iyer P W, Taptich B J, Bernocchi D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3era Edición. Prensa Técnica SA. México; 1997.

Anexo 22.

Resultados de la observación de los profesionales de enfermería en los cuidados humanizados que se le brinda a la mujer durante el trabajo de parto y el parto posterior a la validación del modelo

| No | Aspectos a evaluar | Categorías de la Observación | | |
|----|---|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | | S0 | SOAV | NSO |
| 1 | Mantiene compromiso ético durante la práctica de sus funciones: <ul style="list-style-type: none"> • Cumple con los principios básicos de enfermería. Cumple con los principios éticos, como son: llamar a la mujer por su nombre, respetar sus preceptos religiosos, conservar el secreto profesional. | 14 56% | 11 44% | |
| 2 | Resuelve dilemas éticos durante la práctica de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica la ética en el cumplimiento de sus funciones. • Resuelve bajo los principios éticos las situaciones que se presenten en su turno de trabajo, tanto para mujeres como para el resto del equipo de salud. | 19 76% | 5 20% | 1 4% |
| 3 | Proporciona información a la parturienta sobre la evolución de su trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> • Explica a la mujer cada prueba que se le realiza y su objetivo. • Explica a la mujer las etapas del trabajo de parto y su duración con las características de cada una. • Retoma clases de la Psicoprofilaxis. | 20 80% | 5 20% | |
| 4 | Ofrece transacción educativa con una correcta expresión verbal y corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Colegia con la mujer acuerdos basados en su bienestar para asumir el trabajo de parto y parto. • Realiza acuerdos de forma coherente, respetuosa, armoniosa con lenguaje verbal adecuado y sin expresiones extraverbales con la mujer. | 19 76% | 6 24% | |
| 5 | Demuestra necesidades de superación profesional: <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra necesidades de aprendizaje. • Expone elementos para cursar alguna forma de la Educación Posgraduada. | 20 80% | 5 20% | |
| 6 | Muestra independencia en las acciones hacia la mujer en trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> • Asume acciones independientes para la atención a la mujer. | 24 96% | 1 4% | |

| | | | | |
|----|---|--------------------------|------------------------|-----------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra conocimientos para la realización de las acciones independientes. • Emplea de forma ética la tecnología. | | | |
| 7 | <p>Demuestra habilidades en la identificación y satisfacción de necesidades de la parturienta de forma individualizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica las necesidades de cada mujer. • Asume actitudes para el cumplimiento de las mismas. • Emplea métodos científicos para la satisfacción de sus necesidades. • Prioriza las mismas para su satisfacción. | 20 80% | 5 20% | |
| 8 | <p>Muestra respeto a los derechos y a la integridad de la mujer y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la privacidad de la mujer en la realización de pruebas. • Permite el acompañamiento durante el trabajo de parto. • Ofrece apoyo a la mujer. | 19 76% | 5 20% | 1 4% |
| 9 | <p>Ayuda a la mujer en la toma de decisiones y respeta las suyas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica a la mujer las características de las etapas del parto. • Tolera pedidos de las mujeres con respeto y dulzura. • Ofrece consejos a la mujer para la tolerancia del trabajo de parto y respeta sus criterios. | 19 76% | 5 20% | 1 4% |
| 10 | <p>Demuestra empatía y seguridad a la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra atención individualizada. • Escucha a la mujer en la exposición de sus sensaciones, temores, dudas. • Utiliza métodos para disminuir la ansiedad y ofrecer confianza. • Posee contacto con la mujer que no sea solo la realización de técnicas y procedimientos. | 20 80% | 5 20% | |
| 11 | <p>Decide acciones coordinadas con el equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe consenso de criterios en la prestación de cuidados con el personal médico. • Cumple acciones de forma independiente aprobadas por el médico. • Participa en los pases de visita y discusiones de casos médicos. • El personal médico participa o tiene dominio de la entrega y recibo de pacientes por el personal médico. | 25 100% | | |

| | | | | |
|----|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 12 | <p>Demuestra organización del trabajo dentro del equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización de la historia clínica. • Cumplimiento de las indicaciones médicas. • Cumplimiento de funciones asignadas. • Cumplimiento de los controles asignados en turno de trabajo. • Cumplimiento de los principios científicos en la realización de los procedimientos. | 25 100% | | |
| 13 | <p>Aplica métodos alternativos de alivio del dolor a la paciente en trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de la anestesia epidural continua indicada por el médico. • Uso de recursos para minimizar el dolor como son: Técnica del caballito o balancito. | | | 25 100% |
| 14 | <p>Ayuda a la mujer a la conducción de su trabajo de parto y parto con autonomía y libertad (posición, movimientos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrece libertad de movimiento a la mujer por todo el servicio. • Estimula en la mujer variaciones en la posición erecta. • Obliga a la mujer a asumir el agache en la cuña en la fase final de la etapa de dilatación del trabajo de parto. • Ofrece libertad de opciones a la mujer para asumir su trabajo de parto. • Respeta otra posición que no sea la litotomía para la realización del parto. | | 15 60% | 10 40% |
| 15 | <p>Ayuda al cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto precoz piel a piel inmediatamente después del nacimiento. • Ayuda a la madre a acariciarlo, tocarlo, conocerlo. • Expone a la madre sexo y peso del bebé. • Realiza procedimientos habituales después del contacto con la madre. | 25 100% | | |

Fuente: propia de la autora.

Anexo 23.

Comparación de los resultados de la observación anterior y posterior a la aplicación práctica del Modelo de cuidados humanizados

SO: Se observa. **SOAV:** Se observa a veces. **NSO:** No se observa.

Se considera como Buenas los resultados en los normotipos de Se Observa y Se Observa a veces y de Malo cuando el marcaje es de NOS (No Se Observa)

| No | Aspectos a evaluar | Categorías de la Observación | | | | Comparación χ^2 | |
|----|---|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|--|-------|
| | | Antes | | Después | | | |
| | | B | M | B | M | | |
| 1 | Mantiene compromiso ético durante la práctica de sus funciones: <ul style="list-style-type: none"> Cumple con los principios básicos de enfermería. Cumple con los principios éticos, como son: llamar a la mujer por su nombre, respetar sus preceptos religiosos, conservar el secreto profesional. | 24 96% | 1 4% | 25 100% | 0 | $\chi^2 = 23,04$ $\chi^2_c \geq \chi^2_t$ entonces cambio positivo | el es |
| 2 | Resuelve dilemas éticos durante la práctica de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> Aplica la ética en el cumplimiento de sus funciones. Resuelve bajo los principios éticos las situaciones que se presenten en su turno de trabajo, tanto para mujeres como para el resto del equipo de salud. | 23 92% | 2 8% | 24 96% | 1 4% | $\chi^2 = 16$ $\chi^2_c \geq \chi^2_t$ 16 \geq 6,634, entonces cambio positivo | el es |
| 3 | Proporciona información a la parturienta sobre la evolución de su trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> Explica a la mujer cada prueba que se le realiza y su objetivo. Explica a la mujer las etapas del trabajo de parto y su duración con las características de cada una. Retoma clases de la Psicoprofilaxis. | 22 88% | 3 12 % | 25 100% | 0 | $\chi^2 = 13$ $\chi^2_c \geq \chi^2_t$ 13 \geq 6,634, entonces cambio positivo | el es |

| | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------|--|----------|
| 4 | <p>Ofrece transacción educativa con una correcta expresión verbal y corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colegia con la mujer acuerdos basados en su bienestar para asumir el trabajo de parto y parto. • Realiza acuerdos de forma coherente, respetuosa, armoniosa con lenguaje verbal adecuado y sin expresiones extraverbales con la mujer. | 22 88% | 3 12 % | 25 100% | 0 | $\chi^2 = 13$ $\chi^2_c \geq \chi^2_t$ 13 \geq 6,634, entonces cambio positivo | el es |
| 5 | <p>Demuestra necesidades de superación profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra necesidades de aprendizaje. • Expone elementos para cursar alguna forma de la Educación Posgraduada. | 23 92% | 2 8% | 25 100% | 0 | $\chi^2 = 16$ $\chi^2_c \geq \chi^2_t$ 16 \geq 6,634, entonces cambio positivo | el es |
| 6 | <p>Muestra independencia en las acciones hacia la mujer en trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asume acciones independientes para la atención a la mujer. • Demuestra conocimientos para la realización de las acciones independientes. • Emplea de forma ética la tecnología. | 25 | 0 | 25 | 0 | | |
| 7 | <p>Demuestra habilidades en la identificación y satisfacción de necesidades de la parturienta de forma individualizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica las necesidades de cada mujer. • Asume actitudes para el cumplimiento de las mismas. • Emplea métodos científicos para la satisfacción de sus necesidades. • Prioriza las mismas para su satisfacción. | 25 | 0 | 25 | 0 | | |

| | | | | | | | |
|----|---|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|---|----------|
| 8 | <p>Muestra respeto a los derechos y a la integridad de la mujer y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la privacidad de la mujer en la realización de pruebas. • Permite el acompañamiento durante el trabajo de parto. • Ofrece apoyo a la mujer. | 23 92% | 2 8% | 24 96% | 1 4% | $\lambda^2 = 16$ $\lambda^2_c \geq \lambda^2_t$ 16 \geq 6,634, entonces cambio positivo | el es |
| 9 | <p>Ayuda a la mujer en la toma de decisiones y respeta las suyas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica a la mujer las características de las etapas del parto. • Tolera pedidos de las mujeres con respeto y dulzura. • Ofrece consejos a la mujer para la tolerancia del trabajo de parto y respeta sus criterios. | 24 96% | 1 4% | 24 96% | 1 4% | $\lambda^2 = 23,04$ $\lambda^2_c \geq \lambda^2_t$ entonces cambio positivo | el es |
| 10 | <p>Demuestra empatía y seguridad a la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra atención individualizada. • Escucha a la mujer en la exposición de sus sensaciones, temores, dudas. • Utiliza métodos para disminuir la ansiedad y ofrecer confianza. • Posee contacto con la mujer que no sea solo la realización de técnicas y procedimientos. | 23 92% | 2 8% | 25 100% | 0 | $\lambda^2 = 16$ $\lambda^2_c \geq \lambda^2_t$ 16 \geq 6,634, entonces cambio positivo | el es |
| 11 | <p>Decide acciones coordinadas con el equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe consenso de criterios en la prestación de cuidados con el personal médico. • Cumple acciones de forma independiente aprobadas por el médico. • Participa en los pases de visita y discusiones de casos médicos. • El personal médico participa o tiene dominio de la entrega y | 25 100 % | 0 | 25 100% | 0 | | |

| | | | | | | |
|----|---|-------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--|
| | recibo de pacientes por el personal médico. | | | | | |
| 12 | <p>Demuestra organización del trabajo dentro del equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización de la historia clínica. • Cumplimiento de las indicaciones médicas. • Cumplimiento de funciones asignadas. • Cumplimiento de los controles asignados en turno de trabajo. • Cumplimiento de los principios científicos en la realización de los procedimientos. | 25 100 % | 0 | 25 100% | 0 | |
| 13 | <p>Aplica métodos alternativos de alivio del dolor a la paciente en trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de la anestesia epidural continua indicada por el médico. • Uso de recursos para minimizar el dolor como son: Técnica del caballito o balancito. | 0 | 25 | 0 | 25 | |
| 14 | <p>Ayuda a la mujer a la conducción de su trabajo de parto y parto con autonomía y libertad (posición, movimientos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrece libertad de movimiento a la mujer por todo el servicio. • Estimula en la mujer variaciones en la posición erecta. • Obliga a la mujer a asumir el agache en la cuña en la fase final de la etapa de dilatación del trabajo de parto. • Ofrece libertad de opciones a la mujer para asumir su trabajo de parto. • Respeta otra posición que no sea la litotomía para la realización del parto. | 0 | 25 | 15 | 10 | |

| | | | | | | |
|----|--|-------------------------------------|----------|--------------------------|----------|--|
| 15 | Ayuda al cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido: <ul style="list-style-type: none">• Contacto precoz piel a piel inmediatamente después del nacimiento.• Ayuda a la madre a acariciarlo, tocarlo, conocerlo.• Expone a la madre sexo y peso del bebé.• Realiza procedimientos habituales después del contacto con la madre. | 25 100 % | 0 | 25 100% | 0 | |
|----|--|-------------------------------------|----------|--------------------------|----------|--|

Fuente: propia de la autora.

Anexo 24.

Encuesta de satisfacción a mujeres que fueron atendidas durante el trabajo de parto y parto por los profesionales de enfermería del Grupo I

Estimadas compañeras:

Nos encontramos realizando una investigación sobre los cuidados que se le brindaron a usted durante el trabajo de parto y el parto por los profesionales de enfermería. Necesitamos conocer para el desarrollo de este estudio.

A continuación, ponemos en su consideración algunos elementos que son necesarios para el desarrollo de la misma, usted debe responder en cada acápite, señalando con una equis (X), según usted considere la comprensión que tiene sobre cada contenido.

Agradecemos por anticipado su colaboración.

Cuestionario

Indicación: Marque con una equis (X) el juicio que más se acerque a su valoración.

1.- Valore su satisfacción con los cuidados recibidos por los profesionales de enfermería durante su trabajo de parto y parto:

Muy satisfecha

Satisfecha

Poco satisfecha

No satisfecha

2.- ¿Se siente satisfecha con la información que recibió usted y su familia por parte de los profesionales de enfermería en la medida que avanzaba su trabajo de parto y los procedimientos que le realizaban?

Muy satisfecha

Satisfecha

Poco satisfecha

No satisfecha

3.- ¿Se siente satisfecha con el empleo de métodos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto?

Muy satisfecha

Satisfecha

Poco satisfecha

No satisfecha

4.- ¿Se siente satisfecha con el apoyo y la comprensión que recibió usted por parte de los profesionales de enfermería en su trabajo de parto y parto?

Muy satisfecha

Satisfecha

Poco satisfecha

No satisfecha

5.- ¿Se siente satisfecha con el respeto y el cuidado a su privacidad que recibió usted por parte de los profesionales de enfermería en su trabajo de parto, en el parto y en la realización de los procedimientos durante estos periodos?

Muy satisfecha

Satisfecha

Poco satisfecha

No satisfecha

6.- ¿Se siente satisfecha con la expresión verbal y corporal que emplearon con usted durante su trabajo de parto y parto?

Muy satisfecha

Satisfecha

Poco satisfecha

No satisfecha

7.- ¿Se siente satisfecha con el equipo de salud en cuanto a las actitudes que asumieron con usted durante su trabajo de parto y parto?

Muy satisfecha

Satisfecha

Poco satisfecha

No satisfecha

Sus opiniones serán analizadas para mejorar la atención a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Muchas Gracias.

Anexo 25.

Frecuencia de la satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante su trabajo de parto y parto

| Satisfacción con la atención recibida durante su trabajo de parto y parto | Muy satisfecho | | Satisfecho | | Poco satisfecho | | No satisfecho | |
|--|----------------|-----|------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|
| | | | | | | | | |
| 1.- Con la atención recibida por los profesionales de enfermería. | 12 | 48% | 13 | 52% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| 2.- Con la información recibida sobre el progreso de su trabajo de parto y el parto. | 2 | 8% | 13 | 52% | 9 | 36% | 3 | 12% |
| 3.- Con el empleo de métodos de alivio al dolor. | 2 | 8% | 7 | 28% | 4 | 16% | 13 | 52% |
| 4.- Con el apoyo y la comprensión | 3 | 12% | 21 | 84% | 2 | 8% | 0 | 0% |
| 5.- Con el respeto y el cuidado a su | 6 | 24% | 13 | 52% | 3 | 12% | 4 | 16% |
| 6.- Con el empleo de la expresión | 3 | 12% | 12 | 48% | 9 | 36% | 2 | 8% |
| 7.- Con actitudes asumidas por el | 7 | 28% | 15 | 60% | 3 | 12% | 1 | 4% |
| Totales | 35 | 20% | 94 | 53.7% | 30 | 17,14% | 24 | 13,7% |

Fuente: encuesta de satisfacción

N: 25

Cálculo del Índice de Satisfacción Grupal (ISG)

$$ISG = \frac{(MS \times 1) + (S \times 0,5) + (PS \times (-0,5)) + (I \times (-1))}{N}$$

N

$$ISG = \frac{(35 \times 1) + (94 \times 0,5) + (30 \times (-0,5)) + (24 \times (-1))}{N}$$

N

ISG= 1,7

Anexo. 26

Consentimiento informado para participar en el estudio

Investigación: Modelo de cuidados de enfermería a la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Investigadora: Lareisy Borges Damas. Licenciada en Enfermería, profesora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Máster en Atención Integral a la Mujer. Investigador Agregado. Aspirante a Doctorado en Ciencias de la Enfermería.

Solicitamos su cooperación voluntaria para participar en este estudio, que posee como objetivo: Diseñar un Modelo de cuidados de enfermería a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. Su participación consistirá en responder una serie de preguntas que forman parte de una guía para la realización de una entrevista en profundidad, que de estar de acuerdo será grabada. Tendrá una duración de aproximadamente de una hora y las sesiones dependerán de su tiempo y disposición para abordar todos los temas. Durante la misma podrá opinar y contestar sobre lo que desee. La información obtenida será considerada confidencial, se respetará su anonimato y solo será empleada con los fines investigativos aquí declarados. Si alguna de las preguntas lo hacen sentir incómodo/a, podrá no responder, tendrá plena libertad de solicitar el fin de la entrevista si así lo desea. Su nombre no va a utilizarse en ninguno de los informes o publicaciones del estudio. Las grabaciones serán transcritas y posteriormente eliminadas. Las grabaciones serán identificadas a través de un código individual asignado.

Declaración de voluntariedad:

He leído (o me han leído) y entendido el propósito de la investigación. He tenido la oportunidad de preguntar dudas. Puedo contactar con la investigadora del estudio en el momento que así lo desee. Por lo que acepto voluntariamente participar.

Firma de la entrevistada/o:

Fecha:

Gracias por su colaboración.