



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

Universidad de Sonora

División de Ciencias Sociales

Posgrado Integral en Ciencias Sociales

**"Atenciones recibidas y satisfacción hospitalaria
desde la percepción de ser madre:
Componentes de una atención (humanizada) a la mujer en parto
con base en la evidencia"**

Que para obtener el grado de

Doctor en Ciencias Sociales

Presenta

José Octavio Zavala Soto

Sínodo:

César O. Tapia Fonllem
Blanca S. Fraijo Sing
Aarón A. Grageda Bustamante
Sabine Pirchio
Giuseppe Carrus

Hermosillo, Sonora, México

Octubre de 2017

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Hermosillo, Sonora a 20 de octubre de 2017

Dra. Blanca Silvia Fraijo Sing

Coordinadora del Posgrado Integral en Ciencias Sociales
División de Ciencias Sociales
Universidad de Sonora

Con la presente me permito informar a Usted que el trabajo de tesis doctoral titulado **“Atenciones recibidas y satisfacción hospitalaria desde la percepción de ser madre: Componentes de una atención (humanizada) a la mujer en parto con base en la evidencia”** que fue desarrollado por el estudiante del Posgrado Integral en Ciencias Sociales **José Octavio Zavala Soto** cumple con los requisitos teóricos-metodológicos de un trabajo de investigación doctoral y cuenta con el decoro académico suficiente para ser presentado en su examen de defensa de grado.

Agradeceremos se proceda a hacer las gestiones administrativas conducentes para la programación del acto protocolario correspondiente.

Sin otro particular de momento, nos es grato saludarle.

Cordialmente

Dr. César Octavio Tapia Fonllem

Director de tesis
Universidad de Sonora

Dr. Blanca Silvia Fraijo Sing

Co-directora de tesis
Universidad de Sonora

Dr. Aarón Aurelio Grageda Bustamante

Lector interno
Universidad de Sonora

Dra. Sabine Pirchio

Lector externo
Sapienza Università di Roma

Dr. Giuseppe Carrus

Lector externo
Università delgi Studi Roma Tre

Dedicatoria

A Dios

A mi familia

A mis maestros y compañeros del Posgrado Integral de Ciencias Sociales sin los cuales no hubiera sido posible este proyecto

A todas las mujeres valientes que deciden informarse, aprender y empoderarse con la vivencia plena del nacimiento de un hijo pensando en su bienestar pleno a corto y largo plazo.

Recibiendo una atención digna de aquella que da luz, que da vida ...

Agradezco a mi comité evaluador formado por

César Tapia Fonllem
Blanca Silvia Fraijo Sing
Aarón Grageda Bustamante
Sabine Pirchio
Giuseppe Carrus

Por permitirme compartirles mis inquietudes, sueños y esperanzas.

De manera especial mi gratitud infinita al equipo de jóvenes y entusiastas estudiantes de Posgrado, que se involucraron en la edición final del reporte de tesis doctoral:

Daniela,,Edna, Fernanda y Norma Isabel.

Gracias Blanca yCésar por confiar en mí...

Índice

Resumen	1
I. Introducción	2
1.1 Antecedentes	2
1.2 Planteamiento del problema	5
1.3 Objetivo	8
1.3.1 Objetivo general	8
1.3.2 Objetivos específicos	8
1.4 Justificación	9
1.4.1 Justificación del enfoque interdisciplinar	10
1.4.2 La obstetricia y el nacimiento	11
1.4.3 La psicología y la mujer en trabajo de parto	12
1.4.4 La genética y el proceso de nacimiento	16
1.5 Limitaciones del estudio	18
II. Marco Teórico	19
2.1 La epidemiología aplicada a las consecuencias del evento obstetrico	19
2.2 Genética y el periodo primal	25
2.3 El nacimiento y los efectos en la psicología	30
2.4 Los derechos humanos y la atención obstetrica en México	33
2.5 Atención al nacimiento con enfoque humanizado o centrado en la mujer	46
2.5.1 La evaluación de la satisfacción materna en el nacimiento de sus bebés	56
III. Método	86
3.1 Criterios de inclusión	86
3.2 Primer estudio. Planes de parto	87
3.2.1 Sujetos	87
3.2.2 Instrumento	96
3.2.3 Procedimiento	96
3.2.3.1 Aplicación	96
3.2.3.2 Análisis	97
3.3 Segundo estudio. Testimonios de nacimiento	97
3.3.1 Sujetos	97
3.3.2 Instrumento	

3.3.3 Procedimiento	101
3.3.3.1 Aplicación	101
3.3.3.2 Análisis	101
3.4 Tercer estudio. Entrevista	101
3.4.1 Sujetos	101
3.4.2 Instrumento	101
3.4.3 Procedimiento	102
3.4.3.1 Aplicación	102
3.4.3.2 Análisis	102
3.5 Cuarto estudio. Encuesta	102
3.5.1 Sujetos	102
3.5.2 Instrumentos	103
3.5.3 Procedimiento	103
3.5.3.1 Aplicación	103
3.5.3.2 Análisis	104
IV Resultados	105
4.1 Primer estudio. Planes de parto	105
4.2 Segundo estudio. Testimonios de nacimiento	136
4.2.1 No satisfecha con la experiencia	139
4.2.2 Satisfechas con la experiencia	140
4.2.2.1 Satisfechas a pesar de terminar en cesárea	142
4.2.2.2 Satisfechas y con expectativas cumplidas	146
4.3 Tercer estudio. Entrevistas	147
4.3.1 El apoyo como categoría principal del tercer estudio	148
4.3.2 El dolor como principal problema para parir	156
4.3.3 El contacto piel con piel	159
4.3.4 El papel de la cesárea humanizada o centrada en la mujer	162
4.3.5 La libertad como tema de seguridad y empoderamiento	165
4.4 Cuarto estudio. Encuesta en red social	168

Índice de Tablas

Tabla 1. Componente de la Escala sobre satisfacción en el parto (30-ítem-BSS-LF) .	72
Tabla 2. Escala BBS	73
Tabla 3. Determinantes de la satisfacción de experiencia de parto (estudio sueco) ...	76
Tabla 4. Evaluación de la satisfacción del Hospital Público Etíope	79
Tabla 5. Características de la población del estudio sueco	81
Tabla 6. Características de la población para la validación de la escala CEQ-E	82
Tabla 7. Características sociodemográficas sobre la adecuación de la escala MCSRS	84
Tabla 8. Características de las participantes en planes de parto	89
Tabla 9. Descripción de los embarazos y nacimientos	90
Tabla 10. Indicadores sobre trato antes, durante y después de los nacimientos	101
Tabla 11. Descripción de las mujeres con un Plan de Parto	107
Tabla 12. Categorías del Plan de Parto	110
Tabla 13. Componentes de las categorías en los planes de parto	111
Tabla 14. Descripción de la muestra para el cuestionario de testimonios de nacimiento	139
Tabla 15. Descripción de los participantes de las entrevistas individuales	150
Tabla 16. Procedencia de los participantes	171
Tabla 17. Características de las participantes de red social	173
Tabla 18. Evaluación de satisfacción en red social	175
Tabla 19. Resultados de la categoría de “Seguridad”	176
Tabla 20. Resultados de la categoría de “empoderamiento”	177
Tabla 21. Resultados de la categoría de “vinculo”	178
Tabla 22. Resultados de la categoría de “medicina basada en la evidencia”	179
Tabla 23. Resultados sobre las complicaciones	180
Tabla 24. Componentes del plan de parto	183
Tabla 25. Componentes del cuestionario sobre los testimonios del nacimiento	187
Tabla 26. Componentes de las entrevistas	188
Tabla 27. Categorías y temas trascendentes en la primera etapa de investigación	194

Índice de Figuras

Figura 1. Frecuencia de vinculación	111
Figura 2. Frecuencia de medicina basada en la evidencia	123
Figura 3. Frecuencia de empoderamiento	129
Figura 4. Frecuencia de seguridad	134
Figura 5. Edad de los participantes	171
Figura 6. Justificación del parto por cesárea	173
Figura 7. Componentes de la atención a la mujer durante el trabajo de parto	199

Resumen

La atención del nacimiento en los tiempos actuales se ha caracterizado por estar sujeta a un ritmo acelerado, ser fría, despersonalizada y en apego a protocolos de manejo que incluyen una intervención médica catalogada en muchos casos como excesiva que no distingue a mujeres de bajo o alto riesgo. Es muy probable que la atención obstétrica tome poco en cuenta los aspectos emocionales de la mujer en labor lo cual puede impactar profundamente en la experiencia vivida y en sus niveles de satisfacción. El presente estudio analiza el papel de la satisfacción materna como indicador de calidad en la atención cuando ésta es centrada en la mujer y su familia. Se estudiaron mediante enfoque y técnicas cualitativas a mujeres que recibían atención en la práctica médica privada para conocer sus percepciones e identificar los indicadores más trascendentes que impactaron en la satisfacción de su experiencia de nacimiento y posteriormente se compara con mujeres atendidas en su propio hogar, hospitales privados y públicos independientemente de quien realizara su atención. Se encontró que la satisfacción es un parámetro de múltiples dimensiones, difícil de generalizar y de usar como variable única que refleje calidad en el servicio o bienestar de las personas. Se identificaron las categorías de seguridad, empoderamiento y vinculación afectiva como trascendentes en la percepción de satisfacción con la experiencia de nacimiento de la mujer y los temas de apoyo, libertad y contacto piel a piel con los más importantes de cada categoría respectivamente.

I. Introducción

1.1 Antecedentes

Bajo la premisa de proteger y ayudar a la mujer que está por tener un hijo, los servicios de salud pública se hicieron cargo de la atención de las mujeres embarazadas en los centros hospitalarios y bajo los cuidados y vigilancia de los médicos obstetras entrenados para resolver complicaciones en sitio. Lo anterior, representa sin duda un beneficio para aquellas mujeres con un embarazo y trabajo de parto complicado en las cuales una cesárea resulta ser una nueva técnica que les salvó la vida a ellas o a sus bebés. Sin embargo el precio fue que el resto de las mujeres sanas y con embarazos no complicados que representan a la gran mayoría, se sometieran a las intervenciones médicas cada vez más invasivas que regulan el proceso ya no fisiológico del nacimiento convirtiéndolo en un evento puramente mecánico controlado y por lo general acelerado a criterio de los médicos lo cual implica riesgo de otras intervenciones a consecuencia, mayor número de complicaciones y mayor necesidad de terminar en una cesárea (Johanson, Newburn y Macfarlane, 2002).

El índice de cesáreas en México se encuentra por encima de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud y se considera un problema de salud pública de origen multifactorial cuyos efectos negativos a mediano y largo plazo en la madre, individuo y sociedad seguirán necesitando de mayor investigación para evaluar la magnitud de su alcance. Sin embargo, el papel del médico en la decisión de la cesárea es muy fuerte. Si bien es cierto que muchas mujeres desean un evento no “doloroso”, sencillo y programado, también hay muchas otras con más información que buscan un parto. El problema de estas últimas es que no encuentran quien verdaderamente esté dispuesto a darles la oportunidad de experimentarlo a nivel de medicina privada. La gran mayoría de los obstetras con la preferencia de una cesárea programada o después de un breve intento de labor, influirán de manera directa o

indirecta en la decisión sobre la mujer para escoger la cesárea tarde o temprano (Hopkins, 2000; O'Dougherty, 2013).

El proceso de disminuir el exceso de la intervención médica no necesaria parece muy difícil al ser multicausal y sin embargo no es imposible. En Canadá lograron identificar los factores principales que ayudan a mantener índices de nacimientos vaginales más altos y disminuir la necesidad de cesáreas, entre los principales se encuentran mantener la actitud correcta, enfocarse en brindar la oportunidad, liderazgo, trabajo en equipo, el apoyo de la mujer en labor y el compromiso personal y financiero con las mejores prácticas clínicas y la mejora continua de la calidad de la atención. Una actitud correcta, en el lenguaje de la política pública se refiere a estar orgullosos de un índice bajo de cesáreas, desarrollar la cultura del nacimiento como un proceso fisiológico normal y tener el compromiso del apoyo -uno a uno- durante el trabajo de parto activo (Ontario y Caesarean Section Working, 2000).

El manejo hospitalario de la mujer embarazada es la gran mayoría de las veces con inducción de medicamentos para iniciar o acelerar el trabajo de parto y se ha convertido en la norma, el médico se constituye en el gran benefactor y gracias al cual se logra el nacimiento. Estas prácticas dejan a la mujer en un plano inferior y con una mentalidad, creencia social y cultural de la incapacidad para parir sin ayuda. Esta pérdida en la mujer de la sensación de poder y de confianza en su propio cuerpo puede repercutir también en el desarrollo y expresión de sus emociones antes, durante y después del nacimiento de sus hijos o incluso persistir hasta poderlos comparar con las condiciones diferentes del nacimiento de otro hijo futuro (Bernhard, Zielinski, Hackearon y English, 2014; Kitzinger, 2006).

No siendo suficiente lo expuesto, también es común pasar por alto o incluso tratar de ignorar los problemas emocionales de la mujer en el posparto: sensaciones de vacío, tristeza, pobre satisfacción, sentimientos opuestos o verdaderos síndromes de estrés post traumático. Estas emociones y a la mujer en sí misma, se les considera complicadas y difíciles de

manejar, el estado cultural indica que es a ella y a su pareja a quien les corresponde resolver, otras dificultades se incorporan como la lactancia. La mujer queda en el terreno de nadie, ya que el obstetra se enfoca a los aspectos físicos del puerperio, el pediatra al bebé, el esposo a proveer del sustento y la madre de la mujer muchas veces transmitiendo ideas tradicionales más apegadas a mitos y costumbres que en ser un verdadero apoyo y ayuda para la nueva madre (Kitzinger, 2006).

La atención del personal médico entrenado en resolver problemas y manejar complicaciones mediante intervenciones, esta habilitación jerarquizada le otorga oportunidad de desarrollar hábitos de carácter autoritario, aunado a un volumen de pacientes que sobrepasa muchas veces sus capacidades individuales e institucionales puede ser el motivo de que la atención obstétrica se mantenga muchas veces fría, despersonalizada, carente de empatía, sujeta a protocolo y expuesta a cambios de personal con motivo de los diferentes turnos laborales, esto sin duda impacta en la percepción, emociones y satisfacción de la mujer respecto a la calidad de la atención recibida (Castro, 2014).

La importancia del apoyo emocional, trato respetuoso y cálido hacia la mujer embarazada durante la atención del trabajo de parto ha sido retomada a tal grado de aparecer en los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica emitidos por el gobierno federal y Norma Oficial Mexicana 007-2016 para la Atención de la Mujer embarazada, parto y puerperio para su ejecución a nivel nacional, además de la legislación sobre violencia obstétrica en diferentes estados de la República Mexicana.

La mujer embarazada y principalmente durante el trabajo de parto y puerperio se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad emocional. Estas emociones maternas tanto positivas y negativas pueden tener una implicación directa en el bienestar y satisfacción materna posterior al embarazo e incluso en el desarrollo emocional del recién nacido.

1.2 Planteamiento del problema

La obstetricia de México en los tiempos contemporáneos enfrenta una situación complicada. Por un lado, la evidencia científica desde hace años resalta la importancia de la salud materna y perinatal, siendo incluso un parámetro de calidad muy importante para evaluar los servicios de salud de un país. Hasta el momento esta salud materna y perinatal se ha evaluado con parámetros de mortalidad principalmente y algunas morbilidades en la madre y recién nacidos por ser datos más fácilmente obtenibles de los reportes. A pesar de los esfuerzos y las acciones por disminuir la mortalidad materna, ésta ha llegado a un punto en la que no ha podido disminuir más en nuestro país, e incluso por periodos tiende nuevamente a subir y varía según cada estado de la República Mexicana.

La evolución de la obstetricia en otros países ha tendido a disminuir la intervención médica innecesaria que se relaciona con el desarrollo de otras complicaciones, nuevas intervenciones y aumento en el número de cesáreas; resaltar el acompañamiento emocional efectivo de la mujer en trabajo de parto por una profesional en el área, su pareja o ambos como medida que ayuda a conseguir mayor frecuencia de nacimientos por parto vaginal; disminuir de manera más efectiva la frecuencia de cesáreas y la atención de las secuelas emocionales en la madre, secundarias a un trato inadecuado de la misma durante el nacimiento que varían en un amplio margen desde un recuerdo como experiencia negativa, mayor frecuencia de depresión posparto o hasta problemas severos etiquetados como Trastorno de estrés postraumático que impactan no solo en la salud de la mujer, sino que repercute en la salud familiar y en la salud de la sociedad.

Dentro de este marco de información se considera trascendente todo tipo de investigación relacionada con las emociones maternas, el ambiente que rodea al nacimiento, el impacto de la calidez y no solo la calidad en la atención, la satisfacción de las madres y el bienestar no solo físico, sino mental y subjetivo también. El presente trabajo de investigación

se propuso un abordaje de carácter interdisciplinar. El campo de la investigación interdisciplinaria es muy joven y hasta hace poco se encontraban antecedentes solo en algunas áreas de las ciencias sociales o de la salud. Una revisión sistemática de la literatura y entrevistas con investigadores de trabajos que involucraron múltiples disciplinas sirvió para establecer una definición inicial de la interdisciplinariedad que fue probada en el campo y modificada con el objetivo de conseguir una definición que sirviera para identificar competencias necesarias para una investigación interdisciplinaria exitosa y poder además desarrollar el currículo indispensable para enseñarla (Aboelela et al., 2007). La definición a la que llegaron fue la siguiente:

La investigación interdisciplinaria es cualquier estudio o grupo de estudios realizados por académicos de dos o más disciplinas científicas distintas. La investigación se basa en un modelo conceptual que vincula o integra los marcos teóricos de esas disciplinas, utiliza diseño de estudio y metodología que no se limita a ningún campo y requiere el uso de perspectivas y habilidades de las disciplinas involucradas a lo largo de múltiples fases del proceso de investigación (p. 339).

Los autores de esta definición reconocen que la investigación interdisciplinaria ha ocurrido por defecto y de una manera no sistemática dependiendo solo de la iniciativa de algunos investigadores individuales. Sin embargo, se tiene la convicción de que este tipo de investigación debe de convertirse cada vez más en el estándar y no en la excepción ya que los enfoques necesarios y las implicaciones de la investigación de salud y de políticas de salud son, por su propia naturaleza, interdisciplinarios. En relación con la salud, establecer una definición ampliada era el primer paso en la evolución para convertirse de una aparición aleatoria y no sistemática hasta un enfoque de investigación esencialmente didáctico.

Se entiende ahora que las disciplinas comparten una serie de elementos que les fortalece, como serían los temas que abordan, teorías y métodos que aplican y el conjunto de suposiciones epistemológicas sobre lo que se puede conocer y cómo hacerlo e incluso a menudo suposiciones éticas sobre lo que es bueno o sobre actitudes ideológicas. Los

disciplinarios por lo general ignoran las teorías o métodos que compiten con su disciplina y también los fenómenos relacionados que podrían arrojar información importante sobre los temas tratados en ella. De la misma manera, el conjunto de temas o problemas que abordan en la disciplina pueden verse disminuidos debido a las preferencias metodológicas y teóricas.

La diferencia por lo tanto de la interdisciplinariedad es que debe abarcar la libertad de explorar cualquier método y teoría o fenómeno que se considere adecuado para resolver la pregunta planteada. La interdisciplina debe cumplir su función de antídoto a la perspectiva disciplinaria restrictiva con más posibilidades de celebrar nuevas trayectorias de investigación que calificarían como “ciencia revolucionaria” en la distinción Kuhniana dejando a los estudiosos disciplinarios dentro de la categoría de “ciencia normal”. Para llevar a cabo la investigación interdisciplinaria se proponen los siguientes 10 amplios pasos que se tratará de cumplir en la presente investigación (Repko, 2012).

1. Indicar el problema o la pregunta de enfoque.
2. Justificar el uso de un enfoque interdisciplinario.
3. Identificar las disciplinas pertinentes.
4. Llevar a cabo la búsqueda bibliográfica.
5. Desarrollar adecuación en cada disciplina relevante.
6. Analizar el problema y evaluar cada penetración en él.
7. Identificar los conflictos entre las ideas y sus fuentes.
8. Crear o descubrir un terreno común.
9. Integrar las ideas.
10. Producir un entendimiento interdisciplinario y probarlo

Estos pasos se dividen en cinco grupos. Los primeros pasos incluyen la identificación de una pregunta de investigación interdisciplinaria. Por lo que sumado a este planteamiento del problema de investigación mencionado en los primeros párrafos se generó la siguiente

pregunta de investigación: ¿Cuál es el papel de la satisfacción materna con la experiencia del nacimiento de sus hijos e hijas, como un primer paso de acercamiento a estudios consecutivos que permitan identificar efectos de largo plazo?.

Para responder a tal pregunta se han identificado las disciplinas de la obstetricia, la psicología y la genética como las ciencias aplicadas en las cuales se basará el presente estudio y cuya participación se definirá en el apartado de justificación de la presente investigación. El segundo conjunto de pasos guía al investigador para identificar fenómenos, teorías, métodos y disciplinas relevantes. El tercer grupo de pasos involucra evaluar penetraciones disciplinarias. El cuarto conjunto de pasos se enfoca en encontrar un terreno común a través de las penetraciones disciplinarias. Estos tres conjuntos de pasos se desarrollarán en el marco teórico de la presente investigación.

Los pasos finales requieren reflexión, pruebas y comunicación de resultados. Se anima a realizar los pasos de manera no restrictiva, se puede revisar pasos anteriores mientras se realiza uno posterior, se puede variar la pregunta mientras se descubre nueva información o se pueden abarcar teorías y métodos adicionales cuidando no perder la estructura de la investigación como se llevará a cabo en el apartado de resultados y conclusiones.

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo general

Identificar los elementos relevantes para una madre en trabajo de parto en atención privada, partiendo de un análisis de su percepción de satisfacción y expectativas.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar los aspectos más relevantes para las mujeres respecto a la atención que recibirán en los hospitales a los que ingresan para el nacimiento de sus bebés .
- Detectar en las mujeres la importancia que puede revestir para ellas el ambiente físico y

social durante el nacimiento de sus hijos e hijas.

- Definir mediante la técnica de composición la información que resalta como trascendente en la satisfacción de las mujeres embarazadas durante el parto.
- Evaluar a mujeres con atención centrada en ellas y con enfoque humanizado y conocer su percepción sobre el evento del nacimiento y qué tan satisfactorio fue.
- Mediante técnicas cualitativas a través de un cuestionario se lanzará una convocatoria vía Facebook para obtener respuestas representativas de todo el país más allá de lo logrado en las fases previas mediante la participación de los dos médicos colaboradores.

1.4 Justificación

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizaron diversas disciplinas para cumplir con el objetivo propuesto. La primera de ellas es la obstetricia, según Roura, Rodríguez y Rodríguez (2007) es un método científico en que promueve, previene, diagnostica, trata y rehabilita los procesos de preconcepción, embarazo y puerperio para proteger a la mamá y al bebé durante el proceso del parto. Otra de las disciplinas convenientes es la psicología por su estudio en el comportamiento humano en los procesos mentales, sensaciones y percepciones del individuo en relación con lo que le rodea (Sánchez, 2013). Por último, la genética se ve influenciada no solo por los genes de los progenitores sino también el ambiente celular en el que se generan cambios epigenéticos (Nemoda y Szyf, 2017).

En los siguientes apartados se explica con más detalle la importancia de utilizar un enfoque interdisciplinar, así como el aporte de cada una de ellas en el proceso de parto y las primeras horas del nacimiento.

1.4.1 Justificación del enfoque interdisciplinar

Los campos aplicados ocupan un lugar prominente en la academia moderna e incluyen por ejemplo negocios, comunicaciones, justicia, educación, ingenierías, leyes, medicina, enfermería y trabajo social, muchos de los cuales reclaman el estatus disciplinario. Es común que algunas llamadas interdisciplinas puedan no implicar necesariamente interdisciplinariedad. Es común citar como interdisciplinas a las neurociencias, bioquímica o ciencias ambientales, estudios culturales o estudios de la mujer, pero de manera errónea ya que interdisciplina no es lo mismo que interdisciplinariedad. Estas disciplinas, campos aplicados e interdisciplinas no son rígidas ni incambiables, pero sí involucran un constructo social e intelectual.

Si comparamos las características de una disciplina establecida con lo que representa un estudio interdisciplinario se puede apreciar lo siguiente. Los estudios interdisciplinarios no reclaman un núcleo de conocimiento universalmente reconocido, como lo hace la física, sino que se basan en el conocimiento disciplinario existente y siempre lo trascienden a través de la integración. Los estudios interdisciplinarios tienen un proceso de investigación propio para producir conocimiento, pero se prestan libremente a métodos de las disciplinas cuando sea apropiado. Los estudios interdisciplinarios, al igual que las disciplinas, buscan producir nuevos conocimientos, pero a diferencia de ellos, busca lograrlo a través del proceso de integración (Repko y Szostak, 2017).

La siguiente definición de estudio interdisciplinario ya incluye los conceptos medulares de proceso, disciplina, integración y el entendimiento comprensivo que involucra un componente “Qué” además de un “Cómo” y quedaría de la siguiente manera según los autores arriba mencionados: Estudio interdisciplinario es un proceso de respuesta a una pregunta, solución de un problema, o abordar un tema que es demasiado amplio o complejo para ser

tratado de manera adecuada por una sola disciplina, y se basa en las disciplinas con el objetivo de integrar sus ideas para construir una comprensión más amplia.

Por lo tanto, se considera que la pregunta de ¿Cuál es el papel de la satisfacción materna con la experiencia del nacimiento de sus bebés y su efecto a largo plazo en la descendencia? Nos obliga a incorporar los elementos de una investigación interdisciplinaria al extenderse más allá de las respuestas que otorgan cada una de las disciplinas seleccionadas por separado obstetricia, psicología y genética, el problema que plantea la pregunta es por naturaleza complejo y el objetivo de la investigación es pragmático con la intención de producir un avance en el entendimiento y comprensión de un nuevo significado. Ahora se describe a continuación el porqué de las disciplinas seleccionadas y la información que proporcionan desde su enfoque específico.

1.4.2 La obstetricia y el nacimiento

La obstetricia ha normado la atención del parto en ambientes hospitalarios y controlados por los médicos, con gran uso de la tecnología disponible y condicionando un alto nivel de intervención. De estas intervenciones algunas se implementaron en sus orígenes incluso sin haber sido demostrada su utilidad y beneficencia manteniéndose como rutinas a pesar de la evidencia en su contra aún en muchos lugares. Ejemplos de estas intervenciones practicadas en exceso y con consecuencias para la salud son la compresión del abdomen (maniobra conocida como Kristeller) en la última etapa del parto para empujar al bebé hacia fuera de la madre, o la episiotomía que es el corte del periné materno para ampliar el canal de parto e intentar acelerar la salida del bebé o la revisión de la cavidad uterina después del parto para verificar presencia de restos cuando se puede prevenir revisando adecuadamente la placenta y evitando así una gran incomodidad para la madre además de otros riesgos como infecciones posparto. Otras estrategias que son usadas de forma rutinaria y que también

pueden influir directamente en la satisfacción materna son por ejemplo inducir las contracciones con medicamento cuando aún no inicia espontáneamente el trabajo de parto o regularlas y acelerarlas con otro tipo de medicamento como la oxitocina cuando ya las hay pero a juicio del médico no son lo suficientemente efectivas para lograr que avance el trabajo de parto.

Estas últimas intervenciones pueden ser de gran ayuda en algunos casos que el proceso natural del parto se detiene o enlentece, pero aplicadas a la mayoría de las mujeres cuando no lo ameritan generará no solo el riesgo de mayor intervención como uso de anestesia, fórceps o cesárea, sino que además condicionan la inhibición en la liberación natural de hormonas del parto que repercutirá en la fisiología de la mujer y tendrá además un impacto totalmente diferente en la percepción de satisfacción por la madre y las emociones que desarrolle posteriormente.

1.4.3 La Psicología y la mujer en trabajo de parto

A lo largo del tiempo esta rama del conocimiento ha sufrido una constante evolución y actualmente se divide en diferentes campos o especialidades siendo uno de ellos la psicología perinatal también llamada Salud mental perinatal que abarca los cambios psíquicos y afectivos en la mujer y hombre relacionados con la concepción, el evento del embarazo, el nacimiento de un bebé y su crianza temprana. Según la Asociación Española de Psicología Perinatal (Sánchez, 2013) esta rama de la psicología está orientada a la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención en la familia durante todo el proceso buscando la promoción de la salud mental y prevención de la patología, tomando en cuenta la importancia del establecimiento de un vínculo saludable entre el bebé y la nueva familia sentando las bases de la estructura psíquica saludable del nuevo individuo.

Una práctica generalizada en muchos lugares consiste en el manejo hacia la mujer y el evento del nacimiento al margen de aspectos y necesidades emocionales. Las instituciones y el personal de salud abordan el nacimiento como un proceso mecánico, que necesita ajustarse a ritmos homogéneos y estándares de tiempo que les permitan cumplir con ciertos objetivos institucionales como el prestar servicio a la mayor cantidad de pacientes en el menor tiempo posible. El objetivo es mayor cobertura, menor mortalidad materno-fetal y bebés con mamás sanas al menos físicamente. Los cuidados a las necesidades emocionales de la mujer no son al parecer prioridad. Los deseos, sus creencias, los rituales e incluso muchas veces las comunicaciones con ella no ocupan la atención del personal médico. Puede incluso ser considerado una pérdida de tiempo explicarle y solicitar su autorización para las diferentes intervenciones que como expertos los médicos quieren imponer con la excusa de saber lo que más le conviene la madre.

La optimización del tiempo parece primordial, una mujer en trabajo de parto ya activo e ingresada al hospital puede tardar aún muchas horas para lograr el nacimiento de su bebé . El médico a cargo por lo general la puede checar una o dos veces y los médicos subordinados o en entrenamiento será los encargados de revisarle el ritmo de las contracciones, ritmo cardiaco fetal y avance en los cambios del cuello de la matriz al menos cada hora al igual que la enfermera con los signos vitales, estas son las funciones entendidas para el personal de salud. Pareciera que ni de las enfermeras es función el apoyo emocional. Estar permanentemente con la mujer en apoyo persona a persona es algo que no se practica en nuestro país. Tolerar sus inquietudes, preguntas, miedos, lloriqueos y gritos parecen actividades que no le correspondieran a nadie.

La cesárea es por mucho el método preferido de la mayoría y la economía de tiempo parece nuevamente lo esencial. Se realiza la programación, un camillero se lleva a la paciente, la recibe el anestesiólogo que por lo general es otro mas del personal de salud a quien jamás

ha visto la paciente que por primera vez, entra a un quirófano totalmente iluminado y frío para recibir la anestesia. La anestesia es un procedimiento que a todo aquel que se le vaya a aplicar le generará ansiedad y miedo de solo imaginar una gran aguja que será introducida en su espalda y sin embargo la mujer embarazada deberá aceptarla con la mínima información, sin moverse, temblar, gritar ni preguntar. El personal que la atiende considera que no tiene por qué sentir miedo, solo se trata de un sencillo y rutinario procedimiento para el anestesiólogo que lo aplica y para las enfermeras que le ayudan. Después llegará el ayudante del cirujano quien hará los preparativos para la cirugía y finalmente el cirujano llega, extrae al bebé lo entrega al pediatra y listo, para este tiempo la madre ya está medicada y muy seguramente dormida o somnolienta para que esté “tranquila” y no moleste con sus inquietudes, muchas veces será el ayudante del cirujano quien termine la cesárea. Básicamente en menos de 60 minutos se pudo haber desocupado el obstetra quien podrá seguir haciendo rendir su tiempo en beneficio de más mujeres.

La madre y su bebé podrán ser reunidos después de varias horas en el mejor de los casos o días en algunos otros dependiendo de la recuperación materna, posibles complicaciones del recién nacido que pudo cursar con dificultad para respirar al nacer, baja temperatura o el azúcar bajo en la sangre entre otras. No hay tiempo ni personal suficiente para buscar la reunión inmediata del recién nacido con su madre, el contacto piel con piel y el apoyo a la lactancia al seno materno a demanda, actividades todas muy simples y que impactarían en la calidad del vínculo emocional madre-hijo/a y en otros beneficios a corto y largo plazo.

Conocer sobre las emociones maternas durante su estancia hospitalaria para el nacimiento de su bebé y el impacto que tiene la satisfacción de la madre con la atención recibida, le permitirá al personal sanitario ser más cuidadoso en cada una de las etapas y procesos arriba mencionados y además recordar que cambios sencillos en su comportamiento

y en las formas de dirigirse a la mujer embarazada, pueden lograr una experiencia totalmente diferente. Una mayor empatía y una atención más cálida, respetuosa y centrada en la mujer visible como la figura principal del momento son indispensables en la atención obstétrica moderna.

La satisfacción de una mujer con la experiencia del parto puede tener efectos inmediatos y a largo plazo sobre su salud y en la relación con su hijo, pero hay una falta de investigación actual en esta área. Una experiencia del parto satisfactorio contribuye a la sensación de logro y autoestima en la mujer y lleva a tener expectativas positivas en las futuras experiencias de parto (Simkin, 1991; Slade, MacPherson, Hume y Maresh, 1993; Noendnote Waldenstrom et al. 1996; Reynolds, 1997).

Por el contrario, las mujeres que experimentaron nacimientos poco satisfactorios recuerdan el nacimiento de su hijo con dolor, ira, miedo o tristeza, o simplemente no recuerdan, lo cual puede ser sugestivo incluso de amnesia traumática. Un nacimiento traumático puede llevar más fácilmente a la depresión posparto o a un trastorno de estrés post traumático en el que las mujeres vuelven a vivir su labor en los sueños o con recuerdos fugaces que a su vez pueden provocar angustia extrema. Es más difícil establecer una buena lactancia y el vínculo materno adecuado, puede haber dificultad para reanudar las relaciones sexuales y seguramente estarán solicitando una cesárea en su próximo embarazo (Harvey, Rach, Stainton, Jarrell, y Brant, 2002; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, y Rådestad, 2004; Goodman, Mackey, y Tavakoli, 2004b).

El lado emocional de la mujer en parto cobra gran importancia principalmente en una sociedad en la que es costumbre no prestarle atención, refiriéndonos a la forma tecnocrática de atender el nacimiento. La partera o el partero tiene la enorme responsabilidad no sólo de estar atento a la presencia de alguna complicación en labor, sino además la de empoderar y apoyar emocionalmente a la mujer que desea vivir la experiencia del nacimiento fisiológico e

incluso convencer de al menos intentarlo, a aquellas que por diferentes motivos estén buscando una cesárea electiva.

El personal que acompaña a una mujer en parto debe no sólo expresar sino verdaderamente confiar en las capacidades de la mujer para dar a luz. La seguridad que promueve un ambiente de apoyo es esencial en una mujer para concentrarse en las técnicas que le permitan manejar su trabajo de parto. Cuando mujeres con experiencias muy positivas de su parto relatan cómo lo vivieron, se diferencian dos enfoques uno interior que refleja su propia habilidad y fuerza y otro exterior que manifiestan esas relaciones sinceras y respetuosas que vivieron con su partera. De lo anterior se desprende la gran importancia de la partería en construir esas relaciones con la mujer que generen la competencia de una confianza mutua (Karlström, Nystedt y Hildingsson, 2015).

La satisfacción en el parto es importante tanto para el bienestar del niño como de la madre y secundariamente debe ser importante para los profesionales de salud, administradores y encargados de formular políticas para evaluar la calidad de atención en los servicios de obstetricia o paritorios. Las propias mujeres ven la satisfacción con los cuidados maternos como un indicador importante de la calidad del servicio proporcionado (Jackson, Chamberlin y Kroenke, 2001). Dada la importancia de la satisfacción en el parto y lo diverso de sus componentes de acuerdo con el contexto cultural, se necesita investigación adicional que examine los componentes de la misma y los factores asociados en nuestra propia población de mujeres mexicanas.

1.4.4 La genética y el proceso del nacimiento

La herencia a través de nuestros genes no es la única información que se transmite al nuevo individuo, ahora sabemos que esos genes están influidos por el ambiente celular generando diferencias a las que se conoce como cambios epigenéticos. Estos cambios

epigenéticos o modulación en la expresión de los genes se pueden dar por diversos mecanismos como la metilación del ADN, modificaciones a histonas o interferencias del RNA entre otros. Estas modulaciones o cambios pueden mediar interacciones entre los genes y explicar la variabilidad en la gravedad de síntomas y heredabilidad familiar de diferentes patologías.

Se considera que existen periodos críticos durante los cuales los genes son especialmente sensibles a estos cambios o activaciones en una u otra dirección. Estos periodos críticos corresponden a la gestación y nacimiento del individuo durante los cuales se están aún desarrollando diferentes órganos del cuerpo. Los estados depresivos mayores se presentan en el 6 al 17% de los embarazos en todo el mundo y puede conducir por si solos a complicaciones como parto prematuro, pero ahora también sabemos que se relacionan con problemas en la salud mental del niño mediados por mecanismos epigenéticos como la metilación del ADN (Nemoda y Szyf, 2017).

La hipótesis de Orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad se basa en las observaciones de cómo la calidad del crecimiento y desarrollo fetal predice el riesgo de una serie de enfermedades crónicas no transmisibles. Se sugiere que las señales intrauterinas que comprometen el crecimiento fetal también actúan en la programación de la diferenciación tisular de una forma que predispone a la enfermedad. Estos hallazgos paralelos a los estudios que demuestran que el bienestar prenatal emocional materno también predice el riesgo de psicopatología posterior conforman la base de los modelos integrativos del neurodesarrollo fetal que propone que la adversidad materna prenatal opera a través de las vías biológicas asociadas con el crecimiento fetal para programar el neurodesarrollo (O'Donnell y Meaney, 2017).

Al ser la ansiedad y el estrés un tema común durante el embarazo y tener consecuencias potenciales sobre el curso del mismo y el desarrollo posterior del bebé, se han

impulsado las intervenciones no farmacológicas que los disminuyen como el entrenamiento autogénico que es una técnica psicoterapéutica parecida a la meditación y concentración pasiva de sensaciones físicas, biorretroalimentación, hipnoterapia, imágenes, oración, autosugestión, tai-chi y yoga. Todas estas actividades que trabajan la relación mente-cuerpo pueden beneficiar a las mujeres con ansiedad y estrés durante el embarazo (Marc et al., 2011).

De esta manera se describe y justifica el porqué de las tres disciplinas elegidas para abordar el problema planteado en la presente investigación interdisciplinaria. En el apartado de marco teórico se desarrollarán más ampliamente los aportes, similitudes y la integración de la información en torno a al tema del nacimiento, la satisfacción materna y los efectos sobre el recién nacido.

1.5 Limitaciones del estudio

La limitante principal del presente estudio será su carácter exploratorio descriptivo y el tipo de población que recibe la atención médica en servicios privados, se busca mediante un enfoque cualitativo describir el papel de las expectativas maternas cumplidas cuando ésta es atendida en el ambiente ideal, de manera cálida y óptima, considerando sus deseos y verificando el impacto en su satisfacción global con respecto al importante evento del nacimiento de su bebé. .

II. Marco Teórico

En la actualidad la forma de atender y apoyar a la mujer durante el nacimiento de los hijos ha mantenido la constante de un proceso controlado por el personal de salud o los asistentes al evento desempoderando a la mujer de manera paulatina a través del tiempo a tal grado que la mujer actual ha asimilado el sentimiento de incapacidad de parir a sus propios hijos y cuando esta mujer instintivamente sabe que es mejor y desea intentar el trabajo de parto se encuentra muchas veces con un ambiente hospitalario que favorece un elevado índice de cesáreas o en algunos casos si se ajusta a los tiempos conseguirá un parto con medicamentos y concluido por la intervención del personal médico que la atendió y no por los méritos y capacidad natural del organismo de la mujer.

A continuación, se desarrollará el presente marco teórico primero con la descripción de los hallazgos más actuales de las disciplinas epidemiología en obstetricia, psicología y genética en relación con los eventos que rodean al nacimiento. Posteriormente se describirá el panorama actual de atención al nacimiento en mujeres bajo condiciones de ambientes no favorables e incluso en los que interviene la llamada violencia obstétrica; y en seguida se describirá el tipo de atención más contemporánea bajo el enfoque de la atención humanizada. Se finalizará analizando la evidencia que se relaciona con la satisfacción materna y el evento del nacimiento.

2.1 La epidemiología aplicada a las consecuencias del evento obstétrico.

La epidemiología según la OMS es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas asociados. La vigilancia y los estudios descriptivos se usan para analizar la distribución y los estudios analíticos permitirán analizar los factores

determinantes (OMS, 2017).

La salud primal se considera una rama de la epidemiología que se encarga de estudiar los eventos durante el embarazo, nacimiento y primer año de vida de las personas y sus consecuencias a lo largo de la vida. Intenta generar la necesidad de aprender a actuar en el presente tomando en cuenta los efectos no sólo a corto plazo, sino enseñándonos a ver los efectos de largo plazo. Tradicionalmente los manejos hospitalarios, protocolos médicos y guías clínicas se elaboran en base a efectos de corto plazo como la mortalidad y morbilidad tanto de madres y bebés. Pero ¿qué es lo que nos está diciendo la epidemiología en relación a la forma del nacer actual?

Existe una tendencia actual en México hacia una elevada tasa de nacimientos vía cesárea y muchas de estas son no justificadas o incluso elegidas tanto por las usuarias o los médicos a las que se les llama cesárea electivas o programadas. Este tipo de nacimiento vía quirúrgica y sin haber pasado por el periodo de liberación hormonal y adaptativo que representa el trabajo de parto se ha asociado con mayores desventajas y riesgos tanto a corto como a largo plazo para la madre y recién nacido.

Las fuertes relaciones epidemiológicas demuestran un mayor riesgo de incidencia de enfermedades en la descendencia que no experimentó un trabajo de parto natural. Se sabía que un recién nacido por cesárea electiva tiene un riesgo del 20% mayor de ser diagnosticado con un Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Curran et al., 2015), pero se tomaban con cierta reserva estos hallazgos por no haberse estudiado la relación con respecto a la edad gestacional y no diferenciar entre la cesárea de emergencia o la cesárea planificada. Por lo anterior se llevó a cabo estudio con gran poder estadístico usando los registros de cuatro países nórdicos y Australia occidental con una población de estudio de casi cinco millones de mujeres con embarazos únicos, 670 mil nacimientos por cesárea y 31 mil niños con TEA. Se usó la regresión logística y se ajustaron los datos para edad gestacional, sitio del nacimiento y edad

materna, se realizaron análisis estratificados por edad gestacional y se comparó las cesáreas de emergencia y las cesáreas planeadas.

En comparación con el parto vaginal, el OR ajustado en general para TEA en cesáreas fue de 1,26 (IC 95%: 1,22-1,30). Las OR estratificadas fueron 1.25 (1.15-1.37), 1.16 (1.09-1.23), 1.34 (1.28-1.40) y 1.17 (1.04-1.30) para subgrupos de semanas de gestación 26-36, 37-38, 39-41 y 42-44, respectivamente. La cesárea se asoció significativamente con el riesgo de TEA para cada semana de gestación, de la semana 36 a 42, consistentemente a través de los sitios de estudio (OR varió 1,16-1,38). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la cesárea de emergencia y la planeada en el riesgo de TEA. Se concluye que en los cinco países la cesárea se asocia consistentemente con un modesto incremento en el riesgo de TEA desde las semanas de gestación 36 a 42 en comparación con el parto vaginal (Yip et al., 2017).

No hay beneficios demostrados para mujeres o bebés de una cesárea planeada que se realice sin otra justificación y en cambio si se reconoce el riesgo asociado a corto y largo plazo que se puede extender incluso más allá del parto actual y afectar a futuros embarazos (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdon y Gyte, 2012; World Health y Reproductive Health and Research., 2015). La situación es más grave al no comprenderse las causas de su aumento y que las intervenciones para disminuirla no han mostrado eficacia. En nueva revisión sistemática y análisis ecológico se concluye que, a nivel de población, las tasas de cesárea superiores a 10% no están asociadas con reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Y por otro lado los resultados pediátricos, el bienestar psicológico o social no pudieron determinarse debido a la falta de datos lo cual representa una limitación.

En esta declaración de la Organización Mundial de la Salud se menciona también que los riesgos mayores de la cesárea a corto y largo plazo se dan en zonas en las que no está disponible la resolución quirúrgica de las complicaciones. Lo que quiere decir que las mujeres

con cesáreas previas y las complicaciones que esto represente están en mayor peligro si no tienen acceso a servicios quirúrgicos nuevamente lo cual puede representar un círculo vicioso. También se menciona que la falta de acceso oportuno a una cirugía bien justificada también puede resultar en asfixia perinatal, muerte fetal, ruptura uterina u obstrucción obstétrica.

Por lo anterior, se recomienda a final de cuentas en la declaración de la OMS que la cesárea debe realizarse cuando sea médicamente necesario, en lugar de esforzarse por simplemente lograr una tasa determinada de cesáreas y que esta indicación quirúrgica solo puede ser determinada por el propio proveedor de los cuidados de salud a cargo de la mujer. Esta declaración de la OMS ha llegado a ser mal interpretada por algunos profesionales resumiéndola simplemente con la siguiente afirmación: el número de cesáreas no es importante, que se hagan las que se tenga que hacer, al número de mujeres que se le deben de hacer.

Desafortunadamente el problema de la interpretación, uso de la evidencia y aplicación práctica está latente en todos los niveles. Este es uno de los orígenes del gran problema del número de cesáreas. Precisamente son los médicos quienes pierden cada vez la capacidad de vigilar una mujer en trabajo de parto hasta su terminación vía vaginal. Es muy difícil contrarrestar el tipo de formación intervencionista y la alarma constante que les repite que la mujer embarazada es una bomba de tiempo que se puede complicar en cualquier momento.

Están interviniendo de más y sobrestimando la necesidad de la terminación quirúrgica queriendo resolver un supuesto problema inmediato, sin hacerse responsables de los efectos a largo plazo que supuestamente no les tocará resolver, pero ¿es válida esta forma de actuar sin enseñarles a pensar en consecuencias a futuro?

La intención final de la declaratoria es que si van a realizar la cesárea, la registren y clasifiquen debidamente para poder llegar a tener la información suficiente para analizar y comparar en un tiempo futuro con mayor evidencia, por eso es que la OMS recomienda usar

la clasificación de Robson como estándar mundial para evaluar, monitorear y comparar las tasas a través del tiempo y entre diferentes instituciones, nunca fue la intención dar libertad a mantener o aumentar el índice de cesáreas ya de por sí muy elevado.

De la mano al incremento en el número de cesáreas en países industrializados, se ha podido observar el incremento epidémico de enfermedades autoinmunes como la diabetes tipo I, enfermedad de Crohn, esclerosis múltiple y enfermedades alérgicas como el asma, rinitis alérgica y enfermedades atópicas teniendo como primera explicación la hipótesis de la higiene (Neu y Rushing, 2011). Al compararse con el nacimiento vaginal también se aprecia un incremento del riesgo de sobrepeso y obesidad en la descendencia de nacidos vía cesárea (Li et al., 2014; Rutayisire, Huang, Tao y Liu, 2016) y de enfermedades crónicas en general también en estudios de población latina por lo que es muy importante tratar de revertir el patrón y bajar esta incidencia (Magne, Puchi Silva, Carvajal y Gotteland, 2017).

Las complicaciones inmediatas después de una cesárea están claramente estudiadas al compararlas contra el parto vaginal. Son más frecuentes infecciones, complicaciones de la lactancia, dificultad respiratoria del recién nacido, hipoglicemia (Karlström, Lindgren, y Hildingsson, 2013), también a mediano plazo se ha observado un pequeño incremento en la tasa de muerte fetal y embarazo ectópico en los embarazos subsecuentes debiendo tomar en cuenta las condiciones médicas subyacentes y las indicaciones de la cesárea primaria (O'Neill et al., 2014).

Para la madre es clara la diferencia entre los riesgos de un parto y una cesárea. La mortalidad es 3 a 4 veces mayor en nacimientos por cesárea que en parto vaginal y los efectos negativos en los embarazos siguientes se potencian en base al número de cesáreas previas (Anaya-Prado et al., 2008). Una de las principales causas de mortalidad materna es la hemorragia. La hemorragia se da principalmente por complicaciones uterinas como hipotonía o falta de contracción del útero después de la salida del bebé y alteraciones en la placenta

como el hecho de que ésta no se mueva adecuadamente conforme avanza el embarazo y se quede abajo obstruyendo la salida del bebé (placenta previa) o que se penetre en el útero de tal manera que no se pueda desprender de él (Placenta Acreta), o que se desprenda antes de tiempo con el bebé aún dentro de la madre (Abruptio placenta).

A pesar de tener la sospecha de que las cesáreas previas son un factor muy importante en el desarrollo de estas complicaciones en los embarazos siguientes, los estudios bien elaborados para establecer conclusiones válidas como los meta análisis sobre los efectos a largo plazo, no se habían realizado con la adecuada metodología. En el presente meta análisis los investigadores del departamento de epidemiología de Harvard School of Public Health analizaron los 15 estudios con el diseño y metodología más confiable, seis de cohortes y nueve de casos y controles que incluyen 22456 casos de placenta previa, 777 de placenta acreta y 33737 de abruptos placentas, de los que obtuvieron las medidas ajustadas de asociación concluyendo que las mujeres con una cesárea previa tuvieron de 40 a 96% de mayor riesgo en desarrollar las tres formas mayores de problemas placentarios (placenta acreta, previa y desprendimiento) al compararlas con las mujeres sin nacimiento por cesárea. Estas complicaciones con la placentación son causa de complicaciones maternas severas como hemorragias, histerectomías obstétricas, coagulación intravascular diseminada, transfusiones masivas de sangre, ingresos a terapia intensiva, pronóstico adverso prenatal, bebés prematuros y mortalidad materna y neonatal. Este estudio deja sin lugar a duda la importancia que implica el disminuir el índice de cesáreas si en verdad se quiere disminuir el gran problema de salud pública y de calidad de los servicios que representa una alta tasa de mortalidad materna (Klar y Michels, 2014).

Los estudios epidemiológicos revelan en torno a la esquizofrenia, que gran variedad de factores ambientales pueden aumentar sus riesgos, sin embargo, el momento del insulto es más importante que su naturaleza según Michel Odent quien es el más grande visionario e

impulsor de la salud primal. Se han detectado que los principales factores de riesgo para esta enfermedad multifactorial al igual que otros trastornos de la conducta, comienzan en una fase temprana del desarrollo del individuo debido muy probablemente a la interacción entre los genes y el ambiente alrededor del nacimiento (Rivollier, Lotersztajn, Chaumette, Krebs y Kebir, 2014). Algunas otras situaciones que se están analizando desde este enfoque son la infertilidad en las hijas, desórdenes alimenticios en adolescentes y mujeres jóvenes; y las causas de sobrepeso y obesidad en hombres (Hohwü et al., 2014; Plana-Ripoll et al., 2016; Su et al., 2016).

2.2 Genética y el periodo primal

El nacimiento se ha descubierto como un periodo especialmente sensible de agresiones a diferentes escalas. Conocido ahora como periodo primal por considerarse el primero u el origen, es un lapso de tiempo en el que un bebé es particularmente sensible a programar la expresión o activación de sus genes hacia un comportamiento de salud o de enfermedad según la activación que se le dé a sus genes en ese tiempo de vida inicial. Estas anomalías en la remodelación epigenómica fetal que determinan una expresión génica diferente pueden ser ocasionadas por el modo de nacimiento, el estrés vivido durante la disfunción del trabajo de parto y periodo perinatal temprano, efecto de agentes farmacológicos o el modo de alimentación infantil. Las evidencias y teorías que explican estos efectos se conocen como Hipótesis del Impacto Epigenético del Parto o hipótesis EPIIC de las siglas en inglés (Dahlen et al., 2013; Dahlen, Downs, Wright, Kennedy y Taylor, 2016).

El periodo primal se refiere a los primeros 1000 días de vida de las personas desde su gestación, pero principalmente al lapso desde la gestación intrauterina dentro de la madre, al nacimiento y al primer año de vida de las personas. En todo este tiempo, pero de manera aún más importante antes de nacer y en las primeras horas de vida se llevan a cabo adaptaciones

hormonales que influyen en el desarrollo del cerebro y del sistema inmune o de defensa de los bebés a través de la relación que guardan las bacterias y microorganismos que invaden el intestino del bebé al nacer y la relación que desarrollan estos con los genes del individuo en ese periodo de activación (Ye, Wu, Li y Li, 2017).

Los microbios que colonizan el intestino del recién nacido y los cuales se conocen como microbioma al establecer un ecosistema bastante complejo producen sustancias de bajo peso molecular que pueden regular la expresión génica del huésped mediante modificaciones epigenéticas y sin alterar las secuencias genómicas del ADN. Estas modificaciones epigenéticas pudieran llegar a ser modificables o reversibles dependiendo de los estímulos ambientales y dejando un área de oportunidad para investigación sobre posibles intervenciones terapéuticas (Ye et al., 2017).

Esta teoría se conoce como teoría de la higiene por tratarse de los microbios intestinales quienes son los responsables de disparar el sistema inmunológico del recién nacido hacia uno u otro sentido predisponiendo alteraciones en la fisiología del cerebro e intestino a veces con consecuencias letales. Ahora se sabe que los metabolitos producidos por los microbios interactúan con la maquinaria epigenética del individuo cuyas aberraciones pueden tener un papel clave en la patogénesis de muchas enfermedades por lo que a esta línea de investigación se le conoce como el Eje microbioma-intestino-cerebro (Alam, Abdolmaleky y Zhou, 2017).

En otras palabras, una persona puede tener genes que le heredan cierta probabilidad de desarrollar un cáncer o diabetes por ejemplo, pero el ambiente desde el embarazo y el nacimiento será el que lo predispone a que esos genes se activen o no hacia desarrollar esos problemas, que se potenciarán además posteriormente con el resto de factores y hábitos que continuemos a lo largo de nuestra vida aumentando o disminuyendo el riesgo de la expresión de esos genes y la aparición de la enfermedad.

La cesárea electiva, programada sin trabajo de parto es el ejemplo más obvio y estudiado de estos mecanismos. No hay un solo motivo o indicación válido que justifique los riesgos de escoger una cesárea planeada sin trabajo de parto. No hay evidencia que respalde o justifique de manera válida supuestos beneficios como mayor seguridad del bebé, menor trauma al piso pélvico de la madre, evitar el dolor y la conveniencia (Lavender et al., 2012). Los inconvenientes por otro lado, además de los riesgos y efectos a corto plazo como un mayor riesgo de mortalidad materna o de inadaptación respiratoria fetal al nacer, son a largo plazo los siguientes.

Un individuo que nace por cesárea electiva sin trabajo de parto tendrá 20% mayor riesgo de desarrollar asma bronquial a lo largo de su vida, atopia y enfermedades alérgicas; 36% mayor riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral. Sabemos que la cesárea y más aún la electiva o sin trabajo de parto incrementa el riesgo de leucemia mieloide aguda (Thomopoulos et al., 2016), aún no se conoce cómo puede estarse dando esta relación, se comprobó que el nacimiento por cesárea se asocia con mayor riesgo de trastornos inmunológicos y que al nacer de esta manera habrá una menor formación de linfocitos T pero esta relación sigue investigándose (Schlinzig et al., 2017). Análisis recientes de registros de 9 países diferentes prueban un incremento en el riesgo de desarrollar leucemia linfocítica aguda en niños nacidos por cesárea sin trabajo de parto. Se queda aún la duda sobre qué tan causal puede ser esta relación y se atribuye a la activación inadecuada del sistema inmune debido a la ausencia de la respuesta al estrés del trabajo de parto cuando nacen los bebés de forma planeada y anticipada (Marcotte et al., 2016).

Entre los problemas metabólicos que se han relacionado con el nacimiento por cesárea electiva se encuentran: mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia (Li et al., 2014; Kuhle, Tong y Woolcott, 2015; Rutayisire et al., 2016) y de manera similar en metaanálisis se encontró un riesgo de 20% mayor para diabetes tipo I de inicio en la infancia después de

nacimiento por cesárea (Cardwell et al., 2008). Se considera que estos riesgos incrementados de desarrollar problemas y enfermedades se originan por el tipo de desarrollo del sistema inmunológico del recién nacido que se programa al nacer según el tipo de bacterias que se introducen en su intestino.

Cada vez se encuentran más asociaciones entre las teorías de la Epigenética del parto y la de la Higiene. Los eventos durante el embarazo, el nacimiento y el posparto son determinantes directos de esa programación fetal. Son muy importantes las variables de haber nacido de parto vaginal o no, cesárea durante el trabajo de parto o no, si el bebé estuvo en contacto directo y permanente con la piel de la mamá al nacer o no. Por eso la gran importancia del contacto piel a piel entre el bebé y la madre desde el nacimiento y de manera continua por las primeras horas.

Ahora se estudia también el desarrollo del olfato, el estímulo táctil y la voz de la madre para con su recién nacido y el impacto sobre el desarrollo cerebral del bebé. Estudios en animales sugieren que la separación materno-cría reduce la expresión de receptores de serotonina en ciertas áreas del cerebro, incrementa la liberación de la misma en corteza frontal y condiciona conductas sociales anormales (Franklin, Linder, Russig, Thöny y Mansuy, 2011). Ahora se estudia cómo es que la separación materno-bebé puede inducir cambios epigenéticos y características similares a varias enfermedades mentales que pueden estar implicadas en el neurodesarrollo. Es paradójico comparar como por un lado se puede estar analizando la separación materno-neonatal en mamíferos como modelo para estudiar los efectos del estrés sobre el desarrollo y la función de los sistemas fisiológicos, cuando por otro lado y en contraste, para los seres humanos esta separación es una norma occidental generalizada como práctica médica rutinaria (Császár-Nagy y Bókkon, 2017).

La forma de nacer, las intervenciones durante el nacimiento, la falta de contacto piel a piel o la separación madre bebé pueden estar determinando predisposición al desarrollo

anormal de la conducta del individuo y a la generación de problemas o desórdenes mentales como los siguientes. En revisión sistemática de la literatura se evaluaron 33 estudios y se encontró que el nacimiento por cesárea está asociado con un incremento moderado en la razón de probabilidades (OR 1.23, 95% CI:1.07,1.40) de desarrollar TEA (Curran et al., 2015).

En estudio de cuatro países además de Australia y una población de casi 5 millones de bebés que incluyeron a 31,073 niños con TEA se encontró que la cesárea se asocia consistentemente con un modesto incremento del riesgo de Trastorno del Espectro Autista en comparación con el parto vaginal (Yip et al., 2017).

Hallazgos recientes muestran que el inicio y el desarrollo de estas enfermedades no puede describirse por la teoría de un gen único, más bien se cree que la presentación clínica es el resultado de una interacción regulativa entre gran número de genes y que la regulación, activación o silenciamiento de estos genes por factores ambientales desempeñan un papel crucial en la contribución a su patogénesis. La importancia de estas interacciones ha desarrollado líneas de investigación con el modelo de Eje microbioma-intestino-cerebro abriendo una nueva ventana para la comprensión de la patogénesis de estos problemas neuropsiquiátricos (Alam et al., 2017).

Los factores epigenéticos perinatales se han dividido a partir de las hipótesis del desarrollo de la salud y la enfermedad también conocidas como Programación fetal, en maternos y fetales. Los factores maternos incluyen la dieta, el tabaquismo, alcoholismo, hipertensión, desnutrición, los oligoelementos, el estrés, la diabetes, abuso de sustancias y exposición a tóxicos ambientales. Los factores fetales incluyen hipoxia, asfixia, insuficiencia placentaria, prematuridad, bajo peso al nacer y todos los factores que causan restricción del crecimiento intrauterino. Todos estos factores se conocen que pueden afectar el estado de salud en la infancia y en la vida adulta, existen revisiones específicas sobre la programación fetal del cerebro y la influencia con el desarrollo de los trastornos neuropsiquiátricos como

trastornos bipolares, depresivos mayores y esquizofrenia (Faa et al., 2016).

Los procesos moleculares de modulación génica sin cambios en la secuencia de DNA más estudiados son los que afectan la estructura de la cromatina. Estos cambios o alteraciones epigenéticas en la metilación del ADN de varios genes candidatos al autismo incluyendo el gen que codifica el receptor de oxitocina entre otros han sido demostrado en varios estudios que comprueban la hipometilación de todo el ADN en muestras del cerebro y sangre de pacientes autistas (Hamza et al., 2017).

También se discuten los cambios epigenéticos después de la exposición a factores ambientales conocidos como factores de riesgo de autismo, incluyendo factores nutricionales (vitamina D y folato) y tóxicos (valproato sódico, bisfenol A). Los sesgos metodológicos que aun limitan los estudios epigenéticos dificultan el alcance y su interpretación, pero definitivamente son el comienzo de una revolución en investigación sobre la etiopatogenia de trastornos del desarrollo neurológico.

La hipótesis predominante con respecto a los trastornos psicóticos propone que una combinación de factores genéticos y / o ambientales, durante los períodos críticos del desarrollo del cerebro aumenta el riesgo de enfermedades. La esquizofrenia enfermedad frecuente e incapacitante que emerge durante infancia, adolescencia o edad adulta con consecuencias dramáticas para los afectados es uno de los problemas más estudiados a la fecha en su relación con estos cambios epigenéticos.

2.3 El nacimiento y los efectos en la psicología

La ciencia del comportamiento humano es la psicología, la cual estudia los procesos mentales, sensaciones y percepciones del individuo en relación con lo que le rodea. A lo largo del tiempo esta rama del conocimiento ha sufrido una constante evolución y actualmente se divide en diferentes campos o especialidades siendo uno de ello la psicología perinatal

también llamada Salud mental perinatal que abarca los cambios psíquicos y afectivos en la mujer y hombre relacionados con la concepción, el evento del embarazo, el nacimiento de un bebé y su crianza temprana.

Según la Asociación Española de Psicología Perinatal (Sánchez, 2013), esta rama de la psicología está orientada a la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención en la familia durante todo el proceso buscando la promoción de la salud mental y prevención de la patología, tomando en cuenta la importancia del establecimiento de un vínculo saludable entre el bebé y la nueva familia sentando las bases de la estructura psíquica saludable del nuevo individuo considerándose la mejor labor preventiva a nivel de salud mental que se pueda realizar por tratarse de un periodo muy sensible del desarrollo.

La hipótesis de Orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad se basa en las observaciones de cómo la calidad del crecimiento y desarrollo fetal predice el riesgo de una serie de enfermedades crónicas no transmisibles. Se sugiere que las señales intrauterinas que comprometen el crecimiento fetal también actúan en la programación de la diferenciación tisular de una forma que predispone a la enfermedad. Estos hallazgos paralelos a los estudios que demuestran que el bienestar prenatal emocional materno también predice el riesgo de psicopatología posterior conforman la base de los modelos integrativos del neurodesarrollo fetal que propone que la adversidad materna prenatal opera a través de las vías biológicas asociadas con el crecimiento fetal para programar el neurodesarrollo (O'Donnell y Meaney, 2017).

Al ser la ansiedad y el estrés un tema común durante el embarazo y tener consecuencias potenciales sobre el curso del mismo y el desarrollo posterior del bebé, se han impulsado las intervenciones no farmacológicas que los disminuyen como el entrenamiento autogénico que es una técnica psicoterapéutica parecida a la meditación y concentración pasiva de sensaciones físicas, biorretroalimentación, hipnoterapia, imágenes, oración,

autosugestión, tai-chi y yoga. Todas estas actividades que trabajan la relación mente-cuerpo pueden beneficiar a las mujeres con ansiedad y estrés durante el embarazo (Marc et al., 2011).

Es común identificar que muchos de los problemas emocionales, cognitivos y sociales en un momento determinado de la vida, tendrán su origen en la etapa que rodea a su nacimiento. Influyen las experiencias maternas, la forma en que la madre vive los acontecimientos y el apoyo que se les proporciona, en conjunto todas estas circunstancias dejarán una huella no sólo en la madre, sino que también definirán muchos aspectos en el desarrollo del bebé. Estudios en animales relacionan claramente como el estrés prenatal impacta a largo plazo a nivel conductual y neurobiológico en la descendencia de madres estresadas, resultando en mayor vulnerabilidad a ansiedad y depresión, administración de fármacos y deterioro de la memoria debido a la hiperactividad del eje Hipotálamo-hipósis-adrenal como mecanismo principal de los procesos adaptativo-reactivos o respuesta al estrés y los predictivos o ritmos biológicos (Maccari, 2010).

Ahora sabemos que el feto dentro del útero materno es capaz de adquirir sus primeras experiencias de vida y que las diferentes situaciones no solo físicas sino también emocionales de la mujer son capaces de marcar en la conciencia del bebé sensaciones y memorias que pueden guiar y condicionar su forma de afrontar el mundo por delante. La estructura neurológica primaria del individuo se desarrolla durante el embarazo y primer año de vida a través de una comunicación química y propioceptiva entre la madre-bebé como parte de un proceso dirigido genéticamente, pero influido por las condiciones del entorno a través de las experiencias y emociones maternas.

Visto desde otra perspectiva, nuestra forma de pensar, sentir y vivir ahora, se pudieron haber programado en nuestro subconsciente desde nuestra gestación intrauterina y primeros días de vida. En cuanto a salud mental es frecuente encontrar personas con la creencia o sensación de tener algo interior que “no funciona o que es algo malo” y que se tratan de

situaciones derivadas de experiencias durante el embarazo materno como cuando un bebé no es querido, o fue rechazado o causa de problemas al entorno familiar y principalmente cuando la madre y el bebé son separados después de nacer. Se sabe de la relación entre un embarazo no deseado y el riesgo aumentado de estados emocionales anormales como la esquizofrenia en los adolescentes, este efecto con relación más directa al sexo masculino (Myhrman, Rantakallio, Isohanni y Jones, 1996; McNeil et al., 2009; Fineberg et al., 2016).

Hay suficiente evidencia que relaciona los efectos de los estados emocionales anormales como la depresión, el estrés y la ansiedad de la madre durante el embarazo y el desarrollo neurológico del bebé, pudiéndose asociar a retraso en desarrollo motor, desórdenes cognitivos y conductuales, así como problemas emocionales (Huizink, Robles de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2003). Está claro que el estrés prenatal materno está asociado con una variedad de resultados adversos, que aumentan la vulnerabilidad para trastornos mentales posteriores. Estos efectos son evidentes en la infancia y pueden persistir en la edad adulta. Hay evidencia aún escasa, pero se está analizando cómo estos cambios pueden incluso permanecer de manera transgeneracional (Babenko, Kovalchuk y Metz, 2015; Odonnell y Glover, 2016; Rosenfeld, 2016).

2.4 Los derechos humanos y la atención obstétrica en México

En este apartado se describirá la evidencia de una de las caras de la moneda en cuanto a la atención obstétrica. Por un lado, el discurso médico alega que, gracias a la modernidad, las tecnologías y las políticas en salud ya no se mueren las mujeres y los bebés tanto como en otras épocas y que la violencia obstétrica es un término no aceptado por el gremio médico y que no debería ser punible. Pero ¿Qué pasa con la otra cara del problema?, ¿Qué es lo que nos dicen las usuarias de los servicios de salud?.

Al evaluar dos hospitales públicos del estado de Morelos mediante técnicas

cualitativas y cuantitativas, investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública evidencian algunas situaciones que son muy importantes (Valdez, Hidalgo, Mojado y Arenas, 2013). Se encontró que el nacimiento por cesárea correspondía a un 50% cuando se supone que debe ser un procedimiento usado como el último recurso para salvar la vida de la mujer o el bebé. El tacto vaginal fue la maniobra de la que más se quejaron las mujeres y en general el 29% de las mujeres reportaron algún tipo de abuso durante la atención, no siendo reconocido este por el personal profesional ya que se trataban de prácticas continuas y consideradas como dentro de lo normal. El abuso reportado fue verbal, físico y en algunos casos psicológico al haber sido ignoradas las mujeres que debían haber sido atendidas por el personal médico.

En relación con las maniobras efectuadas durante la atención del parto se observó que después del tacto vaginal, se realizan prácticas rutinarias como la administración de oxitócicos en infusión y ruptura de membranas en más de la mitad de las pacientes, colocación de sondas de Foley, enemas evacuantes al 25% y episiotomías en el 66.5% de las mujeres. Con respecto al tacto vaginal que se evaluó de manera específica, se encontró que el 82% de las mujeres consideró que esta exploración se realizó con respeto, pero el 72% de las usuarias sintió que no podían rechazar su realización y en el 62% el motivo para realizarlo nunca fue adecuadamente discutido con ellas.

Entre las justificaciones que el personal de salud reveló en los grupos focales como origen de no poder prestar una atención de calidad, se mencionaron la falta de personal, la referencia inadecuada de pacientes desde el escalón inferior que satura los servicios y la falta de infraestructura y recursos materiales en la mayoría de los casos muy elementales. Se evidenció la precariedad laboral, la falta de prestaciones y los recursos insuficientes. Por otro lado, también se desentrañaron actitudes discriminatorias de los profesionales hacia el cuidado de las mujeres y el ejercicio de poder que se naturaliza en la práctica de la atención obstétrica. Se pudo observar según la forma en que emitieron los juicios de valor hacia ellas,

la descalificación de aspectos socioculturales y formas de vida de la población, además de la abierta discriminación y poca sensibilidad hacia la población visible no solo en el discurso sino además observado en la práctica de esos profesionales (Valdez et al., 2013).

La atención del parto ha variado a través del tiempo desde los cuidados y apoyo proporcionado a la mujer por otras mujeres de su familia o de su comunidad en su propia casa, luego ciertas mujeres fueron adquiriendo el interés y la habilidad para ayudar a parir dedicándose a ello como una actividad formal. Con el paso del tiempo surgieron las clínicas de maternidad en las que el parto lo atendían las parteras que se preparaban para ello por lo general posterior a sus estudios como enfermeras y con el apoyo de médicos que acudían en caso de alguna complicación únicamente. Posteriormente estas maternidades se incorporaron a los hospitales con mayor número de médicos con estudios formales que encontraron la oportunidad de aprender sobre un tema que incluso llegó a ser prohibido para los hombres por lo que su aprendizaje inicio precisamente a partir de esas parteras. Llegó el desarrollo industrial y los médicos fueron reemplazando poco a poco a las parteras hasta que con el uso de los fórceps se da inicio a la atención obstétrica moderna dominada de manera progresivamente por la tecnología y siempre bajo la lupa y control del personal de salud que agrega con el tiempo la anestesia, la aceleración de las contracciones con oxitocina sintética, el corte del periné materno o episiotomía y la cesárea en busca de proteger y brindar mejores servicios a la diada materno fetal y disminuirles el sufrimiento a ambos de parir con dolor.

El aprendizaje de la medicina se ha desarrollado a través del tiempo bajo un esquema de jerarquías y subordinación a superiores que son los que proporcionan el conocimiento al médico en formación. Aunado a esto la enseñanza de la misma lleva el mensaje no siempre explícito del estilo desvinculado de las emociones propias y del paciente a manera de protección del propio médico. Si a lo anterior se le agrega la influencia que siempre ha ejercido la cultura patriarcal que caracteriza a la sociedad occidental la cual estigmatiza a la

mujer como inferior al hombre se puede explicar que el trato de la mujer que está pariendo sea fríamente profesional, y se le tome como un individuo que necesita ser controlado para evitar que se dañe y el cual debe entregarse ciega e incondicionalmente a las decisiones del médico que es el que sabe supuestamente qué es lo que más le conviene para lograr el nacimiento de un bebé sano y una mamá sana.

Pero qué es lo que ha estado ocurriendo, ¿Por qué si profundizamos en el tema encontramos historias que pueden ser calificadas completamente de violentas y absolutamente contrarias a los derechos humanos? La ginecología y obstetricia se ha mantenido muchas veces a la cabeza como una de las especialidades con más demandas médicas (Fajardo-Dolci et al., 2009). Definitivamente es una especialidad de la medicina en la que se espera que todo salga bien y se obtenga la gran felicidad de tener un hijo por lo general muy esperado y querido, pero que también sabemos estadísticamente que puede haber complicaciones no esperadas que si no son diagnosticadas a tiempo tendrán consecuencias muy importantes y que la gran diferencia radica en si fueron sospechadas e identificadas oportunamente o no.

Las instituciones tienen una responsabilidad mayor y poco reconocida por las autoridades en cuanto a no tener los recursos suficientes para proporcionar una atención adecuada. Pero tradicionalmente ha resultado menos complicado intentar resolver la creciente demanda y problemática con los mismos recursos humanos, acostumbrando al médico a resolver siempre con lo que tiene a la mano para trabajar y haciéndole responsable de lograr buenos resultados y cargar con las consecuencias en caso de no ser así.

Todo lo anterior ha condicionado que el médico practique una medicina cada vez más defensiva en la que trata de suplir sus carencias en recursos humanos y materiales sustituyéndolos por un mayor control y uso de tecnologías, viendo al paciente y sus acompañantes como posibles demandantes y descuidando de manera progresiva la ya muy afectada relación humana con el enfermo y sus familiares generando relaciones más lábiles y

poco satisfactorias. Esta crisis en la medicina se aprende y desafortunadamente se continúa enseñando a las nuevas generaciones conformando un hábito en la forma de actuar médica que por lo general es un hábito autoritario que muy pronto aplica no solo en las condiciones de carencias y sobrecarga laboral, sino que se naturaliza y se extiende a las mujeres sin problemas y que incluso están pariendo de manera privada en un hospital con todos los recursos.

En México el problema de la falta de respeto y el maltrato de la mujer embarazada se ha negado y se ha encubierto abordándolo desde una perspectiva de problema de calidad en los servicios (Valdes, Molina y Solis, 2001; Peña y López, 2004; Jiménez, Ponce de León, Rangel y Mohar, 2006). Incluso la postura de la máxima organización de la especialidad de ginecología que agrupa la opinión de la gran mayoría de los ginecólogos del país es hacia desconocer la “mal llamada Ley de Violencia obstétrica” lo cual es entendible desde el punto de vista de ser el propio médico el que siempre ha estado como responsable y como garantía de resultados positivos en la atención obstétrica a pesar de la gran participación institucional que incumple con el mandato de proporcionar todo lo necesario para una atención adecuada y de calidad.

Independientemente de la justificación y del nombre que le demos la tipificación legal de violencia obstétrica se considera ya como una forma específica de violencia contra las mujeres. La tipificación como ley de violencia obstétrica se llevó a cabo por primera vez en Venezuela en el 2007 (Pérez, 2010) y es actualmente vigente en varios estados de la República Mexicana. Al margen de ser un término poco aceptado por las organizaciones médicas de la especialidad y que seguramente no se trata de la regla sino de la excepción ya que el principio fundamental de los médicos es de ayudar y no el de hacer daño, existe suficiente evidencia para considerar que muchas acciones del equipo de salud y atención médica puedan ser consideradas como una falta de respeto, maltrato e inclusive muchas otras

como violencia o actos que atentan contra los derechos humanos.

Una explicación común a la llamada violencia obstétrica es desde el enfoque feminista considerando que la medicina moderna y tradicionalmente patriarcal reproduce y naturaliza la dominación sobre las mujeres por vía de medicalizar sus cuerpos (Camacaro, 2009; Villegas, 2009). De aquí el entendido de que con medicalización no se refiere solo a la acción del médico o de la medicina, sino al hecho de considerar como patología situaciones fisiológicas o variaciones de la normalidad por lo que se deciden manejar como enfermedades por el personal de salud de manera innecesaria lo cual no estará exento de riesgos. En el caso extremo, cuando estos procedimientos médicos y quirúrgicos se realizan por rutina, costumbre o solo por el hecho de tener el poder para hacerlo se les ha referido como encarnizamiento terapéutico por otras investigaciones (Pérez y Gérvas, 1999; Diniz y Chacham, 2004). El embarazo y la atención del parto es el ejemplo ideal para demostrar el exceso de intervenciones médicas a las que puede ser sujeta una mujer con embarazo saludable candidata a un parto de bajo riesgo y el cual puede tornarse menos factible en medida del número de intervenciones a que sea sujeto elevándose con mucho la frecuencia de terminación vía cesárea.

La justificación más común que describe el problema de la violación de derechos de las mujeres embarazadas, es la atribuible a las difíciles condiciones de trabajo del personal que labora en las instituciones que se caracterizan por un elevado número de pacientes que se deben atender en un tiempo reducido y que aunado a una forma de trabajo estricta, aprendida en base al castigo y con la intención de manejarse al margen del involucramiento emocional conforman en el personal de salud un hábito de trabajo y de interacción con los demás basado en el autoritarismo y en la jerarquía que lleva a los prestadores de servicios de salud a violar los derechos de las mujeres (Castro, 2014).

Para valorar el amplio margen que abarca la atención obstétrica de las mujeres

embarazadas se describen a continuación situaciones que implican una clara falta de respeto, violación de derechos humanos o incluso maltrato o uso de violencia. Este trato inadecuado ha sido evidenciado en los servicios de salud reproductiva de diferentes países de América Latina (Bronfman y Castro, 1989; Chaves, Madrigal y Ugalde, 2001; Chiarotti, 2003; D'Oliveira, Diniz, y Schraiber, 2002). También en el ámbito internacional diferentes estudios recogen testimonios de mujeres sobre su experiencia en los servicios de salud durante el parto en los que se evidencia que estas fueron maltratadas, intimidadas, humilladas o sufrieron abusos (Asowa, 1997; Grossmann, 2001).

Castro (2014) para su investigación incluye 256 hrs de observación directa en salas de labor y parto de hospitales públicos de la SSA y del IMSS. Registraron aproximadamente 130 partos y cesáreas y analizaron 14 grupos focales con registro de estudiantes, internos, residentes y gineco obstetras de universidades públicas diversas en 4 estados de la Republica. Además, se incluye la revisión exhaustiva de 153 recomendaciones de la CNDH y de las CEDH a las instituciones de salud desde 1990 en relación a quejas por abuso y violaciones de derechos presentadas por las y los usuarios de los servicios.

Es importante citar textual algunas de las situaciones captadas en su artículo porque son el ejemplo vivo de lo que para unos es natural, rutinario y sin importancia y para la gran mayoría puede ser graves atentados contra la educación, buenas maneras, derechos o incluso francas violaciones de la ley. Los primeros dos casos de observación en el estudio se refieren a situaciones que provocaron risa a los prestadores de salud en su trabajo y en relación con la paciente, evidenciando un sentido del humor peculiar gracias a compartir un código o acuerdo que les permitirá celebrar como cómica una situación sin serlo. También les permite hacer comentarios más elaborados a manera de chiste entre ellos, pero con la intención de reprender a la mujer por motivos como su conducta en la sala de labor o en relación a su sexualidad. El autor deduce que la causa de estas conductas sea en parte debido la desvinculación del médico

con las emociones de la paciente.

Caso de observación 1. Se trata de mujer a punto de parir y ya colocada en la mesa de expulsión, la observadora registra:

“El médico interno, mientras se pone la bata, ordena sin mirar: “¡Bájese, bájese más!” La mujer se recorre, lleva ya medio coxis volando fuera de la cama. De repente el interno se da cuenta y rectifica la orden: “No, no tanto, súbase. Ja, ja, ja”, ríen él y la enfermera. “¿Qué no la está viendo?”, agrega la enfermera en medio de risas de ambos.”

Caso de observación 2. En el que el médico bromea, pero emite juicios en los que castiga a la mujer, la observadora registra:

“A la mujer se le zafó la canalización por la que recibe el suero. La enfermera está intentando canalizar nuevamente a la mujer. Le dice: “Señora, su mano, no la mueva, si no, la voy a picar”. Al interior de la sala hay ajeteo; sin embargo, la mujer conserva la calma y permanece callada y quieta. El médico se encarga de amarrarle las bracerías y checar las pierneras. Una de las enfermeras pregunta al médico: “¿Le van a hacer episodio?” El médico responde inmediatamente: “¡Claro, a todas, de castigo!”, haciéndose el chistoso, pero con cara seria.”

En los siguientes casos de observación se hacen patentes las jerarquías que adquiere el personal médico durante su entrenamiento y que luego parecen seguir aplicando durante su práctica ejerciendo el hábito autoritario en la relación con la paciente quien queda al parecer en un estrato inferior situación que pareciera les autoriza para actuar descalificando, ridiculizando o llamando al orden y a la seriedad con un desconocimiento total por lo tanto del estado emocional en que se encuentra una mujer a punto de parir y que le hace tener actitudes como gritar, moverse en busca de una posición más cómoda o desconectarse del ambiente que le rodea dejándose llevar hacia la transición que implica la etapa previa al nacimiento del bebé.

Caso de observación 3. Se trata de mujer con una percepción de intenso dolor durante la contracción y personal de salud poco empático hacia lo que ella está sintiendo y con la supuesta necesidad de tener que hacer un tacto o exploración vaginal para evaluar la dilatación.

“La mujer, entre quejidos y suplicante, le dice: “Bueno, ahorita que pase [el dolor]. ¡Ayy!” [grita muy fuerte]. El médico le ordena a la enfermera: “A ver, pásenme unos guantes...” Y dirigiéndose a la mujer en trabajo de parto le dice: “Esto no te va a doler, confía en mí”. La mujer se resiste a la exploración y el médico le ordena: “¡Que no duele! ¡Ya, por favor! ¡Separa las piernas! Parece que estamos jugando contigo o qué. ¡Separa las piernas! Angélica, ¿quieres que te ayude o no?”. La mujer grita muy fuerte, casi no hace caso de lo que le indican y esto desespera a quienes la atienden: “¡Me duele!” Médico: “Oye, Norma Angélica, tranquilita, ¿eh?”. La enfermera interviene: “Angélica, ¡separa las piernas, por favor!” [voz fuerte e imperativa]. Médico: “Se trata de la vida de tu hijo. Nosotros no estamos para jugar contigo”. La enfermera le dice al médico: “Mire, le da la contracción a la señora y no está pujando. No está cooperando”. La mujer se retuerce sobre sí misma dentro de la estrecha camilla. Enfermera: “Te falta mucho. Al rato, si sale con problemas tu bebé, tú vas a ser la única culpable, nadie más” [en forma de amenaza].

Caso de observación 4. Evidencia la desvinculación hacia el dolor de la mujer, descalificando las necesidades individuales con las diferencias que esto implica, llegando incluso a ignorar de manera intencionada cuando solicitan la atención.

“De pronto le dicen a la mujer en trabajo de parto: “Señora, le vamos a poner la sonda”. La mujer pregunta: “¿Entonces no me van a bloquear?” El médico responde: “No”. La mujer insiste: “¿Por qué? ¡Ya no aguanto!” “Porque no”, contesta la enfermera, sin ganas de dar explicaciones. La mujer insiste: “¡No aguanto, por favor, por favor, doctor, por favor!” Nadie le contesta nada, ni le dan razones; la mujer comienza entonces a llorar. Desde su cama

suplica a gritos que le quiten el dolor, grita una y otra vez, lo pide hasta darse cuenta de que es inútil: todos la ignoran. “¡Doctor, por favor!” Ni la sonda le ponen; la dejan sola, como para que se le pase; la ignoran.”

Caso de observación 5. Al parecer la desvinculación con las emociones de la madre van de la mano con el nivel de socialización en el contexto de los médicos, lo que quiere decir que los médicos o personal de salud más jóvenes o que han desarrollado menos el hábito autoritario, son los que pueden mostrarse más compasivos con las mujeres.

“El doctor empieza a hacer el tacto. La mujer se asusta y se sube un poco. El doctor dice fuerte: “¡Tranquila!” Luego mira al interno y le explica: “Es que tiene moco, pásame una... [no sé qué dijo] de arillo”. La mujer pregunta: “¿Y eso qué es, doctor? ¿No le hace daño al bebé?” El doctor le dice con tono de hartazgo: “¡No! ¡Usted qué anda pensando que todo le hace daño a su bebé!” La mujer insiste: “¡Dígame la verdad, doctor!” El médico ya no le contesta y termina con lo que hacía (al parecer, le está poniendo algo para adelantar el parto). La mujer vuelve a preguntar: “¿Entonces qué era, doctor?” El médico, nuevamente con cara de estar harto, solamente dice: “¡Oh, pues!” La mujer le recrimina con prudencia: “Ya ve cómo es, doctor: no me quiere decir”. El médico no le hace caso y sale. Cuando el médico ya no está, el interno le dice a la mujer que lo que le puso es como una crema para que se dilate más y que no se preocupe. La mujer dice: “¡Ah, bueno! ¡Ya me había asustado! ¡Como con mis otros bebés no había sido así!”

Caso de observación 6. Se hace notorio el efecto de las jerarquías durante el entrenamiento del personal de salud, escalafón en el que la paciente parece ocupar el sitio inferior hasta el nivel de ignorarla como tal y reducirla a sólo una pelvis dejando pasar un producto. También es posible ver la empatía desarrollada por personas ajenas al hábitus médico y su propensión a ayudar y mostrarse compasiva como el caso de la observadora que registra el siguiente caso.

“El bebé nace rápidamente: un pujido y listo. El residente ha recibido al bebé de pie y el médico, que no deja de vigilarlo, le dice: “Siéntate”. El residente (Orozco) obedece de inmediato la orden. Luego de obedecer, dice con orgullo: “Ya ve cómo me reivindicé”. El médico se burla de él y le dice a la enfermera: “¿Cómo lo ve?” El doctor y la enfermera se ríen. El bebé no llora. “¡Este niño no llora!”, exclama la interna que lo recibe para checarlo. La madre estira el cuello e intenta mirar lo que sucede detrás de ella. De pronto se escucha el chillido, el llanto del bebé. “Todos los del doctor nacen distócicos”, dice la interna. “¿Míos, por qué?”, reclama el residente. “Así nació el otro”, continúa la interna. “Pero yo lo acababa de atender, ¿o no, doctor?”, respinga Orozco. “Yo no sé”, interviene el doctor con tono de ironía. “Ah, cómo no”, protesta nuevamente el residente, y el doctor, como reprobando de todos modos su argumento, agrega: “¡Qué buenos son! Unos conducen, otros atienden”. La mujer, en medio de la contienda, interrumpe preguntando: “¿Qué fue, niña o niño?” “¡Eso no se pregunta, se pregunta que si está bien!”, contesta con indignación la interna. “¿Está bien mi bebé?”, pregunta la mujer con obediencia. “En eso estamos”, contesta la interna con ganas de no contestar nada más y con eso concluye la conversación. No le dicen si se trata de niña o niño, ni si está bien o no. Sólo la humillan. Después de un rato la mujer insiste: “¿Está bien?” Yo me desespero de que no le informen y me involucro preguntando: “Sí... ¿No?” La interna por fin contesta que sí, que el bebé está bien. La mujer se tranquiliza y cierra los ojos.”

Caso de observación 7. El autoritarismo hace responder de forma hasta enojada a un médico la frase de ¡” Tiene que salir por donde entró”! El hábito medico hace ver a la mujer y el proceso del nacimiento desde un plano de superioridad profesional y de género.

La médica residente 1 (R1) exclama: “¡Ay, la paciente ya va a estar!” La médica residente 3 (R3) la mira con indiferencia y dice: “¡Yo qué! ¡No es mi paciente!” [risa burlona]. Entonces la R3 se voltea y mira a la mujer y le dice con voz fuerte e imperativa: “¡Pújele! ¡Pújele!” Al terminar de decir esto, la R3 voltea a ver a la R1 buscando la

complicidad de su risa y le dice: “Y lo peor es que se lo dices y no hace nada...” El R2 se levanta y va por un guante. Ahora se acerca a la mujer y le pregunta en tono serio: “¿Qué pasó, tiene contracciones?” La mujer le dice que por el momento no. Entonces el R2 pone cara de enfado y le dice: “A ver, m’hija, voy a revisarla”, y le abre las piernas para hacerle un tacto. Mientras lo hace le dice a la mujer: “¿Tiene dolor?” La mujer dice sin aliento que sí; está gimiendo con fuerza y se pone muy tensa, parece que le cuesta mucho trabajo soportarlo. La mujer sube las caderas por el dolor. El R2 se enoja: “¡Baje la cadera! A ver, m’hija, ¡baje la cadera y déjeme revisarla!” Le abre las piernas con fuerza y la sostiene duro como si la estuviera obligando sin su voluntad. La mujer grita: “¡Ay, ya!” El R2 termina el tacto, pero deja su mano lista para hacerle otro en un momento. Ahora le pregunta nuevamente: “¿Tiene dolor?” La mujer se queda muda. “¿No?” La mujer le dice con voz muy tímida: “Hágame cesárea”. El R2 le dice a la mujer a gritos: “¡No! ¡Tiene que salir por donde entró! ¿Para qué se embarazó? Usted quería, ¡¡ahora aguántese!! Si se vio bien mala, ¡ya ve! ¡Le dijeron que si no se quería operar y no quiso! ¿Así le va a hacer otra vez el año que viene? [mira a la mujer muy fijamente]. ¡¡Abra ya las piernas, que tengo que revisarla!!” La mujer lo mira muy tímidamente con cara de mucha vergüenza y abre las piernas. El R2 le hace otro tacto con mucha fuerza (se ve cómo mete su mano con mucha dureza y por supuesto esto hace que la mujer grite). La mujer gime con fuerza y llora. El R2 le ordena: “¡Pújele! ¡Pújele! ¡No llore y puje!” Ahora termina con el tacto y se va sin decirle nada a la mujer. Después de un minuto regresa y le dice a la mujer (con esa misma actitud de coraje): “A ver, m’hija ¿tienes dolor? Ahorita que tengas dolor te voy a tocar, ¿eh?” La R1 acompaña al R2. A la espera de que la mujer tenga dolor, el R2 se pone a platicar con las médicas.”

Caso de observación 8. Representa la pretendida superioridad en la actuación médica en el que una anestesióloga estalla en cólera por la presencia de la observadora quien registra:

“Ahora entra la anestesista y me mira fijamente. Luego me pregunta con voz tosca: “¿Cómo te llamas? Porque aquí se pierden las cosas...” Yo le digo mi nombre, pero ella me interrumpe: “No, no, no, preséntate en el centro de la sala como se debe”. Yo no me pongo en el centro, pero me presento con respeto y le digo que es una investigación de sociología. Ella me vuelve a interrumpir y dice: “¿De qué es la investigación? ¿De sociopatía? Así que van a investigarnos. Investiguen al doctor [y señala a un colega], el doctor es un sociópata”. Yo le digo que en realidad la investigación se centra en las necesidades de las mujeres. La anestesista me mira perpleja y dice: “¿En las mujeres? Pero si con ellas no hay nada que investigar”. Yo le pido que me explique. Me dice casi gritando: “Sí, es un problema de *gluco...* [dice una palabra extraña]”. Yo le pido otra explicación. Me dice: “Es un problema de alimentación. ¿Sabes qué es cultura?” Yo intento darle mi mejor explicación, pero ella no parece satisfecha y me dice: “No, la cultura es el conjunto de normas y protocolos de un pueblo. Estas mujeres no tienen cultura [esto lo dice mientras aprieta fuertemente la mandíbula de una mujer contra la máscara de la anestesia y mueve su cara hacia un lado y hacia el otro]. No tienen cultura porque no buscan trascender. Porque los que tienen cultura trascienden; por ejemplo, tenemos a Teotihuacán, que tuvo una rica cultura, pero estas mujeres no. ¿Tú crees que quieren trascender? Si con trabajos se hacen una salpingo... Ésta apenas se hizo la salpingo y ya se estaba retractando, ¡y eso que ya tiene dos hijos!” Yo me quedo perpleja y decido mejor no decirle nada. Finalmente, la operación terminó. La mujer sigue tendida y con los ojos cerrados. El doctor y el residente salen. Yo digo “con permiso” para irme, pero la anestesista me detiene: “No, no, ahora hágale unas preguntas (a la mujer)”. Yo le digo que ahora no, que pobrecita, que no la voy a despertar. La anestesista contesta irónica y furiosa: “¡‘Pobrecita’! ¡Pobrecita si no se hubiera hecho la salpingo!” Y despierta bruscamente a la mujer dándole unos golpes en el pecho, diciéndole: “¡Ya despiértate!”

Todos estos casos que ojalá sean las excepciones y que de ninguna manera pueden reflejar la forma en general como se atiende a las mujeres embarazadas en nuestro país, son parte de un estudio en el que se buscó establecer la relación entre el hábito médico adquirido durante los años de estudio de la medicina y la práctica profesional en los servicios de salud y que obviamente no exime de responsabilidad a los actores de los atropellos en que se pudo haber incurrido, solo se trata de comprender científicamente el posible origen social del problema. Todos los que pasan por un entrenamiento similar adoptan en algún momento ese currículo oculto y lo toman como válido demostrando completa socialización al campo médico al que aspiran pertenecer, por lo que es posible que ahora hasta lo defiendan y justifiquen de diferentes maneras habiéndolo convertido en algo natural y lógico. Por esta razón el autor señala sobre la necesidad de la ciudadanización de los servicios de salud, o sea convertirlos en espacio de ejercicio de los derechos como personas y ciudadanos en los que predomine la igualdad, libertad y demás derechos elementales (Castro, 2014).

En definitiva, podemos decir que para muchas mujeres el miedo o la ansiedad generada durante el embarazo por múltiples factores sociales, familiares y económicos, pueden verse acentuados al final del mismo o incluso durante la atención médica del nacimiento de sus bebés. Como cualquier trabajador que se habitúa a su medio con la rutina y se familiariza con escenas, actos o personas sin reconocer lo que para otros sería admirable, parece que los médicos caen también fácilmente en los hábitos de hacer las cosas por mera práctica y de manera meramente automática perdiendo fácilmente la habilidad de admirarse por el milagro de la vida.

2.5 Atención al nacimiento con enfoque humanizado o centrado en la mujer

Este enfoque en la atención de la mujer embarazada que acude a su parto se refiere a prestar el servicio centrado en la mujer como la pieza más importante del proceso, lo cual

sería lo opuesto al sistema hospitalario tradicional que cuenta con jerarquías escalonadas en las que el máximo nivel lo ocupa el personal médico obstetra a cargo de las decisiones importantes y responsable del proceso y el nivel más inferior lo ocupa la mujer que es indebidamente considerada la más ignorante sobre su propio bienestar como para tomarla en cuenta en el tratamiento y desarrollo del evento del nacimiento de su bebé. Se trata de abordar a la mujer no sólo como un cuerpo del que saldrá un bebé, sino como un individuo pensante con emociones, sentimiento y necesidades afectivas y psicológicas particulares. Se trata de hacer equipo entre el obstetra, acompañantes y la propia mujer que deberá ser asistida de manera empática y amable, basada en relaciones de igualdad, apertura y confianza a lo largo de todo el trabajo de parto y nacimiento y especialmente cuando surge cualquier tipo de complicaciones todo lo cual se refiere al verdadero cuidado humano desde esta perspectiva (Walsh, 2010).

La psicología tiene una participación muy importante en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cualquier tipo de enfermedad. Es un error en cualquier área de la medicina dejar de lado el aspecto cultural, intelectual y psicológico de los pacientes. La psicología se ha caracterizado por estudiar los aspectos patológicos que aquejan a los individuos, sin embargo, actualmente resurge como de mayor importancia la psicología positiva que resalta las características que hacen feliz al individuo.

La psicología positiva es el estudio científico de las experiencias y los rasgos individuales positivos. Trata sobre el bienestar y el funcionamiento óptimo y tiene como objeto ampliar el enfoque de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su alivio directo. Al igual que la psicología y otras disciplinas de la salud la medicina se ha enfocado tradicionalmente en la enfermedad, en aliviar o prevenir el sufrimiento, eliminar el daño todo lo cual es válido y necesario pero insuficiente dando un sesgo en las intervenciones que se enfocan en la patología (Seligman, 2002). La negatividad y su alivio puede y debe

complementarse con una aproximación positiva como el propiciar las emociones positivas, estimular el crecimiento personal, el bienestar y la calidad de vida.

Los aspectos por abordar como experiencias psicológicas positivas se pueden dividir en antes, durante y después del nacimiento. Estos pueden depender de lo que la mujer espera del personal que le atiende, de la necesidad de procedimientos con sus riesgos y beneficios, del ambiente físico del nacimiento y del ambiente global del mismo. Algunas de las prácticas psicológicas positivas que se pueden aplicar en cualquier momento que rodea al nacimiento es sonreír, ser gentil, practicar el optimismo, agradecer, perdonar, admirar la belleza y la excelencia, saborear la vida y practicar el buen humor.

Estas prácticas pueden y deben ser adoptadas por todos en el ambiente de que se trate y pueden generarse de manera espontánea por la liberación de endorfinas, hormonas y neurotransmisores gracias a las emociones, el amor, la euforia, el sentido de protección etc. O pueden generarse de manera inducida por el apoyo social, familiar y del personal de la salud o ambiente de trabajo que generará emociones como el empoderamiento, la confianza, el sentido de competencia, orgullo, bienestar, conexión o integración familiar.

La propia Norma Oficial Mexicana y la Guía de Práctica Clínica señalan sobre la importancia de los estados emocionales en la mujer durante el embarazo y parto. Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándose de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:

- Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos.
- Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada.
- Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente.

- Asegúrese de preguntar a la paciente sus expectativas sobre el desarrollo del nacimiento de su bebé.
- Ofrezca información a la paciente y acompañantes de manera comprensible y pertinente.
- Informe a la paciente los procedimientos que está realizando.
- Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales.
- Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer.
- Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido.
- Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.
- Disipe ideas erróneas y muestre, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto.
- Obtenga el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen.
- Si propone una exploración con fines docentes o si ésta será repetida por profesionales en formación, explique a la paciente y solicite su permiso.

La atención de la mujer en trabajo de parto se debe de caracterizar por un mejor apoyo individual y enfocado en aspectos psicosociales sin descuidar los cuidados y seguridad de la atención médica. Por seguridad médica se hace referencia a la atención basada en evidencias científicas plenamente demostradas y no en prácticas costumbristas y protocolos que aluden al hecho de que se actúa de esa manera porque siempre se ha hecho de esa forma o porque así ha funcionado.

Una atención médica segura en el manejo de la mujer en trabajo de parto implica un ambiente agradable e íntimo parecido al que pudiera tener en casa, pero con todo lo necesario

en equipo médico para actuar en caso de cualquier emergencia e incluso acceso a quirófano con capacidad resolutive en menos de 30 minutos. La importancia de que ese equipo médico no esté a la vista sino más bien resguardado en espacios discretos destinados con ese fin, radica en evitar un espacio que impresione negativamente a la mujer con la tecnología médica relacionada tradicionalmente con el elevado índice de intervención muchas veces innecesaria.

Al final del embarazo se le invita a la pareja a que escriban una carta llamada “plan de parto” en la que con sus propias palabras plasman sus expectativas sobre lo que buscan, desean y esperan del hospital y sus cuidadores, además de lo que esperan y desean de ellos mismos para vivir la experiencia del nacimiento de su hijo o hija, pero también describen lo que no quisieran o les gustaría evitar. Incluso es importante invitarlos a describir lo mismo, pero ante supuesta evolución diferente a lo esperado como complicaciones o la necesidad de una cesárea.

Una mujer espera de sus cuidadores en el hospital donde dará a luz, que en su trabajo de parto sea motivada y animada por lo que está haciendo, espera que confíen en sus instintos y que respeten sus deseos, espera seguridad y tranquilidad; recibir sugerencias prácticas en cuanto a posiciones, respiración y otros métodos no solo farmacológicos que le ayuden en el proceso; espera tal vez que la guíen pero con amabilidad y bondad, espera poder mantener la calma y continuar con pensamientos positivos, espera no estar sola y no estar cambiando de cuidadores, espera involucrar a su pareja en todo momento, espera mantener la confianza en sí misma y sentirse en control de la situación.

En cuanto a lo que espera la mujer de los procedimientos sobre ella es que estos fueran únicamente los necesarios en su propio beneficio y no los que a juicio del médico sean necesarios, pero a causa del número de pacientes que tienen que atender, sus limitaciones de tiempo, falta de personal, falta de equipo y material. Muchos de los procedimientos que se le aplican a la mujer embarazada son innecesarios y la mayoría de las mujeres preferirían un

mínimo de intervenciones y que estas sean las que garanticen confort y seguridad para ellas y sus bebés (Thomas, 2001).

La mayoría de las mujeres siente que el ambiente físico puede influir sobre qué tan difícil o qué tan fácil puede ser el parto (Newburn, Singh, y National Childbirth, 2003). Algunos de los aspectos físicos que las mujeres más valoran son un cuarto limpio, poder permanecer en el mismo cuarto a través de toda la labor del parto, el parto mismo y los cuidados posnatales, ser capaz de caminar por el espacio del cuarto, tener un baño interior propio y una silla cómoda para la pareja. Otros aspectos muy importantes y valorados según Jenkinson, Josey y Kruske (2014) son la privacidad, la cama, el acceso o inmersión en agua, la iluminación, presencia de ventanas, ausencia de ruido, tipo de decoración, mobiliario y equipo, inclusión de elementos naturales, fácil acceso, olores agradables, objetos personales, provisiones y la consideración cultural de las personas.

Ejemplos de estas experiencias pueden ser las siguientes: Adecuada información, preparación y educación prenatal además del control médico del embarazo, reconocimiento sin miedo del inicio del verdadero trabajo de parto, el acceso fácil y rápido a las instalaciones de salud, recepción amable y con explicaciones claras por el personal administrativo; instalaciones amplias, limpias, cómodas y con todo lo necesario no solo de equipo médico sino también para proporcionar un ambiente agradable, relajante e íntimo que haga sentir como en casa; estar acompañada por alguien de confianza que nunca la dejen sola; el personal de salud fue amable, empático, claro en sus explicaciones, los mantuvieron informados y los involucraron en todas las decisiones a tomar; tuvo opción de un manejo no medicalizado y con mínimas intervenciones que le permitieron marcar su propio ritmo y tiempo; hubo un ambiente de respeto en el nacimiento y fue centrado en la diada madre-bebé como lo más importante; le permitieron cargar y estar en contacto con su bebé al menos las primeras horas

de manera ininterrumpida; se prestó todo el apoyo necesario para lograr una lactancia materna a demanda.

Un ambiente adverso durante la gestación o incluso en la lactancia puede llegar a tener efectos negativos en el desarrollo del cerebro del bebé que persistan hasta la vida adulta y se manifiesten como trastornos de conducta. Estas asociaciones se han demostrado en estudios experimentales muy recientes en modelos animales y humanos que demuestran una asociación entre los problemas del ambiente materno durante el desarrollo del cerebro y la ocurrencia de problemas neuropsiquiátricos, incluyendo desórdenes del espectro autista, problemas de déficit de atención hiperactivo, esquizofrenia, ansiedad, depresión y enfermedades neurodegenerativas (Hatanaka, Kabuta y Wada, 2017).

Si colocamos a la mujer entonces en el escalafón superior de la jerarquía hospitalaria y la consideramos precisamente el foco central de este importante evento del nacimiento, será la protagonista que debe ser involucrada completamente en el desarrollo de su propia vivencia. Se le hablará de manera sencilla y en palabras que entienda claramente, se le explicarán los beneficios y riesgos de manera imparcial tanto de los procesos fisiológicos como de las intervenciones médicas cuando se consideran necesarias para que sea ella quien decida, y esta participación se debe mantener activa involucrándole en cada etapa de la evolución del embarazo, trabajo de parto, nacimiento y posparto.

En este enfoque se busca por todos los medios que el sistema y el personal de salud se adapten a las necesidades de la pareja intentando hasta donde sea posible el desarrollo natural, fisiológico y espontáneo de todo el proceso. Lo cual incluye el inicio espontáneo de la actividad uterina, no acelerar las contracciones, aprender a vigilar sin apurar ni intervenir por necesidades propias o institucionales; esperar en casa hasta una etapa avanzada de la dilatación o de los seis centímetros en adelante para poder ser ingresada lo cual le permitirá

estar en la comodidad de su casa si así lo desea y disminuir el riesgo de intervenciones innecesarias en el hospital.

Una vez en el hospital se intenta facilitar y hacer rápido su ingreso sin demorar por trámites administrativos, instalarla de preferencia en una habitación única que funcione como zona de labor, parto y recuperación. Lo anterior quiere decir que en la misma habitación habrá el espacio suficiente para moverse, estar acompañada, caminar, ejercitarse, descansar, tomar un baño, comer y beber, disfrutar de privacidad y parir en la posición que ella sienta más cómoda. Al nacer su bebé este permanecerá con ella en esa misma habitación las primeras horas de vida en contacto estrecho piel con piel en espera de la recuperación de la madre por un lado y el inicio de la lactancia al seno materno a demanda para el bebé por el otro. Con esto se evita que la madre pase a una habitación al ingreso, a una segunda para el parto y a una tercera para su recuperación, mientras que su bebé es separado de ella pasando a una zona de recién nacidos junto con otra llamada “Cunero de apoyo” cuya función original y real es cuidar momentáneamente a los recién nacidos de madres que fueron intervenidas de cesárea y que no pudieron cuidar a sus bebés de inmediato.

Esta atención con enfoque centrado en la mujer, también conocida por otros como parto suave, gentil, no medicalizado o de mínima intervención incluye el acompañamiento de la mujer por alguien de su confianza que puede ser el esposo, la madre, una doula o incluso personal de salud del mismo hospital que haga las funciones de brindar un apoyo y acompañamiento uno a uno con cada mujer embarazada lo cual impacta consiguiendo una mayor satisfacción de la mujer, menos intervenciones médicas innecesarias, mayor tasa de nacimientos naturales y por lo tanto menor número de cesáreas.

Se han resaltado como factores de éxito críticos para una desmedicalización en la atención del nacimiento: la actitud correcta, atención, liderazgo, trabajo en equipo, apoyo y compromiso personal y financiero a las mejores prácticas y a la mejora continua de la calidad.

Se incluye como actitud correcta una tasa baja de cesáreas, el desarrollo de una cultura de nacimiento como un proceso fisiológico normal y el compromiso del uno a uno en la atención de apoyo durante el trabajo de parto activo (Johanson, Newburn y McFarlane, 2002).

En el ambiente de estas habitaciones es muy importante fomentar las emociones positivas, la tranquilidad e intimidad por lo que será común el uso de luz tenue, música suave, uso de aromas agradables; el menor número de personas, evitar entrar y salir, no estar a las vistas de los demás y evitar hasta donde sea posible los relevos de personal y el equipo médico en exceso en un intento de brindar una apariencia más amigable, hogareña y menos hospitalaria.

El ambiente, no es simplemente la infraestructura y el conjunto de objetos (o personas) ubicados en un sitio, Corral et al (2015) sostienen que el ambiente no es una cosa, sino una propiedad o cualidad que involucra relaciones entre elementos, situaciones y tiempo, de acuerdo con este planteamiento no se puede investigar un “Ambiente positivo” de manera simplista. Holahan (1991) sostiene que la importancia y la complejidad que conlleva el diseño de un ambiente exigen el grado máximo de competencia, misma que no podría alcanzarse al enfocarse en una sola disciplina.

El ambiente del nacimiento por lo tanto debe ser abordado desde varias disciplinas como sería la psicología, la obstetricia y la arquitectura y debe tomar en cuenta el ambiente físico y social que implica las relaciones en este caso de la mujer con su acompañante y con sus cuidadores de la salud. La obstetricia ha normado la atención obstétrica en ambientes hospitalarios y controlados mediante la tecnología lo que condiciona un alto nivel de intervención mucha de la cual no está ni siquiera demostrada como útil y no dañina, las cuales han sido pasivamente aceptadas por las usuarias y adoptadas y heredadas de médicos a médicos a través del tiempo.

Apoyados por este ambiente positivo que de entrada ya es una estrategia para manejar una de las vías del dolor a través de calmar, aliviar el miedo y la tensión, se debe tomar en cuenta también que la mujer puede tener un umbral al dolor muy particular y entonces hacer uso de las diferentes estrategias no farmacológicas para el manejo de la incomodidad que representen las contracciones en ella como la libertad de movimiento, masajes, compresiones, uso de compresas calientes y frías, baños en regadera o incluso la inmersión en tinas con agua caliente, pero además en caso de no ser suficiente estas estrategias, plantear la disponibilidad de métodos farmacológicos como la analgesia epidural u otros siempre a disposición de la mujer y mediante una adecuada explicación de los riesgos y beneficios tanto para ella como para su bebé.

A la hora del nacimiento se pretende que este sea en la posición que la mujer elija como más cómoda pudiendo ser sentada, acostada, parada, hincada, en cuclillas, en apoyo sobre rodillas y manos (cuatro puntos o a gatas) y evitando la posición de litotomía que consiste en estar acostada en horizontal sobre su espalda con las piernas elevadas y los pies en el aire la cual es considerada la peor de las posiciones para el periodo expulsivo del bebé al provocar la compresión de los vasos que retornan la sangre al corazón y cerebro maternos así como al bebé con el riesgo materno de dificultad respiratoria, cambios en la presión arterial, mareos, calambres en las piernas, pujo inefectivo, prolongación del expulsivo además de alteraciones en la frecuencia cardiaca del bebé y posible sufrimiento o estados no alentadores del mismo.

Se evita el corte del periné materno o episiotomía previo a la salida del bebé , la cual está indicada solo para extraer más rápido un bebé en el que se sospecha sufrimiento por una alteración persistente en su frecuencia cardiaca situación que además va acompañada por lo general del uso de fórceps siendo necesario ampliar el canal de salida materno con riesgo de un desgarro perineal severo que involucre los esfínteres rectales. En esta situación es que se

decide entonces la episiotomía o corte medio lateral que visto en la carátula de un reloj correspondería al radio de las siete. Este tipo de corte implica mayor riesgo de sangrado, dificultad en la reparación, dolor en la recuperación y posteriormente en las relaciones sexuales que un corte sobre la línea media o radio de las seis, el cual se evita precisamente por condicionar aún con mayor frecuencia la lesión al recto. Si se respeta por lo tanto el hecho de hacer una episiotomía solo en caso de ser necesario esta ocurriría en menos del 10% de los casos. Como es una situación que se deja a juicio clínico resulta ser un procedimiento rutinario en muchos lugares realizándose en porcentajes tan altos como del 80 al 90% de los casos lo que manifiesta un absurdo uso del juicio clínico y la conclusión de que se realiza por otro tipo de urgencias ajenas a la madre y su bebé como la necesidad de acelerar los procesos por la falta de tiempo.

Al nacer el bebé se busca que este inicie el contacto con su madre de inmediato por lo que se le coloca sobre su regazo piel a piel, lugar en el que se evalúa y se cubre previniendo la pérdida de calor. Se retrasa el corte del cordón umbilical al menos 3 minutos. Las mediciones del bebé , su peso y las rutinas de sus cuidados se retrasan y pasan a segundo plano de importancia favoreciendo en el bebé sano la permanencia con su madre de manera continua. Mientras tanto se vigila la expulsión de la placenta y el sangrado materno, procurando hacer un manejo activo que implica leve tracción del cordón umbilical al mismo tiempo de contrapresión uterina y en ocasiones el uso de medicamentos que favorecen la contracción uterina como la oxitocina. La placenta se revisa por ambas caras verificando que este completa, se corrobora que el sangrado sea normal y se evita con esto la revisión manual de la cavidad uterina aún rutinaria en muchos centros hospitalarios lo cual implica gran dolor materno, mayor riesgo de infección o incluso de muerte materna.

El permanecer madre y bebé juntos tiene múltiples beneficios para ambos como serían establecer un mejor vínculo madre hijo, mejora la contracción uterina, disminuye el

sangrado materno, facilita la lactancia materna; el bebé controla de mejor manera su temperatura y los niveles de azúcar en su sangre, permanece tranquilo y con niveles de hormonas del estrés más bajos, desarrolla sus primeros reflejos como la salivación, lengüeteo, cabeceo y succión; continua adquiriendo los gérmenes de la piel maternos y los incorpora a su tracto digestivo colonizándolo y desarrollando su sistema inmune de manera especial y muy diferente a los recién nacidos que no nacieron de parto, no estuvieron piel con piel con su madre de manera inmediata y se les alimentó con fórmulas al nacimiento.

2.5.1 La evaluación de la satisfacción materna en el nacimiento de sus bebés

La forma de nacer del individuo ha llamado la atención de los investigadores en últimos años intentando motivar cambios en las conductas de los equipos de salud sobre las intervenciones que hacen a la mujer en trabajo de parto. Se ha visto que las emociones maternas pre y posnatales influyen directamente en el bienestar de la madre, así como en el desarrollo emocional futuro del bebé . De esta manera la percepción materna de satisfacción sobre su propia experiencia de nacimiento se ha convertido en algunos países como indicador de calidad y regulación de los servicios de salud que brindan cuidados a las madres en el trabajo de parto. A continuación, se analizan los principales indicadores de la satisfacción materna en diferentes estudios reportados en la literatura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la asistencia calificada en todos los partos como aspecto fundamental para reducir la mortalidad materna y recomienda que la satisfacción de las mujeres se evalúe para mejorar la calidad y eficacia de la atención de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio (WHO., 2004). La satisfacción de la mujer con los servicios de maternidad y más aún en el parto y nacimiento ha cobrado cada vez más importancia no solo para los proveedores de salud sino también para los administradores y responsables de las políticas públicas en el mundo.

Todas las disciplinas están de acuerdo en la importancia de la experiencia del parto y sin embargo es difícil lograr una definición holística del concepto gracias a lo diverso y complejo que puede resultar la experiencia para la mujer. Para identificar las principales características de la experiencia del parto se llevó a cabo un análisis temático de la literatura al respecto que abarcó desde el año de 1990 al año 2005 (Larkin, Begley y Devane, 2009), en el que se identifica que los atributos principales fueron *proceso, evento de vida, complejo e individuo* resultados que permitieron definir a la autora la experiencia del parto y del nacimiento como un evento de vida individual que incorpora de manera interrelacionada y subjetiva procesos fisiológicos y psicológicos, y es influenciado por el contexto social, ambiental, organizacional y político. Por lo tanto, para el abordaje de este constructo será muy importante la consideración del entorno cultural que rodea a las mujeres y el papel que para ellas representan otros conceptos como el control y el apoyo.

Con el fin de tener mejor panorama de los factores asociados y los componentes de la satisfacción en el parto se realiza un trabajo descriptivo correlacional en el posparto inmediato de 60 mujeres de bajo riesgo entre los 18 a 46 años con partos sin complicaciones y bebés a término en dos centros del sureste de Estados Unidos. Se aplican tres escalas conocidas como *Labor Agency Scale* para el control personal durante el parto, *McGill Pain Questionnaire* para evaluar el dolor y *Mackey Delivery Satisfaction Rating Scale* para la satisfacción en el parto conteniendo subescalas para evaluar así misma, su pareja, bebé, enfermera y médico; además se completó un cuestionario de antecedentes personales. El objetivo era encontrar los factores relacionados con la satisfacción personal del parto y por otro lado con la experiencia global del nacimiento (Goodman et al., 2004b). Aunque la muestra en el estudio fue pequeña y no seleccionada al azar se pueden analizar algunos hallazgos importantes. El control personal resultó ser el predictor estadísticamente significativo de la satisfacción total con el parto. Además, el cumplir las expectativas sobre el trabajo de parto y nacimiento fue un

predicador también importante de la satisfacción con el propio rendimiento durante el mismo. El nivel de estudios, la edad, nivel socioeconómico y el número de partos fueron valorados, pero con resultados contradictorios

En otros estudios que encontraron el control personal como factor relacionado a la satisfacción en la experiencia del parto, se ha establecido la relación de a mayor control personal mayor satisfacción global en el parto (Simkin, 1991; Hart y Foster, 1997; Campero et al., 1998). Resalta también la influencia entre el autocontrol, el control externo y el apoyo de los cuidadores para facilitar este control de la mujer y una mayor satisfacción.

Este tipo de control durante el parto se considera de al menos dos tipos, un control interno por ejemplo su capacidad para manejar su propia conducta y su cuerpo. Aunque otras mujeres se refieren a él por la influencia que tuvieron sobre el ambiente en el cuarto y con la conducta de la partera o control externo. La experiencia de control ha facilitado a las mujeres en trabajo de parto enfocarse en su interior para dejarse ir del mundo exterior lo cual se dificulta si pierden este control sobre el nacimiento (Lundgren, 2005).

El control que percibe la mujer durante el parto es muy importante para su satisfacción y como efecto protector sobre el dolor de parto, sin embargo, algunos estudios identifican al cumplimiento de las expectativas como el factor más determinante en la satisfacción del parto gracias a la sensación de logro, autoestima y confianza como nueva madre (Christiaens y Bracke, 2007; Kringeland, Daltveit y Møller, 2010).

Las expectativas que se tienen con respecto al nacimiento es otro de los factores relacionados con la satisfacción del mismo. Si se tiene la expectativa de tener el control y éste se confirma o se logra tener, ya sea autocontrol sobre lo que hago y cómo reacciono o control sobre lo que otros hicieron conmigo, entonces se relaciona con mayor satisfacción (Hodnett y Osborn, 1989). A pesar de que otros investigadores no han encontrado esta relación en el presente estudio las mujeres que cumplieron sus expectativas alcanzaron mayor satisfacción

tanto global como con ellas mismas al compararlas con las mujeres cuyas expectativas no se cumplieron. Para comprender mejor esta relación entre la expectativa, la experiencia real y la satisfacción propia o global es importante evaluar los componentes de la experiencia del parto. La principal aportación de este estudio es el reconocer la satisfacción del parto como un fenómeno complejo e influenciado por múltiples factores que pueden dar los resultados contradictorios de un estudio a otro. Se aclara que es típico conceptualizar a la satisfacción como una evaluación global de la experiencia, sin considerar sus componentes específicos como sería la participación del médico, enfermera, hospital o acompañante, diferenciándola incluso si se trata solo del trabajo de parto o del nacimiento en su conjunto.

Del 2004 a 2005 se realiza estudio que compara dos poblaciones con sistemas de salud muy diferentes en cuanto a la atención obstétrica. Holanda considerada la zona con menor medicalización al evento del nacimiento que tiene un sistema con el modelo de las parteras y gran apoyo al nacimiento en casa con mínima intervención. Por otro lado, Bélgica con estilo de atención de enfoque biomédico dirigido al nacimiento en unidades hospitalarias por obstetras. Se aplicaron dos cuestionarios a dos grupos de mujeres de países diferentes en la semana 30 de gestación y a dos semanas posparto. El objetivo fue evaluar las características socio psicológicas: expectativas cumplidas, dolor de parto, control personal y autoeficacia ; su asociación con la satisfacción posparto del nacimiento en todas sus dimensiones y verificar si estos resultados eran generalizables entre los dos países comparados (Christiaens y Bracke, 2007).

Para evaluar la satisfacción con el bebé, partera, médico y con su pareja como variables dependientes usaron la *Mackey Childbirth Satisfaction rating Scale* (Mas et al., 2012) que incluye además de la satisfacción general, ítems para la satisfacción con sí misma, lo cual refleja la naturaleza multidimensional del concepto. Usaron dos escalas análogas visuales para evaluar el dolor del trabajo de parto además del dolor durante nacimiento con un

margen de respuesta que iba de Sin dolor (0) hasta Dolor insoportable (100). Para medir el control personal usaron tres ítems de la escala W-DEQ o *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (Wijma, Wijma y Zar, 2009). Estos ítems con respuestas en el rango de cero a seis son:

“Me comporté muy mal - No me porté mal en absoluto”

“Me atreví a entregar totalmente el control a mi cuerpo - No me atreví a entregar el control a mi cuerpo”

“Perdí el control total de mí mismo - No perdí el control de mí mismo en absoluto”.

La autoeficacia se midió con siete ítems de la Escala Maestra desarrollada por Pearlin y Schooler (1978), estos ítems con cinco opciones de respuesta desde Fuertemente de acuerdo a fuertemente en desacuerdo son:

“Tengo poco control sobre las cosas que me pasan”

“Realmente no hay forma de resolver algunos de los problemas que tengo”

“Hay poco que puedo hacer para cambiar muchos de los problemas importantes que tengo”

“A menudo me siento impotente ante los problemas de la vida”

“A veces siento que estoy siendo empujado en la vida”

“Lo que me pase en el futuro depende en gran medida de mí”

“Puedo hacer casi cualquier cosa que realmente me propongo hacer”

Finalmente, el grado en que las expectativas fueron cumplidas se midió por una pregunta: “¿Hasta qué punto fue su experiencia de parto como se esperaba?”

La respuesta con cuatro opciones variaba en el rango de

“Completamente de acuerdo con mis expectativas” hasta “De ningún modo de acuerdo”.

La investigación aporta importantes hallazgos. Primero se concluye que la satisfacción de las expectativas es el factor más determinante y consistente con la satisfacción materna sobre el parto lo cual confirma diferentes investigaciones previas (Goodman, Mackey y

Tavakoli, 2004a). Las expectativas fueron igualmente importantes en ambos países, lo cual no significa que estas expectativas sean iguales en los dos grupos.

Las expectativas son específicas del contexto, pero su asociación entre su cumplimiento y satisfacción no lo es. También se encontró que el control personal mejora de manera consistente la satisfacción y amortigua el impacto del dolor del parto sobre la misma. Por otro lado, las mujeres con mayor autoeficacia también mostraron más satisfacción especialmente con el apoyo de la partera y del médico. Ambos efectos posiblemente explicados por el hecho de que tanto la autoeficacia como el control personal son mediadores en el proceso del estrés.

La comparación entre países determinó concluir que los determinantes sociopsicológicos de expectativa, autoeficacia y control personal afectan la satisfacción independientemente del contexto en el que ellos operen. La educación prenatal puede aumentar la satisfacción materna con el parto si enseña técnicas para mantener el control, mejorar la autoeficacia y brindar información que haga más reales o alcanzables las expectativas respecto al nacimiento. Este estudio confirma la multidimensionalidad de la satisfacción del nacimiento y demuestra que diferentes factores predicen las diversas dimensiones de la satisfacción.

En el 2013, Sawyer et al. publica la revisión de la literatura de las diferentes escalas que medían la satisfacción con los cuidados durante el trabajo de parto y nacimiento y que fueran cuestionarios que reportaran información psicométrica en su elaboración. De 453 títulos con resúmenes completos se incluyeron solo 14 estudios que reportaron nueve medidas de satisfacción que resultaron ser las más confiables y válidas disponibles para su uso en la población general. En esta publicación la autora critica la gran diversidad de instrumentos que se pueden encontrar para evaluar satisfacción desde una sola pregunta hasta instrumentos muy largos que evalúan muchos aspectos de la experiencia pero que la gran mayoría tienen el inconveniente de la falta de propiedades psicométricas. Aclara también que muchas medidas

no diferencian entre la experiencia del trabajo de parto y la del nacimiento en sí o la presencia de emociones positivas y negativas.

SSQ (*Six Simple Questions*) o Cuestionario de Seis Simples Preguntas es breve, fácil de administrar y es sobre la satisfacción con los cuidados durante el nacimiento. Demostró buena confiabilidad y validez promedio recomendado para una evaluación rápida y además evalúa otros aspectos de los cuidados (antenatal y posnatal) al igual que el PCACL-R.

CSQ (*Consumer Satisfaction Questionnaire*) o Cuestionario de Satisfacción del Consumidor de 17 ítems para medir la percepción tanto de la madre como del padre sobre los cuidados en labor y parto no complicado, en básicamente tres aspectos que son el apoyo del equipo, los participantes en labor y parto y el manejo dentro de la habitación/sala. Tiene excelentes propiedades psicométricas, pero solo validado en Taiwán por lo que requiere validación si es usado en otros países.

LADSI (*Labor and Delivery Satisfaction Index*) o Índice de Satisfacción en el Trabajo de Parto y Nacimiento, 38 ítems que miden componentes de satisfacción sobre aspectos técnicos y de los cuidados.

MSCS (*Maternal Satisfaction for Caesarean Section*) o Satisfacción Materna en Cesárea para evaluar el procedimiento con la anestesia regional y cuatro dimensiones que son la interacción del personal con la familia, efectos de la técnica anestésica, eventos intra y posoperatorios y los efectos colaterales. Tiene buena validez, pero solo en mujeres con cesárea electiva, puede no ser apropiado para mujeres con cesárea de urgencia.

PCACL-R (*Perceptions of Care Adjective Checklist*) o Lista de Cotejo para la Percepción de Calificativos a los Cuidados (*Perceptions of Care Adjective Checklist*) incluye quince adjetivos de los cuales ocho son negativos y siete positivos para la mujer que describe sus cuidados durante labor y parto.

IC-WHO (*Intrapartal care in relation to WHO recommendations*) o Cuidados Intraparto en Relación a las Recomendaciones de la OMS con 63 ítems que reflejan las recomendaciones y cuidados al parto normal divididos en prácticas recomendadas, peligrosas o inefectivas, practicas con insuficiente evidencia para una clara recomendación y finalmente practicas usadas de manera inapropiada. Las mujeres respondieron cada ítem sobre los cuidados desde dos enfoques: uno la realidad percibida con opción de respuesta a la pregunta adjunta “¿es esto lo que me gustaría para mí?” y las opciones de respuesta Si, No, No sé, No aplica. El otro enfoque desde su importancia subjetiva “¿fue esto importante para mí?” con respuesta escala Likert de cinco puntos que va de 1) No del todo importante hasta el 5) De mucha importancia. En este cuestionario se excluyeron las pacientes con cesárea electiva.

PPS (Patient Perception Score) o Calificación de Percepción del Paciente de solo tres ítems sobre la satisfacción con los cuidados durante el nacimiento que evalúa comunicación, seguridad y respeto, pero en nacimiento quirúrgico. La validez de constructo de este cuestionario se verificó de diferentes formas una de ellas al correlacionarse fuertemente ($r=0.64$) con una versión modificada de la escala Mackey (MCSRS, *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*).

CliSQ (*Questionnaire to assess clients' satisfaction*) Cuestionario para Evaluar la Satisfacción del Cliente, mide con 39 ítems tres aspectos de la satisfacción que son las condiciones del ambiente, procedimientos de cuidados y la educación brindada.

QPP-I (*Intrapartal-Specific QPP-questionnaire*) o Cuestionario Intraparto Específico que se desarrolló desde una medida general de satisfacción que es el Cuestionario de Calidad desde la Perspectiva del Paciente (QPP, *Quality from the patient's perspective questionnaire*) el cual tiene un fundamento teórico. Se compone de 22 ítems generados a partir de las versiones corta y larga del QPP más otros reactivos derivados del IC-WHO. La evaluación de los ítems también se dio desde las dos perspectivas: realidad percibida de los

cuidados recibidos y la importancia subjetiva de cada ítem. Una fuerte validez se estableció mediante análisis factorial que reveló un factor general y diez factores subordinados. La confiabilidad resultó razonable. Estas características hicieron esta escala la recomendada para evaluar de manera más profunda la satisfacción con los servicios de maternidad.

Se hace notar que, aunque algunos cuestionarios fueron diseñados para tipos específicos de nacimientos, no los hubo para evaluar poblaciones específicas como bebés pretérminos, enfermos o padres con bebés que murieron durante el embarazo o al nacer. Otra observación importante es sobre el tiempo en que se realizan los cuestionarios pudiendo variar la percepción de la satisfacción conforme pasa el tiempo, en teoría si se aplica cerca al nacimiento puede estar la madre con el enmascaramiento que le brinda el alivio de por fin tener a su bebé sano y que el trabajo de parto haya terminado. Por el contrario, si se evalúa mucho tiempo después, su opinión puede tender a ser más negativa si ha tenido el tiempo de enfocarse en los aspectos negativos como pueden ser una labor prolongada, las intervenciones médicas o una relación poco satisfactoria con sus cuidadores (Waldenström, 2004).

Cada mujer construye expectativas en torno al parto variando en la apreciación del concepto. En base a la literatura sabemos que la satisfacción con el parto incluye estar bien preparada, tener la comodidad que las mujeres habían estimado, ser escuchadas, recibir el tipo de alivio del dolor solicitado, lograr afrontar el trabajo de parto, sentirse con el control, tener las mínimas complicaciones obstétricas y lograr el tipo de nacimiento deseado (Hollins, Martin y Martin, 2014).

Sin embargo, la medición de la satisfacción en mujeres sobre su experiencia de nacimiento es difícil debido a la naturaleza multidimensional del constructo que involucra variables psicosociales, demográficas y expectativas diversas lo que dificulta la construcción de un instrumento o una metodología que sea válida y psicométricamente aceptable para todos los casos (Sitzia y Wood, 1997). La variable puede ser abordada además desde el enfoque de

satisfacción o insatisfacción con diferentes resultados. La insatisfacción puede estar asociada por ejemplo con una peor adaptación psicológica posterior al parto, mayor tasa de abortos en embarazos siguientes, preferencia por el nacimiento por cesárea, sentimientos negativos hacia los niños y problemas de lactancia (Harvey et al., 2002; U. Waldenström et al., 2004; Goodman et al., 2004b; Redshaw, 2008).

Se han identificado cuatro tipos de factores de riesgo para una experiencia negativa del nacimiento. Los factores relacionados a problemas médicos no esperados como una cesárea de emergencia, la inducción del trabajo de parto, aumentar las contracciones con medicamento durante el mismo o la transferencia del recién nacido a cuidados neonatales. El segundo grupo de factores son los relacionados a la vida social de la mujer como el embarazo no deseado o falta de apoyo por la pareja. El tercer grupo son los relacionados a los sentimientos de la mujer durante el trabajo de parto como el dolor o la falta de control que experimenta. Por último, los factores en que influyen los cuidadores como dedicar tiempo insuficiente a cuestiones propias de la mujer en los chequeos prenatales, falta de apoyo durante el parto o la ayuda con métodos para manejar el dolor así como la administración de analgesia obstétrica. Parece ser que el apoyo y el saber escuchar y entender las necesidades de la mujer en labor han sido subestimadas (Waldenström et al., 2004).

Por lo general las diferentes evaluaciones de la satisfacción materna reflejan diferentes proporciones de tres aspectos que son las preferencias personales, sus expectativas y las realidades de la atención recibida. La teoría valor-expectativa se considera con tres variantes que son la teoría del cumplimiento, la de discrepancia y la de equidad. De manera simplista la variante del cumplimiento se refiere a la diferencia entre lo deseado y lo realmente experimentado y la de discrepancia a la diferencia entre lo deseado y lo que debería ser. Esta última se considera la más comúnmente usada de manera implícita en la investigación sobre satisfacción (Sitzia y Wood, 1997)

Las teorías del valor-expectativa suponen que el usuario reconoce implícitamente ciertos atributos del servicio por lo que al no ser tomados en cuenta, las expectativas tendrán efecto sobre la satisfacción sin intervenir necesariamente el producto o servicio entregado o en otras palabras, que la satisfacción o insatisfacción se pueda originar de factores por fuera del sistema de cuidados de salud y que por eso sea que los niveles de satisfacción puedan bajar en la medida que crecen las expectativas sobre los cuidados de salud.

Posteriormente se destacan tres teorías en secuencia y que aplican comúnmente en mercadeo que son la teoría de la disconformidad de las expectativas, la de asimilación-contraste y otra que incorpora una zona de tolerancia dentro de las expectativas en las que puede haber un nivel deseado y otro adecuado (Thompson y Suñol, 1995). El nivel de la asimilación-contraste precisa el efecto de la disconformidad sobre la satisfacción. De esta manera si hay poca diferencia entre la expectativa y la percepción de los atributos, entonces el consumidor modifica sus percepciones en dirección de sus expectativas y se le conoce como asimilación. Por el contrario, al ser una diferencia considerable, modificará sus percepciones en sentido contrario alejándose de sus expectativas y el efecto se conoce como contraste al ampliarse esta diferencia. Esta teoría permite entender que la insatisfacción se exprese solo ante un evento en extremo negativo, pues el paciente tenderá a emitir buena calificación al ser lo más aceptable o bien visto socialmente, a pesar de sentir que no recibieron una atención muy buena (Ardón Centeno, Jara Navarro y Velandia Salazar, 2007).

El dolor del parto es uno de los factores que se había siempre relacionado con la satisfacción del evento, a menos dolor más satisfacción aparentemente, sin embargo altos niveles de dolor en el parto no se oponían a una experiencia positiva general del nacimiento (Salmon y Drew, 1992; Ranta, Spalding, Kangas-Saarela y Jokela, 1995; Hart y Foster, 1997). En el presente estudio se reportó mayor satisfacción global al nacimiento y mayor satisfacción con ella misma cuando hubo bajo dolor. Sin embargo, el dolor se correlacionó más con la

satisfacción con ella misma que con la satisfacción global de la experiencia, lo que sugiere que si las mujeres son capaces de manejar con éxito su dolor del parto podrán entonces evaluar de manera más satisfactoria la experiencia global del nacimiento. La observación es importante por el riesgo de que, al estudiar solo la satisfacción global de la experiencia, se puede obtener una apreciación incompleta de la satisfacción de la mujer con la experiencia del parto.

En realidad, es fácil pensar que el dolor juega un papel muy importante dentro de la experiencia del nacimiento y sin embargo no es así a la hora de evaluar la satisfacción de las mujeres donde cobra mayor importancia las actitudes y los comportamientos de los cuidadores a cargo. En una revisión sistemática se observó que los factores personales de cantidad de apoyo de los cuidadores, calidad de la relación médico paciente, participación en la toma de decisiones y expectativas de la mujer eran tan importantes que anulaban la influencia de la edad, nivel socioeconómico, etnia, preparación para el parto, entorno físico del nacimiento, dolor, inmovilidad, intervenciones médicas y la continuidad en la atención, cuando las mujeres evaluaban su experiencia del parto (Hodnett, 2002).

En estudio finlandés con poco más de mil mujeres mediante encuestas antenatales para evaluar expectativas sobre el alivio del dolor intraparto, mediciones de la intensidad del mismo durante el evento y seguimiento a 3 días posnatales para evaluar satisfacción de la mujer con el alivio del dolor, se encontró que la satisfacción fue muy alta a pesar de que en prácticamente la mitad de las mujeres a las que se les puso la analgesia reportaron que no hubo alivio adecuado del dolor. Por lo que reportan como muy compleja la relación entre el dolor reportado, el alivio del dolor, la satisfacción con el alivio del dolor y la experiencia global del nacimiento (Ranta et al., 1995).

Posteriormente se confirma la importancia de las expectativas maternas al respecto del dolor del parto. En estudio europeo multicéntrico (Capogna et al., 1996) sobre nulíparas, en el

que se estudian sus expectativas y experiencias con la analgesia intraparto y que incluyó a mujeres de Italia, Bélgica, Finlandia y Portugal en hospitales de tercer nivel y con alto índice de epidural, se encontró en general alta satisfacción de las mujeres con la analgesia y con la experiencia del nacimiento. También se verificó la correlación positiva entre la satisfacción materna con la experiencia total del nacimiento y las expectativas del dolor y la relación inversa con el dolor después de la analgesia.

A estas mujeres se les entrevistó en el último mes de embarazo y a las 24 horas posnatales. Se evaluaron sus expectativas al dolor, alivio del dolor y satisfacción. Los hallazgos fueron que las mujeres que esperaban altos niveles de dolor resultaron estar más satisfechas con la analgesia. Las mujeres más satisfechas fueron aquellas que esperaban más dolor, estuvieron satisfechas con la analgesia recibida y tuvieron buen alivio del dolor después de la analgesia. Corroboraron por otro lado que el dolor no se correlaciona con el nivel educativo, edad y clase social.

En una revisión sistemática de 137 reportes sobre la satisfacción y dolor de mujeres con el nacimiento que incluyó estudios descriptivos, ensayos controlados y aleatorizados, revisiones sistemáticas e intervenciones intraparto cuyos hallazgos fueron resumidos cualitativamente (Hodnett, 2002), se encontró que las mujeres que estaban muy ansiosas antes del parto con respecto del dolor que tendrían, resultaron menos satisfechas después del nacimiento. Además, las mujeres más satisfechas de manera posnatal fueron aquellas que no usaron drogas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

En este mismo estudio se verificó que la insatisfacción fue mayor en las mujeres que evaluaron a sus cuidadores como de menos ayuda y cuando sintieron que no fueron involucradas activamente en la toma de decisiones. El impacto en la insatisfacción fue mayor que la relacionada al pobre alivio del dolor y mencionan la diferencia existente entre la expectativa al dolor y el alivio del mismo.

Se concluye en dicha revisión que cuando la mujer evalúa su experiencia sobre el nacimiento, resaltan cuatro factores por encima de la edad, estado socio económico, etnicidad, preparación para el parto, ambiente físico del nacimiento, dolor, inmovilidad, intervenciones médicas y continuidad en los cuidados, estos cuatro factores sobresalientes son: Las expectativas personales, la cantidad de apoyo por los cuidadores, la calidad en la relación médico-paciente y el involucrarse en la toma de decisiones.

En otro estudio con diseño de investigación mixto que empleo tres métodos para encontrar los dominios favoritos en mujeres fueron descartando dominios desde 34 a 14 y finalmente quedando siete principales que son: Profesionales de la salud competentes disponibles, el apoyo que proporcionan estos, proveer de información a la mujer, respuestas de los profesionales de la salud a las necesidades y solicitudes, el sentimiento de seguridad, la preocupación por la salud del bebé y la duración de la experiencia hasta el primer contacto con el bebé . En este estudio se destacan de manera importante además de la disponibilidad y calidad de los cuidados recibidos, la preocupación por la seguridad, el primer contacto con el recién nacido y la salud del bebé como elementos centrales para definir la experiencia de parto en la mujer. El dominio relacionado con la actitud y conducta de los profesionales de la salud y el de los sentimientos de confianza y seguridad de la mujer, fueron más importantes que el curso del trabajo de parto o los aspectos médicos o ambientales del mismo (Gärtner et al., 2014).

Investigadores de la *National Perinatal Epidemiology Unit* (NPEU) de la Universidad de Oxford y del *King's College London and City University* conformaron un grupo de colaboración al que incluyeron académicos, médicos y representantes de otros grupos como el *Royal College of Midwives* para realizar el estudio denominado *Birthplace in England* con el objeto de obtener evidencia relacionada a la disponibilidad, seguridad, organización y costos de los servicios de maternidad para mujeres en trabajo de parto atendidas en Unidades

obstétricas de hospital, unidades de partería adjuntas a hospitales, unidades de partería libres y en la propia casa de las mujeres.

Se obtuvieron mediante una muestra representativa y al azar los datos de madres y bebés sobre los cuidados recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de alrededor de 64,000 partos de bajo riesgo en Inglaterra en el periodo de abril del 2008 a abril del 2010. En el estudio se analizan beneficios y riesgos, además de costos de la atención en los cuatro sitios comentados.

Entre los hallazgos más importantes figuran que en mujeres de bajo riesgo tener un parto es generalmente muy seguro ya que la incidencia de efectos perinatales adversos como muerte fetal, muerte neonatal temprana, encefalopatía neonatal, síndrome de aspiración de meconio y lesiones relacionadas al parto como daño al plexo braquial fue baja (4.3 eventos por 1000 partos). En segundo lugar, que no había diferencia en riesgos si se atendían en unidades de parto con parteras o en las unidades obstétricas bajo el cargo y responsabilidad de los médicos. Pero con la ventaja del valor agregado de tener menos intervenciones, menos cesáreas, fórceps y más partos normales (sin medicamentos) y mucha mayor satisfacción por haberlo logrado de esta manera con la partera y fuera de los hospitales. El estudio fue de tal trascendencia que incluso se han seguido analizando datos para evaluar incluso a las mujeres de alto riesgo que preferían de igual manera evitar el exceso de intervenciones al que son sujetas dentro de los hospitales, obligando a las autoridades sanitarias a revisar sus protocolos en busca de brindar ese trato que buscan las mujeres en ambientes no hospitalarios y semejantes al hogar (Hollowell et al., 2015).

En el 2011 desarrollan en Inglaterra una escala de satisfacción del parto (BSS) con el objetivo de usarla para identificar las causas de insatisfacción con el parto que pudieran remediarse con buenos cuidados psicológicos, establecer correlaciones con otras medidas psicométricas como autoeficacia, ansiedad, depresión, locus de control y apego materno bebé

y finalmente para evaluar modelos o sistemas de atención (Hollins y Fleming, 2011).

Para fines de este estudio se consideró importante la percepción de todas las mujeres sobre el nacimiento y esto se conceptualizó como satisfacción. Si la gratificación por los cuidados recibidos fue alta, se considera que los cuidados intraparto fueron de alta calidad también.

La elaboración de esta escala de 30 ítems se basó en la revisión de la literatura sobre lo que las mujeres de parto consideraban satisfactorio o no. Se desarrolló para facilitar a los investigadores, personal del cuidado materno y consumidores la construcción del escenario significativo de lo que a la mujer le gusta o disgusta durante la experiencia de la maternidad. En esta revisión se identificaron tres temas sobresalientes que eran: Calidad en los cuidados provistos, atributos personales y el estrés experimentado durante trabajo de parto, estos temas se validaron cualitativamente en trabajo posterior mediante el método llamado análisis concurrente (Hollins, Snowden y Martin, 2012). Los temas y subtemas de la escala se muestran en la Tabla siguiente.

Tabla 1
Componente de la Escala sobre satisfacción en el parto (30-ítem-BSS-LF).

Tema	Subtema
Calidad en los cuidados provistos	Evaluación del hogar Ambiente del nacimiento Apoyo suficiente Relaciones con el personal de salud
Atributos personales	Capacidad para hacer frente al trabajo de parto Sentirse en control Preparación para el nacimiento Relación con el bebé
Estrés experimentado en labor	Angustia durante el trabajo de parto Daño lesiones obstétricas Percepción de haber recibido suficientes cuidados médicos Recibir alguna intervención obstétrica Dolor experimentado Duración del trabajo de parto Salud del bebé

En este trabajo se analiza de manera concurrente los detalles de la estructura de la escala BSS-LF cuyos ítems se muestra en la Tabla 2, con datos de textos libres para evaluar

su validez y con el objeto de establecer su parsimonia con la experiencia actual de mujeres y sus nacimientos. Los resultados se analizaron cualitativamente lo que ilustró el peso e importancia de cada ítem en la escala, además de dar a luz aquellos aspectos de satisfacción no necesariamente cubiertos en la escala.

Tabla 2
Escala de Satisfacción del Parto (BBS).

1. Me protegen bien durante mi nacimiento.
2. El personal de la sala de partos me animó a tomar decisiones acerca de cómo quería mi nacimiento para el progreso.
3. Yo estaba bien preparada para mi trabajo, es decir leer mucha literatura y / o asistieron a las clases de educación paternidad.
4. Me pareció dar a luz una experiencia angustiosa.
5. He venido a través del parto prácticamente indemne.
6. Me dio a luz a un bebé normal y saludable.
7. Durante el parto que recibieron atención médica excepcional.
8. He recibido mucha intervención médica, es decir, de inducción, pinzas, etc. sección
9. Yo tenía un trabajo ágil y rápido .
10. Me sentí bien apoyada por mi pareja durante el parto y el nacimiento.
11. Me animaron a mantener a mi bebé durante un tiempo considerable después del nacimiento.
12. Mi experiencia de parto era considerablemente diferente a lo que pensaba
13. Yo tenía la misma partera durante todo el proceso del parto y el alumbramiento.
14. Sentí que la sala de partos era amenazante y cómoda .
15. Me sentía muy ansiosa durante mi parto y el nacimiento.
16. Me sentía fuera de control durante mi experiencia de parto.
17. Sentí que era mejor no saber de antemano acerca de los procesos de dar a luz.
18. Yo no estaba en dificultades en absoluto durante el parto.
19. Me sentía mutilada por mi experiencia del nacimiento.
20. Mi bebé estaba herido evitable durante el parto.
21. El personal me proporcionó atención médica insuficiente durante mi nacimiento.
22. Tuve un parto natural, es decir, la intervención médica mínima.
23. Pensé que mi trabajo era excesivamente largo.
24. Me sentí bien apoyada por el personal durante mi parto y el nacimiento.
25. Me separaron de mi bebé durante un período considerable de tiempo después de mi nacimiento.
26. Mi nacimiento procedió como lo había planeado.
27. El personal se comunicaba bien conmigo durante el parto.
28. La sala de partos estaba limpia e higiénica .
29. Dar a luz era increíblemente doloroso.
30. El trabajo no era tan doloroso como me imaginaba.

Se analizaron los datos de texto gratuitos primarios obtenidos de 207 mujeres que inicialmente probaron el BSS, de manera simultáneamente con relatos de primera mano de la satisfacción del nacimiento recogidos de 19 trabajos cualitativos. Se aplica un modelo de regresión lineal y se examina la escala de Satisfacción del Nacimiento BSS en busca de la simplificación o parsimonia. La reducción de los datos a la menor cantidad posible y sin perder su alcance dio por resultado un modelo final que se condensó en tres temas principales

o elementos explicativos que son: “tener el control”, “las cosas van según lo previsto” y “sentirse apoyados” (Hollins et al., 2012).

Estar en control se ha identificado como un factor importante en cuanto a satisfacción maternal (Baron, Cusumano, Evans, Hodne y Logan, 2004; van den Akker y Redshaw, 2008), para la escala BSS el “control” fue el segundo en frecuencia de los códigos encontrados. El estar “en control” fue coherente con elementos como estar bien apoyado, tranquilo, comunicado con y recibir atención médica excepcional y por el contrario estar “fuera de control” se correlacionó con los opuestos, lo cual agrega más evidencia sobre la importancia de el “control” durante el parto y su significado en la satisfacción con el mismo.

El tercer elemento más frecuentemente encontrado fue “recibir mucha intervención médica” sin embargo en el análisis de la codificación se revela la heterogeneidad de las respuestas por lo que se encontró que esto no fue ni positivo ni negativo para las mujeres, en algunos pocos casos fue motivo de angustia, pero en muchos otros fue bienvenido . Cuando las intervenciones médicas generaron angustia se asoció con el nacimiento que “no procedió como estaba planeado” razón por la cual queda este elemento explicativo como el ultimo importante. Una limitante al estudio sería el momento de realizar las observaciones, las cuales fueron al poco tiempo del nacimiento que se considera un periodo de ajuste físico y psicosocial.

Por último, la evaluación psicométrica de la escala BSS se realiza por medio de encuesta cuantitativa en muestra a conveniencia de 228 mujeres en los primeros diez días del posparto en la Unidad de Maternidad de la ciudad escocesa de Kilmarnock. Se incluyen todas las pacientes sin distinción primíparas o multíparas, nacimientos en sala de parto, unidad de parto o en casa; bebés con fórceps, vacuna, de nalgas, en alberca, cesárea de urgencia o programada, con y sin epidural, opiáceos , etonox y métodos alternativos o ninguno. Se aplica análisis factorial exploratorio (EFA) y modelación de ecuaciones estructurales (SEM) con el

objeto de analizar la estructura factorial, validez y confiabilidad. Posterior al análisis se reconfigura la escala a solo diez ítems que comprendían tres subescalas que miden dominios distintos pero correlacionados.

Estas subescalas fueron: 1) calidad de los cuidados brindados (4 ítems), 2) características personales de las mujeres (2 ítems) y 3) estrés experimentado durante labor (4 ítems). (Hollins Martin & Martin, 2014). El BSS-R o revisado parece ser un instrumento psicométrico multidimensional confiable y válido para medir la satisfacción del nacimiento en las mujeres posparto. La escala con solo 10 ítems quedo de la siguiente manera. Con relación a la calidad de los cuidados brindados por el personal las preguntas son:

1. El personal de la sala de parto me animó a tomar decisiones sobre como yo quería que mi trabajo de parto progresara
2. Me sentí bien apoyada por el personal profesional durante mi trabajo de parto y nacimiento
3. El personal se comunicó bien conmigo durante el trabajo de parto
4. El cuarto de parto estaba limpio e higiénico

Según las características personales de las mujeres, los ítems son:

1. Me sentía muy ansiosa durante el trabajo de parto y el nacimiento
2. Me sentí fuera de control durante mi experiencia del parto

Y en base a su relación con el estrés experimentado durante labor:

1. Salí del parto prácticamente ilesa
2. Pensé que mi trabajo de parto fue excesivamente largo
3. Encontré el dar a luz como una experiencia angustiante
4. No me encontraba angustiada en absoluto durante el trabajo de parto

Se concluye que la escala BSS-R es un instrumento psicométrico multidimensional confiable y válido para medir la satisfacción del nacimiento en las mujeres posparto y el BSS

de 30 elementos puede utilizarse para evaluar opiniones individuales de mujeres sobre su experiencia en el parto antes del asesoramiento o de un trabajo cualitativo profundo.

En estudio sueco descriptivo de corte cualitativo se analizaron grupos focales de 26 mujeres que calificaron su experiencia de nacimiento muy positiva. Fueron mujeres de nivel educativo alto, solo hubo dos cesáreas de urgencia y todas las demás obtuvieron a sus bebés de parto. Fueron entrevistadas 6 a 7 años después de haber calificado su experiencia de parto como muy positiva y se analizaron sus datos ya transcritos mediante análisis temático. Se lograron identificar seis subtemas que se agrupaban dentro de solo 2 dimensiones, por un lado, el hecho de experimentar su propia capacidad y fuerza y por el otro el tipo de relaciones durante su parto ya sea estresantes y/o de apoyo (Karlström et al., 2015). En la Tabla 1 se describen los subtemas encontrados al analizar, codificar y establecer relaciones con los hallazgos de los grupos focales.

Tabla 3
Determinantes de la satisfacción de experiencia de parto (estudio sueco).

Tema	Subtema
Experimentar su propia capacidad y fuerza	1 Sentimientos de confianza con expectativas positivas 2 Preparación física y mental 3 Control que da la capacidad de relajarse y dejarse llevar
Tener relaciones estresantes y de apoyo	4 Sentimientos de seguridad, ser vista y escuchada 5 Partera como una guía 6 Trabajo en equipo con los padres y el personal

Como parte de los sentimientos de confianza y expectativas positivas de la dimensión “su propia capacidad y fuerza”, las mujeres expresaron la confianza en sí mismas y en su capacidad de parir, eran mujeres convencidas de poder manejar el dolor y otras dificultades, confiar en su propio cuerpo preparado para parir. Se inspiraban en madres, abuelas y otros modelos femeninos; consideraban el embarazo y el parto como un privilegio. El parto fue descrito como proceso natural para el cual está preparado el cuerpo de la mujer. Consideraban

necesario la preparación y conocimiento sobre el proceso del nacimiento, pero además también sobre complicaciones obstétricas como el parto prolongado o la cesárea de emergencia.

La preparación individual o en clases fue descrita como importante, además ellas querían que sus parejas se involucraran y que fueran reconocidos por los profesionales. El dolor fue generalmente descrito intenso y más fuerte de lo que esperaban y fue manejado de diferentes maneras en la mayoría con respiraciones controladas, entrenamiento mental y óxido nítrico y otras pocas teniendo epidural.

La experiencia de control fue más relacionada con el manejo del dolor, pero también fue asociada a la mujer con un papel activo durante el curso del trabajo de parto; las mujeres expresaron sentimientos de estar a cargo y ser involucradas en la toma de decisiones; el control se relacionó con la preparación realizada previa al trabajo de parto.

Con respecto al tipo de relaciones experimentadas, las mujeres expresaron la importancia de tener personas cuidadosas y amorosas a su alrededor; la presencia del padre fue esencial en todos los grupos, la presencia de la partera o enfermera asistente fue otra de las personas importantes para hacer la experiencia positiva.

Los sentimientos de seguridad que expresaron las mujeres iniciaban desde la llamada telefónica avisando que ya iban al hospital y esto era aceptado por la partera, que además demostraba su interés en ellas y no les cuestionaba sobre si el trabajo de parto era realmente severo. Expresaron que les daba seguridad el hecho de que no fueran regresadas a sus casas por no ser aún el tiempo ideal de ingresar al hospital o por estar en la fase temprana del trabajo de parto. Su sensación de seguridad se reafirmaba al ser recibidas de manera respetuosa y en una atmósfera positiva de la sala de nacimiento.

Una relación de confianza involucró sentirse escuchadas, lo que significaba que experimentaban el apoyo en sus propios términos. El compromiso de la partera y del resto del

personal de salud permitía a las mujeres sentirse seguras y capaces de hacer lo que ellas quisieran, se sintieron a gusto de poderse mover, tomar un baño o simplemente quejarse durante una contracción; esto incluía también un ingreso temprano a la sala de labor o no ser cuestionadas sobre las posiciones que adoptarán durante el trabajo de parto y sentirse libres de actuar como se sintieran mejor.

El ser vistas y escuchadas como personas con sentimientos les dio la confianza de que eran consideradas como la prioridad para sus cuidadores, con el objetivo de conseguir lo mejor posible para ellas y sus bebés; en todos los grupos se hizo evidente que se necesitaba trabajo en equipo, un equipo en el que forman parte el padre, la enfermera y la partera. Algunas mujeres querían y apreciaban que el personal estuviera presente para apoyar y asistir, mientras que otras solo querían que estos estuvieran cerca por si se les necesitaba.

Todos los grupos coinciden en la importancia de la partera como una guía a través de todo el trabajo de parto y el nacimiento. Destacaban la importancia de estar en sintonía con ella, su presencia en la habitación era tranquilizadora para la mayoría, aunque no siempre se le necesitara ni fuera activa o instructiva, más bien solo se requería que simplemente estuviera allí. La confirmación y el apoyo de la partera fortalecían la capacidad de la propia mujer de estar en control y al mismo tiempo estar relajada.

En los hospitales públicos con menos recursos la evaluación de la satisfacción cobra aún más importancia al ser el sitio donde nacerán la mayor parte de los bebés. En estudio transversal realizado en hospital público de referencia en el 2014 en Etiopía analizaron los resultados de 594 entrevistas cara a cara a mujeres y encontraron que el 75% estaba satisfecha con los cuidados recibidos (Yalew, Mekonnen y Anteneh, 2015). En este estudio los indicadores que se usaron fueron la privacidad, disponibilidad de camas en la sala, el estímulo y apoyo durante el parto, consejos de salud e información; el respeto, reverencia y dignidad adoptados por los trabajadores de la salud; el acceso a baños limpios, los tiempos de espera,

limpieza y confort de la sala de espera y la disponibilidad del equipo médico. Los predictores finales mejor correlacionados con la satisfacción fueron la menor edad maternal, los cuidados antenatales recibidos y el número de nacimientos.

En otra ciudad Etíope el mismo año otro estudio transversal evaluó la satisfacción maternal con los servicios prestados y los factores asociados. Se muestreó de manera aleatoria a 398 madres y se evaluaron mediante 19 preguntas derivadas del marco de evaluación de la calidad de Donabedian y se aplicó la regresión logística binaria para identificar los predictores independientes. La satisfacción general se encontró en el 81.7% de las madres. Tener un plan de parto para atenderse en centro hospitalario y un tiempo de trabajo de parto de menos de 6 horas de duración se asociaron positivamente con la satisfacción maternal en la prestación de servicios.

Dentro de los factores que disminuyeron la satisfacción maternal se encontraron la falta de privacidad y los exámenes vaginales repetidos. Entre las expectativas de los participantes que pudieron influenciar su percepción de los cuidados se encontraron sus propias experiencias previas en el hospital, los mitos sobre los procedimientos y los valores sociales además de la percepción de un parto asistido (Bitew, Ayichiluhm y Yiman, 2015). En la siguiente tabla se presentan los tres dominios y las variables analizadas en el estudio.

Tabla 4
Evaluación de la satisfacción del Hospital Público Etíope.

DOMINIO	VARIABLES
La accesibilidad física y del personal	<ul style="list-style-type: none"> Área de Examen limpia y cómoda Tranquilidad de las habitaciones La facilidad de la limpieza general de las instalaciones La facilidad de transporte Los suministros de medicamentos básicos y equipos Accesibilidad y la limpieza de los baños y / o ducha Tiempo de espera para ser vistos por los trabajadores de la salud
La interacción con los proveedores y el personal de la instalación	<ul style="list-style-type: none"> Amabilidad del personal Explicación sobre el tratamiento dado Comunicación entre los proveedores de atención de salud Oportunidades para preguntar sobre el tratamiento Participación de los pacientes en la toma de decisiones

	Disposición del personal para escuchar los problemas del paciente Explicación de los medicamentos prescritos explicación acerca de los efectos secundarios de drogas Libertad del paciente de elegir la posición para el parto
Provisión de respeto y privacidad	El respeto y la garantía de privacidad El respeto de las normas y valores sociales Igualdad de trato de las personas

Los resultados de las evaluaciones en satisfacción de la atención obstétrica pueden llegar a ser usados en beneficio de mejorar el propio servicio. Por otro lado las mujeres satisfechas obtienen mayor beneficio al regresar nuevamente a usar los servicios de ese hospital público. En otro hospital público Etíope en estudio transversal a 256 mujeres que dieron a luz en el periodo del estudio y mediante cuestionario estructurado se midió el nivel de satisfacción usando escala Likert de 5 puntos (Dewana, Fikadu y Abdulahi, 2016). Los resultados se analizaron en SPSS mediante análisis factorial y regresión logística multivariable y bivariante para verificar la asociación entre satisfacción y las variables. Se encontró que el 90.2% de las mujeres que dieron a luz en el hospital público estuvieron satisfechas con los cuidados en labor y parto y los factores asociados fueron: No haber asistido a la escuela AOR=8.00, 95% CI=(1.52, 12.27), haber tenido al menos 4 consultas prenatales o más (AOR=3.37, 95% CI=(1.14, 9.97), esperar menos de 15 minutos para ser atendidos por un profesional de la salud (AOR=3.37, 95% CI=(1.14, 9.97) y no pagar por medicamentos y apoyos (AOR= 6.19, 95% CI=(1.34, 18.59).

Debido a que una experiencia negativa de parto incrementa el riesgo de depresión posparto y que esto puede afectar las actitudes hacia futuros embarazos y partos promoviendo incluso el aumento del nacimiento por cesárea, los suecos decidieron investigar cuales eran los factores que afectaban la satisfacción maternal en el primer parto de sus mujeres y poder así mejorar los cuidados en la salud que brindaban. El 9% de todas las primíparas estaban insatisfechas con la experiencia del nacimiento después de un año del parto. Se enfocaron por lo tanto en las primíparas para evaluar su percepción a este respecto diseñando un

cuestionario multidimensional de la experiencia del parto llamado CEQ por su sigla en inglés *Childbirth Experience Questionnaire*. Se basaron en la literatura para identificar los dominios y usaron un grupo de discusión formado por cuatro parteras y un obstetra y otro grupo para entrevistar doce mujeres primíparas. Las cuatro áreas de la experiencia del parto que incluyeron fueron sensación de seguridad en el parto, experiencia con el dolor del parto, apoyo de la pareja, los cuidados y el apoyo de la partera, los recuerdos del parto y la experiencia de su propia actuación.

Generaron un instrumento de 28 ítems, pilotearon y posteriormente lo aplicaron a una muestra de 1117 mujeres sanas, nulíparas, embarazos únicos no complicados, en progreso del trabajo de parto y usando oxitocina para aumentar las contracciones entre octubre de 1998 y diciembre del 2003. Se aplicó test-retest, análisis factorial, análisis escalado multitrato a una población final de 920 participantes incluyendo entrevista al mes del posparto con las siguientes características de los nacimientos en esta población mostrada en la tabla.

Tabla 5
Características de la población del estudio sueco.

Edad promedio años	28.1 (4.4)
Semanas de gestación, media	40.2 (1.0)
Parto vaginal espontáneo	764 (83%)
Nacimiento operatorio	
Instrumentado	109(11.8%)
Cesárea emergencia	47(5.1%)
Duración de labor >12 hrs.	236(25.7%)
Conducción con oxitocina	617(67.1%)
Hemorragia posparto ml	490(359)
Laceración al esfínter/parto vaginal	39(4.5%)
Apgar <7 a 5 min	9(1.0%)

Datos dados con media (SD) o como n (%).

Este instrumento se diseñó usando parámetros de Labor Agency Scale sobre el control personal, pero agregando ítems sobre la percepción del dolor, la sensación de control por la propia madre, su propia capacidad de enfrentar el parto, autoeficacia de la escala Childbirth Self-efficacy Inventory Scale y de la recientemente validada escala QPP-I. Las propiedades

psicométricas del instrumento fueron evaluadas de manera acuciosa en una muestra amplia y representativa de mujeres primíparas con inicio espontáneo del trabajo de parto y en los análisis se discriminaron y confirmaron sus componentes por lo que se sugirió como un modelo de cuatro dimensiones que puede reflejar adecuadamente la multidimensionalidad de la experiencia del parto y que pueda ser usada como una herramienta para identificar a mujeres con una experiencia negativa y para evaluar los esfuerzos en mejorar la calidad de atención al nacimiento (Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja y Berg, 2010).

Posteriormente publicado en 2016 se realiza la validación en tres hospitales de España del instrumento CEQ-E ahora en su versión español con una muestra a conveniencia de 364 mujeres, pero incluyendo a múltiparas y excluyendo a los nacimientos por cesárea de emergencia argumentando que estos afectan negativamente la experiencia más que cualquier otro procedimiento operatorio en el parto vaginal. Se usó el cuestionario autoadministrado vía postal entre 1 a 3 meses posparto, los datos de los nacimientos se extrajeron directamente de las maternidades (Soriano et al. 2016).

Tabla 6
Características de la población para la validación de la escala CEQ-E.

Edad promedio años	31
Semanas de gestación, media	39.3
Educación	
High school o inferior	95(42.6%)
College o superior	128 (57.4%)
Nacimientos previos	
Si	132(58.4%)
No	94 (41.6%)
Inicio de labor	
Espontáneo	88(38.9%)
Inducción	51(22.6%)
Parto vaginal espontáneo	182 (80.5%)
Nacimiento Instrumentado	
	43(19%)
Duración de labor >12 hrs	59(26.2%)
Admisión a Cuidados intensivos neonatales (solo observación)	8 (3.7%)
Desgarros	53(23.7%)
Episiotomía	148(66.1)

El instrumento demostró una estructura factorial similar al original y sus estadísticos resultaron dentro de las recomendaciones estándares: CFI=0.97; NNFI=0.97; RMSEA=0.066; SRMS=0.077, la consistencia interna para la escala fue de 0.88 y para las subescalas resultaron similares a la versión original (capacidad propia 0.80, apoyo profesional 0.90, seguridad percibida 0.76, participación 0.68). Los promedios más altos de la escala CEQ-E y de la subescala de “seguridad percibida” los obtuvieron las mujeres con una labor con duración <12hrs, no inducidas, con parto normal y multíparas.

Algunas diferencias importantes que mencionar entre las poblaciones que pueden reducir las calificaciones de la escala son la inducción del trabajo de parto (31.7% en España vs 13.7% en Suecia) y el índice de episiotomías (58% vs 6.6%). Algunas limitaciones al estudio fueron además no haber incluido las mujeres con cesárea en trabajo de parto, embarazos de alto riesgo, nacimientos pretérminos y la precisión para determinar el inicio del trabajo de parto. Se concluye que el instrumento en español del CEQ-E el cual se adjunta en el Anexo 4, es una medida válida y confiable de la experiencia de nacimiento en la población española (Soriano et al., 2016).

España al encontrarse en el proceso de transformación a un modelo de atención al parto centrado en ofrecer una atención personalizada e integral a las mujeres y basado en la evidencia científica, mejorando la participación y el protagonismo de la misma, se dio a la tarea de incorporar la perspectiva de la mujer en la valoración global de la atención prestada. Con este objetivo realiza la traducción y adaptación cultural de la escala MCSRS (*Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*) desarrollada en Estados Unidos con estructura multifactorial abarcando con 34 ítems diversos componentes implicados en el parto y el nacimiento, esta escala ha sido utilizada también en estudios en Gran Bretaña, Bélgica y Holanda (Mas-Pons et al., 2012).

Cuestionario auto-cumplimentado que se aplicó antes del alta de las pacientes con los ítems agrupados en cinco subescalas que hacen referencia a la mujer (9 ítems), la pareja (2 ítems), el recién nacido (3 ítems), la matrona (9 ítems) y el obstetra (8 ítems). Contiene además una subescala de valoración global de la experiencia (3 ítems), todos evaluados en escala Likert de 5 puntos desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5) con un valor central neutral, el valor final se obtiene sumando los valores de cada ítem de tal manera que en cuanto más alta es la puntuación mayor es la satisfacción.

Se aplicó en gestantes de bajo y mediano riesgo al momento del parto en tres hospitales públicos de la comunidad Valenciana, el cálculo de la muestra fue para análisis factorial resultando en 325 mujeres seleccionadas por muestreo consecutivo estratificado. Se realizó una adecuada traducción, adaptación cultural, validación mediante test-retest y estructura factorial. Se partió de la hipótesis de que las mujeres estarán más satisfechas con la experiencia del parto cuando se cumplen sus expectativas respecto de ese momento y en especial cuando son atendidas sus preferencias para el manejo del dolor. Las características sociodemográficas de la población se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 7
Características sociodemográficas sobre la adecuación de la escala MCSRS.

<hr/>	
Edad años	
<25	47(15.9)
26-35	185(62.5)
>35	64(21.6)
<hr/>	
País de nacimiento	
Española	234(80.1%)
Extranjera	58(19.9)
Latinoamericana	30(52.6%)
Europa del este	18(31.6%)
Europa occidental	6(10.5%)
Africa	3(5.3)
<hr/>	
Trabajo remunerado	
Si	190(66.7%)
No	95(33.3%)
<hr/>	
Educación	
Primarios	68(23.1%)
Secundarios	132(44.9%)
Universitarios	94(32%)
<hr/>	
Trabajo remunerado de la pareja	
Si	204 (77.9%)
<hr/>	

No	58(22.1%)
Hijos previos	
Ninguno	128(43.7%)
Uno	129(44%)
Dos o mas	36(12.3%)
Inducción	
Si	124 (42.9%)
No	188(63.5%)
Parto vaginal eutocico	247(84%)
Instrumentado	47(16%)
Conducción con oxitocina	
Desgarros	(23.7%)
Episiotomía	124(42.9%)

Concluyen que el instrumento es útil como medida de la satisfacción en mujeres con la experiencia del parto y nacimiento adaptado a su contexto sociocultural con buenas características psicométricas y que puede utilizarse en partos vaginales incluyendo aquellos en los que se requieren mayor intervención obstétrica y que puede ayudar a identificar aspectos mejorables en la atención del parto. No es aplicable en mujeres a la que se realice una cesárea intraparto ni programadas, situaciones en las que se deben contemplar otras dimensiones.

Se introdujo un nuevo ítem en relación con el apoyo de los profesionales sanitarios para el manejo del dolor mediante métodos no farmacológicos en consonancia con los nuevos modelos de atención al parto y adecuación de los entornos. Al igual que en la versión americana se extrajeron seis factores que en conjunto explican una alta proporción de la varianza. Destaca el papel de los profesionales sanitarios que atienden el parto como determinante de la satisfacción de las mujeres, en conjunto matrona y obstetra explican entre ambas el 40% de la varianza. La dimensión original “mujer” se dividió en dos nuevos factores “dilatación” y “expulsivo” marcando la diferencia en función de la etapa ya que en sus maternidades manejan un sitio diferente para cada una, predominando el entorno quirúrgico aún para el expulsivo. Al igual que en otros estudios la satisfacción tuvo una fuerte asociación con el cumplimiento de las expectativas y el manejo del dolor según las preferencias de las mujeres. Para minimizar el efecto del tiempo transcurrido al momento de la medición, se fijó el tiempo óptimo para el retest entre 15 a 30 días. Posteriormente con mejores herramientas

estadísticas y agregando el análisis factorial confirmatorio de las subescalas se realiza una segunda validación del instrumento en muestra española diferente y mediante ecuaciones estructurales se ponen a prueba diferentes modelos que se puedan adaptar a diferentes situaciones clínicas resultando un instrumento mejorado (Caballero et al., 2016).

El objetivo principal de este segundo estudio fue describir la estructura interna del MCSRS por medio del análisis factorial exploratorio y confirmatorio y examinar de nueva cuenta la validez de concepto y la confiabilidad. Se compararon los diferentes modelos y se analizaron las diferencias entre el modelo original propuesto por Goodman y colaboradores y el actual modelo anidado, observando la distinción entre los espacios donde se llevan a cabo los diferentes periodos de trabajo de parto y el parto en si según el estudio considerados como un solo evento para unos y por separado para otros.

La correlación de Pearson entre las expectativas antes del parto y las puntuaciones obtenidas por los factores y el MCSRS mostró la validez del concepto para el MCSRS y todos los factores excepto uno, el factor Baby, que sólo aparece en el modelo de 6 factores y no presenta variabilidad; El 96,4% de las mujeres obtuvo puntajes máximos. Este resultado explica la falta de correlación. En consecuencia, concluyen que el modelo anidado propuesto en el estudio produce una descripción mejor y más profunda de la experiencia materna dentro del marco teórico del MCSRS. Además, también permite identificar los factores agrupados de manera natural y utilizar esta información para adaptarlos al contexto clínico.

A manera de conclusión general se puede comentar que la experiencia de la mujer con el parto varía enormemente y es influenciada por muchos factores como las expectativas, el grado de preparación, la complejidad del trabajo de parto y la severidad del dolor que ella experimenta. La mujer está más satisfecha con el alivio del dolor cuando sus expectativas sobre el mismo y sobre el cómo puede ella manejarlo se cumplen. Sin embargo las actitudes y

conductas de los cuidadores resultan ser de manera muy consistente, el factor más obvio y poderoso sobre la satisfacción de la mujer.

III. Método

3.1 Criterios de inclusión

Todas las mujeres participantes fueron atendidas por los investigadores del presente estudio para garantizar que se cumplieran los requisitos de un trato amable, personalizado, de acompañamiento continuo por una sola persona como responsable de la atención y comunicación con ella, que le explicara alternativas de manejo y le permitiera tomar decisiones informadas sobre el proceso de parto.

En todos los casos incluyendo las mujeres sometidas a cesárea, las mamás estuvieron siempre acompañadas por su pareja o un familiar, en un ambiente cálido, de poca luz, con música suave de ritmo menor a la frecuencia de los latidos cardiacos, aplicando el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro (Secretaría de Salud, 2016), además se realiza en los bebés al nacer un corte tardío del cordón umbilical, contacto piel a piel de inmediato con la madre o si ella se sentía indispuesta se colocó piel a piel con el padre. El contacto piel a piel se mantuvo con las mamás de cesárea desde el nacimiento, durante toda la cirugía y en su estancia por recuperación hasta pasar a su habitación, tiempo durante el cual iniciaron la lactancia a seno materno de manera exclusiva. No se manejó a bebé alguno con aspiración por perilla, sonda nasogástrica ni orogástrica ni complementación en su alimentación con fórmula láctea.

La posición que las mujeres escogieron fue la más cómoda para ellas, incluyendo paradas, sentadas, acostadas de lado o en 45 grados, en cuclillas o apoyadas en cuatro puntos boca abajo; en la cama de parto, fuera de ella, en el piso, en la regadera o dentro de la tina con agua para inmersión.

3.2 Primer estudio. Planes de parto.

3.2.1 Sujetos

El primer estudio de corte cualitativo se lleva a cabo con mujeres de entre 18 a 38 años, sonorenses a excepción de tres participantes que fueron originarias de Culiacán, Nuevo León y Baja California. Se incluyeron solo participantes de nacionalidad mexicana, que llevaron control prenatal y atención del nacimiento en práctica privada en la ciudad de Hermosillo, Sonora entre el período del 2014 a 2017 con los investigadores y cuyas participaciones fueron más elocuentes, se excluyeron los documentos que fueran poco descriptivos, breves y los de mujeres extranjeras. La selección de las participantes se llevó por muestreo diverso o de máxima variación que se utiliza cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno o documentar la diversidad.

En esta fase participaron 24 mujeres embarazadas, una de ellas con planes de parto de dos nacimientos en periodos diferentes por lo que en total suman 25 planes de parto. La edad promedio de las participantes fue de 29.8 años, el resto de las características se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 8
Características de las participantes en planes de parto

Característica	Cantidad
Edad media	29.8
Estado civil % (n)	
Casada	100 % (25)
Nivel educativo % (n)	
Preparatoria	12% (3)
Profesional	80 (20)
Posgrado	8 (2)
Ocupación % (n)	
Hogar	28 % (7)
Trabajadora independiente	24 (6)
Empleada	48 (12)
Originaria Sonora, % (n)	92 % (23)*

*Una participante de Chihuahua y otra de Nuevo León

La diversidad en su selección consistió en incluir tanto a mujeres que durante su embarazo tuvieron curso de preparación para el parto como otras que no lo tuvieron, mujeres

con embarazos sin complicación y otras con complicaciones, casos en los que la evolución del nacimiento fue como lo esperaban y otras con una evolución diferente, se incluyeron casos que resultaron con el bebé sano, pero también en los que el bebé resultó complicado medicamente requiriendo un manejo diferente, estas diferencias se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 9
Descripción de los embarazos y nacimientos.

Embarazos de alto riesgo % (n)	64% (16)
Curso de preparación al parto	
Si % (n)	56% (14)
No % (n)	44 (11)
Nacimientos totales (25)	
Prueba de trabajo de parto con Cesárea previa % (n)	24 % (6)
Parto vertical totales % (n),	64 (16)
Partos en agua % (n)	32 (8)
Bloqueo peridural en partos % (n)	4 (1)
Cesárea en trabajo de parto % (n)	36 (9)
Complicaciones en	
Embarazo % (n)	48 % (12)
Parto % (n)	16 (4)*
Recién nacido % (n)	8 (2)**

*Dos alteraciones de la FCF categoría II (estados fetales no alentadores), Una ruptura prematura pretérmino y prolongada de membranas, una deshiscencia de cicatriz uterina con antecedente de dos cesáreas previas.

**Un bebé con Sx de dificultad respiratoria del RN por retención de líquido pulmonar y uno con sx febril manejado como sepsis neonatal.

De los casos estudiados 11 mujeres no tuvieron curso de preparación y las otras 14 si contaron con curso de preparación al parto. Esta situación es importante pensando en la influencia que puede llegar a tener la información que reciben en un curso de preparación al parto independientemente de su duración, sobre la mujer y sus expectativas para el parto que pudieran ser reflejadas en el documento. A continuación se describen los escenarios de cada una de las participantes lo cual contribuirá a la comprensión del fenómeno y proceso social.

P1MY

Mujer de 29 años, 1.64 mts., 67 kg., GP 13 kg., sonorenses, profesionista, trabajadora. No hace ejercicio. Esposo licenciado de 31 años. Abuela con 7 hijos de parto quiere que tenga cesárea al igual que su mamá también con 4 cesáreas. Su instinto y un poco que ha leído

influyen en su deseo de intentar un parto natural. Sin curso de preparación. Ahora en su primer embarazo sin complicaciones. Inicia contracciones de manera espontánea a las 39 sem 6/7 en su casa pasa dos noches, se hospitaliza, evolución lenta, ameritó amniotomía. Acompañó y apoyó su esposo. Termina en cesárea por falta de progresión del trabajo de parto (FPTP) en septiembre 2016. Recién nacido (RN) masculino 3440gr 52 cm.

P2UA

Mujer de 27 años, 1.65 metros., 74 kg, GP 14.5. contadora, trabaja en recursos humanos, originaria de Durango. No hace ejercicio. Esposo profesionista. Tomó curso gratuito de 3 días sobre el parto. Se cambia de médico a las 25 semanas por que querían un parto natural. Ahora con su primer embarazo no complicado. Con 40 6/7 sdg con líquido disminuido pero buenos MsFs, tuvo ruptura transparto de membranas (RTP), Inicio espontáneo de contracciones, acompañó y apoyó su esposo, a las 15 horas tuvo su Parto fisiológico sin bloqueo 23 marzo 2016 en posición cuclillas en el piso apoyándose en piernas de su pareja, RN femenina 3840 gr, 50 cm sin complicaciones.

P3JH

Mujer de 29 años, 1.70 metros., 58 kg., GP 22kg., sonorense, profesionista, trabajadora. Camina diario durante embarazo y usa pelota de pilates para sentarse, esposo ingeniero. Tomó un curso de preparación al parto y quiere un parto natural. Evolucionan sin complicación, inicio espontáneo de contracciones a las 40 4/7 sdg. La acompañó su esposo, tiene a su hijo por parto natural en agua al día siguiente sin complicaciones.

P4ME

Mujer de 28a. 1.53 metros., 48 kg., GP 12 kg., sonorense, hace ejercicios en la pelota, Tuvo curso psicoprofiláctico y quiere un parto natural. Se inicia inducción con misoprostol a las 40 1/7 sdg por oligohidramnios más hipomotilidad fetal. Acompañó y apoyó su esposo. Al día siguiente después de aproximadamente 24 horas TP, se realiza Cesárea humanizada por

Falta Progresión Trabajo Parto (FPTP) nov 11 2015, RN femenina 3000 grs., 49 cm. Evolución sin complicaciones lactancia mixta al inicio y después fue lactancia materna exclusiva (LME).

P5GR

Mujer de 31 años, 1.72 metros, GP 13 kg., sonorense, profesionista, trabajadora, esposo empleado. Tuvo curso de preparación al parto, embarazo sin complicaciones. Inicio espontáneo, Acompañó esposo y DOULA. trabajo de parto corto, expulsivo largo, Tuvo un parto en cuatro puntos sobre la cama. RN masculino peso 4090 gr, talla 53.5 cm. Se realizó corte tardío de cordón umbilical, contacto piel a piel de inmediato. Se detecta frecuencia respiratoria del bebé aumentada por lo que se traslada a cuidados intermedios. El bebé cursa con complicación debida a síndrome de dificultad respiratorio (SDR) por supuesta retención de líquido pulmonar y estuvo dos noches en observación con oxígeno. Actualmente en ASM combinado de inicio y luego materno exclusivo.

P6ML

Mujer de 34a., 1.68, 70 kg, GP 10kg, sonorense, profesionista, se dedica al hogar, esposo diseñador gráfico. Antecedente de salpingooforectomía en 2010 por embarazo ectópico. Hace ejercicio diario para embarazadas, tuvo curso de preparación al parto. Embarazo cursó con bacterias en la orina, llegó a 41 sdg, se realiza maniobra de despegamiento de membranas, cursa con ruptura transparto de membranas en casa y cursa con intenso trabajo de parto por 7 horas, últimas dos de expulsivo. Acudió a hospital, usó tina de agua para relajación en inmersión, decide salir del agua y tuvo al bebé por parto natural sentada en la cama después de inmersión el 24 nov 2013 a las 0230hrs, RN masculino 3250 grs. Estuvo acompañada y apoyada por esposo y doula. En el 2014 cursó con aborto espontáneo. Aborto en el 2015 que ameritó legrado.

P7ML

Misma paciente P6 con nuevo embarazo. En 2016 embarazo complicado con sangrado leve 1er trimestre e intenso en el 2o. trimestre. Estuvo en reposo gran parte del embarazo. Llegó a 40 1/7 sdg, inicio espontáneo TP, decide tenerlo en casa, parto acuático en casa sin complicaciones jun 2016, RN femenina 3450 grs. Evolución sin complicaciones lactancia materna exclusiva.

P8JA

Mujer de 27a, 1.67, 82 kg, GP 8 kg, sonoreense, profesionista, esposo agente de ventas, Su primer embarazo controlado complicado con Síndrome anémico, cursó con sospecha de restricción al crecimiento (SRCIU) a las 32 semanas. Sin curso, inicio espontáneo a las 41 semanas, acompañó su esposo. Parto en agua a las 0700hrs del 20 jul 2015, RN 3100 gramos sin complicaciones.

P9RP

Mujer de 26a, 1.67, 95 kg, GP 4 kg. Licenciada, sonoreense, empresaria, esposo empresario, Antecedente 1 Parto hospitalario medicalizado, tomó curso preparación al parto, con RN 3500gr 2013. Ahora con embarazo complicado con anemia.. No tuvo curso de preparación al parto, inicio espontáneo TP a las 41 semanas y en 5 horas tuvo Parto en agua a las 1220 horas del 06 jun 2015, RN 3340 grs sin complicaciones.

P10AL

Mujer de 30a, 1.65, 90 kg, GP 6kg, sonoreense, profesionista igual que su esposo, tuvo curso de preparación al parto. Cursa su primer embarazo complicado con IVU a las 24 semanas, cursa con RPM 20 diciembre del 2015, por lo que inicia inducción del TP, y después de 8 horas de TP solicita bloqueo peridural estando en expulsivo, se complica con desaceleraciones en la frecuencia cardiaca fetal que se recuperaron, se obtiene por Parto vertical 0220 horas 21 dic 2015 a RN 3210 grs. sin complicaciones.

P11MS

Mujer de 27a, 1.69, 75 kg, GP 12.5 kg., sonorense, profesionista, trabajadora independiente, esposo trabajador independiente, tabaquismo positivo, marihuana ocasional antes del embarazo, usa tatuajes, tomó curso de preparación, acostumbrada a caminar como ejercicio, desea un parto natural. Antecedente de 1 aborto, ahora embarazo no complicado. Inicia TP espontáneo con 37.6 sdg, acompañada de pareja y en poco menos de 8 horas tiene por Parto vertical (sentada) RN 3360 grs el 25 oct 2016 a las 0305 horas. Sin complicaciones.

P12MLR

Mujer de 29a, 1.70, 60 kg, GP 13 kg., sonorense, universidad trunca, cosmetóloga, esposo comerciante 30a, Tuvo curso preparación. Ahora en su primer embarazo, complicado con pielooectasia renal izq en feto. Inicia TP espontáneo a las 40 sdg acompañada de esposo y DOULA y en menos de 12 horas 5 de ellas en hospital, se obtiene RN por Parto acuático natural con RN 3330 grs sin complicaciones, tuvo desgarro perineal de 2 grado. ASM combinada con fórmula .

P13GA

Mujer de 30a, 1.50, 50 kg, GP 13 kg., sonorense, Licenciatura, trabajadora, esposo 34^a. Ingeniero. En su primer embarazo no complicado, tuvo curso, la acompañó su esposo y doula. Inicio espontáneo de TP a las 38.3 sdg, Parto en agua 13 sept 2014 RN 3620 gr, 51 cm. Desgarro 2 grado. Cursó con problemas para lactar con grietas en pezones.

P14MA

Mujer de 27a, 1.60, 60 kg, GP 19 kg, sonorense, profesionista, trabajadora, En su primer embarazo complicado con 2 infecciones de vías urinarias. Hace Yoga, toma pláticas de embarazo consciente . Inicia TP espontáneo a las 39.2 sdg y se obtiene después de 17 horas en hospital por Parto natural Vertical a las 0626 horas del 26 enero 2016 RN de 3900 grs sin complicaciones. Cursa con desgarro perineal de 2 grado.

P15BV

Mujer de 31a, 1.68 metros, 66 kg, GP 18.5 kg, sonorense, Estudios de posgrado, trabajadora, Practica Yoga, tiene curso de preparación para el parto, Antecedente de DOS cesáreas previas, la primera por falta de dilatación RN 3850 grs cursa con hipotrofia uterina que la lleva a síndrome anémico con Hb de 5.5 en el 2007, segunda cesárea por la previa, entra a cesárea de repetición RN de 3410 grs. Con embarazo actual aparentemente sin complicaciones, desea prueba de trabajo de parto después de dos cesáreas. Inicia TP espontáneo a las 40 2/7 sdg, cursa con dehiscencia de cicatriz y cesárea de emergencia. Se realiza cesárea centrada en la mujer (o Humanizada).

P16DG

Mujer de 29a., 1.57, 73 kg, GP último embarazo 8.5 kg., sonorense, Licenciada, trabaja como empleada, esposo empleado. Aborto y legrado en 2009. En 2011 embarazo de término , cesárea con trabajo de parto en Isssteson, masculino 3800 gr. Sin CURSO. En 2015 cursa con embarazo de termino complicado con hipertensión gestacional en últimos días, inicia con TP espontáneo por 5 horas y decide a las 38 5/7 sdg cesárea de repetición, RN masculino 3280 grs. Sin complicación.

P17AL

Mujer de 33a, 1.70, 61 kg, GP 15 kg., sonorense, estudios de maestría, se dedica al hogar, esposo 32a, empleado, antecedente de cesárea en el 2011 sin trabajo de parto por doble circular de cordón al cuello. Embarazo actual no complicado, cursa con oligohidramnios a las 40 semanas, a las 41 6/7 pródromos de TP y decide prueba de TP ILA de 5.8, buenos MsFs, 24 horas en trabajo de parto sin mayor evolución. Termina en Cesárea con trabajo de parto por fase latente prolongada. RN sin complicaciones.

P18CN

Mujer de 32a., 1.61, 84 kg., sonorense, licenciada, empleada, antecedente de cesárea en 1999 a los 18años en Institución pública en la que refiere haber vivido violencia obstétrica,

estuvo con oxitocina y no avanzó por estar en posición occipito posterior persistente, alimentación al seno materno (ASM) por 2 años. Embarazo actual no complicado, curso de preparación, llegó a 41 sdg, inicio espontáneo, curso con TP durante mas de 20 hrs, dilató completamente y paso a cesárea humanizada por falla en el descenso después de cesárea previa, RN 11 oct 2015 fem 3480 grs.

P19CG

Mujer de 27 años, 1.60, 60 kg., GP 7.5 kg., sonorense, solo estudio preparatoria, trabaja de asistente de ventas, primigesta con embarazo no complicado. Sin curso, llega a 39 3/7 sdg, inicio espontáneo, ingresa a hospital por la noche, llega a 9 de dilatación, cursa con bradicardia recuperada y desaceleraciones persistentemente en la frecuencia cardiaca fetal por lo que termina en cesárea de urgencia durante TP por estado fetal sospechoso el 20 julio 2017 a las 0400 horas, RN sin complicaciones.

P20AL

Mujer de 30 años, 1.65, 55 kg., GP 12 kg., sonorense, licenciatura, trabajadora, esposo misma profesión de 36 años, Tuvo curso de preparación, Primer embarazo no complicado, llega a 40.1 sdg, inicio espontáneo , acompañó sólo esposo, TP durante 15 horas, últimas 6 en hospital, Parto en agua a las 0315 horas del 17 nov 2015, RN fem 3590 grs., 53 cm.

P21LG

Mujer de 34 años, 1.63, 54 kg., GP 10 kg., sonorense, licenciada, se dedica al hogar, esposo vendedor. Tuvo curso en primer embarazo. Antecedente de Parto sin libertad de movimiento, acelerado y con episiotomía en 2014, masculino de 3030 gr. Se cambia de médico por que busca un parto humanizado. Grupo sanguíneo O negativo

Embarazo actual curso con hematoma en fondo uterino a las 19 sdg, resto sin complicación, Inicia TP a las 39 sdg, cursa la mayor parte del tiempo en casa, tuvo un nacimiento vaginal fisiológico inmediatamente llegando al hospital atendida por médico

general de urgencias sin complicaciones. Parto fisiológico después de parto medicalizado.

P22CP

Mujer de 28a, 1.56, 65 kg., GP 19 kg., sonorense, profesionista, empleada, esposo ingeniero, embarazo sin complicaciones, No curso y no doula. Llega a 39.5 sdg, cursa con RTM a las 0300hrs, después de 18 horas cursa con falla en el descenso por lo que pasa a cesárea, RN 3830 gr en occipito posterior persistente, sin complicaciones. Cesárea por falla en el descenso.

Segundo embarazo hasta 38.5 sdg, inicio espontáneo , 8 horas en TP, con 3 cm de dilatación y feto en occipito posterior se decide por Cesárea electiva de repetición en trabajo de parto en enero 2017.

P23ND

Mujer de 24a., 1.70, 54 kg., GP 16.5 kg., sonorense, estudia hasta preparatoria, ama de casa, esposo 24a. empleado, En su primer embarazo no complicado, SIN CURSO, llega a 40.5 sdg, inicio espontáneo, acompañada por esposo y doula, 13 jun 2015 0545 horas Parto acuático, RN femenino 4080 grs., 53 cm. Talla. En 2016 SIN CURSO y sin doula embarazo de término sin complicaciones, inicio espontáneo a las 39 sdg, Parto acuático RN 4200 gr sin complicaciones. ASM exclusiva.

P24MV

Mujer de 36años, sonorense, profesionista, da clases, esposo 37 años profesionista empleado. Antecedente de un aborto resto de embarazo sin complicaciones. Llega a 40 3/7 sdg inicio espontáneo de TP, acompañada por esposo y doula. Después de 24 horas de trabajo de parto, con gran fatiga; líquido amniótico claro, buenos movimientos fetales y monitoreo fetal sin complicaciones; con estación -4, y diagnóstico de desproporción cefalopélvica , pasa a cesárea; RN sano 3700grs, con doble circular al cuello inicia piel a piel, lactancia materna y

alojamiento conjunto. Se detecta fiebre en el RN y datos de laboratorio alterados, pasa a cuidados intermedios con diagnóstico de sepsis y se maneja con antibióticos durante 2 días encamado.

P25SL

Mujer de 32 años, 1.57 metros., 42 kg., sonorese, profesionista, vegetariana, diabética tipo I depende de insulina sc. Antecedente de cesárea en 2011 después de un breve trabajo de parto inducido con oxitocina, RN 4370 gr, ganó 17 kg en el embarazo. Aborto completo en 2013. Embarazo actual 2014 lactando aún a su hijo (Tandem), complicado con diabetes tipo I materna, cursa con Ruptura prematura pretérmino prolongada de membranas a las 35 sdg., sin desencadenar trabajo de parto, acepta inducción con misoprostol, luego hubo necesidad de conducir con oxitocina a falta de buen progreso espontáneo, recibió antibióticos profilácticos y prueba de trabajo de parto después de cesárea, tuvo gran libertad de movimiento, usa agua caliente de la regadera y se hizo acompañar además de su esposo por la doula que aplicó maniobras no farmacológicas para manejo del dolor. Evoluciona a expulsivo y se logra Parto en cuatro puntos sobre colchoneta en la regadera, RN sano masculino 3180 gr, talla 50 cm, con alimentación al seno materno exclusiva. Se cuida con ritmo y preservativo y le gusta ir a consulta con el homeópata.

3.2.2 Instrumento

Se utilizó la composición sobre el “plan de parto” como método de estudio, el cual consiste en una narración desde su percepción, conocimiento y práctica cultural relacionada con el objeto de investigación.

3.2.3 Procedimiento

3.2.3.1 Aplicación

En esta técnica le solicitó al informante que realizara una composición por escrito en una cuartilla y en un tiempo no mayor a cinco minutos donde describieran cómo le gustaría que fuera la vivencia del nacimiento de su bebé en aspectos hospitalarios, del personal que provee el servicio, sus familiares o acompañantes y del manejo o intervenciones médicas. Al recibir los planes de parto se solicita el consentimiento para su uso en la investigación.

3.2.3.2 Análisis

Una vez seleccionados los participantes, se reúnen, organizan y transcriben los documentos y se incluyen en software estadístico Atlas ti para facilitar su análisis temático en seis pasos: 1) familiarización con los datos, 2) generación de códigos iniciales, 3) búsqueda de temas, 4) revisión de los temas, 5) definición de los temas y nombramiento y finalmente 6) reporte (Braun & Clarke, 2006). Después de una primera revisión y marcado con técnica de colores que sirvió para identificar los primeros códigos y mediante la teoría revisada se generan nuevos códigos que se incluyen en el programa estadístico para la revisión del resto de los documentos

3.3 Segundo estudio. Testimonios de nacimiento.

3.3.1 Sujetos

Todas las participantes fueron mujeres de clase media y media alta que deseaban una atención humanizada y que tuvieron la capacidad de costearse la atención privada a la hora del nacimiento de su bebé con los médicos que garantizaron una vigilancia y atención con enfoque humanizado. Se incluyeron mujeres en el rango de edad de los 18 a los 38 años con embarazos controlados, independientemente de su paridad, riesgo individual y preparación

previa para el parto. El ambiente y los cuidados con atención especial en las necesidades emocionales de la mujer que se les proporcionó las hacen los informantes idóneos para evaluar las características de satisfacción y bienestar emocional.

La muestra incluye a 54 mujeres en su primer embarazo (73%) y 11 mujeres con cesárea previa (15%). El porcentaje de nacimiento por parto vaginal fue de 68% (n=50) y de cesáreas el 32% (n=24). El parto exitoso después de al menos una cesárea fue en 73% (n=8). El periodo de levantamiento de la información fue de septiembre del 2014 a diciembre del 2016.

3.3.2 Instrumento

A través de un cuestionario cualitativo se llevó a cabo el “Testimonio del nacimiento de mi hijo” que se adjunta en el Anexo 1. A través de este instrumento se obtiene información del evento obstétrico como duración del trabajo de parto, acompañamiento, si se sintieron presionadas por alguien, si tuvieron libertad de movimiento y de ingerir alimentos y líquidos, técnicas que usaron para el control del dolor, posición que adoptaron para el parto y específicamente a través de cinco preguntas abiertas se indaga sobre el control prenatal, experiencia personal sobre el trabajo de parto, sobre el nacimiento del bebé, si está satisfecha o no y porqué y finalmente si el trabajo de parto y nacimiento del bebé fue como lo imaginó o planeó y porqué. Concluye el documento con la autorización por escrito para hacer uso de la información con fines de investigación.

Dicho cuestionario contiene preguntas cerradas para datos demográficos e información específica como la duración del trabajo de parto, acompañamiento, posición para parir y estrategias que usó para el control del dolor, y otras abiertas para que la mujer comente todo lo relacionado a control prenatal, primera y segunda etapa del parto, satisfacción y expectativa.

La primera pregunta abierta fue ¿Cuál es tu opinión sobre el control prenatal de tu embarazo?, se pretende con esta pregunta abierta evaluar cuales son los aspectos que toman importancia para la mujer durante sus entrevistas prenatales en las cuales se va formando un vínculo con su médico que le permitirá al final sentirse más cómoda y confiada.

La segunda pregunta fue ¿Cuál fue su experiencia personal en relación con el trabajo de parto?, con el fin de valorar los puntos más importantes que tomaron en cuenta estas mujeres durante todo el tiempo en que estuvieron con las contracciones del parto, en espera de la dilatación del cuello de la matriz y el descenso del bebé por la pelvis.

La tercera pregunta fue ¿cuál es su experiencia o testimonio sobre el nacimiento de su bebé?, pregunta que implicó los aspectos trascendentes para la mujer en el momento de salir el producto ya sea por su vagina en un parto o por vía abdominal en una cesárea y el tiempo que transcurre posterior a este evento en relación con estar con su bebé en brazos, iniciar lactancia y fomentar el vínculo emocional con el mismo.

La cuarta pregunta fue ¿Te sientes satisfecha con tu trabajo de parto y parto? ¿por qué?, la quinta y última pregunta abierta fue : Tu trabajo de parto y nacimiento de tu hijo/hija fue como lo imaginaste o planeaste? ¿por qué? La justificación de cada una de estas categorías se presenta en la siguiente tabla (ver tabla 10).

Tabla 10
Indicadores sobre trato antes, durante y después de los nacimientos.

Citas prenatales.

Las entrevistas en consulta prenatal son una oportunidad para informar y educar además de verificar la correcta evolución del embarazo

Se proporciona confianza	El trato es amable y gentil, le resuelven con información clara y útil todo lo que pregunta
--------------------------	---

Recibe información útil	Que la prepare para detectar riesgos, llevar conductas saludables, reconocer el inicio del trabajo de parto y saber cuándo acudir al servicio de urgencias
-------------------------	--

Incrementa seguridad en sí misma	Recibe retroalimentación positiva, conoce su cuerpo, su funcionamiento y potencial, le ayudan con sus miedos, sabe que es capaz de parir.
----------------------------------	---

Trabajo de parto y nacimiento/ Ambiente físico.

El trabajo de parto es el periodo de dilatación del cuello de la matriz gracias a las

contracciones uterinas que sobrelleva la mujer durante un tiempo variable que va desde 6 a 36 horas y que muchas veces transcurre en su propio hogar y parte en el hospital. El nacimiento en sí se refiere al momento en que sale el bebé y los eventos que le rodean como estar reunidos o no, e iniciar la lactancia materna a demanda o no.

Limpieza	Aspectos higiénicos desde la entrada, ingreso, estancia y egreso
Comodidad	Ingreso rápido, instalaciones amplias, muebles adecuados para su descanso y libertad de movimiento junto con su acompañante
Privacidad	No entra y sale personal, cambios continuos de sus cuidadores, no queda expuesta a las vistas de personas ajenas
Tranquilidad	Se percibe calma, luz tenue, aromas agradables, acceso a música suave
Intervenciones médicas	Son las mínimas necesarias y estrictamente indicadas después de una adecuada explicación y consentimiento o las recibe de manera rutinaria

Trabajo de parto y nacimiento /Ambiente social /Personal de salud (administrativos, enfermera, médicos)

Amabilidad	Desde el personal administrativo de ingreso, encargados de alimentos, de la limpieza, camilleros, enfermería y médicos
Explicaciones claras y suficientes	Le hablan con términos sencillos y entendibles, con paciencia
Involucra en la toma de decisiones	La hace participar e involucrarse en las decisiones sobre el manejo y curso del trabajo de parto
Atención cálida y empática	Por parte de todo el personal de salud como si estuvieran en su lugar
Disposición para escuchar	Por parte de todo el personal de salud, pero principalmente su médico a cargo y tratante
Permite libertad de movimiento y expresión	Puede levantarse, caminar, sentarse, ir al baño, abrazar a su pareja, cantar, gritar, gemir, llorar.
Permite adoptar posición diferente a la acostada para parir	Puede adoptar posición en la que se sienta más cómoda o que le permita mejor la salida de su bebé

Trabajo de parto y nacimiento/ Ambiente social / Familiares y acompañantes

Apoyo empático y efectivo	Su acompañante está conectado emocionalmente a ella, con interés por participar, sin ser protagónico.
Respetuoso de sus decisiones	Le apoya totalmente en lo que desea y siente que le pide su cuerpo
Sin presiones	No tiene prisa, controla su ansiedad y miedos, es autosuficiente para cumplir sus necesidades propias (alimento etc.)
Ayuda al empoderamiento	La compañía le da mayor seguridad, la anima a que, si puede, confié más en su cuerpo

Trabajo de parto y nacimiento / Ambiente individual

Estar en control	Sentir que es partícipe de las decisiones sobre su cuerpo y el curso del embarazo y el ambiente (control externo); además de la sensación de tener la capacidad de manejar sus conductas, su cuerpo, el dolor percibido etc. (control interno)
Cumplir expectativa	El curso de la evolución y los cuidados recibidos va dándose como ella quería (cumplir el plan de parto)

Sentirse apoyada	Ella percibe la ayuda de los que le rodean, sin presiones, siente que es la más importante del evento
Manejo del dolor	Sobrelleva el dolor de las contracciones, sus acompañantes ayudan a que sea menos incómodo, sabe que el médico le escucha y ayudará con epidural en caso de ser necesario
Autoeficacia	Siente la confianza en su cuerpo y su funcionamiento para cumplir la tarea del trabajo de parto de manera adecuada
Recibir información suficiente y adecuada	Se le informa lo que necesita, de manera imparcial, se siente tomada en cuenta. Pero no la abruman con información en exceso, tendenciosa o que transmite la ansiedad e inseguridad de sus cuidadores
Sentirse segura	Se sabe vigilada en su evolución y en el estado de su bebé , tranquila con su entorno, confiada en su cuerpo y evolución
Manejo del estrés y ansiedad	Es capaz de encontrar fuerza y tranquilidad con o a pesar de los que le rodean
Equidad en el trato	Se sintió escuchada y tratada de persona a persona y no en relación jerárquica de superior a inferior.

3.3.3 Procedimiento

3.3.3.1 Aplicación

Los Testimonios de nacimiento se entregaron para su aplicación en el consultorio privado de los investigadores a cargo de esta investigación.

3.3.3.2 Análisis

Los cuestionarios fueron capturados en documentos de Word e introducidos para su análisis cualitativo al programa estadístico Atlas ti.

3.4 Tercer estudio. Entrevista

3.4.1 Sujetos

Para el tercer estudio se realiza nuevamente muestreo por casos extremos buscando la representación de las diferentes situaciones posibles a presentarse durante el nacimiento. El perfil de las participantes es el mismo que los estudios previos: mujeres de entre 18 a 38 años

que tuvieron a sus bebés en hospital privado bajo el modelo de atención humanizada del parto a cargo de cualquiera de los dos obstetras investigadores.

3.4.2 Instrumento

En esta etapa se utilizó una entrevista personal. Se realizaron solo tres preguntas abiertas que fueron el eje de la entrevista: ¿Cuáles son los aspectos negativos que viviste durante toda la experiencia de nacimiento de tu bebé?, ¿Cuáles son los aspectos positivos, buenos o satisfactorios que viviste durante toda la experiencia de nacimiento de tu bebé? Y finalmente, Si tuvieras que calificar del 1 al 10 la satisfacción global con la experiencia vivida del nacimiento de tu bebé y 1 es la calificación más baja y 10 es la más alta en cuanto a satisfacción, ¿con cuánto calificas la satisfacción que viviste con el nacimiento de tu bebé?

3.4.3 Procedimiento

3.4.3.1 Aplicación

Las entrevistas fueron realizadas y grabadas mediante teléfono iPhone 7 en archivos de notas de voz, a las mujeres en compañía de su pareja y en un ambiente tranquilo al interior de un consultorio de práctica médica privada de la obstetricia en el periodo posparto entre los días 7 a 60 de haber nacidos sus bebés.

Se les explicó primero que las preguntas serían en relación a la experiencia vivida, desde el inicio de las contracciones en casa, su traslado e ingreso al hospital, su estancia y relación con el personal que la cuidó, nacimiento de su bebé y recuperación hasta su alta hospitalaria.

3.4.3.2 Análisis

Para llevar a cabo el análisis las entrevistas se transcribieron a documentos en Word para incluirlas en el programa Atlas ti y realizar una segunda revisión de los datos previo a haber utilizado la técnica de colores en los documentos impresos.

3.5 Cuarto estudio. Encuesta

3.5.1 Sujetos

Las mujeres participantes oscilan entre 18 a 45 años con un nivel educativo de preparatoria a posgrado e intenciones de conseguir un parto vía vaginal, lo más natural posible y con enfoque humanizado de la atención.

3.5.2 Instrumento

Se elaboró un cuestionario con 68 reactivos en SurveyMonkey para obtener la percepción de mujeres sobre su experiencia de nacimiento. Para ello se dividió en tres apartados, el primero para recabar los datos sociodemográficos de la mujer y el nacimiento, además de preguntar sobre posibles complicaciones durante el embarazo y parto de las participantes.

El segundo apartado evalúa las expectativas de la mujer con respecto al nacimiento, dolor, control, satisfacción, emociones positivas, apego a evidencias, percepción de medicalización, secuelas físicas y emocionales con escala de respuesta tipo Likert de cuatro opciones: Completamente de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Completamente en desacuerdo.

El tercer apartado evaluó recomendaciones de la OMS en cuanto a las intervenciones médicas como la libertad de movimiento, ingerir alimentos y bebidas, además del apoyo, el ambiente, la percepción de seguridad, consentimiento informado, calidez en el trato, uso de métodos para control del dolor, corte de cordón, piel-piel en la diada, alojamiento conjunto,

inicio de lactancia materna, complicaciones neonatales y finalmente percepción de violencia obstétrica. Las opciones de respuestas fueron: si, no, no sé.

3.5.3 Procedimiento

3.5.3.1 Aplicación

El cuestionario se difundió por la red social de Facebook, sólo se consideró como punto en común el origen de la difusión a través de los afiliados a la Asociación Mexicana de Salud Primal y se incluyeron los 1283 cuestionarios respondidos en un plazo de poco menos de tres meses para su análisis. Esto incluye mujeres que se atendieron en hospital privado, hospital público, en su hogar y aunque en la menor cantidad también hubo mujeres atendidas en casa de partos.

3.5.3.2 Análisis

Se realizaron análisis descriptivos de frecuencia de respuesta para esta etapa del estudio.

IV. Resultados

En este apartado se incluye los análisis de los datos obtenidos en cada uno de los estudios realizados.

4.1 Primer estudio. Planes de parto

El análisis de la información recopilada del instrumento “Planes de Parto” describe a manera de composición lo que la mujer desea y espera que ocurra durante el trabajo de parto y nacimiento de su bebé. El análisis de las composiciones incluyó 25 documentos de veinticuatro participantes con las características del embarazo, nacimiento y complicaciones que se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 11
Descripción de las mujeres con un Plan de Parto.

Participante	Curso pre-parto	Acompañamiento	Complicación en embarazo	Nacimiento	Complicaciones parto o RN
P1MY 29años profesionista Empleada	No	Esposo	--	Cesárea en trabajo de parto 39 6/7SDG*.	RN sano 3440 gramos. 52cm.
P2UA 27años Profesionista Empleada	Si	Esposo	Oligo hidramnios	Hospital Parto natural cuclillas en el piso 40 6/7 SDG.	RN sano 3840 gramos. 50cm.
P3JH 29años Profesionista Empleada	No	Esposo	--	Hospital Parto en agua 40 4/7 SDG.	RN sano.
P4ME 28años Profesionista Empleada	Si	Esposo	Oligo hidramnios e hipomotilidad del feto	Cesárea en trabajo de parto 40 1/7 sdg.	Inducción, Falta de progresión del parto RN sano 3000 gramos.
P5GR 31años Profesionista Empleada	Si	Esposo y doula	--	Hospital Parto natural Cuatro puntos* en cama 39 3/7SDG.	RN de 4090grs. 53cm. Con SDR* del recién nacido/retención de líquido pulmonar. Dos noches cuidados intermedios.
P6ML 34años Profesionista Hogar	Si	Esposo y Doula	Antecedente embarazo ectópico	Hospital Parto natural sentada en cama 41 SDG.	RN sano 3250 gramos.
P7ML 36años Profesionista	No	Esposo y doula	Un ectópico Dos abortos Sangrados en lro	Casa Parto en agua* 40 1/7 SDG.	RN sano 3450 gramos.

Hogar			y 2º trimestre		
P8JA 27años Profesionista Hogar	No	Esposo	Anemia resuelta Antecedente de sospecha de RCIU	Hospital Parto en agua 41 SDG.	RN 3100gr sin complicaciones
P9RP 26años Profesionista Empresaria	Si	Esposo	Antecedente de un parto medicalizado	Hospital Parto en agua 41 SDG.	RN 3340gr sin complicaciones
P10AL 30años Profesionista Hogar	Si	Esposo	RPM* Inducción	Hospital Parto vertical con BPD*	Desaceleraciones de la FCF* RN 3210 gramos. sin complicación
P11MS 27años Profesionista Trabajadora independiente	Si	Esposo	Antecedente de un aborto	Hospital Parto natural sentada 37 6/7 SDG	RN 3360 gramos. sin complicación
P12ML 29años Carrera trunca Trabajadora independiente	Si	Esposo y doula	Pieloectasia renal izquierdo del feto	Hospital Parto en agua 40 SDG.	RN 3330 gramos sin complicaciones
P13GA 30años Profesionista Trabajadora	Si	Esposo y doula	--	Hospital Parto en agua 38 3/7SDG.	RN 3620 gramos sin complicaciones Problemas para lactancia
P14MA 27años Profesionista Trabajadora	Si	Esposo y doula	Embarazo complicado con dos infecciones de vías urinarias.	Hospital Parto natural vertical 39 2/7 SDG.	RN 3900 gramos sin complicaciones
P15BV 31 Posgrado Empleada	Si	Esposo y doula	Dos cesáreas previas. Anemia/ hipotonía uterina resueltos.	Cesárea de urgencia durante trabajo de parto 40 2/7SDG.	Cursó con dehiscencia de cicatriz uterina durante TP RN 3410 gramos. sin complicaciones
P16DG 29 Profesionista Empleada	No	Esposo	Antecedente de aborto Cesárea previa Hipertensión gestacional	Cesárea electiva de repetición en trabajo de parto 38 5/7 SDG.	RN 3280 gramos. sin complicación
P17AL 33 Posgrado Hogar	No	Esposo	Cesárea previa Oligo hidramnios	Cesárea de repetición por fase latente prolongada	Sospecha de prolongado 41 6/7 sdg RN sin complicaciones
P18 CN 32 años Profesionista Empleada	Si	Esposo	Cesárea previa	Cesárea por falla en el descenso 41 sdg	RN 3480 gramos. sin complicación
P19CG 27años Preparatoria Empleada	No	Esposo	--	Cesárea por estado fetal no alentador 39 3/7SDG.	Bradycardia recuperada, desaceleraciones persistentes RN sin complicaciones
P20AL 30años Profesionista Empleada	Si	Esposo	--	Hospital Parto en agua 40 1/7SDG.	RN 3590 gramos. sin complicación
P21LG	No	Esposo	Parto previo	Hospital	RN sin complicaciones

34 años profesionista Hogar			medicalizado Hematoma en fondo uterino a las 19 sdg	Parto fisiológico 39 SDG.	
P22CP 28 años Profesionista Empleada	No	Esposo	Cesárea previa por falla en el descenso	Cesárea de repetición en trabajo de parto	RN 3830 gramos. sin complicación
P23ND 24 Preparatoria Ama de casa	No	Esposo	Antecedente Parto en agua con doula	Hospital Parto en agua	RN 4080 gramos. sin complicación
P24MV 36 años profesionista Da clases	No	Esposo y doula	Antecedente de aborto	Cesárea en trabajo de parto	RN con síndrome febril primeras horas. del nacimiento encamado 2 días con sepsis actualmente sano
P25SL 32 años Profesionista Trabajadora independiente	Si	Esposo y doula	Madre diabética tipo I Cesárea previa Aborto previo	Hospital Parto sin bloqueo anestésico en cuatro puntos en regadera	Ruptura Prematura pretérmino y prolongada (RPPM)* Embarazo 35 SDG RN sano 3180 gramos. 50cm.

*Parto natural: sin intervenciones como intravenosa, medicamentos, corte perineal o anestesia por bloqueo raquídeo.

Parto en cuatro puntos: Posición materna boca abajo apoyada en rodillas y manos dando espalda al obstetra.

RN: Recién nacido

Falta PTP: Falta de progresión en el trabajo de parto

Parto en agua: Cursa parte del trabajo de parto con gran libertad de movimiento y relajación dentro de tina con agua y decide concluir con el nacimiento de su bebé dentro del agua.

Ruptura PPM prolongada: Ruptura de membranas antes de iniciar trabajo de parto con el bebé prematuro o antes de 37 semanas de gestación y la ruptura se prolongó por más de 18 horas.

RPM: Ruptura de membranas antes de iniciar con trabajo de parto.

SDR: Síndrome de Dificultad Respiratoria

BPD: Bloqueo peridural. Analgesia o medicamento para el dolor que se inyecta en la espalda. En la dosis adecuada permite la movilización de la mujer conservando la función de mover sus piernas y tener adecuada fuerza.

FCF: Frecuencia cardiaca fetal

SDG: Semanas de Gestación.

Mediante análisis cualitativo de los planes de parto después de la reducción de los códigos iniciales, se identificó 50 códigos principales que se agruparon en cuatro categorías denominadas “vinculación al recién nacido” (VRN), “empoderamiento de la mujer” “sensación de seguridad” (SDS) y “atención con medicina basada en la evidencia” (MBE).

En la tabla 12 se muestra la cantidad de códigos para cada una de las familias, las relaciones y el fundamento en la conformación de las categorías.

Tabla 12
Categorías del Plan de Parto.

Categorías	Total de códigos	Citas
Sentirse segura	20	71
Empoderamiento	13	113
Vinculación	11	138
Medicina Basada en Evidencia	6	126

La categoría con mayor número de citas fue la VRN, se refiere al proceso por el cual se establecen los apegos o la relación íntima y especial entre el recién nacido y sus padres. Este vínculo con el recién nacido fue de gran interés para las participantes y se manifestó en ocasiones de manera tan determinante como se aprecia en la siguiente cita:

“No autorizo la separación de mi bebé en ningún momento. Deseo que sea trasladado junto a mí, desde el paritorio hasta la habitación en planta hospitalaria y que permanezca en todo momento conmigo. No deseo su ingreso de rutina en una sala de cuneros.” [P.1:37]

Se considera que una relación temprana positiva entre la madre y su recién nacido es esencial para establecer el amor incondicional de parte de los padres, así como la seguridad y confianza por parte del bebé . Por apego se entiende según el diccionario de psicología al vínculo emocional cercano entre el infante humano o un animal joven no humano y su figura paterna o cuidador y se desarrolla como paso previo al establecimiento de un sentimiento de seguridad. En la siguiente figura se aprecian los componentes identificados como parte de esta familia de vinculación con el recién nacido.

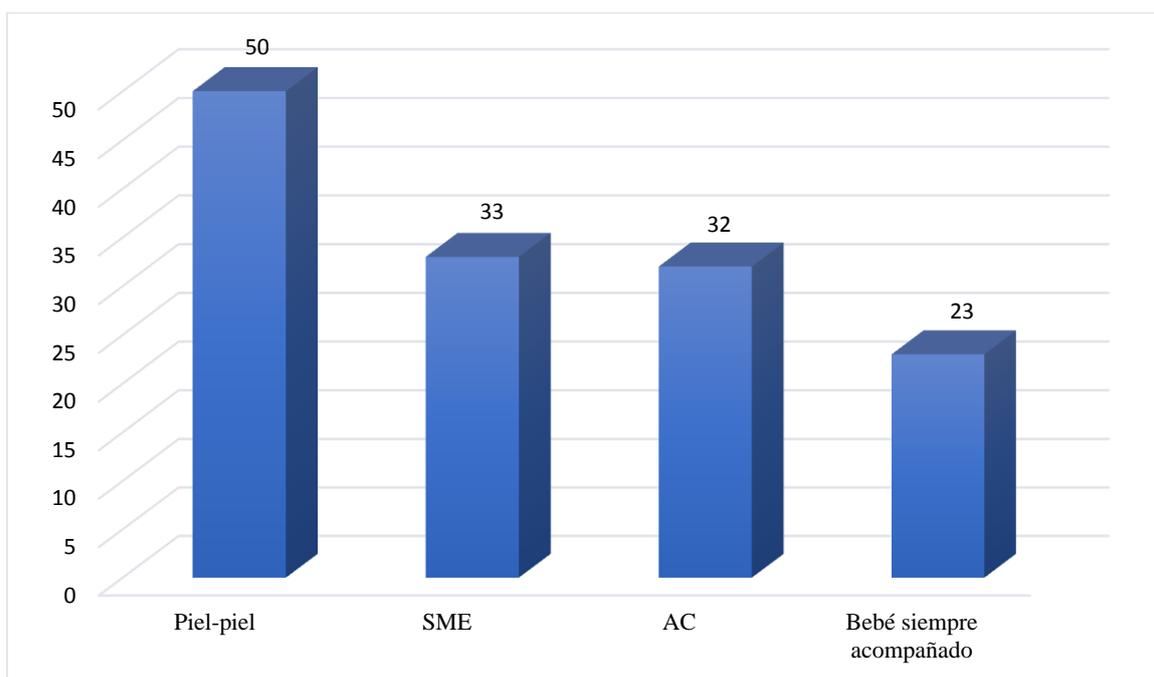


Figura 1. Frecuencia de vinculación con el recién nacido. El seno materno exclusivo (SME) y el alojamiento conjunto (AC) en seguida del piel a piel como los componentes principales.

El contacto del cuerpo del bebé de frente a la madre con la cabeza de lado, boca abajo con los brazos y piernas a cada lado directamente piel a piel con el torso descubierto de la madre desde el nacimiento y por al menos durante la primera hora, pero prolongándose lo más posible, es una actividad con bases científicas que no solo impacta en el vínculo emocional entre madre e hijo o hija sino que además implica una serie de beneficios a largo plazo mediante la colonización del intestino neonatal con bacterias familiares a la madre, lo cual determinará el desarrollo inmunológico del recién nacido de una forma especial. En la siguiente tabla se puede observar la frecuencia en las citas de cada uno de los temas o códigos pertenecientes a las diferentes categorías encontradas en el estudio 1.

Tabla 13
Componentes de las categorías en los planes de parto.

Categoría	Códigos	Citas
Vinculación	Piel con piel	50
	Seno materno exclusivo	33
	Alojamiento conjunto	32
	Bebé siempre acompañado	23
	Total	138

Medicina basada en la evidencia	Rutinas innecesarias	42
	Intervenciones médicas justificadas	33
	Libertad de movimiento	26
	Libertad para comer y beber	13
	Acciones en recién nacido OMS	12
	Total	126
Empoderamiento	Sentir en libertad	62
	Involucrarse	41
	Educación prenatal	10
	Total	113
Seguridad	Acompañamiento	29
	Tranquilidad	22
	Apoyo emocional	11
	Autoconfianza	6
	Calidez en el trato	3
	Total	71
Totales: 4 familias		17 códigos
		448 citas

Este apego o vínculo emocional entre la madre y el infante desarrollado desde los primeros minutos está muy presente en las participantes como se hace notar en las siguientes afirmaciones:

“Apego inmediato del recién nacido con la madre para que éste estimule la lactancia.

Deseo estar en alojamiento conjunto todo el tiempo de mi estancia y dar alimentación al seno materno de forma exclusiva”. [P.2:5]

“Quisiéramos que el bebé nos sea acercado al momento de nacer”. [P.4:6]

“Deseo tener a mi bebé encima de mí inmediatamente después del nacimiento”.

“Deseo que después del nacimiento los primeros en hablar con el bebé seamos mi esposo y yo. Deseo que en la medida de lo posible la limpieza que se le deba realizar al bebé sea estando conmigo”. [P.7:11]

“Quiero permanecer con nuestro bebé permanentemente en contacto con mi cuerpo sin horarios ni restricciones, incluido el tiempo de alumbramiento y el de recuperación. No aceptamos que sea llevado a observación ni al nido durante las primeras horas de vida si su salud es buena tras el nacimiento”. [P.9:42]

“Deseo que el primer contacto del bebé sea conmigo de manera inmediata y el tiempo que yo desee. En caso de no ser posible se me explicará el motivo”. [P.0:29]

Separación de la madre y realización de procedimientos

Las mujeres perciben la importancia de esta cercanía temprana con el recién nacido y solicitan incluso que las diferentes valoraciones por el profesional que lo atenderá de ser posible sean en su presencia o con el bebé en su pleno regazo. A continuación algunas citas textuales.

“La separación sólo habrá de realizarse por motivos claramente justificados que deberán constar en la historia clínica. En caso necesario se informará y solicitará consentimiento”.

[P.10:38]

“Esperar a limpiar a la niña, pesarla y medirla, ya que no hay ninguna prisa. Permitir el contacto con los padres. Evaluación de la niña ante nuestra presencia, cuando esté en mi pecho”. [P.18:14]

Este inicio del contacto de la madre con el infante se le conoce precisamente como contacto piel con piel el cual se logra pasándolo al regazo de la madre apenas esté terminando de salir su cuerpo. Dependiendo de la longitud del cordón umbilical el producto puede quedar situado en el vientre y si alcanza lo ideal sería sobre el pecho de su madre, lugar en el que se realiza el secado y abrigo de ambos para conservar su temperatura además de la primera valoración del recién nacido. Es así como expresamente solicitan las participantes:

“Al momento del nacimiento deseo tener contacto piel con piel inmediato con el bebé durante las primeras 2 horas y que el bebé permanezca siempre en el cuarto [P.26:8]

“Quiero tener contacto, piel con piel, inmediatamente después del nacimiento del bebé ”.

[P.24:17]

“Se colocará a la niña al pecho inmediatamente después de nacer para empezar el vínculo piel con piel e iniciar el amamantamiento”. [P.18:13]

“Me gustaría que de inmediato coloquen a mi bebé en mi pecho para hacer contacto piel con piel y en mi hacerle la revisión pediátrica”. [P.16:9]

“Una vez nacido el bebé tenerlo en mi pecho piel con piel [P.12:12]

Cuando se produzca el nacimiento, deseo que mi bebé se coloque de forma inmediata en contacto piel con piel conmigo”. [P.9:33]

Es común la solicitud simultánea al contacto piel con piel, la de retrasar el corte del cordón umbilical y también pueden especificar el retraso en las mediciones corporales del bebé como el peso, talla y perímetros lo cual saben que no es una prioridad y que puede esperar hasta otro momento, aunque por lo general este retraso dependerá de la paciencia y tiempo que tiene el pediatra.

“Tras el nacimiento del bebé el cordón se cortará sólo cuando haya cesado el latido. Los exámenes médicos necesarios se le realizarán al bebé después del tiempo de apego piel con piel y en presencia de mi esposo o ambos”. [P.11:13]

Atención inicial del recién nacido

El retraso en las mediciones no quiere decir que el recién nacido no sea valorado para verificar los datos de bienestar como su respiración, movimiento, tono muscular, coloración y reflejos, todo lo cual puede ser realizado sobre el propio vientre materno para emitir la calificación de Apgar que indica la necesidad de una reanimación, esta calificación se valora al minuto y a los 5 minutos considerándose normal por arriba de siete.

“Se deberán posponer las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o tratamientos) en el recién nacido”. [P.10:33]

“El test de Apgar se le realizará durante el contacto piel con piel” [P.9:41]

Las mujeres también aclaran que el contacto piel con piel se realice con el padre si ellas no estuvieran en posibilidad de realizarlo como sería en el caso de algunas cesáreas, anestesia profunda o que ella se sienta mal por efectos de medicamentos o alteraciones de la presión arterial:

“Al nacer mi bebé Rebeca, pido tener contacto piel con piel inmediato con ella para mayor tiempo posible y en caso de no poder tenerla yo misma, que sea mi esposo quien tenga dicho contacto”. [P.15:10]

“Una vez nacido el bebé tenerlo en mi pecho piel con piel. En caso de no estar en condiciones de mantener al bebé a mi lado, mi esposo realizará función de papá canguro”. [P.12:24]

“Una vez nacido no se vista al bebé , sólo colocar gorro, pañal y calcetines con el fin de mantener contacto piel con piel durante la recuperación y traslado al cuarto. En caso de cesárea mi esposo hará función de papá canguro”. [P.12:21]

Las primeras horas del recién nacido y específicamente los primeros sesenta minutos de vida son cruciales para la colonización intestinal del bebé con las bacterias maternas lo cual se llama microbioma. Esto programará no solo su sistema inmunológico de una manera muy especial hacia la salud del bebé, sino también su cerebro y muy probablemente hasta su conducta (Alam, 2017; Ye, 2017; Yip, 2017; Dominguez-Bello et al., 2016; Lee et al., 2016). Las madres al parecer solo intuyen que este primer contacto es muy importante y piden que se prolongue lo más posible y de preferencia sin interrupciones:

“Contacto inmediato piel con piel con el recién nacido tras el nacimiento, aproximadamente 1 hora”. [P.22:13]

“Queremos tener contacto piel con piel y tiempo para crear vínculos con el bebé lo antes posible tras el alumbramiento. Si es posible, no quiero que se me separe de mí el bebé después de dar a luz”. [P.25:30]

“Deseo contacto piel con piel con mi bebé desde el primer momento, y que éste no se interrumpa para procedimientos que pueden esperar”. [P.9:37]

El traslado del infante a la sala de cuneros (o recién nacidos sanos, rutina de muchos hospitales) de manera protocolaria puede ser útil para el personal de enfermería que de alguna

manera es responsable del trámite administrativo de los recién nacidos, pero definitivamente puede representar una separación que al menos las mujeres del presente estudio no están dispuestas a aceptar. Saben que si su hijo permanece con ellos desde el inicio será más probable que inicie su primer alimento directamente al seno materno lo cual redundará en el establecimiento de una lactancia materna exclusiva de manera más fácil.

“Deseo que sea revisado en general y cambiado en el mismo cuarto de parto

Darle pecho en la misma sala de partos” [P.6:21]

“Colocar al bebé al pecho después de nacer para empezar el control piel con piel e iniciar el amamantamiento”. [P.13:10]

“En cuanto el bebé nazca quiero que sea colocado en mis brazos para mantenerlo en contacto piel con piel (al menos 1 hora) y poder amamantarlo lo más pronto posible”. [P.11:12]

“Quiero comenzar la lactancia materna desde el nacimiento sin horarios ni restricciones”. [P.9:38]

“Darle pecho en la misma sala de parto y que no se nos separe, salvo caso de extrema necesidad”. [P.5:15]

Para prolongar el contacto directo piel a piel pueden pedir incluso mantener desnudo al recién nacido y sólo cubrirle en las áreas corporales a través de las cuales puede perder más calor como su cabeza.

“No se vista al recién nacido, solo colocar gorro, pañal y calcetines con el fin de mantener contacto piel con piel con mi esposo durante la recuperación y traslado al cuarto”. [P.12:27]

“No se vista al bebé , solo colocar gorro, pañal y calcetines con el fin de mantener contacto piel con piel durante la recuperación y traslado al cuarto”. [P.12:14]

Traslado a sala y estancia en la maternidad

Las futuras mamás piden el alojamiento conjunto que consiste en que el hijo pase a la habitación junto con sus padres, que no sea separado de ellos y algunos pueden ser muy

rígidos en este aspecto del alojamiento conjunto para facilitar mejor la alimentación exclusiva al seno materno:

“El traslado se realizará con la madre y el bebé en contacto piel con piel, cubiertos por una sábana o manta con el acompañamiento de mi pareja. Se procurará el mayor grado de intimidad dentro de las posibilidades del hospital”. [P.10:40]

“No llevarse al bebé a los cueros y conservarlo en la habitación en todo momento para así poder darle pecho cada vez que lo requiera”. [P.13:12]

“Deseamos tener a Rebeca en nuestra habitación en todo momento para así alimentarla con leche materna de libre demanda sin el uso de mamilas de leche, agua o algún otro alimento. Y no se le bañe durante su estancia en el hospital”. [P.15:15]

“El bebé permanecerá en nuestra habitación y no será llevado a los cueros, tampoco se alimentará con fórmula , solo leche materna. El primero baño del bebé se lo daremos nosotros en casa, no en el hospital”. [P.11:14]

“Solicitamos que nuestro bebé permanezca en la habitación con nosotros en todo momento”. [P.7:17]

“Nos gustaría tener a nuestra hija con nosotros durante toda la estancia en el hospital”. [P.5:18]

“Queremos alojamiento conjunto durante nuestra estancia en el hospital”. [P.4:11]

“Deseo tener alojamiento conjunto con mi bebé durante los días que esté internada en el hospital, por lo que deseo comenzar la lactancia desde el primer momento”. [P.1:48]

Higiene del recién nacido

Están convencidos de que la responsabilidad y los cuidados del aseo del bebé recaen en ellos sin embargo, consideran que esto no es ningún problema pues es una forma de continuar esta nueva relación íntima y fortalecer el vínculo. Están de acuerdo y quieren realizar los cuidados del recién nacido como cambiarlo, bañarlo y alimentarlo. No lo ven como un trabajo que

debieran hacer las enfermeras del cunero, están empoderados y entienden su responsabilidad. “Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo de mi pareja” [P.10:39]

“Deseo cambiar yo a mi bebé con ayuda de mi esposo. Que mi bebé esté siempre conmigo” [P.16:13]

Parte de estas creencias que presentan las madres en los Planes de Parto, es el gran interés que tienen en lograr una lactancia al seno materno exclusiva. Para la mayoría de los padres, esto es importante y saben que si no hay una exigencia de complementar con fórmula, aumenta la probabilidad de una adecuada estimulación al bebé a pegarse al seno materno.

Sobre la alimentación del recién nacido

“Deseo darle pecho exclusivamente”. [P.6:24]

“No se administre al bebé alimento ni biberón alguno sin mi consentimiento”. [P.6:23]

“Deseamos que no se le administre a la bebé ningún tipo de alimentos ni biberón alguno”. [P.5:17]

“Tenemos planeado alimentarlo solo de leche materna, no ofrecer fórmula o chupones”. [P.4:9]

Por otro lado, es muy común que la enfermera encargada de los cuidados del recién nacido o asignada al cunero tenga la percepción de que todos los infantes se deben manejar con un horario y ritmo de alimentación. El inicio de la nutrición del infante y la frecuencia es motivo de preocupación para las enfermeras que ven en todo los potenciales riesgos de la hipoglicemia por lo que tratan continuamente de complementar con fórmula para evitar este riesgo muchas veces incluso a pesar de que el pediatra indicó la alimentación a libre demanda del recién nacido junto a la madre. Las madres pueden conocer esta tendencia y anticiparse al hecho de no querer ser presionadas por tales razones.

“Esto se realizará dejando que comience a mamar de forma espontánea y sin interferencias innecesarias, durante el tiempo que precise para ello y con la adecuada supervisión”.

[P.10:37]

“Deniego mi consentimiento para que se le administre a nuestra hija ningún tipo de suplemento de leche artificial en caso de ser imprescindible hacerlo nosotros mismos y hacer posible a través de relactador de modo que ella siga aprendiendo a succionar y estimule la subida de mi leche”. [P.20:29]

“Que no se administre leche artificial a mi hija si no está realmente justificado y en el caso de estarlo que se le informe a mi pareja previamente y se le expliquen los motivos, el complemento lo administrará preferentemente mi pareja mediante una jeringa o un vasito no utilizaremos el uso de biberón”. [P.20:42]

La presión por complementar con fórmula puede llegar a ser insistente, lo cual genera ansiedad en las madres ante la dificultad de diferenciar por ellas mismas el riesgo real de una complicación como la hipoglicemia, en caso de que no tengan un pediatra que esté al pendiente con una supervisión adecuada y que establezca indicaciones precisas basadas en el caso individual y no se abandone a protocolos de aplicación general.

“Que no se le administre a mi hijo leche artificial si no está realmente justificado (como en el caso de hipoglucemia grave), y en el caso de estarlo que se informe a mi marido previamente y se le expliquen los motivos. El complemento lo administrará preferentemente mi marido mediante una jeringa o un vasito. No autorizamos el uso de biberón”. [P.9:59]

“Denegamos nuestro consentimiento para que le administre a nuestro hijo ningún tipo de suplemento de leche artificial. En caso de ser imprescindible por motivos médicos (por ejemplo, si el niño sufre hipoglucemia grave), deseamos administrarle solo el suplemento imprescindible. Preferimos administrarle dicho complemento nosotros con la ayuda de una

jeringa o un vasito. No autorizamos en ningún caso un complemento a través de biberón”.

[P.9:46]

El interés por el contacto piel con piel del bebé con sus padres y el inicio de la alimentación al seno materno se extiende incluso a la situación en que la madre debe ser intervenida de cesárea.

“Me gustaría tener contacto piel con piel inmediatamente nazca el bebé y darle pecho lo más pronto posible (en ningún momento darle fórmula con un biberón y si no puede en ese momento que esperen a que esté recuperada para darle pecho al bebé, ya que éste puede esperarme hasta 6 horas)”. [P.21:22]

“No se vista al bebé, solo colocar gorro, pañal y calcetines con el fin de mantener contacto piel con piel con mi esposo durante la recuperación y traslado al cuarto” [P.12:27]

“Que cuando me despierte por completo de la anestesia me permitan comenzar el contacto piel con piel con mi hijo, fomentando un buen comienzo de la lactancia y un apego seguro” [P.9:58]

“Dado el caso que, por algún motivo justificado o riesgo importante tanto para mi bebé o para mí, sea necesaria la administración de anestesia general, deseo:

- Que se informe a mi marido en todo momento del proceso si no puede estar presente durante la intervención
- Que se entregue a nuestro hijo a mi marido desde el primer momento, una vez que se compruebe que está bien. Mi marido, en este caso, desea realizar el primer contacto piel con piel con nuestro hijo por lo que no será necesario el uso de incubadoras para calentar a nuestro hijo ni llevarlo al nido ni a neonatos”. [P.9:56]

“Deseo que, a pesar de ser una cesárea, se fomente el contacto piel con piel sobre mi pecho mientras terminan su trabajo de sutura. Esto favorecería tanto el comienzo de la lactancia

materna como su recuperación. Denme al niño inmediatamente y no lo limpien antes de dármele ”. [P.9:54]

“En caso de cesárea y/o de anestesia general y/o sedación profunda, que me impida atender a mi bebé, y es posible que un profesional me ayude, deseo realizar el contacto piel con piel igualmente y que coloquen al bebé de forma que pueda iniciar la lactancia”. [P.1:58]

“En caso de cesárea y/o de anestesia general y/o sedación profunda, que me impida atender a mi bebé, y es posible que un profesional me ayude, deseo realizar el contacto piel con piel igualmente y que coloquen al bebé de forma que pueda iniciar la lactancia. Si no es posible conmigo, deseo que lo realice con mi pareja”. [P.1:45]

“Deseo que el anestesiólogo coloque los indicadores en la espalda para que puedan colocar a mi bebé en mi pecho en cuanto nazca para hacer contacto piel con piel y en mí que le hagan la revisión pediátrica y poderlo amamantar. Que mi esposo esté presente en la cesárea”. [P.16:16]

“Que no se separe en ningún momento a nuestra hija de su padre hasta que yo esté en condiciones para atenderla y que en el caso de tener que ingresarla a neonatos éste tenga acceso libre para estar con ella, realizar sus cuidados rutinarios alimentarla y practicar el método canguro”. [P.20:40]

Existe una preocupación constante de las participantes por el hecho de no dejar solos a sus recién nacidos por ningún motivo, como si desconfiaran de la atención y de las rutinas del hospital.

“Deseo que los cuidados iniciales (vitamina K, pomada ocular antibiótica, etc.) de mi bebé, la revisión del pediatra o cualquier otro procedimiento, sea en mi presencia o la de mi pareja. En caso de que no se pueda realizar de esta forma, quiero que se informe del motivo y que se haga constar en la historia clínica” [P.1:57]

“No deseamos que durante nuestra estancia en el hospital se separe a nuestro hijo de nuestro lado para ninguna manipulación: aseo, lavado, examen, prueba, etc., sin nuestro consentimiento expreso. En caso de que por fuerza mayor alguna revisión o prueba deba realizarse en una sala determinada y yo no esté en condiciones para acompañarlo , mi marido se encargaría de él”. [P.9:45]

“Permanezcamos juntos en todo momento. Si ocurre algo en que bebé y mamá no pudieran permanecer juntos SIEMPRE el papá deberá estar con el bebé” [P.7:27]

“Por ningún motivo se introduzca al bebé a la sala de cuneros”. [P.7:13]

Atención para nuestra hija

“Deseo que la primera atención del recién nacido sea en la misma sala de labor, sin requerir retirarlo de nosotros”. [P.5:14]

“Quisiéramos que el bebé nos sea acercado al momento de nacer”.

“En caso de alguna complicación con el bebé deseamos que mi compañero pueda acompañarlo todo el tiempo”. [P.4:8]

“Si es necesario separar a mi hija de mí por cualquier tratamiento médico, mi esposo o mi madre la acompañarán en todo momento”. [P.17:21]

Aún en el caso de complicaciones del bebé, se manifiesta la necesidad de dejarlo solo y lo presente que tienen los padres el poder realizar contacto piel con piel con él.

“En el caso de tener que ser trasladado a la Unidad de Neonatos, deseo que esté acompañado en todo momento por mi pareja y si es posible, realice el contacto piel con piel en la misma Unidad”. [P.1:59]

“En el caso de tener que ser trasladado a la Unidad de Neonatos, deseo que esté acompañado en todo momento por mi pareja y si es posible, realice el contacto piel con piel en la misma Unidad”. [P.1:45]

“Si fuera necesario realizar pruebas de forma urgente o reanimación del niño, quisiera que lo realizaran en mi presencia, y a continuación permítanme el contacto piel con piel”. [P.9:55]

“Si es necesario separar a la niña de mí por cualquier tratamiento médico, mi esposo la acompañará en todo momento. En caso de requerir estar en terapia internada o intensiva permitirme permanecer con ella para amamantarla y hacer bebé canguro”. [P.18:17]

“Si él niño no se encuentra bien, me gustaría que acompañemos al bebé mi pareja y yo hasta la sala de cuidados intensivos, darle pecho o proveerle leche extraída del pecho y sostenerlo cada vez que sea posible”. [P.21:28]

Medicina basada en la evidencia

La segunda categoría con mayor cantidad de citas fue la denominada “medicina basada en la evidencia” que se conformó por cinco códigos principales que son: rutinas innecesarias, intervenciones médicas justificadas, libertad de movimiento, libertad para comer y beber y finalmente rutinas del recién nacido (véase figura 2).

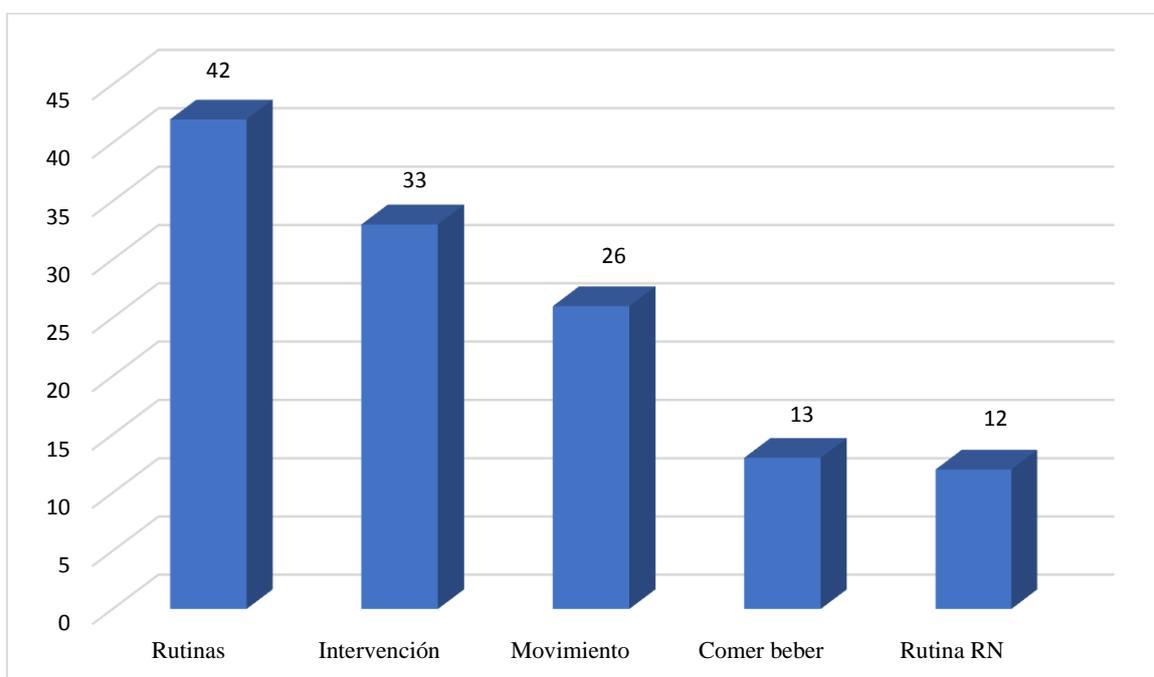


Figura 2. Frecuencia de medicina basada en la evidencia.

El código más importante por el número de citas en esta familia fue el de las rutinas innecesarias, apartado en el cual las mujeres piden que se les trate a cada una según necesidades y no por protocolo o costumbre del personal o del hospital se les apliquen a todas rutinas como el rasurado del área genital, enema, canalización de una vena, mantenerla sin comer ni beber, conectarla a un monitor por tiempos prolongados o de manera continua, mantener a la mujer en cama, numerosas exploraciones vaginales, sonda urinaria, ruptura de bolsa amniótica o corte del periné (episiotomía).

“No me administren un Enema (si no se requiere) ni me rasuren el periné” [P6:5]

“No deseo que se me coloque una vía intravenosa por rutina o protocolo a no ser que necesite algún tipo de medicamento desde el principio”. [P9:13]

Tactos vaginales

“En todos los casos se deben realizar el mínimo número necesario de tactos vaginales para evaluación del parto por el personal que me asista y siempre pidiendo mi consentimiento”.

“En caso de que los realice otro profesional se me informarán las razones y se me solicitará autorización”. [P10:22]

“NO ME GUSTARÍA

PARTO

-Estar acostada” [P12:17]

“Evitar sondaje vesical, en caso de ser necesario se me informará , explicará el procedimiento y se solicitará consentimiento. Evitar rotura de la bolsa, en caso de que existan razones clínicas en las que esté indicado romperla artificialmente, se me informará de los motivos y se solicitará consentimiento previo. Evitar episiotomía. En ninguna circunstancia deseo el uso de instrumentos tales como fórceps y ventosa”. [P17:5]

“Evitaremos el enema-lavativa y el rasurado púbico, así como las medias blancas ajustadísimas que me pusieron en mi primer parto. Evitaremos también la canalización a menos que sea realmente necesaria”. [P18:5]

A manera de complemento con evitar rutinas en el actuar del personal de salud, se pide que las intervenciones médicas que indican se basen en una indicación justificada por problema médico bien definido que justifique las ventajas por sobre los riesgos del caso en particular. La necesidad de la intervención debe ser explicado a la pareja y autorizada por ellos antes de ejecutarla como serían proponer una cesárea, inducir contracciones con medicamentos, aumentar contracciones de manera artificial, manejo por múltiples personas. Permitir caminar o adoptar otras posiciones después de epidural, adoptar posición vertical, uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor, retrasar el corte del cordón umbilical, dar libre acceso a neonatos en caso de bebé enfermo, uso de técnica canguro. Por otro lado, abstenerse de realizar la maniobra de Kristeller o compresión del abdomen para expulsar al bebé por el canal de parto que es una maniobra peligrosa y no recomendada, por ejemplo.

“Deseo esperar a notar ganas de empujar para empezar a pujar y adoptar la posición que me resulte más cómoda. En el caso de tener la epidural, deseo que me faciliten adoptar posturas de lado”. [P1:17]

“Me permitan libertad de movimiento. En caso de epidural que se me permita poder cambiar de posición mientras me encuentro acostada y que al momento de la etapa de expulsión se me ayude a acomodar en una posición vertical. Me permitan hacer uso de diferentes técnicas para el dolor como el manejo de una pelota, rebozos, etcétera. Me permitan ingerir agua o líquidos claros (té, infusiones, etc....) si el parto progresa adecuadamente”. [P1:16]

“Si se da el caso, al momento del parto prefiero no hacer uso de la episiotomía y rasgarme de forma natural. Si todo está en orden quisiéramos retrasar el corte de cordón hasta el nacimiento de la placenta”. [P4:5]

“Prefiero que no se estimule el parto con oxitocina si éste progresa adecuadamente, así mismo no me gustaría que me rompieran la bolsa de aguas, salvo en caso estrictamente necesario. De inicio, no deseo que se me canalice vía venosa. En caso de que necesite algún fármaco, quiero que se me informe y consulte previamente”. [P5:5]

“No deseo que se me realice episiotomía, a no ser que sea absolutamente necesaria, y siempre solicitando mi consentimiento previamente y de modo que la ginecóloga preserve el periné en todo momento. Soy consciente de que podrían producirse desgarros, pero a no sé qué este prevea de grado 3 prefiero que todo se desarrolle de forma natural. En todo caso, me gustaría que se me explicara siempre la situación y poder decidir”. [P9:29]

No deseo episiotomía

“Prefiero un desgarro antes de realizar una episiotomía”. [P7:7]

“No deseo que se acelere mi dilatación suministrándome gel ni tiras de prostaglandinas, oxitócica sintética, antibióticos o sueros, dejando las horas que sean necesarias para que dilate siempre que no exista ninguna complicación durante el trabajo de parto” [P9:16]

“No autorizo a que se me realice maniobra Kristeller en ningún momento ni en ninguna circunstancia y mucho menos sin mi consentimiento ya que según la OMS se considera poco segura y contraindicada dado que conlleva múltiples riesgos”. [P 9:28]

“Debe existir una justificación para realizar cualquier intervención, control o administración de medicamento durante el parto. Por ese motivo, en este plan de parto se ofrece la información resumida sobre algunas de estas intervenciones, considerando que solo se utilizarán en caso de que exista una indicación que lo justifique”. [P10:20]

La *libertad de movimiento* se refiere a la mujer en trabajo de parto que se le permite estar caminando o alternar según ella sienta que necesita sentarse, acostarse, balancear su pelvis, ir al baño o incluso adoptar posturas en cama o fuera de ella para abrir su pelvis y permitir el avance del bebé dentro del canal de parto. Durante el expulsivo o última etapa del descenso del bebé esta movilidad también facilita no solo el mejor avance del niño, sino una menor incomodidad de la mamá.

“Deseo tener la libertad para deambular y adoptar la posición que desee y poder tomar una o varias duchas de agua caliente si en ese momento lo necesito. Deseo poder utilizar libremente la pelota de Pilates durante mi trabajo de parto”. [P9:20]

“Realizar ejercicios con uso de manta, pelota, tapete, masajes y silla”. [P12:5]

“Deseamos poder escoger la posición que nosotros prefiramos para la dilatación y el expulsivo, así como estar en movimiento todo el tiempo, evitando la posición acostada que se acostumbra”. [P18:10]

“Quiero tener posibilidad de moverme en la habitación para control de dolor, poder optar posturas diferentes, masajes, respiración y no solo estar acostada en la cama”. [P19:6]

El cuarto código de la familia de medicina basada en evidencia corresponde a la libertad y facilidad que se le otorga a la mujer para mantenerse lo suficientemente hidratada con agua y electrolitos vía oral además de alimentos que en poca cantidad y mediante su ingesta frecuente le permitan tener la energía necesaria para continuar con el esfuerzo que representa vivir el trabajo de parto.

Beber y comer

“Me permitan ingerir agua o líquidos claros, o bien fruta, si el parto progresa adecuadamente”. [P6:7]

“Deseamos escoger la posición que mejor me convenga al momento de dar a luz a mi bebé ”. [P13:8]

“Deseo poder ingerir libremente líquidos (no lácteos) o alimentos ligeros durante trabajo de parto” [P20:15]

Es de interés para los padres que su hijo sea atendido de acuerdo con sus necesidades individuales y requerimientos y no por rutinas y protocolos hospitalarios, como aspirar su boca y narinas con una perilla, cortar de inmediato el cordón umbilical, pasar al recién nacido a una cuna de calor radiante, introducir sondas por boca y nariz, dar prioridad a la toma de sus medidas corporales o pasarlo a la sala de cunero.

“Que no le realicen ningún procedimiento invasivo en su cuerpo (NO extracción de mucosidades, NO extracción de sangre, sondas etc.)”. [P7:26]

“No deseamos que le aspiren las mucosidades si el inicio de la respiración es espontáneo , y no le introduzcan sondas rectales o lavados gástricos si no es necesario”. [P9:40]

“Si mi bebé necesita ser ingresado a neonatos, por favor permitan que mi marido o yo lo acompañemos y realicemos todos los cuidados rutinarios necesarios posibles. Le daré pecho, por lo que deseo ayuda para extraerme la leche si fuera necesario y sobre todo acceso para poder amamantarlo a libre demanda. Solicitamos acceso ilimitado a la unidad de neonatos y aplicación de la metodología “canguro” de ser necesario para él”. [P9:47]

“Esperar a limpiar a la niña, pesarla y medirla, ya que no hay ninguna prisa. Permitir el contacto con los padres. Evaluación de la niña ante nuestra presencia, cuando esté en mi pecho”. [P18:14]

“Se pospondrán las actuaciones médicas no urgentes como el peso, talla y otros, con el fin de propiciar el momento íntimo de madre e hijo”. [P22:11]

Empoderamiento

Una mujer embarazada que solicita de manera escrita se le trate con calidez, que no sea presionada durante el trabajo de parto y que se le informe de la evolución del parto, es una forma de generar seguridad. Ella necesita confiar en el personal que le proporcionará los

cuidados, pero además confiar en sí misma y en su capacidad de sobrellevar el esfuerzo que implica el trabajo de parto. En la siguiente figura se representan los componentes del empoderamiento para este estudio.

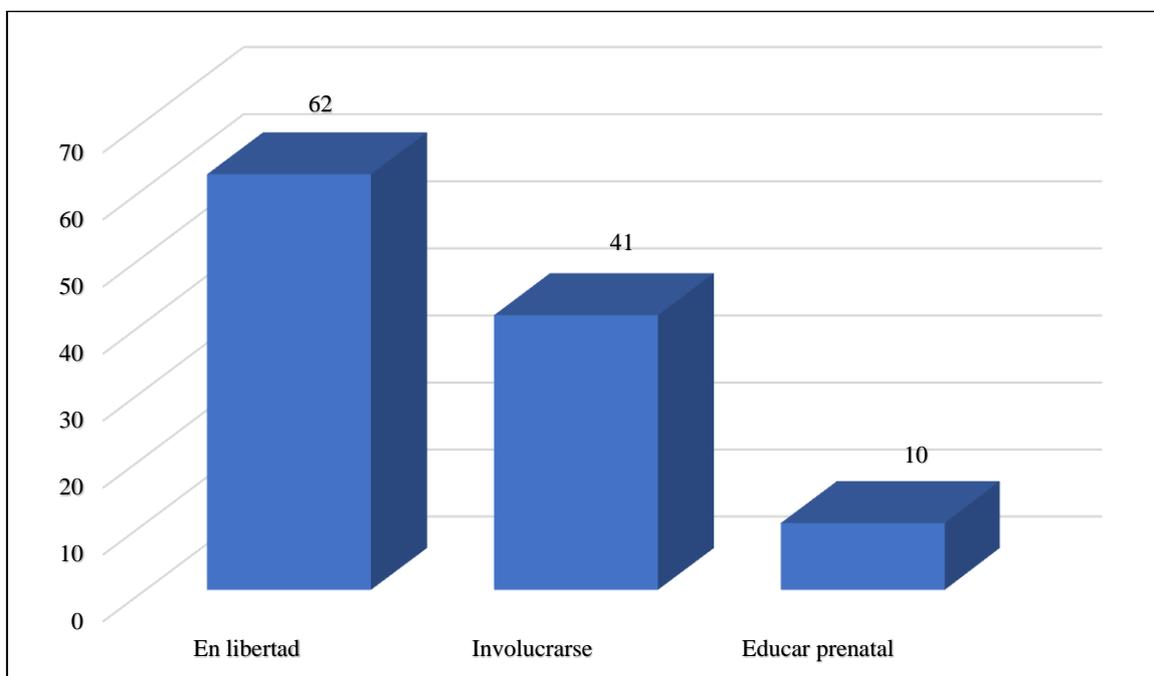


Figura 3. Frecuencia de empoderamiento.

El empoderamiento se da por el fomento de las habilidades, conocimientos y confianza que se necesitan para tomar mayor control de la vida propia Núñez Herrejón et al. (2010), es un proceso que implicaría volverse más activo en la satisfacción de necesidades y en la realización de los propios deseos. En todos los casos al expresar de manera escrita sus preferencias, están mostrándose activas en el proceso de satisfacer sus necesidades y deseos. Denotan ya de inicio tener conocimientos sobre el proceso y los puntos de la atención médica que pueden favorecerles más.

Los tres códigos que conformaron la familia de empoderamiento son sentirse en libertad, involucrarse y la educación prenatal. Con sentirse en libertad se refiere a la libertad de pedir cosas que normalmente pueden ser negadas en la atención rígida de un hospital con protocolos estrictos, pero que para ellas pueden ser importantes incluyendo algunas creencias.

Libertad de pedir estar fuera del hospital lo más posible hasta una dilatación avanzada, estar siempre acompañada, escuchar su propia música, pujar a su propio ritmo sin prisas, sacar a su bebé con sus propias manos, usar sus propias ropas, que el papá corte el cordón umbilical, que entre a visitas otro hijo pequeño, se tomen fotos y video o comer su propia comida.

“Mantenerme fuera del hospital hasta que la dilatación sea al menos de 4 centímetros. Mantener la movilidad, poder caminar y realizar ejercicios de relajación”. [P4:1]

“Además, prefiero vestir mi propia ropa y no la del hospital y tener música de fondo en la habitación como ambientación”. [P5:7]

“Que se me permita introducir mis alimentos, no consumir los del hospital (soy vegetariana)”. [P7:18]

“En la medida de lo posible hacer yo sola las cosas, escuchando a mi cuerpo. Mientras se me apoya en detenerme, para recargarme, etc. Y se me provea las necesidades que vayan surgiendo en el momento”. [P7:6]

“Deseo que me permitan evitar realizar pujos en apnea. Prefiero realizar pujos en espiración, ya que se han probado más eficaces para preservar la musculatura perineal”. [P9:27]

“Con conocimiento sobre los factores que pueden favorecer la disminución de dolor y ayudar a que mi niña nazca con condiciones que puedan favorecer un ambiente más tranquilo y relajado para ella, quiero entrar a una tina con agua, salir si lo requiero, caminar, bailar, practicar algunas posturas que me hagan sentir cómoda, recibir un delicioso masaje ¡los adoro! usar algún aceite relajante, usar una pelota y tapete. Quiero música relajante, luz cuando la requiera y media luz en otro momento y poder tomar alguna bebida”. [P14:10]

“Nos gustaría recibir a nuestra hija dentro de la alberca, estando acompañada de Hiram”.

“Poder sacar a la bebé con mis manos en la medida de lo posible”. [P5:9]

“Además, deseo tomar fotos y video del nacimiento de nuestra hija. Deseo que se me sea entregada la placenta” [P5:13]

“Si no se me administra epidural ni otro tipo de analgesia que me inhiba mis propios pujos, no quiero ser dirigida durante el expulsivo. Deseo que se respeten en lo posible los pujos espontáneos y libres desde el momento en el que haya dilatado por completo”. [P9:26]

Las mujeres quieren sentirse en un ambiente de confianza y libertad que les permita pedir cosas como tomar video o fotografía lo cual no en todos los hospitales es permitido y mucho menos en los públicos:

“Se me permita tomar video y fotografía”. [P12:9]

“En caso de cesárea, deseo que mi pareja este presente acompañándome en el quirófano. Que una vez que hayan hecho la cortada yo pueda ayudar a los doctores con el pujo para sacar a mi bebé y que pueda ver este proceso teniendo la cortina abajo”. [P1:43]

Poder escuchar música

“Si el proceso es largo me gustaría tratar métodos naturales de inducción como romper la fuente, acupuntura y ejercicios antes de tratar medicamentos”. [P4:4]

“Quisiera que el bebé nazca en agua y pasárselo a mi esposo”. [P4:18]

Involucrarse

Cuando el personal de salud involucra a la mujer y su pareja en la toma de decisiones y les explica de forma entendible y se solicitan los consentimientos y aprobación de ellos para realizar cualquier procedimiento, se les está fomentando tener el control del proceso, lo cual implica junto con la confianza una sensación de empoderamiento mejor sustentada.

Las participantes solicitan explicaciones que entiendan sobre la evolución del proceso y los actos médicos o manejos por realizar para que lo puedan discutir evaluando ventajas y desventajas además de otras opciones y finalmente autorizar o no autorizar se lleve a cabo el procedimiento y que sea respetada su decisión (Consentimiento informado ideal).

“Deseo estar informada sobre la evolución y que se me participe de las decisiones sobre el mismo”. [P5:1]

“Deseo estar informada sobre la evolución del Parto y que se me haga partícipe de las decisiones sobre el mismo”. [P6:1]

“Deseo estar informada sobre la evolución del parto, así como que se me consulte de todas las decisiones a tomar sobre el mismo. De igual manera en caso de que este plan de parto omitiera algún detalle, pido se me consulte para la toma de decisiones”. [P7:1]

En ocasiones las solicitudes de la mujer en el plan de parto pueden dar la impresión de que sabe mucho sobre los posibles problemas y sobre el manejo de cada uno, involucrándose hasta en el tratamiento saliendo de su propia competencia como usuaria del servicio. En este ejemplo la mujer parece querer controlar todo a su alrededor, lo cual puede ser contraproducente si lo que se busca es que ella confié, se desconecte y deje fluir el trabajo de parto.

“En caso de encontrarse presencia de meconio en el líquido amniótico, autorizo que se realice una prueba de PH para valorar la gravedad de la situación y poder decidir, respetando en lo posible mi deseo anteriormente expresado” [P9:11]

“Quiero conocer mi evolución y que se me explique cómo va el proceso, que sigue, tener conocimiento y estar consciente de todo lo que ocurra”. [P14:17]

“Quiero que todo sea lo más natural posible. Pero si fuera necesario realizar alguna intervención o administrar algún medicamento por favor explíquenme para que es, las ventajas y desventajas” [P14.18]

Lo que para algunos pueda ser un servicio hospitalario conveniente el hecho de que la enfermera cuide y atienda al recién nacido en el cunero, para otros es un distanciamiento en manos ajenas del ser tan esperado por tanto tiempo y que por fin acaba de llegar a ellos por lo que no están dispuestos a permitir que se les separe por más cansados que parezcan a la vista de los cuidadores u otros familiares.

“Deseo cambiar yo a mi bebé con ayuda de mi esposo”. [P16:12]

El tercer código que forma parte de la familia de empoderamiento se refiere a la *educación prenatal* que puede adquirir la mujer por sí sola o con ayuda. Esta información que adquiere la mujer durante el embarazo por diferentes medios como lectura, pláticas entre pares o cursos formales, la pueden usar no solo para guiar lo que ellas puedan solicitar expresamente en un plan de parto o advertir sobre su no consentimiento expreso de algunas rutinas o manejos que anticipan durante su manejo hospitalario. Pero también juega un papel muy importante en la seguridad y empoderamiento que les generará sobre su propia capacidad y fuerza en el proceso de parir.

“No autorizo la realización de episiotomía excepto en el caso de sufrimiento fetal agudo para abreviar el expulsivo”. [P1:22]

“No deseo la colocación de una cánula intravenosa salvo esté clínicamente indicada y que se me haya dado informe y consultado previamente”. [P1:29]

“No deseo tener colocada una sonda en la vejiga durante el parto normal. En caso de ser necesario se me informará el motivo, se me explicará el procedimiento y se me solicitará consentimiento”. [P1:30]

Tactos vaginales

“Deseo que los tactos vaginales los realice una misma persona y solamente autorizo una persona por tacto vaginal y solamente serán en caso necesario y cuando no haya ruptura de bolsa. En caso de parto estacionado, deseo intentar cambio de posiciones o bien que, en la medida de lo posible, los tactos los realice la misma persona que me ha valorado”. anteriormente. [P1:32]

La categoría de sentirse segura fue la última que se identificó integrada por cinco códigos y 71 citas. Se refiere a la sensación de confianza y libertad de aprehensión, generada entre otros muchos factores por la calidez y aceptación con las que percibe ser tratada la mujer.

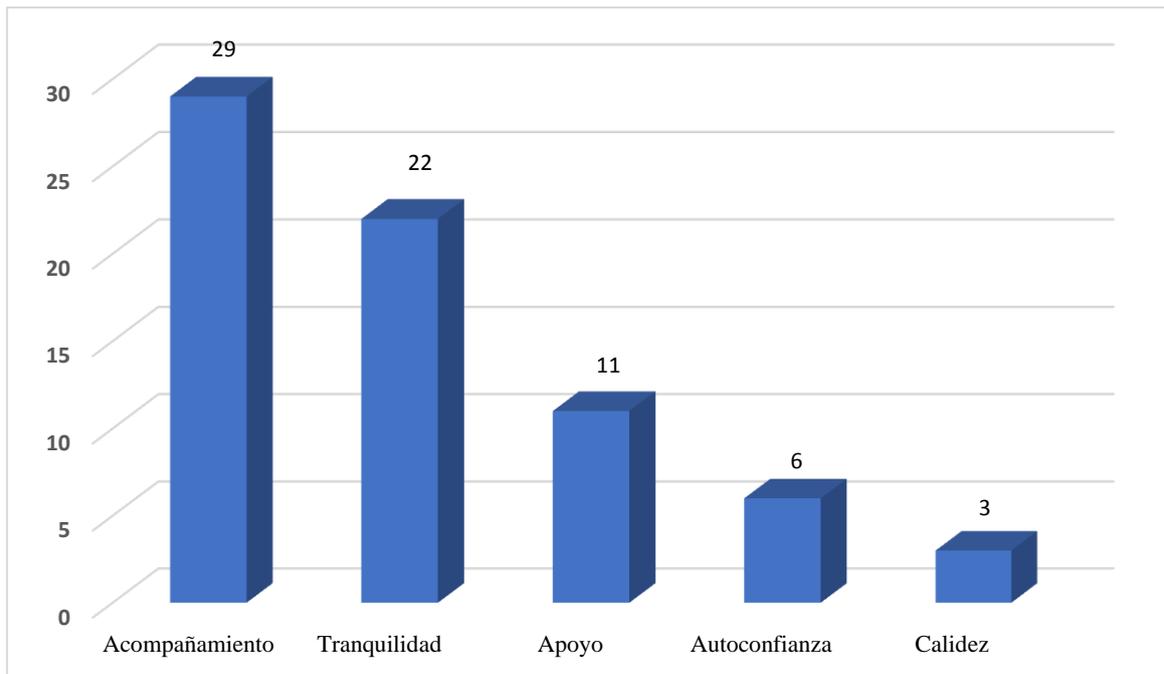


Figura 4. Frecuencia de seguridad.

Esta calidez y aceptación asociadas al embarazo y parto generan seguridad con respecto a los cuidados en salud y apoyo social recibidos, la sensación de control por ella misma e influyen en las actitudes respecto al nacimiento. Los cinco códigos que integran esta familia son acompañamiento, tranquilidad, apoyo, autoconfianza y calidez en el trato.

El acompañamiento se refiere a la solicitud de la mujer a no estar sola, lo más común es pedir que su pareja esté con ella en todo momento. Puede solicitar estar con una doula o acompañante profesional al trabajo de parto y, aunque en menor frecuencia también pueden querer estar acompañadas por algún otro familiar como la madre o alguna hermana.

“Quiero estar siempre acompañada de mi esposo y mi Doula. Sé que ellos se encargarán de ayudarme a sobrellevar el dolor en cada una de sus etapas y me darán la confianza y seguridad que necesito”. [P14.12]

Acompañamiento

Participación de mi pareja

“Si la evolución del parto lo permite, mi pareja y los acompañantes de mi elección podrán participar en todo el proceso, ayudados por la Dra. Durante mi parto deseo estar acompañada de mi pareja, mi hermana y mi madre”. [P10:5]

“Deseo estar acompañada en el postparto inmediato por mi marido y nuestro hijo y que éste no sea separado de mí o de su padre en ningún momento”. [P9:61]

“Me gustaría que mi pareja duerma en el cuarto del hospital y tenga ilimitadas visitas”. [P21:26]

La tranquilidad se refiere a la solicitud de un ambiente de mínimo ruido, poca luz, de aroma y temperatura agradable, con sólo el personal mínimo necesario presente, donde prevalezca el respeto por el evento en desarrollo y se favorezca la relajación. Este ambiente le permite a la mujer inhibir la neocorteza cerebral encargada del razonamiento lógico-matemático, la cual al estar trabajando o en actividad puede condicionar que el trabajo de parto no fluya adecuadamente.

“Deseo que se realicen los mínimos controles y vigilancias necesarias, manteniendo el ambiente silencioso y tranquilo”. [P10:32]

“Pedimos en todo momento un ambiente tranquilo libre de luces intensas y ruidos innecesarios tanto en la sala de parto como en la habitación, todo esto para no molestar a la madre y a mi bebé una vez que nazca”. [P13.42]

“Queremos que las luces de la sala sean lo más bajo posible durante el parto para no molestar a nuestro bebé al momento de nacer, al igual que sonidos agradables y si es posible en algún momento música para relajación”. [P19:5]

“Durante el nacimiento de mi bebé deseo que el ruido sea el mínimo posible. Necesitamos un ambiente tranquilo, silencioso y respetuoso. Por favor, permítanme en la medida de lo posible ver el nacimiento de mi bebé”. [P9:53]“Durante mi estancia deseo se cuiden aspectos como la

intimidad, un ambiente tranquilo, sin frío ni luces intensas, favorecer movilidad y relajación evitando tensión”. [P10:16]

Apoyo físico y emocional

El código de apoyo físico y emocional en la familia para *sentirse segura* se refiere a los procesos verbales y no verbales por medio de los cuales se le comunica interés y preocupación a otra persona en este caso la mujer en labor, a quien se ofrece tranquilidad, empatía, consuelo y aceptación.

En su nivel más elemental, el apoyo emocional le permite al individuo sentirse valorado, aceptado, y comprendido lo cual se relacionará directamente con la autoconfianza y empoderamiento de la mujer. El apoyo emocional tiene efectos físicos y psicológicos positivos, sobre todo para proteger contra los efectos perjudiciales del estrés.

“Me gustaría en el parto: Contar con el apoyo del equipo y de la familia”. [P12:3]

“No me gustaría en el parto: Sentirme presionada por el equipo”. [P12:30]

“Se ayudará al padre, si él lo desea, a permanecer en este espacio de intimidad compartida”. [P10:31]

“Tengan en cuenta que la realización de una cesárea de urgencia o no, en el caso de ser necesaria, sería muy decepcionante para nosotros, por tanto, pedimos el respeto, apoyo y la comprensión que necesitaremos en esos momentos”. [P9:49]

“En caso de cesárea, deseo que mi pareja esté presente acompañándome en el quirófano”. [P1:42]

“Quiero que se respete el tiempo que necesite para el expulsivo siempre que mi bebé se sienta cómodo”. [P9:30]

“En la medida de lo posible hacer yo sola las cosas, escuchando a mi cuerpo. Mientras se me apoya en detenerme, para recargarme, etc. Y se me provea las necesidades que vayan surgiendo en el momento”. [P7:6]

Pujos durante el expulsivo

“Deseo realizarlos cuando yo sienta la necesidad de hacerlo”. [P10:27]

“Cuando el bebé esté por salir deseo que salga de manera natural, poco a poco... y si mi energía y posición me lo permite yo tomarlo directamente al nacer. NO deseo que se le jale o extraiga a tirones”. [P22:22]

Tratamiento y manejo del dolor

La mujer pide tener acceso a una analgesia epidural en caso de considerar que la necesita, por lo que saber que en caso de pedirla la obtendrá, esto le proporciona la seguridad de obtener el apoyo deseado en su momento lo cual redundará en la confianza en sí misma y con los cuidadores

“Deseo usar anestesia epidural” [P8:9]

La *autoconfianza* es esa actitud construida que nos permite realizar actividades con seguridad y ánimo gracias al conocimiento de nuestras propias habilidades. Una mujer con autoconfianza suficiente será más capaz de evolucionar fluidamente durante el trabajo de parto al creer y confiar en la habilidad de su propio cuerpo para parir. Muchas de estas mujeres quieren evitar los medicamentos para control del dolor, quieren poner a prueba su propia capacidad de control sobre el mismo, auxiliándose solo de apoyo no farmacológico, lo cual denota la confianza en su propio cuerpo de lograr avanzar en el trabajo de parto o tener a su bebé sin la intervención de medicamentos por diferentes vías incluyendo la raquia.

“Deseo tener un parto natural que sea inolvidable. En el que siempre me sienta segura, acompañada y sobre todo pueda sobrellevar cada una de las etapas de dolor, segura y motivada pues me espera una gran recompensa”. [P14:4]“No deseo (en principio) ningún tipo de anestesia farmacológica. Prefiero otros tipos de formas de control de dolor como bañera caliente, uso de materiales de apoyo, etc. [P1:25]

No ofrecer medicamentos para el dolor”. [P4:2]

“Se que hay cosas que no puedo controlar y eso está bien”. [P4:21]

El último código de esta familia se refiere a la calidez en el trato. El trato amable, respetuoso y gentil de parte de todo el personal que tendrá contacto con la mujer embarazada incluyendo los encargados del trámite administrativo de ingreso, los camilleros, enfermeras, médicos y especialistas, es muy importante para la mujer embarazada en labor. Se incluye en la familia a pesar de tener pocas citas por la trascendencia del mismo desde el fundamento teórico.

“Pido que se limite la entrada de enfermeras, químicos de laboratorio, etcétera, en la habitación a las estrictamente necesarias; entre menos mejor. También pido que las mismas sean personas positivas que den a mí y a mi hijo un trato amable, respetuoso, que me expliquen si van a realizar algún procedimiento o revisión, respondan mis dudas y se limiten en hacer comentarios con respecto a mis decisiones o cuidados de mi hijo NO solicitados”. [P40:40]

“Deseo estar en un lugar donde haya solo personas con buena vibra y animándome siempre. Donde no quepa el miedo y la duda. Donde haya libertad de movimiento, donde pueda disfrutar mi entorno en ese momento tan especial en mi vida”. [P14:5]

“Deseo que se me informe del proceso en todo momento, durante el nacimiento de mi bebé deseo que el ruido sea el mínimo posible, necesitamos un ambiente tranquilo silencioso y respetuoso, pido por favor en medida de lo posible ver el nacimiento de mi bebé”. [P20:35]

“maravilloso y muy bonito, es sorprendente. Es romper la idea de que es horrible y un mal necesario para traer un bebé al mundo”. [P10]

4.2 Segundo estudio. Testimonios de nacimiento

Testimonios del nacimiento de mi hijo, es el título del cuestionario de preguntas abiertas y cerradas adjuntado en Anexos para la recolección de información respecto a la experiencia de nacimiento ya ocurrida. Se conforma de tres apartados: los datos personales, las

características del trabajo de parto como la duración en casa, en hospital, libertad de movimiento, alimentación, acompañamiento, tipo de nacimiento, manejo del dolor, posición al nacer. Finalmente incluye cuatro preguntas abiertas sobre el Control prenatal, la experiencia personal del trabajo de parto, testimonio del nacimiento, porque SI o NO se siente satisfecha con el mismo y por último si fue éste como lo imaginó o lo planeó .

Se analizan 74 testimonios seleccionados por ser representativos los cuales incluyen 50 nacimientos vía vaginal y 24 vía quirúrgica mediante cesárea. En la tabla 14 se presentan las características de la muestra. La edad promedio de las participantes fue 30 años, con una mínima de 18 y máxima de 40 y una media de 28 años, agrupando el intervalo de 27 a 30 años el 40.5% de la muestra. El 73% (n=54) de ellas fue su primer embarazo y trabajo de parto, 20% fue su segundo embarazo (n=15) y solo 7% fue de tres o más hijos (n=5) y 13.5% del total tenían al menos una cesárea previa (n=10).

Tabla 14
Descripción de la muestra para el cuestionario de testimonios de nacimiento

Característica	% (n=)
Total de la muestra	74
Edad promedio	30 años
Mínima	18
Máxima	40
Media	28
Primer bebé	73% (54)
Segundo embarazo	20% (15)
Tercero o más bebés	7% (5)
Cesárea previa	13.5% (10)
Nacimientos por vía:	
Parto vaginal	68% (50)
Parto después de cesárea	73% (8)*
Cesárea	32% (24)
Analgesia regional (Epidural) en nacimiento vaginal	30% (15)

* Del total de mujeres con cesárea previa (n=11)

Todas las participantes fueron atendidas por dos médicos especialistas en obstetricia con un enfoque centrado en la mujer, en hospitales privados de la ciudad de Hermosillo Sonora, con especial cuidado en mantener un ambiente íntimo y tranquilo, mantener el acompañamiento, apoyo continuo y libertad de movimiento, se usaron métodos no

farmacológicos para manejo del dolor como estrategia principal, además del retraso en el corte del cordón umbilical, la práctica de contacto piel a piel e inicio de alimentación al seno materno dentro de la primera hora de nacidos los bebés. Las mujeres que lograron el parto vaginal adoptaron libremente diferentes posiciones durante el expulsivo, la gran mayoría tuvo a su bebé en una posición vertical siendo en orden descendente más frecuente la sentada, luego en cuclillas y finalmente de pie, solo el 22% (n=11 de total de 50) prefirieron adoptar la posición de semi acostada o de lado, pero siempre con los pies apoyados y no con piernas levantadas.

Absolutamente todas las mujeres estuvieron acompañadas por el esposo, pareja o familiar. Solamente 12 mujeres (16%) tuvieron a sus servicios una doula o acompañante profesional de la mujer en parto. Solo una participante fue sometida a cesárea sin trabajo de parto debido a la complicación de preeclampsia severa y antecedente de cesárea previa esperando el inicio espontáneo de contracciones para una prueba del trabajo de parto en la semana 40 con 4 días (P60). Excepto la anterior, todos los demás nacimientos por vía quirúrgica abdominal fueron realizados durante trabajo de parto incluyendo tres embarazos con fetos pélvicos que al igual que los demás no progresaron en su evolución después de al menos 10 a 15 horas de actividad uterina regular (contracciones de 3 a 4 en 10 minutos).

Se incluyen en la muestra participantes con complicaciones como Diabetes tipo I y cesárea previa (P72) que consigue un parto vaginal sin analgesia, preeclampsia leve (P8, P29), una participante primigesta con antecedente de abuso sexual la cual evoluciona a dilatación completa pero que pasó a cesárea por falta de descenso fetal (P69). Durante los trabajos de parto algunas mujeres cursaron con ruptura prematura de membranas (P36, 68, 72), ruptura prolongada de membranas (P51, 56) que ameritaron inducción o conducción del trabajo de parto, una participante tenía diarrea y cursó con deshidratación durante el trabajo de parto, otra participante cursó con hipotensión y dificultad respiratoria durante la cesárea que ameritó

realizar el contacto piel a piel del bebé con papá canguro en quirófano y recuperación (P68);

No hubo complicaciones en recién nacidos, todos recibieron el beneficio de corte tardío de cordón y contacto piel a piel al menos durante la primera hora de vida, la gran mayoría no se volvió a separar de su mamá aún habiendo nacido por cesárea. Una madre de 21 años después de parto vaginal natural cursó con depresión moderada porque no la dejaron vivir sus papás junto con el novio padre de su bebé.

4.2.1 No satisfecha con la experiencia

Solo una de las participantes respondió no estar satisfecha con su trabajo de parto y nacimiento y no haber resultado éste como lo planeó. Es el caso de una mujer con cesárea previa programada que intentó una prueba de trabajo de parto con la intención de lograr un parto natural sin medicamentos ahora con su segundo hijo por lo que estaba muy emocionada de sentir las contracciones por primera vez. Comenzó en casa, luego en el hospital, fue muy largo y lo refiere al final como muy cansado, hubo necesidad de pasar a cesárea por falta de progresión en el trabajo de parto.

“Por primera vez experimenté el trabajo de parto. En casa lo llevé muy bien, tranquila y relajada, el verdadero reto fue horas más tarde, ya en la noche cuando fuimos al hospital en cada contracción sentía más cerca de mi al bebé y con el paso de las horas fueron más intensas y mi bebé no llegaba después de mucho dolor y cansancio. Fue momento de tomar la decisión seguir intentando aun cuando no venía bien acomodado o la cesárea, intentamos una hora más, pero yo ya no podía más, fue una cesárea rápida pero tranquila, y al nacer mi bebé supe que fue la decisión correcta, él ya estaba cansado también, un poco desilusionada pero tranquila de tener un equipo médico que siempre me tuvo informada y respetó en todo momento mi plan de parto” [P3]

¿Te sientes satisfecha con tu trabajo de parto y parto? No, ¿Por qué? “Me quedo con la espinita de no haber parido, a veces me siento traicionada por mi cuerpo y me pregunto en

que fallé” [P3]

¿Tu trabajo de parto y nacimiento de tu bebé fue como imaginaste o planeaste? “No...Yo quería un parto natural, sin medicinas, ser yo quien lo sujetara por primera vez y ser yo quien viera sus ojitos la primera vez que llegara al mundo además de que me faltó el acompañamiento de mi doula” [P3]

4.2.2 Satisfechas con la experiencia

Todas las demás participantes (73) opinaron estar satisfechas e incluso más que eso por haber sido rebasadas sus expectativas. De los 50 partos analizados cinco corresponde a partos en mujeres con una cesárea previa. Como ejemplo de este grupo de mujeres satisfechas y con nacimientos incluso “*mejor de lo que planearon*” se encuentran los casos de dos participantes con parto después de una cesárea.

“Me encantaba salir de las consultas relajada y confiada...Mi trabajo de parto fue muy largo y sin embargo no lo sentí como tal. Toda la experiencia fue increíble y maravillosa. Y salvo un par de episodios de mucho dolor, siempre me sentí relajada, confiada y disfrutando el proceso con mi esposo... Viví una experiencia hermosa y mejor de lo que imaginé”. [P9]

“Todo salió como lo planeé y fue mejor de cómo lo imaginé, el ambiente íntimo y propicio, el acompañamiento, el control del dolor, el corte del cordón, el contacto piel con piel fue muy bonita experiencia, también que mi bebé se prendiera del pecho inmediato después de nacer fue lo mejor”. [P12]

Lo planeado o lo esperado es una expectativa que varía y dependerá de varios factores como experiencias previas, información que se reciba de familiares y amigos e incluso la educación a través de lecturas, videos o cursos. La expectativa puede ser elevada o baja dependiendo de todo esto y por lo tanto también influirá en el resultado si consiguieron lo deseado. El siguiente caso ejemplifica lo anterior al tratarse de una mujer que se creía débil, dudaba, anticipaba soledad y dificultades, pero al obtener acompañamiento y apoyo se

encontró con un nacimiento que no esperaba.

“...de repente todo se convirtió en un silencio y una paz, cuando sentí como mi bebé se empujaba con sus piernitas para salir, pujé por última vez y como pude me senté para buscarlo en el agua, lo tomé y recuerdo que tenía sus ojos abiertos y me veía con una tranquilidad, ahí me di cuenta que él había estado conmigo toda la labor, lo hicimos juntos, me quedé con él en mis brazos descansando, orgullosa de mí y de él y de lo que habíamos logrado.... Estoy muy orgullosa de mí misma, porque en el camino hubo muchas dudas y ese día me di cuenta de que era más fuerte de lo que creía, y estoy muy agradecida... por dejar que mi parto fuera lo que debía ser un parto, todo alrededor del nacimiento de mi bebé, sin protagonismos médicos, ni decisiones sin consultarme”. [P46]

¿Tu trabajo de parto y el nacimiento de tu bebé fue como lo imaginaste o planeaste? No, ¿por qué?: “Mil veces lo visualicé durante los nueve meses, llena de temor, pero era porque siempre lo hacía sola, no es verdad que uno tenga que pasar solo por el parto, me sentí rodeada de apoyo y de una vibra muy especial que me dio la confianza para darme cuenta de que, si podía parir, así que no era como lo imaginaba, fue mil veces mejor de cómo lo visualicé.”. [P46]

Otras satisfechas pero que tampoco resultó como esperaban fue por encontrarse con una experiencia positiva y no negativa como lo pensaban. O simplemente no sabían que esperar y decidieron vivirlo sin miedo o presión.

“Mi experiencia al parir fue muy diferente a como me habían platicado o como yo me lo había imaginado; fue totalmente diferente. ¡Lo imaginaba en una sala, con frío...!!! sin poder moverme, sin poder estar acompañada por mi esposo. Pero fue todo lo contrario. Siento que el nacimiento de mi bebé fue muy natural me sentí muy cobijada por los doctores... siento que se me dio mucha libertad de levantarme, acostarme, darme un baño, tomar agua etc. La experiencia del nacimiento de mi bebé fue maravillosa...única”. [P22]

En el siguiente caso la participante esperaba que fuera más fácil al tratarse de su segundo embarazo después de un parto previo y resultó ser un trabajo de parto difícil, largo y complicado con intervenciones como la inducción, la oxitocina y la ruptura de membranas. Sin embargo, se respetó la intimidad, hubo gran apoyo y calidez además de lograr un nacimiento en agua, retraso en el corte de cordón y contacto piel con piel. Se logró gran satisfacción, aunque no fue como lo planearon.

“...Mi trabajo de parto tuvo que iniciar debido a mi hipertensión. aunque de una manera respetada, este fue inducido con medicamento...” ¿Te sientes satisfecha con tu trabajo de parto y nacimiento? “Sí, porque a pesar de las circunstancias difíciles que cualquier otro doctor se hubiera ido por una cesárea, puedo decir que sí se pudo, que lo logré , tener un parto sin medicación Y tener a mi hija inmediatamente después de su nacimiento.” ¿Tu trabajo de parto fue como imaginaste? “¡No, porque al ser mi segundo embarazo, yo imaginaba que iba a ser un parto mucho más fácil que el primero... sin embargo hubo ciertas cosas que no esperaba como la inducción, y al no haber avance en mis dilataciones, rotura de membranas y al final, lo que no había imaginado mi bebé nació en el agua!” [P8]

4.2.2.1. Satisfechas a pesar de terminar en cesárea

De las 29 participantes que se declararon también satisfechas, pero no (negativo) resultó como planearon el trabajo de parto y nacimiento de su hijo, el principal motivo fue que anhelaban tener un nacimiento vaginal y no se logró debiendo recurrir a una cesárea durante el trabajo de parto. Como lo refieren las siguientes dos participantes, la primera con inicio espontáneo de las contracciones del trabajo de parto porque deseaba un parto en agua y sin embargo necesitó diferentes intervenciones médicas por una ruptura prematura de membranas y después de un largo y cansado trabajo de parto terminó en cesárea.

“Si me siento satisfecha, ya que mi bebé recibió todos los beneficios de un trabajo de parto, y fue cuando ella estuvo lista para nacer...fue muy largo y cansado, no dormí en 24 horas, el

corazoncito de la bebé empezó a acelerarse fue cuando empecé a tomar decisiones que no había planeado, primero la epidural para tranquilizarme, y posteriormente... la cesárea por no haber bajado. Aun así, siento que se hizo un buen trabajo y sobre todo muy agradecida ... por haber hecho mi cesárea muy humanizada y darle a la bebé los beneficios de piel con piel y el corte tardío del cordón.” [P4]

“Porque aunque no pudo nacer el bebé en el agua como quería pasé por el proceso, lo viví, me siento fuerte y orgullosa de saber lo que es una contracción, porque me queda la satisfacción de saber que intentamos que el bebé naciera lo más natural posible... no me imaginé tantas horas y menos pensé que terminaría en cesárea... pero si imaginé disfrutar del nacimiento de mi bebé , tenerla conmigo, sentirme protegida y segura, fue completamente diferente a como me imaginé pero salí del hospital feliz, sana, sintiéndome además físicamente muy bien, sin malestar y con mi bebé en brazos.” [P1]

Sin embargo, también hubo participantes que terminaron en cesárea no estando planeada por supuesto, afirmaron haber vivido la experiencia como lo planearon al referirse a la tranquilidad, acompañamiento y trato respetuoso recibido como es el caso de la siguiente mujer primigesta de 29 años con antecedente de dos cirugías de cadera en la infancia por luxación congénita que solicitó inducción del trabajo de parto a las 40 sdg por estimar peso de su bebé en más de 4kg. Después de más de 12 horas. de labor intensa, una posición occipito posterior persistente y dilatar a solo 1cm decidió la terminación por vía abdominal. El peso del bebé fue de 4120 gr. al nacer, la madre cursó con fiebre posparto persistente manejada como infección de origen a determinar.

Satisfecha si “...Por el trato cordial, profesional y humanizado que recibí... Porque pese a que tuve una cesárea todo ocurrió como lo había planeado y se respetó siempre mis deseos, cuidando en todo momento el bienestar mío y de mi bebé. Siempre he dicho que soy una persona muy sensible al dolor por lo que jamás me imaginé aguantar más de 12 horas de

trabajo de parto sin epidural y haberlo logrado me hace sentir feliz y fuerte.” [P2]

Para otras todas satisfechas pero que tampoco resultó como lo planearon, aunque si consiguieron el parto vaginal fue por el tiempo que duró el trabajo de parto. Para algunas varió la expectativa positiva o negativa que tenían sobre el dolor y también hubo casos aislados por razones como no tener ni idea sobre qué podía esperar la mujer.

“Si bien es cierto que fue muy duro para mí no haber dilatado pronto, también fue un logro gigante haberlo hecho sin ayuda de ningún medicamento... No podría describir el cúmulo de emociones que experimenté al sentir su cabecita expulsarse de mí. y mucho puedo describir lo que sentí al verla nadar hacia mí, con sus ojitos abiertos... fue realmente hermoso...Realmente fue muy satisfactorio no tener algo de que arrepentirme, ya que todas las decisiones las tomé yo... No fue como lo imaginé por el tiempo de trabajo de parto, nunca pensé que fuera tan largo.” [P16]

Me sentí presionada porque “quería que mi bebé naciera rápido, tenía poco líquido y había dejado de moverse”. El trabajo de parto “fue en mi opinión muy largo”. Me siento satisfecha porque “a pesar de las complicaciones se logró un parto”, no fue como lo planeé porque “Pensé que podría tener más control sobre el dolor que sentía. Me sentía asustada. Al ver a mi bebé nacer tan despierta, gracias a Dios completamente sana, se me quitó completamente el dolor y el miedo, fue algo que no puedo describir, me sentí muy muy feliz y agradecida.” [P18]

“No dolió como lo esperaba, como escuchaba comentarios de terceras personas, nada de lo que viví se parece a los comentarios escuchados... Yo me preparé mentalmente durante todo el embarazo para la llegada de la beba, imaginando fuertes e insoportables dolores, pero nada de lo que esperaba pasó, cabe mencionar que duele, porque el último momento no sabía cómo recibirlo, tuve un poco de miedo al final, pero no por el dolor, sino por no saber qué pasaría. Sentí cuando la bebé empujó ya para salir y en ese momento, yo sabía que tenía que ayudarle

a salir para que no le pasara nada, ese momento fue el que no esperaba, el que pensé que me partiría en dos como dicen, pero no fue así.” [P33]

“En general mi embarazo fue muy bueno; el trabajo de parto fue doloroso pero soportable hasta cierto punto; me sentí muy apoyada... Realmente no tenía idea de lo que el trabajo era, pero tampoco quería predisponerme; mejor decidí vivirlo y experimentarlo en el momento sin miedos ni presiones” [P 35]

Para algunas participantes (4 casos) la respuesta en cuanto a su satisfacción fue ambivalente, respondieron que si por unas razones y al mismo tiempo no por otras como el caso de los partos de las siguientes tres participantes, la primera fuera y la segunda dentro del agua. La última participante se trata de mujer con cesárea previa que logra un parto acuático a pesar de ruptura de membranas y uso de oxitocina.

Satisfecha Si “Por qué me demostré a mí misma que soy capaz de lograr mis objetivos, que por más duro que sea el camino es posible lograrlo y reitero que el apoyo es fundamental, el tener a alguien a tu lado que te afirme que si puedes es trascendental así como el ambiente en el que te encuentres, en mi caso pasó de ser un cuarto iluminado de hospital a un lugar completamente distinto, cálido, tranquilo, cómodo y seguro, y el recibir a mi bebé en ese ambiente y con esas personas tan cálidas también fue una bendición, me siento más que satisfecha.” [P7]

¿El trabajo de parto y nacimiento fue como planeaste? “Por una parte si y por otra no, el trabajo de parto si fue como lo imaginaba, lo disfruté junto con mi esposo en casa, al llegar al hospital también tuve un ambiente agradable que me permitió sentirme tranquila. Lo que no imaginaba era que no iba a haber agua caliente en el hospital y yo imaginaba mi parto en el agua y para cuando entre a la tina ya no estaba tan tranquila y no pude, al final lo tuve de cuclillas apoyada de un rebozo, con mi esposo sosteniéndome por detrás... lo planeado era que fuese natural y se logró, así que ahora no imagino de otra manera, las cosas sucedieron

como debían.” [P7]

¿El trabajo de parto y nacimiento fue como planeaste? “Si, pues me sentí muy relajada y logré estar tranquila como lo esperaba después de haber estado trabajando en eso. No, por el tiempo de trabajo de parto, nunca pensé que fuera tan largo [P16]

Satisfecha si “Porque fue un proceso muy respetado y acompañado, Me sentí apoyada y que las metas tanto mías como de... -acompañantes (médico-doula)-. Eran las mismas entonces nos enfocamos en eso. ¡No creí que fuera a parir y si se pudo!”...¿El trabajo de parto y nacimiento fue como planeaste? “Si y no. Si porque quería que fuera parto natural Y no porque dudaba mucho que se pudiera, más porque iba lento mi trabajo de parto al igual que con mi primer hijo que terminó en cesárea. Entonces fue planeado pero sorprendente e increíble. ¡Muy padre! [P45]

4.2.2.2 Satisfecha y con expectativas cumplidas

El total de las participantes (74) buscaba al menos intentar el trabajo de parto, lo cual incluye a 54 mujeres en su primer embarazo (73%) y 11 mujeres con cesárea previa (15%). El porcentaje de nacimiento por parto vaginal fue de 68% (n=50) y de cesáreas el 32% (n=24). El parto exitoso después de al menos una cesárea fue en 73% (n=8).

Un testimonio que resume factores determinantes en la respuesta de sentirse satisfecha con su trabajo de parto y nacimiento es la participante con parto acuático después de dos cesáreas previas.

Satisfecha si “Porque en ningún momento dudé que eso podía hacerlo, porque me sentí libre, apoyada y protegida... sabía que si algo se complicaba... estaban para atenderme. Porque a pesar del dolor lo pude disfrutar, porque todo lo que me preparé me sirvió para no tener miedo y aceptar cada dolor como algo natural y bueno para mí y mi bebé . Porque me siento con poder de tomar decisiones sobre mí y mi cuerpo.... yo estaba informada de todos los beneficios y pude comprobarlo, y ahora puedo decir se puede ¡se puede parir sin miedo!” [P

42]

Otros testimonios valiosos por la comparación que pueden hacer, es el de las mujeres que previamente tuvieron un parto medicalizado o una cesárea tradicional sin el enfoque amigable o centrado en la mujer.

“El recuerdo más especial del nacimiento de mi hija, es haber podido sacarla del agua yo misma, ser la primera persona en tocarla, tenerla en mi pecho y abrazarla es la recompensa para las experiencias anteriores, en donde las cosas no salieron como hubiera querido. Después de una cesárea y un parto medicalizado, esto me confirmó que, si puedo, que mi cuerpo sabe parir, que no hay nada malo en mí ... mi hija tuvo el recibimiento que soñé: agua calentita, luz tenue, con música, al lado de gente que respetó sus tiempos y que la esperaba con los brazos abiertos y mucho amor. Con tranquilidad, siempre al lado de mamá y papá, nada de cuneros ni gente extraña, ni biberones... Esta ha sido la experiencia más intensa y enriquecedora en mi vida. El pasar por un proceso de parto y descubrir que es algo maravilloso y muy bonito, es sorprendente. Es romper la idea de que es horrible y un mal necesario para traer un bebé al mundo” [P10]

Es importante notar que, al analizar los instrumentos de este tercer estudio, en base a las categorías definidas en el primer estudio de Vínculos, Medicina basada en la evidencia, Empoderamiento y Seguridad, fueron similares las tendencias en el número de citas en relación a Seguridad, seguidas por el empoderamiento y finalmente por el vínculo, pero en cuanto a la categoría de medicina basada en evidencias las citas fueron muy pocas.

4.3 Tercer estudio. Entrevistas

Se analizan entrevistas realizadas a mujeres y sus parejas con nacimientos en los años 2014, 2015 y 2016 que cumplen con el requisito de haber sido atendidas por los investigadores bajo el modelo de atención humanizada, intercultural y segura y cuyas

entrevistas fueron más completas y expresivas, la muestra se seleccionó por casos extremos y representativos.

Se identificaron 180 códigos los cuales se agruparon en 9 familias o categorías que fueron: Apoyo (19), Dolor (14), Piel a piel (12), Libertad (10), Acompañamiento (7), Ambiente (5), Cesárea humanizada (5), Alojamiento conjunto (4) y Expectativas (3). Posteriormente se vincularon los códigos relacionados de acompañamiento y ambiente con el de apoyo; el alojamiento conjunto con el contacto piel a piel y se redujeron las categorías quedando solo seis familias.

Tabla 15
Descripción de los participantes de las entrevistas individuales.

Participantes	N=24 (100%)
Primer embarazo	16 (66.6%)
Segundo embarazo	8 (33.3%)
-Con cesárea previa	6 (25%)
Parto vaginal	16 (66.6%)
-Parto después de cesárea	4
-Parto en agua	3
-Parto con BPD	3
-Inmersión en agua para relajación	6
Cesáreas en trabajo de parto	8 (33.3%)

El 96% de las mujeres calificó con 10 de satisfacción en escala de 0 a 10, la experiencia de nacimiento de su bebé. Para la mayoría de las participantes fue difícil encontrar aspectos negativos o no satisfactorios en la vivencia. Algunas mencionaron que no esperaban que fuera tan largo el proceso del trabajo de parto, una recuerda mucha fatiga por el gran número de horas que pasó antes del nacimiento de su bebé. Todas las parejas resultaron muy satisfechas con la atención.

4.3.1 El apoyo como categoría principal del tercer estudio.

Integrado junto con los códigos de acompañamiento y el ambiente creado a la categoría de seguridad de los estudios 1 y 2, el apoyo en el tercer estudio resultó la categoría más importante en frecuencia citado por las participantes.

En el grupo estudiado este apoyo fue proporcionado por su pareja o familiar y el personal profesional que atendió a la pareja incluyendo en algunos casos la doula o acompañante profesional de la mujer en parto. La mujer reconoce la importancia de este apoyo con anticipación coordinando con su pareja incluso el cómo quiere que sea apoyada cuando empiece a rendirse, como es el caso de la siguiente participante con cesárea previa que logró un parto natural llamado así por no haber usado medicamentos ni analgesia por bloqueo peridural y solo métodos naturales como el movimiento y la relajación.

“Yo ya me conozco, yo quiero que tú me digas que sí puedo. Aunque yo te diga que no puedo tú me vas a decir que sí puedo le dije, tú, no quiero que me digas que no puedo. Yo quiero que digas si yo digo no puedo, tú me vas a decir que sí puedo, porque sí puedo, sí vamos a poder primeramente Dios”. (P1:7)

El acompañamiento por personas empáticas y de la confianza de la mujer tiene un impacto directo en la seguridad y sensación de apoyo que ella percibe. Este acompañamiento fue realizado en las participantes principalmente por sus parejas, algún familiar como la madre, doula o acompañante profesional.

“...el hecho de que estuviera conmigo todo el tiempo, que lo dejaran estar a mi esposo conmigo todo el tiempo sentía así pues un apoyo de alguien de confianza, así que siempre estuvo él conmigo eso también me ayudó a estar yo tranquila pues sin preocuparme de otras cosas”. (P28:5)

“... me gustó mucho la atención, siempre me sentía acompañada y segura, o sea, me dieron mucha seguridad tanto el doctor como estar acompañada de mi pareja y la enfermera, la doula”. (P 26:2)

“... lo que me dio más tranquilidad pues tener conmigo aparte de mi esposo a dos personas muy profesionales en las que yo confiaba. – doctora y doula-. Eso me dio así mucha seguridad pues desde que estaba en mi casa antes de ir al hospital, me dio mucha seguridad tener

conmigo a alguien, pues que sabía todo lo que estaba pasando y que sabía de qué se trataba todo, no porque pues, era mi primera vez con un parto”. (P28:3)

Al ser un componente muy importante del apoyo que recibe la mujer, el acompañamiento lo llevó a cabo alguien de su confianza. Otra forma de hacerla sentir segura y tranquila fue la generación de un ambiente sin ruidos y sin personas innecesarias, más bien privado, íntimo, con luz tenue y con olores y música relajante.

“...el cuarto, o sea, el que usted haya puesto pues todo, la música siento que también hizo como que más relajado el ambiente, eso fue pues bastante bueno, o sea, no sé si así hace siempre o cómo es, pero me gustó mucho”. (P2:6)

“...algo que me sentí muy bien fue que no había personas de más en la sala, estábamos los que teníamos que estar y los que yo quería que estuviéramos, el ambiente se mantuvo digamos muy íntimo, cálido de alguna manera me gustó haberme podido mover libremente”. (P4:5)

“...ah, el estar en un lugar muy tranquilo, o sea, el escuchar la música o sea que todo estaba muy relajado, el aroma porque también me gusta mucho lo del aromaterapia y todo el ambiente, o sea, que todo se sentía como si estuvieras en un lugar muy tranquilo.” (P19:4)

“...la música todavía la recuerdo bastante, la música de hecho la escucho, la logré encontrar y todavía me lleva al momento ese de mi parir”. (P20:4)

El tipo de ambiente pudo ser comparado por participantes que vivieron previamente otro nacimiento de manera tradicional. Como la siguiente mujer que tuvo una cesárea previa en un ambiente donde sintió que a nadie le importaba.

“... o sea el ambiente que se creó en esa, a pesar de estar en hospital como la primera vez, pero el ambiente que se creó ahí a comparación del primero: de estar entrando y saliendo y frío y hablando fuerte todo el mundo o sea, allí fue para mí una noche romántica, la verdad totalmente o sea, mi doula con su aromaterapia, las velitas, todo a media luz, todos hablando

bajito, música o sea, fue totalmente o sea, fue una experiencia totalmente romántica, todo bonito, con libertad, si quería comer en cuanto levantaba yo cabeza, yo sentía que estaba como que ni aquí, ni allá , yo estaba en trance, sin dejar de estar presente, pero estaba en trance. Era como si estuviera yo en otra parte y acompañándome de todo este equipo divino, o sea, si yo tengo hambre o sea en un segundo estaba, tengo sed en otro segundo con mi doula. No es como que, de hablar, de decir yo. me duele aquí no pues, ella se daba cuenta, era como... el tener una doula es grandioso, o sea”. (P10:13)

El mismo ambiente tranquilo, íntimo y respetuoso en el que la mujer no está sola ni física ni emocionalmente y donde se le trata como la protagonista del evento más importante del día también se llevó a cabo en participantes durante cirugías que ahora llamamos cesáreas humanizadas o centradas en la familia.

“...también como se creó la atmósfera en el quirófano, que estuviera la temperatura para que ninguna de las dos tuviéramos frío, que puso la música, todo el personal también el pediatra él, su esposa cuando llegó, también las enfermeras, también el anestesiólogo, todo el personal se portó muy bien”. (P17:3)

“...la música, ay la música de la cesárea súper bonita que más, pues verla a ella, a la Luisa y tenerla aquí, ¡uy fue lo máximo!”. (P16:5)

El plan de parto es un escrito que la pareja previamente desarrolla en el que expresan sus deseos y solicitan por esa vía cómo les gustaría que les apoyaran a llevar a cabo el nacimiento de su bebé . La mujer ve en su pareja a la persona de mayor confianza para tomar las decisiones cuando no le sea posible hacerlo por ella misma.

“Bueno obviamente que también mi esposo, sentir la confianza de que mi esposo también está ahí si algo se necesita o algo, que pueda tomar alguna decisión o algo y también el haber elaborado el plan de parto que si en el momento tú ya no quieres pensar en eso o en tomar

decisiones pues ya hay algo ahí que te respalda o que te dice que pensabas antes del parto las posibles no sé, las posibilidades que o las preferencias que tienes...”.

La mujer reconoce después del evento del nacimiento de sus bebés, como de mucho valor el haber sido acompañadas por sus parejas en estos casos todas masculinas, comentando que sin ellos muy probablemente no lo hubieran logrado.

“...algo positivo ay, pues otra cosa positiva, pues fue Luis que siempre estuvo ay, la verdad no siento que hubiera podido así, llevar tanto tiempo si no hubiera estado ay...” (P2:5)

En el grupo estudiado resalta la percepción de las participantes sobre el gran apoyo proporcionado por el personal médico incluso por encima de las personas cercanas o familiares quienes dudaban de la capacidad de la mujer de lograr un parto.

“...y que él estuviera apoyándome pues para mí fue una experiencia muy muy bonita, que estuviera conmigo yo creo que no la hubiera hecho si no hubiera estado él apoyándome y haber tenido a una persona como usted que nos diera la credibilidad que si se podía hacer las cosas porque hasta ahorita nadie lo puede creer...” (P1:17)

“...si fue muy bonito estar apoyado por todo el equipo como dice ella, como le echaban Porras, no nomas estar ay parados, pues no...” (P20:5)

“...me sentí apoyada aja, siempre estuvieron ay, yo creo que eso me daba mucha seguridad...” (P25:1)

“...de no haber tenido el apoyo y las personas que tuve hubiera tomado decisiones incorrectas y que a lo mejor ahorita estuviera lamentando y que no me sintiera tan a gusto como me siento en este momento...” (P19:6)

“...pues definitivamente el trato, el trato la verdad para mí fue muy positivo, estar o sea no sentirme observada, sentirme apoyada por mi esposo y por todo el equipo que me acompañó eso para mí fue muy importante”. (P20:2)

El apoyo del personal médico incluyó al médico especialista tratante, el médico general de guardia y la enfermera todos bajo la misma consigna y se caracterizó por un trato amable, comunicación clara y asertiva pero siempre cálida y empática. Se tomó en cuenta a la mujer y su pareja explicándoles cada situación clínica y opciones para que fueran ellos los que se involucraran tomando decisiones y empoderándose durante el proceso.

“...Acompañante: sentimos mucho apoyo de tanto usted, el proceso de cambiarnos al hospital, la calma con la que llegaba y nos platicaba, la persona que estuvo con usted el muchacho nos apoyó mucho a ella a mí me empezó a decir mira hazle así, súbale aquí, todo eso nos ayudó, nos dio mucha confianza, nos sentíamos muy a gusto hay en el hospital... y luego la tranquilidad o sea la tranquilidad cuando le preguntábamos las cosas y usted decía vamos bien, así como vamos bien entonces es bueno eso...”. (P1:16)

“...como estuvieron hay o sea, como cuando estaba usted con nosotros desde que empezó hasta que se acabó todo pues, o sea nunca estuvimos solos pues, como nos dio chanza de quien puede estar adentro, mi esposa decidió que estuviera yo nada más, estábamos yo y ella ay pero siempre apoyados por usted, cualquier duda estaba usted, cualquier problema, algo raro, nos decía nos explicaba qué es lo que estaba pasando entonces estábamos nosotros y nos sentíamos apoyados, entonces eso nos gustó mucho también...”. (P20:6)

“...y le pregunté que si porqué, en qué momento o porqué usted decidiría una cesárea y dijo que solo el bebé o sea, si el bebé seguía bien podíamos seguir y si el bebé algo manifestaba entonces nos íbamos a cesárea de emergencia, fue lo que yo por eso decidí que no quería una cesárea de emergencia así para mí, para más nervios y qué mejor de una vez... y usted dijo que estaba bien, que el trabajo de parto pues ya habían sido muchas horas, que las contracciones habían ayudado al bebé , yo me sentí muy a gusto porque de cierta manera a la vez pensaba decirle, le digo que cesárea a lo mejor me diga ¿por qué cesárea?.. Síguete, o no se fue muy padre, yo me sentí muy a gusto porque usted me dijo muy bien, o sea, ya te

aventaste un trabajo de parto, está bien, le ayudó al bebé. Yo me sentí muy animada, no me sentí como desilusionada o que no había tenido, o muchos me dicen ¡válgame tanto trabajo para cesárea! pero yo no lo veo así, pues porque yo me sentía que me echaban muchas porras pues usted. Porque, no lo veo de oquis todas esas horas de trabajo de parto.” (P15:8)

“...estaba abierta, siempre estuve abierta a que no podía tener el control de todo, siempre quise un parto natural pero cuando me preguntaban ¿qué va a ser natural o cesárea? siempre dije va ser todo va para que sea natural pero siempre estuve abierto de que hasta el momento en el que estás en el trabajo de parto, pues, puede que algo ocurra entonces. Sí quería un parto natural pero no estaba cerrada, siempre dije bueno, si es necesario una cesárea pues mientras la bebé y yo estemos bien adelante, entonces de hecho no sé si recuerda que le dije: doctor yo sé que a usted no le gusta hacer cesárea, pero hágame una, y el hecho de que usted me respondiera es que no se trata de lo que a mí me guste, sino de lo que tú quieras. No sé, eso sí me dio mucha confianza y más ánimo de que no tiene nada de malo cuando las circunstancias así lo requieren y no por flojera o por querer simplemente agendar la fecha para tu bebé , pues está bien una cesárea si las circunstancias así lo dicen y cuando usted me dijo eso así, como que no se, me dio más alivio más ánimo de que pues adelante y cuando me lo reafirmó cuando dijo que la bebé venía boca arriba dije está bien, Dios sabe porque hace las cosas y si, no me sentí mal porque igual, pues creo que hice el intento y pues hice lo que estuvo en mi manos...”. (P17:1)

Aspecto fundamental del apoyo fue también proporcionar métodos no farmacológicos para controlar el dolor como libertad de movimiento, presiones, compresiones, masajes y agua caliente ya sea en bolsas de calor, dentro de la regadera a chorro o con inmersión en una tina inflable.

“...todo, todo ...la alberca, el estar en la regadera, el estar en la alberca sentía delicioso el estarme mojando, o sea sentía yo masajitos, o sea decía yo, esto parece spa me acuerdo que

sentía el agua bien dura de la regadera, o sea si llegaron momentos entre contracción y contracción que sentía como si estuviera yo en el limbo...”. (P13:8)

“...el apoyo el tener a alguien que te esté diciendo: sí, sí puedes, lo puedes hacer. Porque si llegó un momento en el que tú crees que no puedes, que no eres capaz de hacer nada, que ya y pues en mi caso fue que ya, ya quería que me hicieran cesárea y quería que me sacaran ya, no podía, me iba a morir. Y sí, sí se puede con el apoyo con todas las herramientas, aparte de todas las herramientas que tenían para ayudarme como el reboso que al final fue la solución, o sea las herramientas y los métodos de alivio para el dolor y eso yo creo que fue lo fundamental, que alguien te esté ayudando y esté a tu lado y aunque sea tomándote nada más, agarrándote la mano o en el caso de mi esposo que me tenía que hasta empujar”. (P19:5)

“...pues el acompañamiento de mi doctora, de mi esposo, el que ahora si se vieron todas las condiciones que yo había esperado, hasta tener una tina para calmar el dolor, incluso el haber tenido algo qué comer ay en el cuarto, que la otra vez no tenía el parto anterior pues. y que estuve tranquila y sin presiones en todo momento”. (P27:2)

El apoyo que se le proporcionó a la mujer no fue solo físico y emocional, sino también consistió en empoderar y llegado el momento en animar e invitar a la mujer a continuar. Todas las mujeres en labor llegan a un punto durante el expulsivo en el que su voluntad se quebranta, sienten que no pueden más, que se parten en dos o incluso que van a morir y es entonces cuando el apoyo externo cobra más valor. Si estamos conscientes de la evolución correcta y animamos a continuar, siempre se obtuvo el feliz nacimiento vía parto. Esto fue posible con actitud positiva y ganas de lograr el nacimiento vaginal y no solo estar esperando la excusa perfecta para terminar de manera más rápida mediante la cirugía.

“...estuvieron siempre al pendiente de mí en lo que se me ofrecía, siempre estaban ay, y yo creo que eso me ayudaba, me ayudaba a lanzarme hacia delante o sea, no detenerme y de hecho pues el que me dijera que yo podía, si porque si me sentía un poco nerviosa pero ya

desde con el hecho de que me dijera ¡tú puedes, tú puedes! pues yo creo que lo logré, me siento muy feliz, muy satisfecha”. (P25:2)

No siempre es posible que el propio personal médico proporcione toda la contención emocional y física, por lo que trabajar en equipo es de gran valor designando funciones para cada persona como lo es la enfermera y la doula o acompañante profesional de la mujer en trabajo de parto, siempre y cuando todos mantengan el mismo objetivo de proporcionar una atención cálida y centrada en la mujer.

“sí, las enfermeras ya sabían qué era lo que yo quería, luego apagaron la luz, me dijeron que me pusiera cómoda, que fuera a bañarme, que me iban a traer comida, no, no intentaron ponerme la bata, canalizarme inmediatamente como la vez pasada...” (P27: ·)

4.3.2 El dolor como principal problema para parir

El dolor del parto se ha considerado tradicionalmente uno de los principales factores por los que la mujer con miedo pueda preferir no “sufrirlos” y optar por solicitar una cesárea. Se pudo notar con los comentarios de las Participantes que en la misma proporción puede haber mujeres que percibieron el dolor como muy fuerte y probablemente mayor a lo que esperaban o puede haber mujeres en las que el dolor no fue tan importante o se olvidó rápido. Cuando se les preguntó sobre alguna experiencia negativa, fea, que les dio miedo o que simplemente fuera algo que no les gustaría volver a pasar, algunas contestaron:

“pues ya ni me acuerdo... el dolor ya ni me acuerdo.” (P18:1)

¿Qué piensas del dolor o la incomodidad de trabajo de parto? P-MLRB: “pienso que sí es fuerte, pero es tolerable, o sea si sabes, si te mueves o si estás activa, si te están ayudando. Sí se puede sobrellevar”. (P26:4)

“...al principio cuando estaba en la tina y que sentí un dolor horrible pensaba nunca más voy a tener hijos, no puedo es demasiado dolor. Y al segundo día que estábamos platicando mi experiencia a mi mamá o no recuerdo a quien dije, ¿Cómo? o sea, sí se puede volver a repetir

porque es algo así que, o sea le venía platicando ahorita que lo veo, como algo que pasó como si fuera un sueño, pero es algo que me hizo descubrir partes de mí que no conocía y a él también”. (P19:11)

En algunos casos, las expectativas de las mujeres, podían ser unas y al final encontrarse con eventos que no esperaban pero que de cualquier forma no impactaron de forma trascendente con la satisfacción global de la experiencia, a pesar de que en algún caso la mujer pudiera sentirse hasta defraudada con su cuerpo por no haber aguantado lo suficiente como en el siguiente caso de una mujer que llegó el momento en que tuvo que pedir se le aplicara una analgesia epidural y a pesar de sí haber logrado un parto, se reprochaba no haberlo logrado sin el bloqueo peridural.

“...de las primeras cosas que se vengan a la mente que hayan impactado o impresionado o que hayan sido percibidas como negativas? Que no aguanté. No pues, que no aguanté, “...como que me cansé mucho emocionalmente al final, más que el dolor, porque me acuerdo cuando salí de la alberca que todavía aguanté, ...como media hora sin quejarme de las contracciones, pero decía... es que ay viene otra!, ¿o sea ese era el pensar, el que todavía tengo que... o sea otra más? ¡¡ ¿Por qué otra más? (P13:23)

“...yo sé que me pueden decir te dolió mucho y que no sé qué...y la verdad es, que el dolor físico se olvida muy rápido, tuve dolor. ¡Creo que hablan tanto del dolor que creo que en mi cabeza estaba esperando que me doliera más, pero la experiencia en sí fue una experiencia... ay! qué bonito, ya quiero otro...” (P10:11)

“...ya ahorita ya se me olvidó , no esperaba dolores tan fuertes porque el primer parto fue más rápido... a lo mejor no duré tanto, pero si me dolió más... pero ya pasó”. (P27:5)

“...experiencia negativa? No, la experiencia negativa puede ser que hubo un momento que no aguantaba, que era cuando ya me faltaba muy poquito y que yo decía, no ya no la voy hacer porque es mucho dolor...”. (P1:3)

Cuando la mujer solicitó una analgesia regional o también llamada epidural se valoró de manera individual sus ventajas y desventajas según la etapa del parto en que se encontró y se le orientó a que ella fuera la que decidiera. Cuando se llegó a usar se aplicó de tal manera que permitiera la deambulación y libertad de movimiento después de su aplicación según ocupara la mujer, percibiéndose en la mayoría de los casos como de mucha ayuda y les permitió un muy importante descanso en algunas antes de continuar con el proceso del trabajo de parto y nacimiento.

“...de lo que sí te acuerdes como negativo, así algo que te dio miedo, que te dio cosa fea. Paciente: pues nada yo pensé que me iba a dar miedo la raquea esa, pero tampoco, ni la sentí...si hasta me dormí un ratito”. (P18:2)

Los métodos no farmacológicos fueron ampliamente usados incluyendo en varios casos la inmersión completa en agua resultando ser muy efectiva para disminuir la percepción dolorosa, disminuir la frecuencia de las contracciones o incluso relajar demasiado a la mujer.

“...todo, todo, la alberca, el estar en la regadera... el estar en la alberca sentía delicioso, el estarme mojando, o sea sentía yo masajitos, o sea decía yo, esto parece spa me acuerdo que sentía el agua bien dura de la regadera, o sea si llegaron momentos entre contracción y contracción que sentía como si estuviera yo en el limbo... Dr: O sea, ¿si sentiste que te ayudó el agua, si te relajó? Paciente: muchísimo...”. (P13:8)

“...nos metimos al agua y las dilataciones pararon como que fue mucho lo que me relajó el agua. Doctor: ¿si te dejó descansar? Paciente: me dejó descansar, las dilataciones como que se alentaron. Doctor: ¿eso no fue agradable después de tener muchas contracciones y luego ya? Paciente: fue anestesia de más”. (P15:6)

“...pues el agua, me acuerdo que estaba bien a gusto en el agua”. (P12:2)

Las mujeres encontraron difícil responder a la pregunta sobre algo negativo que recordaran de la experiencia vivida, algo que no les hubiera gustado o que consideraran que

afectó su satisfacción. Algunas hicieron referencia como ya se comentó, a la duración del trabajo de parto y lo prolongado que se les hizo o al hecho de que no esperaban sentir el dolor como lo sintieron. Una participante tuvo la queja sobre el personal de enfermería que querían a fuerza llevarse su bebé a cunero ya estando en el alojamiento conjunto, por lo que decidieron junto con su esposo mejor irse de alta voluntaria.

Por otro lado, las respuestas a la pregunta de ¿Qué recuerdan como agradable, positivo o satisfactorio de su vivencia? Fluían con mucha facilidad, entre lo más mencionado fue el apoyo recibido, el contacto piel a piel con su bebé y la libertad que sintieron. El apoyo integrado por los componentes de ambiente tranquilo y acompañamiento efectivo por personas de su confianza fue descrito en el primer apartado como la categoría más citada. Ahora se comentará sobre el contacto piel con piel la libertad de las participantes durante labor.

4.3.3 El contacto piel con piel

El contacto piel con piel con el recién nacido, consiste en que inmediatamente al nacer este sea colocado sobre el torso de la madre también desnudo con las piernas y brazos a cada lado y la cabeza girando hacia un lado, permaneciendo en esa posición por al menos 30 minutos y prolongándose el mayor tiempo posible.

Es en este lugar conocido como el nido o el hábitat natural del recién nacido como se le conoce actualmente por los múltiples beneficios que implica, donde el pediatra o personal encargado puede verificar las condiciones del recién nacido sano, sin necesidad de apurar para retirárselo a la madre, lo cual tiene un gran impacto emocional en la diada.

“...ay pues cuando me la puso, cuando me puso a la bebé aquí...si, ay no, fue... fue impresionante no sé, sentimiento de sentir su piel, de tenerla ay conmigo, de hecho, cuando la cambiaron no me sentí tan bien, me hubiera gustado que se hubiera quedado más tiempo así conmigo”. (P2:4)

Paciente: "...inmediatamente me dieron a mi bebé , yo creo que fue lo más bonito". (P4:8)

Paciente: "...en cuanto salió yo la pude abrazar y él estaba conmigo, así como de alguna manera los dos la pudimos abrazar" Doctor: ¿Y ya no se separaron o sí? Paciente: "...y ya no nos volvimos a separar en todo el tiempo, un segundito que la pesaron, pero tiempo después que había nacido". (P4:9)

"...si recuerdo mucho el momento donde yo ya estoy, después de estar parada, ya estoy sentada, que nace mi bebé y que me lo ponen en el pecho, que se va atrás de mí, me abraza y estamos los tres juntos llorando y ese momento para mí fue, o sea, así justamente lo había soñado y yo pensé que no iba a ser así entonces realmente lo pude vivir y para mí fue lo mejor, lo mejor del mundo...". (P 20:10)

¿Qué sentiste cuando tuviste en tu pecho piel con piel a tu bebé al nacer? P-ALP: "...ay! también muy padre, o sea, es una sensación indescriptible, dice mi esposo que le dije muchas cosas que no recuerdo, o sea, si recuerdo que dije algo, pero no me acuerdo de haberle dicho tantas cosas así, que fuera emotivo...". (P19:10)

"...cuando lo vi por primera vez y que estaba bien, que me lo pusieron en el pecho, que me lo llevaron hacía mi yo creo que yo sentí que me había iluminado la vida, pues llegó una luz a mi vida por eso fue que decidí también ponerle Luz...". (P25:6)

En algunas mujeres el retraso para poder ver a sus hijos o poder estar en contacto con ellos, les deja un recuerdo negativo muy importante y difícil de olvidar como es el caso de la siguiente participante que pudo comparar el nacimiento actual de su bebé de manera natural, sin anestesia, con trato muy cálido y respetuoso, a diferencia del nacimiento de su primer hijo en el que se sintió presionada y agredida, usaron anestesia muy profunda que le provocó dormir mucho tiempo y después de lo cual logró reunirse con su bebé hasta unas 10 horas después de haberlo parido con efectos no solo en el apego sino además con el establecimiento de una lactancia mucho más difícil.

Doctor: en la primera ocasión ¿Hasta cuándo la pudiste tener contigo? Paciente: como unas 10 horas después. Acompañante: ya que saliste de la anestesia. Doctor: 10 horas después. Paciente: más o menos 10 horas después. Doctor: ¿Ya había comido también?. Paciente: "... si ya había súper comido varias veces ya, si lo que pasa es que la anestesia en aquel entonces me tumbó , pues yo no estaba en mis 5 sentidos hasta mucho tiempo después así que por eso... pues quedé como drogada así... en cuanto me la pusieron me quedé dormida, haz de cuenta que fue una anestesia general..." (P4:10,15)

¿Se estableció la lactancia igual ahora que en la primera vez? "...No, en esta ocasión la lactancia puedo decir que empezó a los minutos de que nació, ella solita sabía qué hacer, estaba viva , despierta, todo y no, este muy bien... ¡impresionante! sabía lo que tenía que hacer... con mi primer bebé si fue un reto enseñarle a abrir la boquita, porque pasó tanto tiempo de que estuve con ella que sentí que se fue esa partecita en la que están listos para hacerlo y en esta ocasión con Sofía no, no he tenido ningún problema, cero dolor de ningún tipo en mis pechos ella sabe qué hacer, sabe agarrar.. con libertad puedo darle en público porque no es tan impráctico como era con mi primer bebé que había que estar ayudando mucho y siempre viéndola todo el tiempo porque no siempre se quitaba, muy difícil... y bueno la sacamos adelante como sea..." (P4:11)

"...sí, porque si muy mal, lo sentí cero apoyo, cero comprensión, tomarte en cuenta... ¿Qué es eso de dormir a la mujer que está pariendo? ¿Pues, como que está raro no?, ¡entonces no, muy, muy mal y en este... diez, o sea, se dieron cosas padrísimas! lo recuerdo con alegría y no con trauma, es más yo creo que pensar en el parto son de las cosas que me hace... que me gusta recordar, que me gustaría que otros vivieran también... Doctor: y con tu primera experiencia tratabas... Paciente: no podía ni hablar al respecto. Doctor: como una cosa que tratabas no recordar. Paciente: ¡Me ponía muy mal!. Doctor: ¿Cómo cuánto tiempo duraste así?. Paciente: como 2 meses, sentía que me desmayaba solo de hablar del parto (P4:13)

4.3.4 El papel de la cesárea humanizada o centrada en la mujer

Durante una cesárea el poder realizar el contacto piel con piel con la mamá o con el papá si la madre no puede, es un evento que además de ser muy emotivo para los padres permite que el recién nacido se colonice con las bacterias de ellos lo cual definirá su microbioma y el desarrollo de su sistema inmune de manera muy diferente a si se coloniza con bacterias del hospital al ser separado de sus padres durante las primeras horas. Por otro lado este contacto piel a piel durante y después de la cesárea favorecerá la alimentación al seno materno temprana, a demanda, exclusiva y prolongada, disminuyendo los efectos adversos de la cesárea sobre los mismos (Hobbs, 2016; Brady, 2014).

La siguiente participante pudo comparar una cesárea por falta de progresión del trabajo de parto en la que se procuró el contacto piel a piel de inmediato y permanente contra la primera experiencia de cesárea en la que no se realizó este contacto piel a piel de manera inmediata y continua.

“..Como puntos negativos yo a lo que le tenía mucho miedo era a la anestesia eso sí mucho miedo le tenía a la anestesia y en cuanto al nacimiento no, yo estaba muy relajada lo único a mi mucho miedo era la anestesia igual con este tenía mucho miedo entrar a la cirugía por la anestesia, no tuve experiencia mala o sea, si me lastimó la primera vez si me lastimaron pero no fue, no fue mucho estuvo bien de hecho ahora ni me dolió ni lo sentí, ni nada estuvo muy bien y nomás yo no sabía, no sabía que me lo iban a dar.. cuando bajo la cortina dije yo algo pasó porque si me había dicho que a lo mejor no quería estarse, que el líquido estuviera verde o algo así, entonces cuando bajo la cortina yo... pasó algo... y ya cuando me dijo te lo vamos a pasar y todo muy bonito, me gustó más esta vez porque ya lo tuve conmigo, porque ya no se separó de mi porque estuvo siempre conmigo, eso fue lo que más me gustó con Sebastián no lo tuve casi siempre, siempre me lo quitaban, se lo llevaban, se lo llevaban por 4 o 5 horas, me lo regresaban ya comido eso fue lo diferente que Sebastián se acostumbró luego, luego al

biberón por lo mismo que siempre me lo regresaban ya comido a pesar de que yo pedía que no le dieran, siempre les decía que me lo trajeran y con él no, con él siempre le preguntaron lo llevamos? Y yo, no aquí que se quede, lo único era para bañarlo y ya al final... que me lo tengo que llevar porque allá te lo dan y fue lo único, pero si fue así más el sentirlo así calentito recién salidito o sea...”. (P7:1)

“...el tenerlo, que nunca se separó y que por ejemplo el pediatra nunca fue ya dámelo... yo le pregunte ya? Y me dijo no, no hasta que tú quieras, ah bueno o sea yo no lo quería ni soltar, pero sabía que tenía que irse y cuando lo volví a ver a el que regresó con El Niño ya no se lo llevaron... ¡yo que buena idea eso!”. (P7:5)

“...que él también estuviera, así todo el tiempo con él en los brazos, también me gustó y que no se saliera, eso también... incluso en la recuperación, que duré en lo que hacían el papeleo y eso de él estar con el bebé aquí también fue así como, ¿qué? ¡ay estás conmigo!”. (P7:7)

El impacto en los padres de cargar y tener a sus hijos en contacto con su piel es una experiencia trascendente, incluso durante la cirugía.

¿Qué sentiste al estar tan cerquita de tu bebé a los minutos de haber nacido? Acompañante MLRB: “pues una conexión con el bebé que no pensé que iba a tener, según yo iba ser un poquito más no sé, más normal, pero al momento de estar piel con piel si sentí una conexión única, muy especial con el bebé y con toda la experiencia que estaba sucediendo” (P26:9)

Mantener el contacto permanente de la madre y el bebé garantizó con las participantes un estado de tranquilidad y vinculación muy especial lo cual se continuó con el alojamiento conjunto que consiste en seguir manteniendo juntos a padres y bebés en la misma habitación sin haber sido necesario llevar al bebé a cunero para rutinas como el baño, mediciones, vacunas o control de enfermería.

“... Fíjese doctor que eso también me gustó mucho porque el pediatra dejó dicho que la bebé se quedaba conmigo y eso ni con Esteban pasó, por más que yo le dije al doctor que yo quería que estuviera conmigo no, no me la dejaron, ay no me lo dejaron a Esteban y le dieron biberón batallé un chorro con Esteban desde el principio y con ella no o sea, desde el principio se quedó conmigo... una vez se la llevaron y ¿dónde está? porque yo no la veo ¿te acuerdas? le dije... se la llevaron doctor y no quiero que le den, que no se le ocurra que porque yo dije no quiero batallar quiero que sea pura leche mía que tenga la bebé y hasta ahorita es lo que me gustó del pediatra que dejó dicho... ya dijeron aquí se iba a quedar y pues aquí la traemos y ahí se quedó conmigo y eso me gustó mucho, también de que ella no ha probado más que mi alimento...”. (P1:9)

“...todo el tiempo estuvo conmigo y que todo el tiempo estuvo incluso cuando me llevaron, el niño iba conmigo a un lado , no se separó... de hecho me mandaron foto: ¡estamos esperando en los cuneros! y les contesto de que no, no va ir a los cuneros, todos se quedaron también de que, de verdad?”. (P7:13)

“...en específico las 2 horas que yo me quedé con mi bebé saliendo de la cesárea, prioritariamente antes de la música y todo. ¡En esas dos horas donde lo sentí piel con piel para mí fueron..., que yo no estaba ni consciente, de hecho, usted me tapa y yo no estoy consciente de, ni las personas que estaban alrededor, ni de que tengo que tener caliente la espalda, el hecho de que me lo pegan esas dos horas para mí fueron increíbles!”. (P11:7)

“...no sé si comió o no comió pero estuvo pegado, estuvo pegada la bebé , lo que a mí me impresionó es la conexión, cómo ellos están un poco intranquilos y llega y se te prende al pecho es automáticamente... ambos nos relajamos, o sea algo pasa, no sé... liberas algo, pero algo pasa porque me familiarice con ella sin conocerla, diferente al embarazo, algo muy diferente al embarazo por eso le digo, si me pregunta por etapas esa es la más importante, pero esas dos horas le rebasan a todas las dos etapas y post parto que es la tercera etapa la que

digo el haber tenido a mi bebé enseguida de mi todo lo que pude haberla tenido, no le puedo decir que la tuve todo el tiempo porque hubo un momento donde ocupe descansar por los bajones de presión, ay ocupe ayuda, pero el tener la libertad de cómo le digo tenerla como si fuera en mi casa, que la niña pudiera entrar y pudiera estarse allí todo el día en mi habitación.. no me impactó que la bañaran o no la bañaran, a mí me valía si la bañaban, o sea uno no está viendo ni las manchas ni nada, lo que tiene realmente el contacto con ella las primeras horas se me hizo muy... los días se me hicieron muy bonitos esa es mi experiencia...”. (P11:9)

4.3.5 La libertad como tema de seguridad y empoderamiento

El ambiente hospitalario se relaciona comúnmente a una instalación con reglas muy estrictas, protocolos y lineamiento que hay que seguir, además de una estructura jerarquizada en la cual la mujer ocupa uno de los escalafones inferiores después del médico y la enfermera.

Todo lo anterior resulta intimidante y sobre todo un ambiente que puede ser propicio para inhibir más que para permitir fluir un proceso fisiológico e íntimo como lo es el nacimiento de un bebé. El modelo de atención centrado en la mujer se refiere precisamente a colocar a la mujer en la punta más alta de ese escalafón hospitalario, resultando ser el foco de atención a partir de la cual se deriven la atención y apoyo de todos los que intentamos ayudar al nacimiento de su bebé . Por lo tanto, el lograr hacer que se sienta en libertad e intimidad en un lugar que le proporcione además seguridad es el objetivo inicial de este modelo de atención y lo reconocen las participantes.

“... cuando yo tenía las contracciones pues, obviamente la enfermera trata de que tú te subas a la cama y que estés allí y que, por miles de razones que te digan, que ya no me acuerdo porque... no estás escuchando en ese momento... cuando entra usted y que me baja el colchón, porque yo estaba en la pelota y me tira el colchón, nunca se me va olvidar y me dice: si se tiene que tirar allí en el colchón, en el piso, tírese... entonces eso, la libertad de verlo

como si fuera mi propio cuarto, en mi propia casa entonces de allí sentí como si me hubieran cambiado a mi casa automáticamente”. (P11:5)

“...podía moverme todo lo que quisiera, eso era lo que yo esperaba, pienso que yo, si tal vez hubiera caminado más a lo mejor hubiera durado menos en trabajo de parto, pero pues así se dio...”. (P27:6)

“...el permitirme tomar agua, comer y las posiciones, de hecho hoy en la mañana estaba pensando, las mujeres creo que tienen parto natural pero las amarran o las tienen en una posición que puede ser incómoda para ellas pienso si de por sí es muy incómodo y doloroso o sea, ahora en una posición que no estés a gusto, pienso no... qué difícil o sea, mucho más difícil entonces y luego también me preguntaban porque escogiste esa posición o porqué... no, no piensas, en el momento es como que estás buscando tu comodidad dentro de la incomodidad...”. (P24:2)

“...la libertad de poder comer todo lo que estuve ay en labor de parto, porque me llevé mi maletita con mi chorro mil cosas que no me comí, las chorro mil cosas, pero como le digo, me sentía en casa porque tenía mis galletitas, mis frutitas, mis agüitas y quiera o no, sí te relaja el tener a la mano las cosas a las que tú estás acostumbrada, más que las cosas que te pueden proveer, ay entonces eso fue mi impacto...”. (P11:6)

“...pues me gustó mucho el trapo que colgó de la puerta, ese me sirvió muchísimo tanto en las contracciones primeras como ya en el parto ya súper... siento que me ayudó muchísimo...Si, alivió con el dolor y que el bebé bajaba. Yo sí sentía como... Si tengo mucha fuerza en los brazos, no me cansaba nada y a gusto en la cadera, o sea si sentía que me ayudaba”. (P13:9)

Informar adecuadamente para evitar un ingreso hospitalario temprano es muy importante para favorecer un manejo menos intervenido y mayores probabilidades de parto vaginal. Si la mujer aprovecha esta oportunidad y pasa más tiempo en casa puede aprovechar

la intimidad, libertad y confianza que esta le brinda consiguiendo un progreso más suave y a su propio ritmo.

“...me empezaron las contracciones pues yo estaba sola porque mi esposo estaba dormido y cuando se despertó, ya súper emocionado y todo, estuvo conmigo todo el rato, me acompañó, bailamos, estuvimos haciendo muchas cosas. Entonces el bailar, el apoyo, el estar en mi casa, haberme quedado mucho tiempo en mi casa, estábamos disfrutando ese momento... me hizo empezar a tener más contracciones, a sentirme más a gusto y si, el estar emocionada también importó...”. (P19:3)

La libertad de contar con métodos no farmacológicos para el manejo del dolor fue muy importante. La inmersión en agua caliente fue un método usado con mucho éxito que permitió no solo la movilidad y el progreso más rápido del trabajo de parto, sino que además alivió de manera muy efectiva la percepción dolorosa de las contracciones.

¿Qué cosa se te vienen a la mente como satisfactoria, como positivas...? Paciente: “...pues el agua, me acuerdo que estaba bien a gusto en el agua... sí, sentí que me ayudó mucho.”
Acompañante: Te relajaste de más. (P12:3)

“...las posiciones en las que me dejaron estar y pues, el usar el agua caliente siento que me ayudó mucho, así a sentirme más a gusto, un poquito más relajada para soportar el dolor de cuando venía cada contracción...”. (P28:4)

La libertad implica que la mujer adopte la posición que ella sienta menos incómoda incluso durante el parto, entonces quiere decir que la mujer puede decidir pujar y hacer que nazca su bebé estando parada, en cuclillas, hincada, acostada en la cama o fuera de ella. El personal médico es quien por razones de comodidad o higiene decide que el expulsivo se realice sobre una mesa especial en un área destinada para ello conocida como sala de expulsivo. En el modelo de atención que tuvieron las participantes, estas se atendieron en salas conocidas como LPR o de Labor Parto y Recuperación, dentro de las cuales se

movilizaron, caminaron en plena libertad, nacieron sus bebés en diferentes lugares y posiciones.

“... nació de cuclillas, estaba agarrada del cuello de mi marido y eso estuvo muy padre, es algo que recuerdo y me sacó una sonrisa porque fue espontáneo completamente y tenía el apoyo del doctor para poder hacer, llevar el parto como, es que ay si se puede decir natural, como naturalmente dijo el cuerpo que tenía que ser y eso fue”. (P4:6)

4.4 Cuarto estudio. Encuesta en red social

Se elaboró instrumento con 68 reactivos en Survey Monkey para obtener la percepción de mujeres sobre su experiencia de nacimiento. Se dividió en tres apartados, el primero para recabar los datos sociodemográficos de la mujer y el nacimiento, además de preguntar sobre posibles complicaciones durante el embarazo y parto de las participantes.

El segundo apartado evaluó las expectativas de la mujer con respecto al nacimiento, dolor, control, satisfacción, emociones positivas, apego a evidencias, percepción de medicalización, secuelas físicas y emocionales. El tercer apartado se realiza para evaluar la frecuencia de intervenciones médicas y recomendaciones de la OMS como permitir libertad de movimiento, ingerir alimentos y bebidas, apoyo, ambiente, percepción de seguridad, consentimiento informado, calidez en el trato, uso de métodos para control del dolor, corte de cordón, piel-piel, alojamiento conjunto, inicio de lactancia materna, complicaciones neonatales y finalmente percepción de violencia obstétrica.

Se difundió por la red social de Facebook entre los contactos miembros de la Asociación Mexicana de Salud Primal con el objetivo de que llegaran a las participantes con un perfil similar a las mujeres de los estudios 1,2 y 3 de la primera etapa de investigación. Este perfil corresponde a mujeres de entre 18 a 45 años con nivel educativo de preparatoria a posgrado, e intenciones de conseguir un parto vía vaginal.

Se recaban 1283 cuestionarios terminados en el lapso de 19 de enero al 06 de marzo del

2017 con las siguientes características. Respuestas de los 32 estados de la República, de mujeres en su gran mayoría (97.5%) mexicanas, con estudios de cuando menos licenciatura el 73% de ellas, casadas 72%, en unión libre 18.5% y solteras 9.4%. El 60% de las participantes fueron del grupo de edad de 25-35 años y otro 22% entre 35 y 40 años.

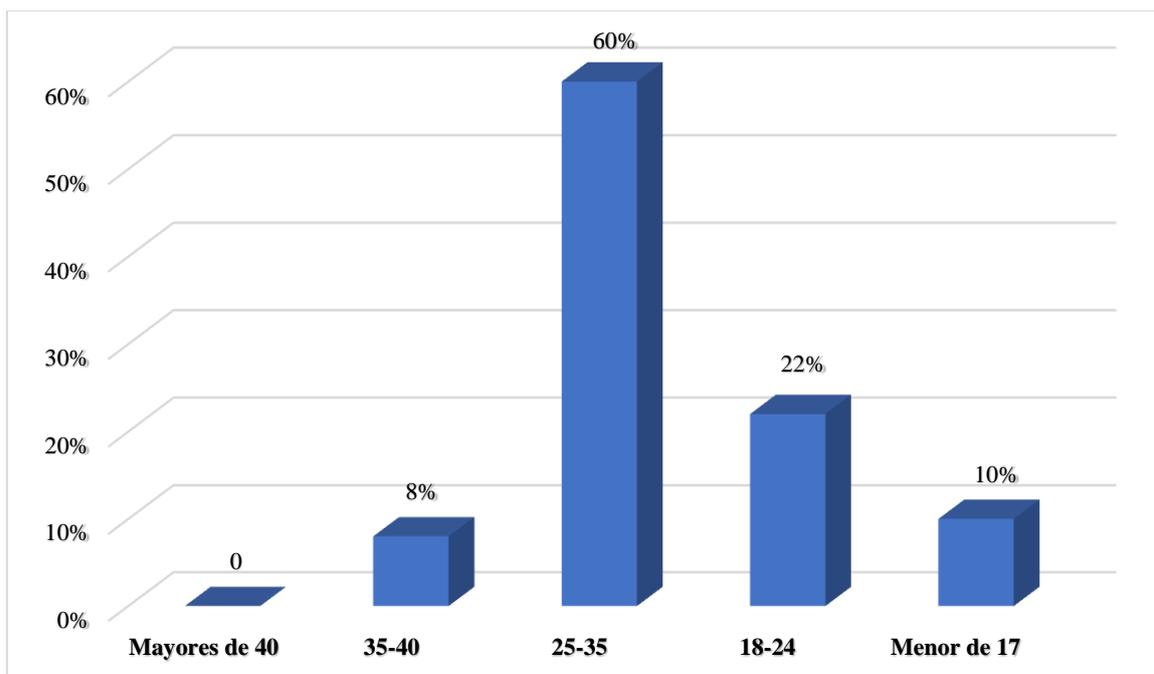


Figura 5. Edad de los participantes.

La distribución de las participantes por estados de la República considerando aquellos con al menos 30 mujeres que completaron las encuestas incluyen 11 entidades federativas las cuales se enumeran en la siguiente tabla sumando n=1071.

Tabla 16
Procedencia de los participantes.

Estado República Mexicana	N= Número de participantes (1283)
Baja California	64
Coahuila	57
Nuevo León	39
Sonora	163
Sinaloa	55
Tamaulipas	40
Cd México	377
Edo Mex	46
Guanajuato	36
Jalisco	148
Michoacán	46
Otros	212

El nacimiento por cesárea con el 52% fue más frecuente que la vía vaginal de parto en el grupo de mujeres estudiado. El 8% de las mujeres reportó que la cesárea fue porque ellas lo pidieron. El 39.5% de ellas considera que la cesárea fue porque el médico influye en la decisión o incluso fue el quien tomó la decisión como se aprecia en la figura. Por complicación médica 51%, el médico decidió 24.5%, el Médico influyó en mi decisión 15%, yo la pedí 8% y No sé por qué en el 1%.

Es muy importante mencionar que de las participantes que terminaron en cesárea, en más de la mitad no hubo trabajo de parto (56%). El 23% de las mujeres consideró que la cesárea no fue justificada y el 25% siente que fueron presionadas para aceptarla. Un 35% respondió que no le explicaron de manera imparcial y clara los riesgos y beneficios de un parto y de una cesárea. Este índice de cesárea se obtuvo por dos preguntas del cuestionario. La pregunta 18 “En caso de cesárea, esta fue...” Dos opciones de respuesta: Durante trabajo de parto y Sin trabajo de parto, contestada por 622 participantes y omitida por 661 (suman el total de 1283). La segunda pregunta fue la 19 “La decisión de la cesárea fue por...” con cinco opciones de respuesta: Yo la pedí, EL médico decidió, El médico influyó en mi decisión, Por complicación médica, No sé por qué. Contestada por 624 y omitida por 659 (suman 1283).

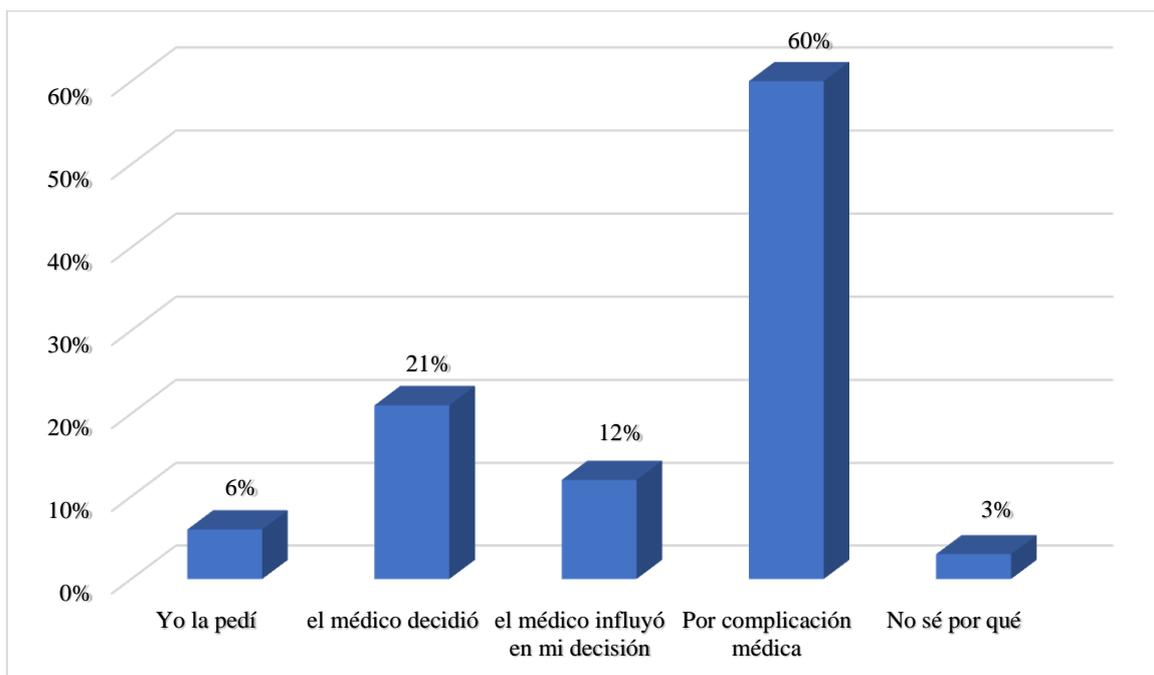


Figura 6. Justificación del parto por cesárea.

La inducción del trabajo de parto se presentó en una de cada 4 pacientes y de estas la inducción se llevó a cabo con misoprostol en el 7% y con oxitocina en el otro 18%. La episiotomía fue realizada a la mitad de las mujeres en los partos vaginales.

En la siguiente tabla se reportan otras características de los nacimientos en el grupo de participantes al cuarto estudio.

Tabla 17

Características de las participantes de red social.

Característica	N=1283 (100%)
Preparación para el parto	60%
Número de hijos	
Primero	50.3%
Segundo	37.5%
Tres o mas	12%
Embarazo	
A término	84%
Pre término	15%
Acompañamiento por pareja o familiar	72.5%
Con Doula	8.6%
Lugar de Nacimiento	

Hospital Público	26.3%
Hospital privado	67.8%
Casa de parto	1.33%
Hogar	4.47%
<hr/>	
Nacimiento	
Parto vaginal	48%
Cesárea	52%
Cesárea en trabajo de parto	44%
Cesárea sin trabajo de parto	56%
<hr/>	
Posición adoptada al nacer de parto	
Acostada sobre espalda	56%
Sentada con piernas flexionadas	16%
Cuatro puntos	3%
En cuclillas	10%
Otras	14%
<hr/>	
Peso al nacer de los recién nacidos	
<2500	9%
2500 a 3000 gr	25.7%
3000 a 4000 gr	62%
>4000mg	3.4%

El 44% de las mujeres consideró que el dolor fue mucho más de lo que esperaba sentir y estuvieron de acuerdo en que los métodos usados para su alivio fueron efectivos el 52.5 % de ellas. Solo el 34% de ellas reportan que se usó métodos alternativos para manejo del dolor y en el 65% de ellas se les aplicó la analgesia epidural, refieren que el 37% de ellas la solicitaron.

De las mujeres que tuvieron un parto vaginal el 55.7% estuvo acostada sobre su espalda y solo el 33% refiere haber adoptado la posición que sintió más cómoda para que saliera el bebé. Se realizó retraso en el corte de cordón umbilical en el 31% y se mantuvo en contacto piel a piel al bebé con su madre por más de 1 hora en el 36.6 %. Refieren que al menos cargaron a su bebé por un momento el 57%. El bebé pasó a cunero en el 69% de los casos y no pasó la noche con su madre en el 33%. El 34% (436 mujeres) no se sintió apoyada para iniciar lactancia materna exclusiva. Ya en casa el 35% de las mamás tuvo problemas para continuar con la lactancia materna exclusiva y tuvieron que complementar con fórmula el 42% de ellas (544 mujeres).

El 37.2 % de las mujeres consideró que el nacimiento de su bebé no fue como ellas lo deseaban. El 35.7% reporta que el lugar dónde trabajo no fue tranquilo e íntimo. El 24% no se sintió segura y protegida y al 29% no le explicaron y solicitaron autorización para cada intervención médica que se le realizó. Para el 22% de las participantes el trato de las enfermeras no fue cálido y el 19% sintió que no le importaba a su médico. Sintieron que se les trató con falta de respeto durante su atención el 21% de las mujeres (n=264). Se consideran víctimas de violencia durante el nacimiento de sus bebés 19% de las participantes (n=247).

La satisfacción global de la experiencia de la mujer se evaluó mediante una pregunta directa: ¿Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue satisfactoria? Con escala de respuesta Likert de cuatro opciones, al igual que se investigaron otras emociones positivas y negativas como se indican en siguiente tabla. El 26% de las mujeres considera que su experiencia no fue satisfactoria. El 21% de las participantes señala que en algún momento de la atención se les trató con falta de respeto e incluso un 19% considera que fue víctima de violencia durante el nacimiento de su bebé.

Tabla 18
Evaluación de satisfacción en red social.

Calificativo de la experiencia positiva	En desacuerdo (%)
Satisfactoria	26
Bella	24
Cálida	32
De calidad	22
Calificativo de la experiencia negativa	De acuerdo (%)
Medicalizada en exceso	34
Físicamente traumática	43
Emocionalmente traumática	47

El 21% de las participantes reportaron complicaciones durante el embarazo mencionadas en orden de frecuencia amenaza de aborto, preeclampsia, diabetes gestacional, presión alta, amenaza de parto prematuro y sangrado. Un porcentaje similar reporta complicaciones durante el parto (23.5%) como problemas con la dilatación, sufrimiento fetal con alteraciones de la frecuencia cardiaca, meconio, uso de fórceps o ventosa (4.2%) y cordón

enredado en el 3%. Posterior al nacimiento un 15 % también reporta complicaciones como sangrado, anemia, retención de placenta, episodio complicado da, bebé con hipoxia, bebé con fractura de clavícula, infección y manejo con antibióticos. El 10% de los bebés tuvo alguna complicación que ameritó cuidados especiales u hospitalización.

Se lleva a cabo filtrado de los datos según el lugar donde nació el bebé diferenciando entre hospital público, hospital privado, hogar propio o casa de parto para comparar la influencia en la satisfacción de la mujer y las características del nacimiento. De los 1283 participantes se atendieron 865 en hospital público, 336 en hospital privado, 57 en su propia casa y 17 en instalaciones que llamaron casas de parto, estos dos últimos sitios de atención se agrupan en una sola categoría por considerarse de inicio con características similares de atención. En la siguiente tabla se comparan los resultados de los reactivos relacionados con la categoría de “seguridad” encontrada en los tres estudios previos como muy importante.

Tabla 19
Resultados de la categoría de “Seguridad”.

Reactivo	Hogar/Casa de parto (n=74)	Hospital Privado (n=865)	Hospital Público (n= 336)
Q27 Consideran que NO fue cálida	5.3% (4)	27% (402)	54% (180)
Q31 Físicamente traumática	9.5% (7)	20% (169)	44% (147)
Q32 Emocionalmente traumática	9.8% (7)	22% (190)	44% (146)
Q39 Se sintió segura y protegida	95% (70)	83% (710)	45% (148)
Q40 Apoyada y animada	97% (70)	79% (603)	39% (125)
Q42 Enfermeras fueron cálidas	79% (37)	81% (696)	2.7% (9)
-No fueron cálidas	13 (6)	16 (135)	39 (131)
-No sé si lo fueron	8.5 (4)	3 (27)	58 (195)
Q43 Le importabas a tu médico	88% (54)	4% (38)	49% (164)
-No le importabas	8 (5)	10 (89)	44 (147)
-No sé	3 (2)	85 (734)	7 (24)
Q60 Se le trató con falta de respeto	8% (6)	14% (123)	40% (134)
Q61 Fue víctima de violencia obstétrica	4% (3)	13.3% (115)	38% (129)

Se puede apreciar que las emociones negativas de la mujer al percibir que la atención no fue cálida y sí física y emocionalmente traumática se acentúan según el lugar donde fue atendida en orden ascendente hogar/casa de parto, hospital privado y hospital público. En el

mismo sentido aumenta su percepción negativa de haber sido tratada con falta de respeto o incluso haberse sentido víctima de violencia obstétrica.

Las emociones positivas de sentirse segura y protegida, apoyada y animada disminuyeron en el mismo sentido siendo más escasas en el hospital público. En la pregunta 42 “¿Consideras que las enfermeras te trataron de manera cálida?” llama la atención que en el hospital público para el 58% de las participantes no les fue posible contestar que sí o que no lo fueron al igual que fue en el hospital privado para la pregunta 43 “Sentiste que le importabas a tu médico”. En ambas situaciones la apatía en la atención y la falta de empatía pudieran ser un factor que influya en que la mujer no sienta que puede responder de manera afirmativa a esas preguntas.

Tabla 20
Resultados de la categoría de “empoderamiento”.

Reactivo	Hogar/Casa de parto (n=74)	Hospital Privado (n=865)	Hospital Público (n= 336)
Q15 Tomo curso de preparación al parto	77% (57)	65% (565)	43% (144)
Q16 Fueron Acompañadas:	95% (70)	85% (734)	22 % (74)
-Pareja	53, 76%	615, 84%	51, 69%
-Familiar	2, 3%	43, 6%	21, 28%
-Doula	15, 21%	76, 10%	2, 3%
Q24 Tuvo el control del nacimiento de su bebé .	97% (71)	68.4% (547)	49 % (157)
Q36 Tuvo libertad de caminar, moverse y adoptar cualquier posición durante trabajo d parto	95% (70)	50% (436)	15% (50)
Q41 Se le explicó y solicitó autorización para cada procedimiento	91% (64)	75% (641)	49% (165)

En la tabla 20 se puede observar como actividades que se consideran empoderantes para la mujer como tomar un curso de preparación al parto, ser acompañadas y percibir que tiene el control durante el mismo, ser tomada en cuenta al explicársele las diferentes condiciones de la evolución del trabajo de parto y tener la libertad de caminar, moverse, cambiar de posiciones e incluso comer y beber son actividades mucho más frecuentes en la

atención del hogar y casa de parto que en el hospital privado y más aún que en el hospital público.

La tercera categoría llamada “vínculo afectivo” que emerge de los estudios uno y dos y es reforzada en el tercer estudio como muy importante se evalúa con los reactivos que se aprecian en la siguiente tabla.

Tabla 21
Resultados de la categoría de “vínculo”.

Reactivo	Hogar/Casa de parto (n=74)	Hospital Privado (n=865)	Hospital Público (n= 336)
Q54 Se realizó contacto piel con piel	93% (69)	41% (350)	13% (43)
Q55 Cargó al bebé al nacer al menos un momento	94% (68)	63% (543)	36% (12)
Q56 Lo llevaron a cunero	14% (10)	67% (578)	87 % (291)
Q57 Bebé pasó la noche contigo	96% (71)	60% (516)	76% (253)
Q58 Se sintió apoyada para iniciar lactancia exclusiva	91% (68)	66.7% (574)	53% (177)
Q66 Tuvo problemas en casa para continuar la lactancia exclusiva	19% (14)	35% (306)	38% (126)
Q67 Completó con fórmula láctea en casa	15% (11)	43% (373)	47% (158)

Las actividades que resaltaron como más frecuentes en la atención del parto en el hogar o en “casa de parto” contrastadas con la atención en hospital público y colocándose en el punto medio al hospital privado, fueron que la mujer pudo realizar contacto piel a piel con su bebé y lo cargó al nacer por al menos un momento, además de sentir más apoyo para iniciar lactancia materna exclusiva. Por el contrario, fue más frecuente en el hospital público separar a la madre del bebé al llevárselo al cunero, tener problemas en casa para continuar la lactancia materna exclusiva y tener que completar con fórmula láctea. El hecho de que el recién nacido pase la noche con su mamá de manera más frecuente en el hospital público (76%) que en el privado (60%) puede ser debido a que en este último se insiste en que la madre descansa mientras le cuidan a su bebé las enfermeras en el cunero.

La categoría de medicina basada en la evidencia que nace como la más importante en el estudio 1 con los instrumentos llamados planes de parto, también es analizada con los reactivos del estudio 4 que se muestran a continuación en la tabla.

Tabla 22
Resultados de la categoría de “medicina basada en la evidencia”.

Reactivo	Hogar/Casa de parto (n=74)	Hospital Privado (n=865)	Hospital Público (n= 336)
Q33+34 Inducción con píldora u oxitocina	7% (5)	20% (169)	39% (131)
Q35 Aumento con oxitocina	4% (3)	23% (193)	43% (141)
Q47 Bloqueo peridural	4% (3)	73% (623)	59% (196)
Q50 Uso de fórceps	0%	3.2% (26)	8% (25)
Q51 Episiotomía	3% (2)	21% (159)	51% (161)
Q53 Corte tardío cordón	95% (70)	36% (304)	6% (19)
Proporción de Cesáreas	1.3%	56% (486)	39% (39)
Decisión de la cesárea:			
-Complicación médica	100% (1)	50% (245)	54% (72)
-El médico decidió		23% (110)	32% (43)
-El médico influyó en decisión		17% (83)	8% (11)
-Yo la pedí		9% (46)	3% (4)
Q18 Cesárea sin trabajo de parto	1.3% (1)	58% (280)	51% (67)
Q62La cesárea fue injustificada	--	23% (112)	27% (39)
Fue presionada para aceptar cesárea	--	24% (135)	29% (47)

Se puede observar que la llamada medicalización que corresponde al uso excesivo de intervención médica como puede ser al inducir o desencadenar el trabajo de parto de manera artificial colocando píldoras en vagina o con suero intravenoso que contenga oxitocina, usar esta misma para aumentar las contracciones ya establecidas, la episiotomía, el uso de fórceps para extraer al bebé y la terminación vía quirúrgica o también llamada cesárea son todos procedimiento llevados con mucho mayor proporción en los nacimientos de hospitales públicos, luego privados y con mucho menor frecuencia en los nacimientos que se realizaron en el hogar o casas de partos del presente estudio. De manera totalmente opuesta se realizó el corte tardío de cordón umbilical que se ha demostrado debe ser retardado al menos 1 a 3 minutos lo cual se realizó en el 6% de las atenciones en hospital público, 36% de hospitales privados y en el 95% de los atendidos en su propio hogar o casa de parto.

El bloqueo peridural como técnica farmacológica de control del dolor al igual que la terminación por cesárea se realizó con mayor frecuencia en los hospitales privados del estudio (56%) que en los públicos (39%). En ambos casos se puede apreciar que la cesárea sin trabajo de parto representa más de la mitad de los procedimientos respectivamente (58 y 51%). En el grupo de nacimientos en casa de parto y hogar solo se reporta haber tenido la necesidad de una cesárea lo que representaría un porcentaje de 1.3%. La principal indicación de la cesárea en los hospitales privados y públicos fue por complicación médica (50 y 54%), en segundo lugar, por decisión del médico (23 y 32%), o porque el médico influyó en la decisión (17 y 8%). La cesárea fue a petición de la mujer en el 9% de los casos en hospital privado y 3% en hospitales públicos.

La expectativa de las mujeres se evaluó con la pregunta 20, “¿El nacimiento de sus bebés fue como usted lo deseaba?” a la cual responden las mujeres que sí en el 97%, 66% y 47% de los casos en los grupos de casa parto/hogar, hospital privado y hospital público respectivamente, lo cual representa la expectativa cumplida o no de la mujer. Se realiza la evaluación global de la satisfacción con la pregunta 25, ¿Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue satisfactoria? Cuyas respuestas sumadas de estar completamente de acuerdo y de acuerdo corresponden a 96, 78 y 57% en cada sitio de nacimiento.

Tabla 23
Resultados sobre las complicaciones.

Reactivo	Hogar/Casa de parto (n=74)	Hospital Privado (n=865)	Hospital Público (n= 336)
Q25 NO fue satisfactoria	4.4% (3)	21% (186)	43% (144)
Q10 Complicación en embarazo	12% (9)	20(175)	24.4 (82)
Q11 Complicación en parto	30% (7)	21% (181)	29% (96)
P59 Bebé ameritó cuidados especiales u hospitalización	0% (0)	9% (76)	15% (51)
Q65 Complicación a consecuencia del nacimiento que amerito tratamiento extra	13% (9)	8% (67)	20% (63)

V. Conclusiones

En el primer estudio se utilizó la técnica cualitativa “composición” y fue llamada “Mi plan de parto” se invitó a los participantes en un curso de preparación para el parto (n=14) y otras se incorporó a un grupo que no contaba con curso de preparación (n=11). Ambos grupos tuvieron oportunidad de expresarse, habiendo solicitado al grupo uno que basara la información que proporcionaban, a partir del aprendizaje del curso. Después del análisis de codificación axial y reducción de datos se obtuvieron cuatro categorías principales que son en orden de mayor a menor, según el número de citas relacionadas a sus temas las siguientes: Vinculación, Medicina basada en la evidencia, empoderamiento y Sentirse segura.

La Vinculación es el proceso en que se establecen los apegos y relaciones cercanas entre individuos especialmente la madre y su recién nacido, esta relación temprana y positiva es esencial para establecer el amor incondicional de los padres y la seguridad y confianza progresivas en el pequeño (Núñez Herrejón, Ortiz Salinas, & Viveros Fuentes, 2010). Esta importante categoría incorporó los temas del contacto piel con piel madre-bebé o bebé-padre cuando la madre no está en condiciones, el alojamiento conjunto y el inicio de seno materno a demanda en los planes de parto analizados. Una preocupación constante de los padres en esta categoría fue el tema de que el bebé siempre estuviera a la vista o acompañado por al menos uno de los padres. Por lo que se recomienda que las mujeres embarazadas en fase de preparación del trabajo de parto reciban cursos o pláticas de orientación y conciencia, sobre la importancia el bienestar del infante en sus primeros momentos de vida, además de orientarlas sobre las principales dificultades de una lactancia materna exitosa.

La evidencia que se presenta también nos hace resaltar la necesidad de instruir y profesionalizar acompañantes certificados en el trabajo de parto, además de abrir los campos clínicos para incorporar esta figura poco a poco en el medio hospitalario para la atención integral de la mujer embarazada en fase final de parto.

El tema de medicina basada en evidencias para su atención durante el nacimiento de los bebés incluyó en las solicitudes maternas acciones válidas como la libertad de movimiento y de ingerir alimentos y bebidas durante el trabajo de parto, favorecer acciones en el recién nacido recomendadas por la OMS como mantenerlo en el nido con su madre en contacto piel a piel y retrasar el corte del cordón umbilical, además de llevar a cabo intervenciones médicas solo cuando sean estrictamente necesarias.

La tercera categoría identificada en importancia fue el empoderamiento que según el diccionario breve APA en psicología se refiere al fomento de las habilidades, conocimientos y confianza que se necesitan para tomar mayor control de la vida propia, como en ciertos esquemas educativos y sociales. En psicoterapia, el proceso implica ayudar a los clientes a volverse más activos en la satisfacción de sus necesidades y la realización de sus deseos. Los temas que se identificaron en el primer estudio para esta categoría fueron que la mujer se sintiera en libertad, el involucrarla en las decisiones y que recibiera educación prenatal.

La última categoría identificada fue la seguridad que se compuso de los temas acompañamiento, tranquilidad, recibir apoyo emocional, la autoconfianza y la calidez en el trato. El apoyo emocional recibido es muy importante en esta categoría ya que es definido por el diccionario APA de Psicología como los procesos verbales y no verbales por medio de los cuales se comunica interés y preocupación por otra persona, a quien se ofrece tranquilidad, empatía, consuelo y aceptación. En su nivel más elemental, el apoyo emocional le permite al individuo sentirse valorado, aceptado, y comprendido. Tiene efectos físicos y psicológicos positivos, sobre todo para proteger contra los efectos perjudiciales del estrés. Ahora sabemos sobre el impacto que puede tener el estrés, ansiedad, miedo y depresión de la madre sobre la epigenética del recién nacido (Nemoda y Szyf, 2017) y su posterior desarrollo neurológico y conductual.

La evidencia de los lugares en el mundo que se dedican a estudiar ahora las emociones, nutrición, estrés y otros factores alrededor del embarazo, nacimiento y primeros meses de vida y su efecto en la vida de los hijos, resalta el nacimiento como una ventana de oportunidad única para incidir de manera positiva o negativa en la salud a largo plazo. Esta forma de evaluar y tomar acciones en el ahora, que impactarán en el futuro es una forma no sólo inteligente, sino sostenible y pensada en el beneficio de la comunidad. Desafortunadamente debemos aprender mucho más, sobre todo aquellos que seguimos actuando solamente en base a la consecuencia inmediata o a corto plazo.

La epidemiología y las teorías relacionadas del microbioma, epigenética, programación fetal, además de la fuerte relación entre el eje intestino-cerebro-sistema endócrino como se conoce ahora, nos están demostrando la trascendencia en la salud física y mental a lo largo de la vida del individuo, según la programación o alteración genética que recibe de su ambiente en momentos cruciales del desarrollo como lo son la gestación, el nacimiento y la lactancia temprana (Alam, Abdolmaleky, & Zhou, 2017; Dahlen et al., 2013; Jasarevic, Howerton, Howard, & Bale, 2015; Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016; Ye, Wu, Li, & Li, 2017).

En la siguiente tabla se resumen las categorías y los temas encontrados en el estudio uno.

Tabla 24
Componentes del plan de parto.

Vinculación
Contacto piel a piel
Alojamiento conjunto
Seno materno temprano y a demanda
Bebé siempre acompañado
Medicina basada en evidencias
Libertad de movimiento
Libertad de comer y beber
Acciones en recién nacido OMS
Retraso en el corte de cordón
Intervenciones médicas y fármacos justificados

Empoderamiento

Sentirse en libertad
Involucrarse (Ser debidamente informados, Dar consentimiento a procedimientos,
Participar en las decisiones, el respeto a esas decisiones)
Educación prenatal

Seguridad

Acompañamiento
Tranquilidad
Apoyo emocional
Autoconfianza
Calidez en el trato

El segundo estudio que involucró el testimonio de 74 participantes llama la atención el caso de la única que respondió no estar satisfecha con su trabajo de parto y nacimiento de su bebé y obviamente que tampoco fue como se lo imaginó o planeó. Se trata de la participante PT3 de 36 años con cesárea previa sin trabajo de parto, ahora en el segundo embarazo con gran emoción por esperar el inicio espontáneo del mismo y la prueba de trabajo de parto.

Al igual que el resto de las participantes tuvo oportunidad de absoluta libertad de movimiento y alimentarse, estuvo acompañada por su esposo y cursó con aproximadamente 10 horas de trabajo de parto en su casa y casi cinco más en el hospital durante las cuales usó métodos no farmacológicos para control del dolor incluso inmersión en agua y luego analgesia regional tipo epidural por la intensidad del dolor el cual reconoció que fue su principal reto, hasta que decidió por sí misma la terminación vía cesárea. Responde no estar satisfecha porque se queda “con la espinita de no haber parido, a veces me siento traicionada por mi cuerpo y me pregunto en qué fallé”. No fue como lo planeó ya que ella deseaba un parto natural, sin medicinas y ser ella quien sujetara por primera vez a su bebé. Afirma en este último apartado que le faltó el acompañamiento de su doula, la cual de último momento no pudo estar con ella y al parecer era un apoyo muy esperado e importante para la paciente. Aunque un poco desilusionada pero tranquila, agradeció por haber tenido un equipo médico que siempre le tuvo informada y respetó en todo momento su plan de parto.

Este caso ejemplifica que la expectativa puede no ser proporcional a la condición o contexto real pero que si se trata de un objetivo por alcanzar más que un proceso por disfrutar en todos los sentidos con el beneficio que otorga, entonces no serán suficientes todos los esfuerzos de las personas que le rodean y apoyan para que se evite la sensación de frustración o fracaso y por lo tanto insatisfacción.

Por el contrario, el resto de las 73 participantes de ese estudio, independientemente de las condiciones difíciles o adversas y expectativas diferentes o no cumplidas, se declararon todas satisfechas y muchas incluso más que satisfechas.

La expectativa en todas las demás no fue determinante de la satisfacción. El siguiente caso similar en el que una mujer con cesárea previa intentó el trabajo de parto durante mucho tiempo y terminó en cesárea menciona lo siguiente:

satisfecha Si, porque "...aunque no pudo nacer el bebé en el agua como quería, pasé por el proceso, lo viví, me siento fuerte y orgullosa de saber lo que es una contracción, porque me queda la satisfacción de saber que intentamos que el bebé naciera lo más natural posible..."
¿Fue como lo planeaste? No, porque "...pensé que el trabajo de parto sería corto, no imaginé tantas horas y menos pensé que terminaría en cesárea, sin embargo, el proceso no fue lo que yo planeé, pero si lo imaginé así: disfrutar del nacimiento de mi bebé, tenerla conmigo, sentirme protegida y segura, fue completamente diferente a como imaginé, pero salí del hospital feliz, sana, sintiéndome además físicamente muy bien, sin malestar y con mi bebé en brazos." (PT1)

En este otro caso de cesárea previa satisfecha pero que contestó a diferencia de la anterior, que sí resultó de cualquier forma como lo planeó . Esta participante tenía además el antecedente incluso de luxación congénita de la cadera y para ella los aspectos importantes de la experiencia fueron los siguientes:

Satisfecha sí, porque “por el trato cordial, profesional y humanizado que recibí... porque a pesar de que tuve una cesárea todo ocurrió como lo había planeado y se respetó siempre mis deseos, cuidando en todo momento del bienestar mío y de mi bebé. Siempre he dicho que soy muy sensible al dolor por lo que jamás imaginé aguantar más de 12 horas de trabajo de parto sin epidural y haberlo logrado me hace sentir feliz y fuerte.

¿Fue como lo planeaste?, Si...” Por todo lo escrito anteriormente” (PT2)

Lo planeado o lo esperado es una expectativa que varía y dependerá de varios factores como experiencias previas, información que se reciba de familiares y amigos e incluso la educación a través de lecturas, videos o cursos. La expectativa puede ser elevada o baja dependiendo de todo esto y por lo tanto también influirá en el resultado si se consiguió lo que se esperaba. La aportación más importante de este segundo estudio es la conclusión de que la expectativa depende efectivamente del contexto, pero ya dentro del mismo puede frecuentemente no estar relacionada a la satisfacción lograda por la mujer.

Las 74 participantes del segundo estudio cuyos testimonios se analizaron buscaban al menos intentar el trabajo de parto. El haber sido observador participante dentro de la investigación proporcionan información valiosa al respecto del origen multifactorial del índice de cesáreas, no se trata únicamente de voluntad materna o disponibilidad del personal médico, es más bien un interrelacionado que incluye educación previa de la mujer, estrategia en la atención y vigilancia del parto, trabajo en equipo, apoyo emocional y físico efectivo además de gran resistencia.

En este segundo estudio con las participantes después de haber vivido ya la experiencia de nacimiento, resaltan las citas en relación con la categoría de Seguridad que involucra los temas de acompañamiento, apoyo y tranquilidad como las más citadas, seguidos por intimidad y confianza. La segunda categoría en frecuencia fue el empoderamiento con temas relacionados a sentirse en libertad, involucrada e informada además del trato cálido que

recibieron. Por último, aunque ya con gran diferencia en el número de citas, se ubicó la categoría del vínculo y los temas que se le relacionan los cuales se representan en la siguiente tabla.

Tabla 25

Componentes del cuestionario sobre los testimonios del nacimiento.

Seguridad
Acompañamiento
Apoyo físico y emocional recibido
Tranquilidad
Intimidación
Confianza
Empoderamiento
Sentirse en libertad
Ser debidamente informados
Calidez en el trato
Motivación
Vinculación
Contacto piel a piel
Alojamiento conjunto

El tercer estudio identifica claramente seis categorías principales después de la reducción y vinculación de códigos analizados en el programa *Atlas ti* que fueron incluso a su vez, temas de las categorías en el segundo estudio realizado. Los puntos más mencionados fueron en relación con el Apoyo, Contacto piel a piel, Libertad, Dolor, Cesárea humanizada y Expectativas. Este estudio fue enriquecedor y emotivo al recordar juntos tanto mujeres participantes como investigador los detalles de la experiencia. Se observaron directamente las emociones positivas, satisfacción y agradecimiento en todas las entrevistadas y sus parejas.

Las respuestas a la pregunta de ¿Qué recuerdan como agradable, positivo o satisfactorio de su vivencia? Fluían con mucha facilidad, entre lo más mencionado fue el apoyo recibido, el contacto piel a piel con su bebé y la libertad que sintieron. El apoyo integrado por los componentes de ambiente tranquilo y acompañamiento efectivo por personas de su confianza fue descrito en el primer apartado como la categoría más citada.

En este estudio destacan las aportaciones de mujeres participantes que pudieron comparar una atención previa ya sea de parto tradicional o cesárea habitual con la atención recibida en este segundo embarazo. Una de ellas comparó su estado emocional alterado y la evolución del apego y la lactancia con su primer parto que considera emocionalmente muy traumático y que pudiera haber sido catalogado con efectos de Estrés pos-traumático, con la evolución actual después de un parto centrado en ella y con el modelo humanizado.

Tabla 26
Componentes de las entrevistas

Apoyo
Dolor
Contacto piel a piel
Libertad
Cesárea humanizada
Expectativas

En el tercer estudio se pudo observar que el dolor no fue representativo en la experiencia de las mujeres ni correspondiente con su expectativa ya que podían haber esperado más o menos dolor o tiempo de duración en el trabajo de parto, pero no importaba ya que el efecto de la satisfacción y las emociones positivas superaban todo lo demás. Se apreció además la efectividad de los métodos no farmacológicos para el control de dolor como está descrito en la literatura (Chailet, 2014), pero principalmente el efecto de la inmersión en agua, lo cual era tan efectivo que incluso pudo en algún caso hasta enlentecer demasiado o detener el trabajo de parto. El efecto de la libertad, principalmente de movimiento, resaltó como factor trascendente no sólo en la satisfacción sino además en el manejo del dolor. También se evidenció la importancia de la transformación del ambiente iluminado y frío que es tradicional del hospital, por uno cálido, en penumbras y con música suave que siempre se procuró para la atención de todas las participantes.

Finalmente, en las entrevistas de este tercer estudio se mencionan las diferencias de la cesárea humanizada en la que se procura mantener una temperatura ambiental cálida para

recibir al bebé en un ambiente tranquilo, oscuro, con música, sin exabruptos y en forma respetuosa sin perder el enfoque de la diada madre-bebé como las personas más importantes del momento. Procedimiento en el que todo el equipo médico formado por enfermeras, anestesiólogo, pediatra y acompañante o doula se concentran en apoyar a la mujer consiguiendo materializar el retraso del corte de cordón, el contacto piel a piel permanente y el inicio de una lactancia materna temprana incluso durante su estancia en el quirófano o recuperación.

El cuarto estudio de la investigación es revelador en varios sentidos. La información que obtiene es de mucho valor ya que viene directamente de la usuaria y no tiene el inconveniente de la falta de registro en los expedientes, deficiencia de reportes estadísticos o inaccesibilidad a los archivos de los hospitales, lo cual al igual que las complicaciones médicas y errores son puntos a considerar muy importantes y totalmente inalcanzables en la mayoría de los casos.

Primeramente aunque el objetivo fue ampliar la muestra a un número más grande de usuarias y que los grupos de edad, nivel educativo y preparación para el parto puedan ser similares, la muestra de 1283 participantes incluye la atención de las mismas en hospitales no solo privados (68%), sino también hospital público (26%), en su hogar (4.5%) y en casa de parto (1%) por lo que las condiciones pudieron variar mucho, ya que el enfoque de atención humanizada y centrada en la mujer es actualmente más la excepción que la regla en la mayoría de los centros de atención de embarazadas. La atención brindada para el parto pudo haber sido proporcionada por médicos, enfermeras, parteras o estudiantes lo cual no fue reportado.

Sin embargo, el dato de 72.5% de participantes que señalan haber sido acompañadas por su pareja o familiar y con doula el 8.6% suman un 81% de mujeres acompañadas que

reflejan un intento correcto en dirección del modelo humanizado y que por lo general sólo es aplicado en hospitales privados y muy pocos de carácter público.

Nuestro país se caracteriza por un alto índice de cesáreas con el impacto aún no reconocido de consecuencias en mortalidad materna y en problemas de la descendencia a corto y largo plazo como sobrepeso, obesidad, trastornos de conducta, violencia y problemas inmunológicos (Cardwell, 2008; Karlström, 2014; Kuhle, 2015; Sevelsted, 2015; Kristensen, 2016; Magne, 2017; Yip, 2017). Por otro lado las mujeres que logran tener un parto vaginal, la gran mayoría lo hace bajo el modelo biomédico que impera en nuestro país sin cambios desde hace más de 40 años y que consiste en que el profesional tiene el control y en elevados porcentajes será quien desencadena y aumenta el trabajo de parto, acuesta sobre su espalda con las piernas elevadas a la mujer para tener una mejor exposición y control, extrae el producto de la concepción de manera mecánica cortando, ampliando, comprimiendo el abdomen y jalando con instrumentos como el vacuum o el fórceps justificados en ser la manera que ha funcionado, lográndose bajar la mortalidad materna y neonatal a cierto nivel. Lo cierto es que ahora los índices están estancados, la mortalidad ya no se ha logrado disminuir a niveles deseados como en otros países y se ha incrementado otro tipo de problemas no visibles para nuestro esquema de actuar en base a consecuencias de corto plazo.

Teniendo en cuenta estos inconvenientes, el dato que más resalta de manera inicial es el elevado índice de cesáreas, la información es registrada a partir de dos preguntas en el cuestionario, correspondiendo a un 52% de las mujeres respondientes, los nacimientos en esta condición, El otro punto de gran trascendencia es sobre las cesáreas realizadas, en más de la mitad (56%) no hubo trabajo de parto, o sea que fueron planeadas. Ambas observaciones son totalmente contrarias al modelo de atención humanizado que procura disminuir el exceso de intervenciones siendo el índice elevado de cesáreas una de las intervenciones con mayor impacto negativo a corto y largo plazo tanto para madre como para la descendencia. La

justificación de este elevado número global de cesáreas fue Complicación médica en el 51%, el médico influyó en mi decisión 15% y el médico decidió 24.5% lo cual nos suma la enorme participación del obstetra (90.5%) en la decisión de terminar vía quirúrgica. En diferentes foros se ha dicho que la mujer es la que llega y solicita el procedimiento lo cual no es avalado por estos hallazgos: “Yo la pedí” se reportó solamente en el 8%.

En este cuarto estudio también resalta que la gran mayoría de los bebés (69%) siguen pasando a cuneros e incluso un porcentaje alto (33%) no pasó la primera noche con su madre; poco más de la tercera parte (34%) de las mujeres no sintieron apoyo para iniciar lactancia exclusiva y la misma proporción (35%) tuvo problemas para continuarla en casa por lo que casi la mitad de las mujeres tuvieron la necesidad de complementar con fórmula (42%, n=544).

Algunos otros datos que pueden impactar en la satisfacción materna revelado por el cuarto estudio fue que más de la tercera parte (36%) reporta que el lugar no fue tranquilo ni íntimo, una de cada cuatro no se sintió segura (24%) y a una de cada tres (29%) no se le explicó ni solicitó su consentimiento para los procedimientos y decisiones. Para una de cada cinco mujeres (22%) el trato de las enfermeras no fue cálido y sintieron que no le importaban a su médico (19%).

Una de cada cinco mujeres del estudio sintió que se le trató con falta de respeto durante la atención (21%), casi en la misma proporción (19%) consideró que fueron víctimas de violencia durante el nacimiento de sus bebés lo cual es una cifra impactante considerando que la mayoría de las mujeres se atendió de manera privada. Se reportaron como víctimas de violencia mujeres atendidas en hospital público, hospital privado e incluso en supuesta casa de parto. Al evaluar específicamente las preguntas sobre emociones positivas, una de cada cuatro de las mujeres considera estar en desacuerdo de calificar su experiencia como satisfactoria (26%) o bella (24%), incluso una de cada tres considera que no fue cálida (32%).

Y por el contrario al evaluar experiencias negativas el 34% considera que fue medicalizada en exceso, físicamente traumática (43%) e incluso la mitad respondió que fue emocionalmente traumática (47%).

Con base a estadísticas mundiales, el 90% de los bebés que nacen ameritarán solamente cuidados del recién nacido sano por lo que podrán estar de manera continua con su madre, el 9% ameritará algún tipo de reanimación básica como presión positiva para la respiración, pero con adecuada recuperación y por lo general egresando con su mamá y solo el 1% necesitará maniobras avanzadas de reanimación e incluso ingreso a terapia o quedarse hospitalizado (Wyckoff, 2015). En el presente estudio se reporta que el 10% los bebés ameritaron cuidados especiales u hospitalización por lo que se considera una cifra muy elevada.

Las mujeres que participaron en el estudio y que se caracterizaron en su mayoría como un grupo atendido en práctica médica y hospitalaria privada, mostraron estar conscientes de las diferencias que pueden existir en la atención del nacimiento de sus bebés, reportaron evidencias de conocimiento sobre la importancia de estar unidas a sus hijos desde el primer momento y por toda su vida.

Estas mujeres además están conscientes de la importancia del inicio temprano de lactancia materna como única fuente de alimentación inicial. También conocen sobre la importancia del movimiento y deambulación durante el trabajo de parto, el corte tardío del cordón umbilical y la necesidad de velar por disminuir el exceso de intervención médica no justificada. Prefieren empoderarse al solicitar ser involucradas en las decisiones y ser parte activa del proceso de nacimiento de sus bebés.

Se aprecia una disonancia entre los resultados de las expectativas y los niveles de satisfacción. No necesariamente se afecta la satisfacción en caso de no ser cumplida la expectativa, el fin no justifica los medios, el camino por sí mismo es el que va garantizando la

satisfacción completa al ir paso a paso con calidez, adecuada comunicación y prácticas médicas basadas en la evidencia y aplicadas con juicio clínico sin sesgos. La categoría de Seguridad fue predominando como la más importante conforme avanzaba la primera etapa de la investigación.

La seguridad según el diccionario APA de Psicología (Núñez et al., 2010) es la sensación de confianza y libertad de aprehensión. Es generada por múltiples factores como la calidez, aceptación, apoyo social, sensación de control y los cuidados médicos. El sentirse seguro durante el embarazo influye en los recursos, sentimientos y comportamiento de la mujer embarazada (Melender y Lauri, 2001). Otros elementos identificados en el estudio como temas que llevan hacia la seguridad de la mujer en labor son el acompañamiento, apoyo físico y emocional, la tranquilidad, la intimidad y la confianza.

En el grupo estudiado en la primera etapa de investigación se brindó la seguridad al proporcionar un ambiente tranquilo, acompañamiento continuo con su pareja, familiar, doula o el mismo médico tratante, excelente comunicación que resuelve todas sus dudas y la hace participe en las decisiones. Se le brindó seguridad al demostrar ser confiables y garantizar una intervención médica cálida y debidamente justificada; se le brindó seguridad a cada paso siendo coherentes entre lo dicho y lo hecho, actuando con apego a evidencias y realizando acciones como retraso en el corte de cordón, contacto piel con piel, seno materno temprano y alojamiento conjunto continuo sin interrupciones. Muchas de estas mismas acciones coinciden con empoderar de manera continua a la mujer independientemente de la forma de terminación del embarazo por lo que prácticamente el 98.7% de las participantes estudiadas reportaron satisfacción.

En base a los primeros tres estudios se reconocen, por lo tanto, las categorías de Seguridad, Empoderamiento y Vinculación con el recién nacido junto con los temas que se les relacionan como los aspectos que más le interesan e impactan en la mujer embarazada al

respecto de la experiencia de nacimiento de su bebé. A su vez el apoyo, la libertad y el contacto piel a piel son los temas principales de cada una de las categorías como se muestran en la tabla.

Tabla 27

Categorías y temas trascendentes en la primera etapa de investigación.

Seguridad
Acompañamiento
<u>Apoyo físico y emocional recibido</u>
Tranquilidad
Intimidad
Confianza
Empoderamiento
<u>Sentirse en libertad</u>
Ser debidamente informados
Calidez en el trato
Motivación
Vinculación
<u>Contacto piel a piel</u>
Alojamiento conjunto

Se concluye que el ambiente físico y social son determinantes en la satisfacción de la mujer ya que el ambiente físico amigable, tranquilo, íntimo y el trato amable, cálido e incluyente o que incorpora la participación de la mujer como ente activo y no pasivo forman parte de la categoría de seguridad que idealmente hay que brindar a la mujer en labor.

Se aprecia el valor de la libertad de movimiento y de comer y beber como parte fundamental del modelo de atención humanizada de la mujer en el parto, además de la efectividad de la inmersión en agua como técnica muy efectiva para el alivio de la incomodidad ocasionada por las contracciones.

Se reconoce a la cesárea humanizada como aquella realizada durante el trabajo de parto por indicación obstétrica bien definida y/o después de una verdadera prueba de trabajo de parto, en la que se procura una atención centrada en la mujer como evento principal, brindándole apoyo físico y emocional continuo mediante acompañamiento efectivo y en la que se procura el retraso del corte del cordón, contacto piel con piel inmediato y prolongado e

inicio temprano de seno materno exclusivo y a demanda, además de un alojamiento conjunto adecuadamente establecido. Todas las cesáreas en el presente estudio fueron reportadas en esta modalidad e impactaron en la completa satisfacción de las participantes. A diferencia de las cesáreas reportadas en la literatura llamadas cesáreas gentiles o centradas en la mujer que son realizadas de manera electiva, planeada o por indicación obstétrica sin trabajo de parto (Smith, 2008; Armbrust, 2016), todas las participantes sujetas a cesárea en este estudio sí estuvieron en trabajo de parto intentando el nacimiento vía vaginal ya que el enfoque desde la salud primal marca una gran diferencia entre la vía natural y la quirúrgica y no se pretende incentivar una nueva forma de hacer cesáreas, sino aplicar la evidencia y los beneficios del contacto piel a piel y el alimento al seno materno temprano y a demanda a todas aquellas que lo intentaron pero que necesitaron la terminación vía quirúrgica.

En el cuarto estudio por la difusión realizada a través de miembros de la Asociación Mexicana de Salud Primal que son profesionales a favor del nacimiento humanizado, se puede concluir que las participantes fueron mujeres que buscaban este tipo de atención. Sin embargo, los resultados nos descubren una realidad desfavorable pero parcial en el contexto nacional al tratarse de participantes que en su mayoría se atendieron de forma privada. Entre los hallazgos que sobresalen está el elevado índice de cesárea (52%) la cual se realiza de manera más frecuente que los nacimientos vía vaginal y las cuales, más de la mitad se realiza sin trabajo de parto y por decisión médica básicamente. Los bebés siguen siendo separados de las madres de manera rutinaria. El 69% pasó a cunero después del nacimiento y un 33% no pasó la primera noche con sus madres esto obviamente con efectos sobre la lactancia materna. El 42% de los nacidos tuvieron la necesidad según sus madres de ser alimentados con fórmula láctea en sus casas para complementar su alimentación, lo cual sabemos que impactará en la disminución de una lactancia materna exclusiva y prolongada.

Llama la atención que una de cada cinco mujeres en el estudio consideró que el trato

de las enfermeras no fue cálido y la misma proporción sintió que no le importaba a su médico. También una de cada cinco participantes consideró que se les trató con falta de respeto en algún momento durante la atención y la misma cantidad consideró que fueron víctimas de violencia durante el nacimiento de sus bebés.

La sociedad ahora está más informada, muchas veces más que el profesional, busca y exige una atención diferente, que no solo se ha caracterizado por esta falta de evidencia, sino que se ha naturalizado de tal manera que se caracteriza por un trato frío, mecánico y despersonalizado. En muchos casos no solo descortés sino hasta violento como ha sido evidenciado en investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública y de las Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma Nacional (R. Castro, 2014; Roberto Castro & Erviti, 2003; Valdez, Hidalgo, Mojado, & Arenas, 2013).

Esta forma de atención al parto en la que se demanda una atención diferente ha tenido diversas acepciones a lo largo del tiempo, se le ha llamado parto digno, libre, respetado, humanizado, fisiológico, parto en agua, vertical o suave o parto centrado en la mujer (Abuya, Ndwiga, Ritter, Sripad, & Warren, 2017; Allgaier, 1978; "Committee Opinion No. 687 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth," 2017; Goer, 2004; Midmer, 1992).

Por lo expuesto, se debe tener muy en claro los puntos cruciales en común a todas estas denominaciones en la atención a la mujer en parto y que muchos en el modelo biomédico tradicional desacreditan con ignorancia refiriéndose a ellas como cursilerías o romanticismos de la atención, desconociendo el enfoque fundamentado en los derechos humanos más básicos y elementales que le respaldan.

Es error común de los profesionales que inician este modelo de atención considerar que una atención humanizada al parto es aquella en la que dejaron entrar al papá o por que atendieron un parto en vertical, aunque haya habido falta de respeto durante la atención o una

intervención médica exagerada. O considerar que un parto en agua es hacer nacer al bebé en inmersión, después de manejar a la madre mediante inducción y conducción del trabajo de parto, tratando a la mujer de forma despersonalizada, fría y todavía peor buscando cómo hacer la episiotomía dentro del agua. Estos ejemplos alegóricos desafortunadamente son de casos reales que denotan no solo una ignorancia completa de evidencias científicas actualizadas sino además de conocimiento básico y elemental de la fisiología del parto natural y de una atención a la mujer basada en derechos humanos elementales.

Cada una de estas denominaciones al tipo de parto escuchadas actualmente, implica diferencias sutiles como por ejemplo parto natural o fisiológico se refiere a lograr el nacimiento del bebé sin necesidad de medicamentos incluyendo fármacos para el dolor. Parto vertical se refiere a la posición del expulsivo en el que la mujer debe adoptar un ángulo de su cuerpo de al menos 45 grados con respecto del plano horizontal, parto humanizado se refiere a la atención de la persona como ciudadano en igualdad de circunstancias digno de respeto y en apego a sus derechos humanos mas elementales. Parto de mínima intervención se refiere a la habilidad del profesional para vigilar la adecuada evolución del proceso de nacimiento sin abuso de equipo diagnóstico y con la paciencia y tiempo suficiente de permitir la evolución natural.

Por lo tanto y ante la necesidad de aclarar acepciones, esta investigación permitió también organizar ideas y conceptos formulando la siguiente descripción que reúne las características de atención comunes a los llamados parto humanizado, digno, natural, suave, gentil, centrado en la mujer, acuático, vertical y respetado. A este tipo de atención se le ha denominado: Atención obstétrica basada en evidencia científica y se ha definido de la siguiente manera:

“El nacimiento humanizado, parto vertical, parto en agua, parto gentil o centrado en la mujer, parto suave, natural o de mínima intervención, parto intercultural o seguro, parto en casa o parto hospitalario... todos deben ser llevados a cabo con una *Atención obstétrica basada en la evidencia* que es aquella que ofrecen los profesionales de manera empática, cálida y gentil con la intervención mínima para favorecer el curso fisiológico del proceso, pero siendo la suficiente para asegurar una vigilancia correcta del bienestar de madre y bebé, basada en evidencia científica actualizada de la mejor calidad y siempre fundamentada en los derechos humanos. Que se encuentre disponible para todas las mujeres, que incluya información y comunicación efectiva y entendible como parte de un proceso centrado en ella como el individuo más importante, en el que la mujer toma su propia responsabilidad y decisiones basadas en la información y opciones puestas a su disposición. Es aquella que empodera a la mujer con la experiencia trascendental de vida que es el nacimiento de un bebé, de la forma más fisiológica y natural posible y con todo el apoyo, libertad y acompañamiento necesarios. Es aquella que favorece directamente el establecimiento de una lactancia materna exclusiva y prolongada, además de una crianza temprana respetuosa y con la información adecuada que proporcione las mejores bases para el desarrollo de todo el potencial del individuo en condiciones de salud física, mental y emocional a corto y largo plazo”.

Con el objeto de visualizar la magnitud del constructo, se elaboró la siguiente figura que representa los diferentes componentes de una atención obstétrica basada en la evidencia, los cuales ascienden de lo mas simple a lo más complejo de acuerdo a las dificultades que pueden representar para el profesional acostumbrado a la atención con enfoque biomédico tradicional y que desea cambiar hacia una atención humanizada, basada en derechos humanos,

de mínima intervención o ahora llamada para fines de esta investigación como atención obstétrica basada en evidencias.



Figura 7. Componentes de la atención a la mujer durante el trabajo de parto.

La figura representa la dificultad en la implementación de una atención basada en la evidencia, en la cúspide las iniciales de CH corresponden a cesárea humanizada con enfoque de salud primal o cesárea realizada a mujer después de prueba de trabajo de parto. Por lo general el profesional que recibe entrenamiento para cambiar el paradigma de la atención al que está acostumbrado por otro con enfoque humanizado y centrado en la mujer, se excusa en que no hay tiempo, ni dinero o infraestructura para llevarlo a cabo en su unidad de salud. La pirámide nos enseña en su base que lo más sencillo de cambiar es nuestra propia actitud y la forma como nos dirigimos y comunicamos con la mujer usuaria de la atención. Este trato amable, respetuoso y cálido puede y debe ser otorgado a la totalidad de las mujeres en labor independientemente del riesgo con el que esté clasificada su gestación.

Posteriormente la evidencia nos enseña que la mujer en labor estará más confortable en movimiento además de que favorecerá la progresión del trabajo de parto, los profesionales somos los que debemos modificar nuestras estrategias de atención, cuidado y vigilancia acorde a esta necesidad. Si continuamos ascendiendo en la pirámide rumbo a una verdadera

atención basada en la evidencia, aprenderemos cómo favorecer un acompañamiento cálido y efectivo, además del verdadero apoyo físico y emocional, permitiremos la ingesta de alimentos ligeros y líquidos y evitaremos intervenciones rutinarias como la intravenosa, la ruptura de membranas o acelerar contracciones con medicamentos, enemas y cortes al periné.

Aprenderemos a tener paciencia y a modificar nuestros tiempos y horarios familiarizándonos nuevamente con la progresión espontánea, la desconexión de la mujer en transición y la inhibición de la neocorteza cerebral. Conforme seamos más hábiles en ascender esta pirámide de atención reconoceremos a la mujer en su ritual, la acompañaremos en su plena libertad de movimiento y sabremos cuando estar allí para presenciar el milagro del dar a luz nuevamente, ver nacer a un bebé y a una nueva madre empoderada como nunca. Si logramos tener la sensibilidad de ascender a la cúspide, podremos aplicar los mismos principios de respeto, calidez y evidencia científica durante el nacimiento por vía quirúrgica.

Referencias

- Aboelela, S. W., Larson, E., Bakken, S., Carrasquillo, O., Formicola, A., Glied, S. A., y Gebbie, K. M. (2007). *Defining Interdisciplinary Research: Conclusions from a Critical Review of the Literature*. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955232>
- Abuya, T., Ndwiga, C., Ritter, J., Sripad, P., & Warren, C. (2017). Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: Work with what you have. *Reproductive Health*, 14(1), 1-13.
- Alam, R., Abdolmaleky, H. M., y Zhou, J.-R. (2017). Microbiome, inflammation, epigenetic alterations, and mental diseases. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 174(6), 651-660.
- Allgaier, A. (1978). Alternative birth centers offer family-centered care. *Hospitals*, 52(24), 97-98.
- Alvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Anaya-Prado, R., Madrigal-Flores S., Reveles-Vázquez J.A., Ramírez-Barba, E.J., Frías – Terrones, G., Godinez-Rubí, J.M. (2008). Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *Cir Ciruj*;76(6):467-472.
- Ardón Centeno, N., Jara Navarro, M. I., y Velandia Salazar, F. (2007). Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 139-168.
- Armbrust, R., Hinkson, L., von, W. K., & Henrich, W. (January 01, 2016). The Charité cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section. *The Journal of*

Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : the Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 29, 1, 163-8.

Asowa-Omorodion, F. I. (1997). Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo State, Nigeria. *Social Science & Medicine* *Social Science & Medicine, 44(12), 1817-1824.*

Babenko, O., Kovalchuk, I., y Metz, G. A. S. (2015). Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 48(Suppl. 3), 70-91.*

Baron, R. S., Cusumano, M. A., Evans, D. C., Hodne, C. J., y Logan, H. (2004). The Effect of Desired Control and Anticipated Control on the Stress of Childbirth. *Basic and Applied Social Psychology Basic and Applied Social Psychology, 26(4), 249-261.*

Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., y English, J. (2014). Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections. *JMWH Journal of Midwifery & Women's Health, 59(2), 160-166.*

Bitew, K., Ayichiluhm, M., y Yiman, K. (2015). Maternal Satisfaction on Delivery Service and Its Associated Factors among Mothers Who Gave Birth in Public Health Facilities of Debre Markos Town, Northwest Ethiopia. *BioMed Research International, 2015.*

Brady, K., Bulpitt, D., Chiarelli, C., (2014). An Interprofessional Quality Improvement Project to Implement Maternal/Infant Skin-to-Skin Contact During Cesarean Delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2014; 43(4): 488-496.*

Braun, V., y Clarke, C. (2006). Using thematic analysis in psychology. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2292/14647>

- Bronfman P, M. N., y Castro P, R. (1989). Discurso y práctica de la planificación familiar: el caso de América Latina. *Saúde em debate* (25), 61-68.
- Caballero, P., Delgado-García, B., Orts-Cortes, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., y Nolasco, A. (2016). Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/16/78>
- Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162.
- Campero, L., García, C., Díaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., y Langer, A. (1998). Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science & Medicine*, 47 (3) pp. 395-403
- Capogna, G., Alahuhtat, S., Celleno, D., De Vlieger, H., Moreira, J., Morgan, B., Moore, C., Pasqualetti, P., Soetens, M., Zundertl, A. y Vertommen, J. (1996). Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women. *International Journal of Obstetric Anesthesia International Journal of Obstetric Anesthesia*, 5(4) pp 229-235.
- Cardwell, C. R., Stene, L. C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M., Parslow, R., Bringis, G., Stoyanov, D., Urbonaite, B., Sipetic, S., Schober, E., Ionescu, C., Devoti, G., Beaufort, C., Buschard, K. y Patterson, C. (2008). Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *DIABETOLOGIA*, Vol. 51(5), 726-735.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro, R., & Erviti, J. (2003). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and human rights : an international journal*, 7(1), 90-110.

- Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, G.-P., Moutquin, J. M., Rossignol, M., ... Bonapace, J. (June 01, 2014). Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. *Birth*, 41, 2, 122-137.
- Chaves, A., Madrigal, E., y Ugalde, J. G. (2001). Denuncias por responsabilidad médica en ginecoobstetricia. In (Vol. 6, pp. 47-52). *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*.
- Chiarotti, S. (2003). *Con todo al aire: reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: INSGENAR: CLADEM.
- Christiaens, W., y Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(1).
- Committee Opinion No. 687 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. (2017). *Obstetrics and gynecology*, 129(2), 403-404.
- Császár-Nagy, N., y Bókkon, I. (2017). Mother-newborn separation at birth in hospitals: A possible risk for neurodevelopmental disorders? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews Neuroscience & Biobehavioral Reviews* (Suppl. 2).
- Curran, E. A., Dalman, C., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Cryan, J. F., Dinan, T. G., y Khashan, A. S. (2015). Association Between Obstetric Mode of Delivery and Autism Spectrum Disorder: A Population-Based Sibling Design Study. *JAMA psychiatry*, 72(9), 935-942.
- Dahlen, H. G., Kennedy, H. P., Anderson, C. M., Bell, A. F., Clark, A., Foureur, M. y Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical hypotheses*, 80(5), 656-662.

- Dahlen, H., Downs, S., Wright, M., Kennedy, H., y Taylor, J. (2016, 2016). Childbirth and consequent atopic disease: emerging evidence on epigenetic effects based on the hygiene and EPIIC hypotheses. Recuperado de: http://clock.uclan.ac.uk/16068/1/_lha-031_pers-J_0006D93E_My Documents_clock_31.10 Soo_Dahlen et al 2016 childbirth and atopic disease bmc pregnancy and childbirth.pdf
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., y Berg, M. (2010, 2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81>
- Dewana, Z., Fikadu, T., A, G. M., y Abdulahi, M. (2016). Client perspective assessment of women's satisfaction towards labour and delivery care service in public health facilities at Arba Minch town and the surrounding district, Gamo Gofa zone, south Ethiopia. *Reproductive health*, 13.
- Diniz S.G., y A.S., C. (2004). "The Cut Above and the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in Sao Paulo, Brazil. In (Vol. 12, pp. 100-110). *Reproductive Health Matters*.
- D'Oliveira, A. F., Diniz, S. G., y Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet (London, England)*, 359(9318), 1681-1685.
- Dominguez-Bello, M.G., De Jesus-Laboy, K.M., Shen, N., Cox, L.M., Amir, A., González, A.,...Rivera-Vinas, J.I. (2016). Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *NATURE MEDICINE*, 22(3), 250-253.
- Faa, G., Manchia, M., Pintus, R., Gerosa, C., Marcialis, M. A., y Fanos, V. (2016). Fetal programming of neuropsychiatric disorders. *Birth defects research. Part C, Embryo today: reviews*, 108(3), 207-223.

- Fajardo-Dolci, G. E., Gómez-Bernal, E., Hernández-Torres, F., Hernández-Ávila, M., Kuri-Morales, P., y Santacruz-Varela, J. (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *spm Salud Pública de México*, 51(2), 119-125.
- Fineberg, A. M., Ellman, L. M., Schaefer, C. A., Maxwell, S. D., Shen, L., H. Chaudhury, N. y Brown, A. S. (2016). Fetal exposure to maternal stress and risk for schizophrenia spectrum disorders among offspring: Differential influences of fetal sex. *Psychiatry research*, 236, 91-97.
- Franklin, T., Linder, N., Russig, H., Thöny, B. y Mansuy, I. (2011, 2011). *Influence of early stress on social abilities and serotonergic functions across generations in mice*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5167/uzh-52506>
- Gärtner, F. R., Freeman, L. M., Rijnders, M. E., Middeldorp, J. M., Bloemenkamp, K. W. M., Stiggelbout, A. M. y van den Akker-van Marle, M. E. (2014). A comprehensive representation of the birth-experience: identification and prioritization of birth-specific domains based on a mixed-method design. *BMC Pregnancy Childbirth BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1).
- Goer, H. (2004). Humanizing birth: a global grassroots movement. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(4), 308-314.
- Goodman, P., Mackey, M. C., y Tavakoli, A. S. (2004a). Factors related to childbirth satisfaction. *JAN Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Goodman, P., Mackey, M. C., y Tavakoli, A. S. (2004b). ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE: Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.

- Grossmann-Kendall, F. (2001). Giving birth in maternity hospitals in Benin: Testimonies of women. *Reproductive Health Matters Reproductive Health Matters*, 9(18), 90-98.
- Hamza, M., Halayem, S., Mrad, R., Bourgou, S., Charfi, F. y Belhadj, A. (2017). Epigenetics' implication in autism spectrum disorders: A review. *Encephale*, 43, 374-381.
- Hart, M. A. y Foster, S. N. (1997). Couples Attitudes toward Childbirth Participation: Relationship to Evaluation of Labor and Delivery. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 11(1), 10-20.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J. y Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18(4), 260-267.
- Hatanaka, Y., Kabuta, T., y Wada, K. (2017). Disturbance in Maternal Environment Leads to Abnormal Synaptic Instability during Neuronal Circuitry Development. *Frontiers in neuroscience*, 11.
- Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M. and Tough, S.C., (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16:90
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), 160-172.
- Hodnett, E. D. y Osborn, R. W. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health*, 12(5), 289-297.
- Hohwü, L., Li, J., Olsen, J., Sørensen, T. I. A., Obel, C. y Alemany, M. (2014). Severe Maternal Stress Exposure Due to Bereavement before, during and after Pregnancy and Risk of Overweight and Obesity in Young Adult Men: A Danish National Cohort Study. *PLoS ONE PLoS ONE*, 9(5).

- Holahan, C. J. (1991). *Psicología ambiental: un enfoque general*. México: Limusa.
- Hollins Martin, C. J. y Martin, C. R. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *YMIDW Midwifery*, 30(6), 610-619.
- Hollins, C. y Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124-135.
- Hollins, C., Snowden, A. y Martin, C. (2012, 2012). Concurrent analysis: validation of the domains within the birth satisfaction scale. Recuperado de: http://researchrepository.napier.ac.uk/8967/1/%2833%29_JRIP_Concurrent_analysis_birth_satisfaction.docx
- Hollowell, J., Rowe, R., Townend, J., Knight, M., Li, Y., Linsell, L., Redshaw, M., Brocklehurst, P., Mcfarlane, A., Marlow, N., McCourt, C., Newburn, M., Sandall, J. y Silverton, L. (2015). The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Serv Deliv Res Health Services and Delivery Research*, 3(36), 1-264.
- Hopkins, K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*, 51(5), 725-740.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *J Child Psychol & Psychiat Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810-818.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J. y Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social science & medicine.*, 52(4), 609.

- Jasarevic, E., Howerton, C. L., Howard, C. D., & Bale, T. L. (2015). Alterations in the Vaginal Microbiome by Maternal Stress Are Associated With Metabolic Reprogramming of the Offspring Gut and Brain. *Endocrinology*, 156(9), 3265-3276.
- Jenkinson, B., Josey, N. y Kruske, S. (2014). BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. En: *The Queensland Centre for Mothers and Babies*.
- Jimenez-Corona, M. E., Ponce-de-Leon-Rosales, S., Rangel-Frausto, S. y Mohar-Betancourt, A. (2006). Epidemiology of medical complaints in Mexico: identifying a general profile. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 18(3), 220-223.
- Johanson, R., Newburn, M. y Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *Bmj*, 324(7342), 892-895.
- Karlström, A., Lindgren, H. y Hildingsson, I. (2013). Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJO BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(4), 479-486.
- Karlström, A., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (June 01, 2014). Maternal and Infant Outcome After Caesarean Section Without Recorded Medical Indication: Findings From a Swedish Case-Control Study. *Obstetric Anesthesia Digest*, 34, 2, 108-109.
- Karlström, A., Nystedt, A. y Hildingsson, I. (2015, 2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. Recuperado de: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-110994>
- Kitzinger, S. (2006). *Birth crisis*. London; New York: Routledge.
- Klar, M. y Michels, K. B. (2014). Cesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies--a meta-analysis. *Journal of perinatal medicine*, 42(5), 571-583.

- Kringeland, T., Daltveit, A. K. y Møller, A. (2010). What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 1(1), 21-26.
- Kristensen, K., & Henriksen, L. (January 01, 2016). Cesarean section and disease associated with immune function. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 137, 2, 587-90.
- Kuhle, S., Tong, O. S. y Woolcott, C. G. (2015). Association between caesarean section and childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(4), 295-303.
- Kuhn, T. S. (2007). La estructura de las revoluciones científicas. *La Gaceta del Fondo de Cultura Económica*, 28, 440.
- Larkin, P., Begley, C. M. y Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), 49-59.
- Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C. y Gyte, G. M. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3.
- Lee, E., Kim, B.J., Kang, M.J., Choi, K.Y., Cho, H.J., Kim, Y.,... Hong, S.J. (2016). Dynamics of Gut Microbiota According to the Delivery Mode in Healthy Korean Infants. *Allergy, asthma & immunology research*, 8(5), 471-477.
- León-Duarte G., Castillo E., Oliveros L., Rebeil M.A., Alsina R., Parés M. y Moreno M. (2011). Estudios de la comunicación. Estrategias meteorológicas y competencias profesionales en comunicación. México: Pearson.

- Li, H., Ye, R., Pei, L., Ren, A., Zheng, X. y Liu, J. (2014). Caesarean delivery, caesarean delivery on maternal request and childhood overweight: a Chinese birth cohort study of 181380 children. *Pediatric obesity*, 9(1), 10-16.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *YMIDW Midwifery*, 21(4), 346-354.
- Maccari, S. (2010). Perinatal Influences on Behavior and Neuroendocrine Functions. En: Koob, G., Le Moal, M. y Thompson, R. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience*. Elsevier.
- Magne, F., Puchi Silva, A., Carvajal, B. y Gotteland, M. (2017). The Elevated Rate of Cesarean Section and Its Contribution to Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America: The Growing Involvement of the Microbiota. *Frontiers in pediatrics*, 5.
- Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E. D., Blanchet, C., Dodin, S. y Njoya, M. M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011(7).
- Marcotte, E. L., Thomopoulos, T. P., Infante-Rivard, C., Clavel, J., Petridou, E. T., Schüz, J. y Spector, L. G. (2016). Caesarean delivery and risk of childhood leukaemia: a pooled analysis from the Childhood Leukemia International Consortium (CLIC). *The Lancet Haematology* *The Lancet Haematology*, 3(4), 176-185.
- Martínez, J. (2011). Métodos de Investigación Cualitativa. *Research Journal Silogis*, 8.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *csc Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

- Mas, R., Barona, C., Carreguí, S., Ibañez, N., Margaix, L. y Escriba, V. (2012) Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 26 (3).
- Mas-Pons, R., Borona-Vilar, C., Carregui-Vilar, S., Ibañez-Gil, N., Margaux-Fontestad, L. y Escriba-Fruir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300009
- McNeil, T. F., Schubert, E. W., Cantor-Graae, E., Brossner, M., Schubert, P. y Henriksson, K. M. (2009). Unwanted pregnancy as a risk factor for offspring schizophrenia-spectrum and affective disorders in adulthood: a prospective high-risk study. *Psychol. Med. Psychological Medicine*, 39(06), 957.
- Melender, H. L. y Lauri, S. (2001). Security associated with pregnancy and childbirth--experiences of pregnant women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 22(4), 229-239.
- Midmer, D. K. (1992). Does family-centered maternity care empower women? The development of the woman-centered childbirth model. *Family medicine*, 24(3)
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- Myhrman, A., Rantakallio, P., Isohanni, M. y Jones, P. (1996). Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. *The British journal of psychiatry.*, 169(5), 637.
- Nemoda, Z. y Szyf, M. (2017). Epigenetic Alterations and Prenatal Maternal Depression. *Birth defects research*, 109(12), 888-897.

- Neu, J. y Rushing, J. (2011). Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. *Clinics in perinatology*, 38(2), 321-331.
- Newburn, M., Singh, D., & National Childbirth, T. (2003). *Creating a better birth environment: women's views about the design and facilities in maternity units: a national survey*. Glasgow: National Childbirth Trust.
- Núñez Herrejón, J. L., Ortiz Salinas, M. E. y Viveros Fuentes, S. (2010). *APA : diccionario conciso de psicología*. México D. F.: Manual Moderno.
- O'Donnell, K. J. y Glover, V. (2016). Chapter 7 - Maternal Prenatal Stress and the Developmental Origins of Mental Health: The Role of Epigenetics.
- O'Donnell, K. J. y Meaney, M. J. (2017). Fetal Origins of Mental Health: The Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis. *The American journal of psychiatry*, 174(4), 319-328.
- O'Dougherty, M. (2013). Plot and Irony in Childbirth Narratives of Middle-Class Brazilian Women. *MAQ Medical Anthropology Quarterly*, 27(1), 43-62.
- OMS. (2017). Epidemiología. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- O'Neill, S. M., Agerbo, E., Kenny, L. C., Henriksen, T. B., Kearney, P. M., Greene, R. A. y Khashan, A. S. (2014). Cesarean section and rate of subsequent stillbirth, miscarriage, and ectopic pregnancy: a Danish register-based cohort study. *PLoS medicine*, 11(7).
- Ontario, y Caesarean Section Working, G. (2000). *Attaining and maintaining best practices in the use of caesarean sections: an analysis of four Ontario hospitals*: Women's Health Council.
- Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. In (Vol. 19, pp. 2-21): *Journal of Health and Social Behavior*.

- Peña, R., J.R., R. y López, J. M. (2004). Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del IMSS. *Salud Pública de México*, 46, 210-215.
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 111(3), 201-202.
- Pérez, M., & Gérvas, J. (1999). Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *Revista Semergen*. 25, 239-248.
- Plana-Ripoll, O., Li, J., Kesmodel, U. S., Olsen, J., Parner, E. y Basso, O. (2016). Maternal stress before and during pregnancy and subsequent infertility in daughters: a nationwide population-based cohort study. *Human Reproduction*, 31(2), 454-462.
- Ranta M.D, P., Spalding, M., Kangasâ Saarela, T., Jokela, R., Hollmén, A. y Jouppila, R. (1995). Maternal expectations and experiences of labour pain -- options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 39(1).
- Ranta, P., Spalding, M., Kangas-Saarela, T. y Jokela, R. (1995). Maternal expectations and experiences of labour pain - options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 39(1), 60.
- Redshaw, M. (2008). Women as Consumers of Maternity Care: Measuring Satisfaction or Dissatisfaction? *BIRT Birth*, 35(1), 73-76.
- Repko, A. F. (2012). *Interdisciplinary research : process and theory*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- Repko, A. F. y Szostak, R. (2017). *Interdisciplinary research : process and theory*.

- Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 156(6), 831-835.
- Rivollier, F., Lotersztajn, L., Chaumette, B., Krebs, M. y Kebir, O. (2014). Epigenetics of schizophrenia: a review. *Encephale*, 40, 380-386.
- Rosenfeld, C. S. (2016). *The epigenome and developmental origins of health and disease*.
- Roura, C., Rodríguez, S. y Rodríguez, C. (2007) *Obstetricia y medicina materna*. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana.
- Rutayisire, E., Huang, K., Tao, F. y Liu, Y. (2016). The mode of delivery affects the diversity and colonization pattern of the gut microbiota during the first year of infants' life: A systematic review. *BMC Gastroenterol. BMC Gastroenterology*, 16(1).
- Salmon, P. y Drew, N. C. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: Relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(4), 317-327.
- Sawyer, A., Ayers, S., Abbot, J., Gyte, G., Rabe, H. y Duley, L. (2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 108.
- Schlinzig, T., Johansson, S., Stephansson, O., Hammarström, L., Zetterström, R. H., von Döbeln, U. y Norman, M. (2017). Surge of immune cell formation at birth differs by mode of delivery and infant characteristics-A population-based cohort study. *PloS one*, 12(9).
- Secretaría de Salud (2016) Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Recuperado de:

<http://www.hraeoaxaca.salud.gob.mx/media/437470/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>

- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Sevelsted, A., Stokholm, J., Bønnelykke, K., & Bisgaard, H. (January 01, 2015). Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 70, 5, 303-305.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 18(4), 203-210.
- Sitzia, J. y Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Slade, P., MacPherson, S. A., Hume, A. y Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. *The British journal of clinical psychology*, 32, 469-483.
- Smith, J., Fisk, N. M., & Plaat, F. (July 01, 2008). The natural caesarean: A woman-centred technique. *Bjog: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115, 8, 1037-1041.
- Soriano, F., Oliver, A., Cabrero, J., Congost, N., Dencker, A. y Richart, M. (2016) The Spanish versión of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*. Vol. 16 (1). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27884123>
- Soriano-Vidal, F. J., Oliver-Reig, A., Cabrero-García, J., Congos-Maestre, N., Dencker, A. y Richart-Martinez, M. (2016, 2016). The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/16/372>

- Su, X., Liang, H., Yuan, W., Olsen, J., Cnattingius, S. y Li, J. (2016). Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women. *European child & adolescent psychiatry*, 25(11), 1245-1253.
- Taylor, S. J., Bogdan, R. y Piatigorsky, J. (2010). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados* (J. Piatigorsky, Trans.). Barcelona: Paidós.
- Thomas, J., Royal College of Obstetricians and, G. y Clinical Effectiveness Support, U. (2001). *The National Sentinel Caesarean Section Audit Report*. London: RCOG Press.
- Thomopoulos, T. P., Skalkidou, A., Dessypris, N., Chrousos, G., Karalexi, M. A., Karavasilis, T. G. y Petridou, E. T. (2016). Prelabor cesarean delivery and early-onset acute childhood leukemia risk. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 25(2), 155-161.
- Thompson, A. G. y Suñol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 7(2), 127-141.
- Valdés Salgado, R., Molina Leza, J. y Solís Torres, C. (2001). Aprender de lo sucedido: análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional Arbitraje Médico. *Salud Pública*, 43 (5).
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojado, M. y Arenas, L. M. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. In: Revista CONAMED.
- Van Den Akker, O. y Redshaw, M. (2008). Beliefs and attitudes during pregnancy and post natally. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 155-156.
- Víctor, C.-V., Fernanda, D., Martha, F., César, O. T., Blanca, F. y José, G. (2015). Socio-physical environmental factors and sustainable behaviour as indicators of family

- positivity / Factores ambientales socio-físicos y conducta sostenible como indicadores de positividad familiar. *Psycology*, 6(2), 146-168.
- Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 125-146.
- Waldenström, U. (2004). Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth*, 31(2), 102-107.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. y Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(1), 17-27.
- Walsh, D. J. (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health & Illness*, 32(3), 486-501.
- WHO. (2004). *Making pregnancy safer the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Geneva: World health organization.
- Wijma, K., Wijma, B. y Zar, M. (2009). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84-97.
- World Health, O. y Reproductive Health and, R. (2015). WHO statement on Caesarean section rates. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1
- Wyckoff, M. H., Aziz, K., Escobedo, M. B., Kapadia, V. S., Kattwinkel, J., Perlman, J. M., Simon, W. M., ... Zaichkin, J. G. (November 03, 2015). Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 132

- Yalew, W., Mekonnen, M. y Anteneh, Z. (2015). Womens satisfaction with childbirth care in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar city, Northwest Ethiopia, 2014: cross sectional study. *BMC Research Notes*, 8(1), 1-7.
- Ye, J., Wu, W., Li, Y. y Li, L. (2017). Influences of the Gut Microbiota on DNA Methylation and Histone Modification. *Digestive Diseases And Sciences*, 62(5), 1155-1164.
- Yip, B. H. K., Leonard, H., Stock, S., Stoltenberg, C., Francis, R. W., Gissler, M. y Sandin, S. (2017). Caesarean section and risk of autism across gestational age: a multi-national cohort study of 5 million births. *International journal of epidemiology*, 46(2), 429-439.

**ANEXO 1. Instrumento de recolección de datos del estudio 2. Cuestionario preguntas
abiertas y cerradas, titulado Testimonio del nacimiento de mi hijo.**

TESTIMONIO DEL NACIMIENTO DE MI HIJO

NOMBRE:	EDAD:
E MAIL:	NO. HIJOS:

***ESTA ENCUESTA ES CON FINES DE MEJORAS EN LA CALIDAD DE LA
ATENCION PROPORCIONADA***

COMENTARIO O SUGERENCIA CON RESPECTO AL CONTROL PRENATAL:

CON RESPECTO A MI TRABAJO DE PARTO HASTA ANTES DEL NACIMIENTO

Duración en casa:	Duración en	Libertad de	Hidratación y
<input type="checkbox"/> menos de 5 horas	hospital:	movimiento:	alimentación
<input type="checkbox"/> 5-10 horas	<input type="checkbox"/> menos de 5 horas	<input type="checkbox"/> mucha	<input type="checkbox"/> libre y adecuada
<input type="checkbox"/> 10-15 horas	<input type="checkbox"/> 5-10 horas	<input type="checkbox"/> suficiente	<input type="checkbox"/> suficiente
<input type="checkbox"/> mas de 15 horas	<input type="checkbox"/> 10-15 horas	<input type="checkbox"/> poca	<input type="checkbox"/> restringida
	<input type="checkbox"/> mas de 15 horas	<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> ninguna
Fui acompañada:		Me sentí presionada por:	

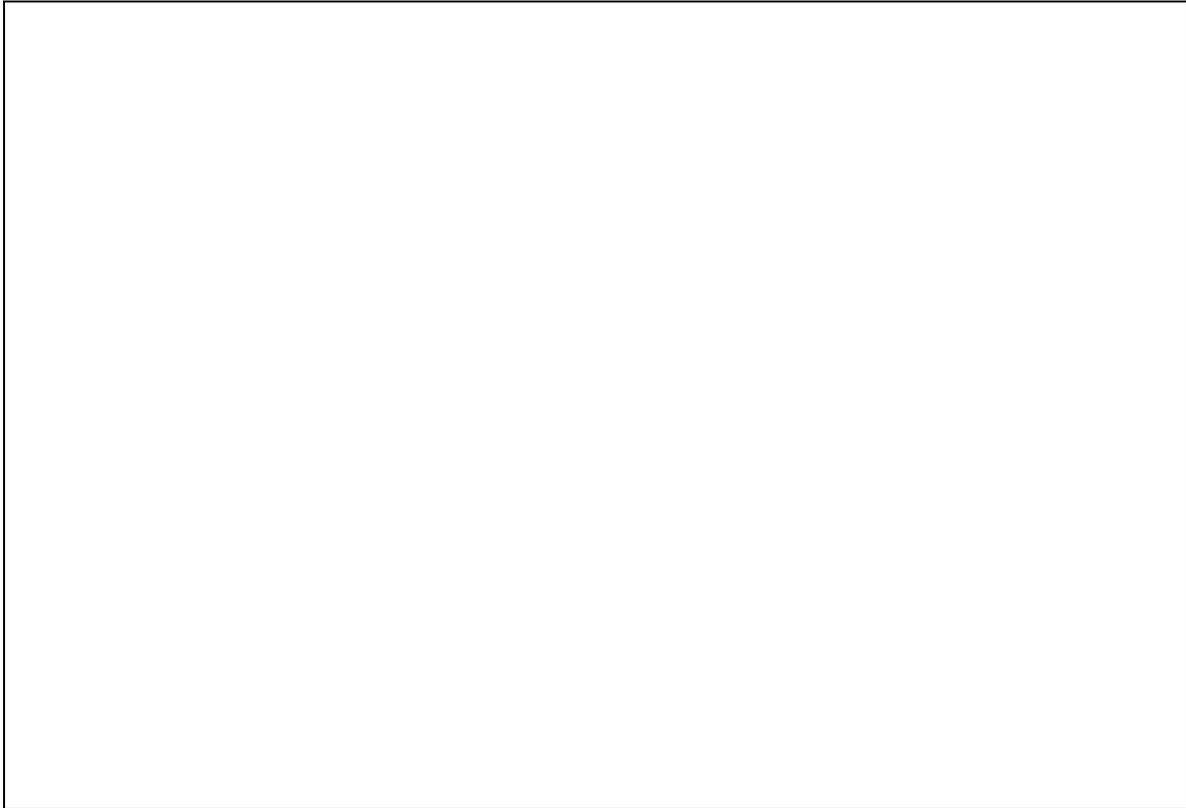
--	--

EXPERIENCIA PERSONAL SOBRE MI TRABAJO DE PARTO:

CON RESPECTO AL NACIMIENTO:

ESTE FUE POR:	Control de dolor	Mi posición al	Sentí más apoyo
<input type="checkbox"/> parto natural	<input type="checkbox"/> masajes y	nacer:	por:
<input type="checkbox"/> parto en agua	compresiones	<input type="checkbox"/> de pie	<input type="checkbox"/> esposo
<input type="checkbox"/> cesárea	<input type="checkbox"/> agua caliente	<input type="checkbox"/> acostada	<input type="checkbox"/> madre
<input type="checkbox"/> parto después de	<input type="checkbox"/> epidural	<input type="checkbox"/> sentada	<input type="checkbox"/> médico
cesárea	<input type="checkbox"/> otros	<input type="checkbox"/> cuclillas	<input type="checkbox"/> Doula
		<input type="checkbox"/> cuatro puntos	<input type="checkbox"/> nadie

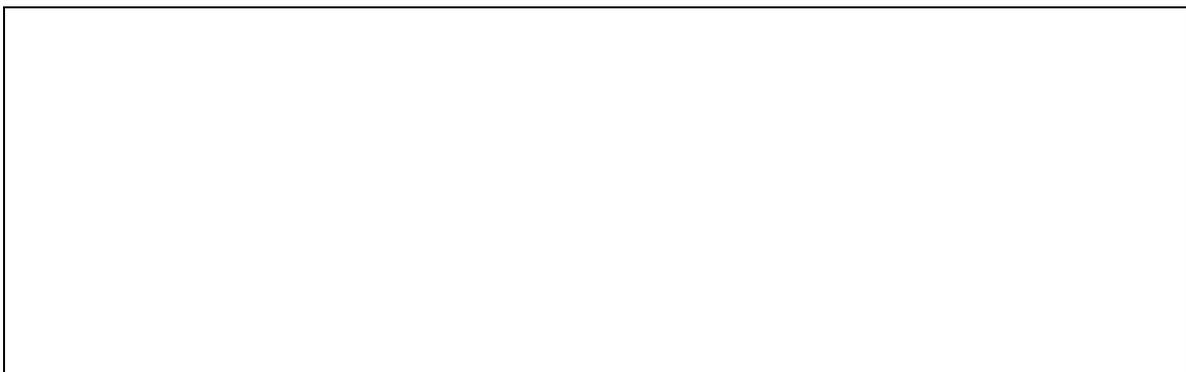
QUE EXPERIENCIAS O TERTIMONIO TENGO DEL NACIMIENTO DE MI HIJO



¿TE SIENTES SATISFECHA CON LA FORMA EN LA QUE VIVISTE EL NACIMIENTO
DE TU HIJO?

SI () NO ()

¿POR QUÉ?



¿EL NACIMIENTO DE TU HIJO FUE COMO LO PLANEASTE O IMAGINASTE QUE
SERÍA?

SI () NO ()

¿POR QUÉ?



AUTORIZO LA PUBLICACION DE MIS COMENTARIO EN LA PAGINA
nacersuave.com COMO TERTIMONIO DE MI EXPERIENCIA JUNTO CON MI CORREO
ELECTRONICO COMO REFERENCIA.

SI () FIRMA _____

NO () FIRMA _____

Anexo 2. Guía de preguntas de entrevista del Estudio 3.

1. Recabar datos generales sobre embarazo y nacimiento
2. Mencione los aspectos negativos o no satisfactorios de toda su experiencia vivida del nacimiento de su bebé.
3. Mencione todos los aspectos positivos o satisfactorios de toda su experiencia de nacimiento de su bebé
4. Tomando en cuenta todos estos puntos negativos y positivos, ¿con cuanto calificaría la satisfacción global de su experiencia en escala de Cero a Diez, siendo cero la nula o más baja satisfacción y diez la más alta satisfacción vivida?

Anexo 3. Encuesta aplicada en redes sociales sobre la experiencia del nacimiento como parte del estudio número 4.

1. Fecha / Hora de hoy
2. ¿Cuál es su nivel de estudio?
3. ¿En qué estado nació su bebé?
4. Fecha / Hora en que nació tu bebé
5. ¿Donde nació usted?
6. ¿Cuál es tu edad en años?
7. ¿Cuántos hijos nacidos vivos tiene?
8. Esta información corresponderá al nacimiento de tu hijo/a
9. ¿Cuál es su estado civil?
10. ¿Hubo alguna complicación durante su embarazo?, Cual?
11. ¿Hubo complicación en el parto?, Cual?
12. Lugar donde nació su bebé?, Nombre del hospital...
13. ¿Con cuantas semanas de embarazo nació tu bebé?
14. ¿Cuál fue el peso de tu bebé al nacer?
15. Si tomo algún curso o preparación para el parto, la duración en horas de este fue aproximadamente de.., Con quien fue?
16. ¿En caso de haber estado acompañada, por quien fue?
17. En caso de parto ¿cuál fue la posición que adoptaste para que naciera tu bebé?
18. En caso de cesárea, esta fue..
19. La decisión de la cesárea fue por...
20. El nacimiento de su bebé fue como usted lo deseaba..
21. El dolor de las contracciones fue mucho más de lo que esperaba sentir
22. Los métodos usados para alivio del dolor de las contracciones fueron efectivos

23. Percibe que el personal médico tuvo el control de la evolución de su trabajo de parto
24. Usted tuvo el control de la evolución del nacimiento de su bebé
25. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue SATISFACTORIA?
26. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue BELLA?
27. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue CÁLIDA?
28. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue de CALIDAD?
29. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue en APEGO A EVIDENCIAS?
30. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue MEDICALIZADA en EXCESO?
31. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue FÍSICAMENTE TRAUMÁTICA?
32. Considera que la experiencia de nacimiento de su bebé fue EMOCIONALMENTE TRAUMÁTICA?
33. Se le aplicó pastilla vaginal para iniciar (desencadenar) contracciones?
34. ¿Usaron oxitocina para iniciar las contracciones del trabajo de parto?
35. ¿Se administró oxitocina para acelerar y aumentar intensidad de las contracciones?
36. Tuviste la libertad de caminar, moverte y adoptar cualquier posición durante tu trabajo de parto
37. Se le apoyo para comer y beber durante tu trabajo de parto
38. Consideras que el lugar donde trabajaste era tranquilo e íntimo
39. Te sentiste segura y protegida durante todo el nacimiento de tu bebé?
40. Te sentiste apoyada y animada durante el trabajo de parto?

41. Te explicaron de manera clara cada paso y solicitaban tu autorización para cada intervención médica?
42. Consideras que las enfermeras te trataron de manera cálida?
43. Sentiste que le importabas a tu médico?
44. Adoptaste la posición que tu sentiste mejor para que saliera tu bebé?
45. Usaron métodos alternativos para manejo del dolor como frío, calor, masajes, presiones
46. ¿Solicitaste una epidural (raquea, analgesia)?
47. Te aplicaron anestesia en la espalda (raquis, epidural, analgesia)?
48. Tuviste la opción de caminar después de la anestesia en la espalda?
49. Te ayudaron a que saliera tu bebé apachurrándote el abdomen?
50. Se usaron fórceps o ventosa para sacar a tu bebé?
51. Te cortaron con tijeras el periné para que saliera tu bebé (episiotomía)?
52. Te desgarraste cuando nació tu bebé?
53. ¿Hicieron corte tardío de cordón umbilical? (Tres minutos o más)
54. ¿Tuviste contacto piel a piel de inmediato? (Bebé desnudo sobre tu pecho por más de una hora de inmediato después de nacido)
55. ¿Cargaste a tu bebé al nacer al menos un momento?
56. ¿Se llevaron tu bebé al cunero? (para pesarlo, medirlo, bañarlo)
57. ¿Pasó la primera noche el bebé contigo?
58. ¿Te sentiste apoyada para iniciar lactancia materna exclusiva con tu bebé?
59. ¿El bebé tuvo alguna complicación que ameritara cuidados especiales u hospitalización?
60. ¿Sentiste en algún momento que se te trató con falta de respeto durante la atención?

61. ¿Consideras que fuiste víctima de violencia durante el nacimiento de tu bebé?
62. ¿En caso de haber tenido una cesárea considera que esta fue justificada?
63. ¿Sientes que fuiste presionada para aceptar una cesárea?
64. ¿Le explicaron de manera imparcial y clara los riesgos y beneficios de un parto y de una cesárea?
65. ¿Hubo alguna complicación a consecuencia del nacimiento que ameritó tratamiento extra?, ¿Qué complicación?
66. Ya en casa ¿tuvo problemas para continuar la lactancia materna exclusiva?
67. ¿ha tenido que complementar con fórmula la alimentación de su bebé?
68. ¿Recibió ayuda para llenar el cuestionario?, Nombre del entrevistador:

Anexo 4. Cuestionario CEQ- Español. (The Childbirth Experience Questionnaire.

Cuestionario sobre tus experiencias durante el parto

¡Para ti que acabas de ser madre!

Uno de los objetivos de los profesionales es, en el área materno-infantil de tu departamento de salud, el de ofrecer una experiencia positiva durante el parto. Así pues, el propósito de este cuestionario es conocer tus experiencias durante el parto, y comparar tus respuestas con las de otras madres, para poder evaluar la atención que ofrecemos. Por favor, es importante que respondas todas las cuestiones.

Hay respuestas en las que debes marcar con una cruz la casilla y respuestas en las que debes marcar con una cruz una línea:

Ejemplo 1. Lee la frase y marca con una cruz la casilla que mejor describa tu respuesta.

Como fruta cada día.

Totalmente
de acuerdo

Bastante
de acuerdo

Bastante
en desacuerdo

Totalmente
en desacuerdo

Ejemplo 2. Lee la frase y marca con una cruz el tramo de línea que mejor describa tu respuesta.

¿Te gustan las manzanas?

●—————X—————●

Nada,
en absoluto

Son lo mejor
que hay

El cuestionario empieza en la próxima página.

¡Gracias por darnos tu punto de vista y por colaborar con tus respuestas!

1. El parto fue como esperaba.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Me sentí fuerte durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Tenía miedo durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Me sentí capaz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Me sentí cansada durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Me sentí feliz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
------------	----------	----------	------------

de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. La matrona me dedicó la atención necesaria.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. La matrona entendió mis necesidades.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

●—————●
No me sentí nada
segura

Me sentí segura
del todo

Escribe aquí otros comentarios que quieras hacer:

¡Muchas gracias por tu colaboración!