



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

NIVEL DE BIENESTAR MATERNO DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO CON LA ESTRATEGIA ATENCIÓN AMIGABLE EN UN HOSPITAL PÚBLICO

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
CLAUDIA PATRICIA PÉREZ HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:
MAA. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE CEPEDA**

SEPTIEMBRE 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Nivel de Bienestar Materno de las Mujeres Atendidas de Parto con la Estrategia Atención Amigable en un Hospital Público

T E S I S

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración en Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
Claudia Patricia Pérez Hernández

Aprobado por el Comité de Tesis:

D i r e c t o r a

MAAE. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

Septiembre de 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

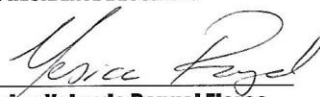
**Nivel de bienestar materno de las mujeres atendidas de parto
con la estrategia atención amigable en un hospital público**

ELABORADA POR:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA
CLAUDIA PATRICIA PÉREZ HERNÁNDEZ

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO


Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

SECRETARIO


MAAE. Sofía Cheverría Rivera

VOCAL


MAAE. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

28 de Septiembre de 2017

Dedicado a:

Mis padres, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. A mi hermano le agradezco su amor y apoyo infinito. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

A Bernardo porque en estos dos años de dedicación, tu amor infinito, paciencia, comprensión y tu apoyo incondicional estuvieron siempre presentes; gracias por ser mi complemento y por cada momento genial a tu lado.

A Erika por nunca dejarme caer, gracias por cada café y largas charlas, por ser el apoyo de cada lagrima derramada, risas y por ser el soporte en momentos de estrés; gracias por estar ahí siempre; eres la mejor amiga que la vida pudo darme.

A Martha Ofelia, por siempre impulsarme y ser mi ejemplo a seguir en las actividades académicas, agradezco cada consejo y por siempre escucharme. No hubiera culminado sin tu ayuda; te quiero mucho.

A todos ustedes, gracias por creer en mí, no lo hubiera logrado sin su apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me dio fortaleza para superar las complicaciones presentadas en esta etapa de mi vida y poder culminar satisfactoriamente mi proyecto profesional.

A la maestra Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda quien con el cúmulo de su experiencia y conocimiento, sembró en mí un deseo constante de superación, quien siempre al guiarme me alentó para continuar adelante. A la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores y a la Maestra Sofía Cheverría Rivera agradezco por el gran aporte de sus enseñanzas en la elaboración de la presente investigación.

A las autoridades del Hospital del Niño y la Mujer de la ciudad de San Luis Potosí, a cada profesional de salud por todas las facilidades otorgadas para la elaboración de esta investigación.

Finalmente, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haber financiado la beca de manutención y la realización de la investigación.

RESUMEN

Introducción: En México con la apertura de Instituciones de seguridad social se institucionalizó el parto, la literatura ha señalado aspectos de deshumanización, por lo que se implementó la estrategia atención amigable, en una institución de salud pública. **Objetivo:** Determinar el nivel de bienestar materno de las mujeres atendidas con la estrategia atención amigable en un hospital público. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal, participaron 192 mujeres de parto normal de la estrategia atención amigable en un hospital público de la ciudad de San Luis Potosí. Se aplicó la escala BMSP2 integrado por seis factores y uno de cuidado despersonalizado, contenidos en 47 ítems, se utilizó estadística descriptiva. Se estructuraron tres niveles de bienestar materno: óptimo, adecuado y malestar. **Resultados:** mujeres con edad promedio de 22.9 años, predominaron las multíparas; estado civil soltera-unión libre y casada. 26% tuvieron acompañante. El nivel de bienestar materno que predominó fue óptimo, los factores que calificaron para este nivel fueron: condiciones para el contacto madre-hijo, cuidado profesional de calidad y cuidado oportuno y respetuoso. Para el nivel bienestar adecuado, los factores: autocuidado y confort y participación familiar continua, el nivel de malestar correspondió al cuidado despersonalizado como recibir órdenes y sentirse en un hospital antiguo. **Discusión:** la estrategia de atención amigable de acuerdo al nivel de bienestar sugiere ser positiva, se puede interpretar como buen trato, sin embargo aún las mujeres señalan cuidado despersonalizado por lo que estos resultados serán de utilidad para gestores del cuidado tendiente fortalecer y monitorear la estrategia.

Palabras clave: Bienestar materno; Parto normal; Trabajo de parto, Salas de parto; Humanización de la Atención.

ABSTRACT

Introduction: In Mexico with the opening of Social Security Institutions, childbirth was institutionalized, literature has pointed to aspects of dehumanization, so the friendly care strategy was implemented in a public health institution. **Objective:** To determine the level of maternal well-being of women assisted with the strategy of friendly care in a public hospital. **Material and methods:** Descriptive and cross-sectional study, 192 women of normal delivery of the friendly care strategy participated in a public hospital in the city of San Luis Potosí. The BMSP2 scale was applied, consisting of six factors and one of depersonalized care, contained in 47 items. Descriptive statistics were used. Three levels of maternal well-being were structured: optimum, adequate and discomfort. **Results:** women with an average age of 22.9 years, multiparous women predominated; marital status single-marriage free and married. 26% had companions. The level of maternal well-being that prevailed was optimal, the factors that qualified for this level were: conditions for mother-child contact, professional quality care, and timely and respectful care. For the adequate level of well-being, the factors: self-care and comfort and continuous family participation, the level of discomfort corresponded to the depersonalized care as receiving orders and feeling in an old hospital. **Discussion:** the strategy of friendly care according to the level of well-being suggests to be positive, can be interpreted as good treatment, nevertheless still the women indicate care depersonalized reason why these results will be useful for care managers tending to strengthen and to monitor the strategy.

Key words: Maternal Welfare, Natural Childbirth, Labor Obstetric, Delivery Rooms, Humanization of Assistance.

INDICE

RESUMEN	ii
ABSTRACT	ii
INDICE	iii
INDICE DE TABLAS	v
INDICE DE CUADROS	vi
INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Parto Fisiológico	8
2.2. Trabajo de parto	8
2.2.1 Mecanismos del trabajo de parto	9
2.3. Puerperio	12
2.4. Parto Humanizado	12
2.5. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.	13
2.6. Bienestar materno	15
2.6.1. Dimensiones del bienestar materno	15
2.7. Atención amigable	18
2.7.1. La iniciativa de modelo amigable para la madre	18
2.8. Iniciativa hospital amigo del niño (IHAN)	21
2.8.1. Estrategia atención amigable a la madre	21
2.9.1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.	26
2.9.2. Atención del parto	27
2.9.3. Ley general de salud	28
2.9.4. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo	29
2.9.5. Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018	31
2.9.6. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018. (PROIGUALDAD 2013-2018)	32
2.9.7. Programa Sectorial de Salud 2014 – 2018	33
2.10. Estudios relacionados al tema	33

III.	OBJETIVOS.....	48
3.1.	Objetivo General	48
3.2.	Objetivos Específicos.....	48
IV.	METODOLOGÍA	49
4.1.	Tipo de estudio.....	49
4.7.	Variable	51
4.8.	Instrumento de recolección	51
4.9.	Procedimientos.....	53
•	Prueba piloto.....	53
•	Proceso de recolección de datos.	55
•	Análisis de los datos.....	56
V.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	60
VI.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	63
VIII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
X.	ANEXOS.....	82

INDICE DE TABLAS

		Página
Tabla 1	Estructura de la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto 2	52
Tabla 2	Escala ordinal tipo Likert para evaluar la EBMSP2	52
Tabla 3	Escala ordinal tipo Likert invertida para evaluar la EBMSP2 en cuidado despersonalizado	53
Tabla 4	Ponderación del nivel de bienestar por factores	57
Tabla 5	Ponderación invertida para el indicador cuidado despersonalizado	58
Tabla 6	Ponderación del nivel de bienestar materno general	58

INDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro 1 Características sociodemográficas de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.	64
Cuadro 2 Características de acompañamiento y paridad de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.	65
Cuadro 3 Nivel de bienestar materno en general de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.	66
Cuadro 4 Factores del nivel de bienestar materno de las mujeres de parto en proceso de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, SL.P. 2017	67
Cuadro 5 Bienestar materno general de acuerdo a características de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, SL.P. 2017.	69

INTRODUCCIÓN

Los cuidados a la mujer embarazada tiene sus inicios en el México antiguo, a través de la figura de la Tlamatquicitl (partera azteca) que tenía la categoría de sacerdotisa, consejera en asuntos matrimoniales y educadora en salud, cuidaba de la mujer en el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido.^{1,2} Durante la conquista continuó la atención materno-infantil por parteras que cuidaban la salud de la mujer a través de la atención obstétrica empleando sus conocimientos, prácticas y recursos herbolarios.³ Posteriormente, fue transitando de lo oficial a lo clandestino ya que si no se tenía la autorización por el protomedicato eran perseguidas por la nueva jerarquía religiosa de tal manera que fue lentamente transformándose en la partera empírica.^{4,5}

Lo importante es que continuaban con su misma mística personalizada hacia la mujer con un enfoque integral y atención humanizada, de tal manera que involucraba el acompañamiento y el apoyo emocional como un valor simbólico en el nacimiento del recién nacido, así mismo veían por la mujer respecto a su alimentación y su estado físico, por lo que usaban métodos psicoprofilácticos para controlar el ciclo temor-tensión-dolor durante el parto.^{1,2,3} Sin embargo, con el surgimiento de la medicina moderna, los médicos fueron los principales responsables de centrar interés en el conocimiento teórico de la gineco obstetricia, aunque no ejercieron como tal, empezaron a formar parteras de manera profesional, estas mujeres continuaron con la atención del parto en el seno de la familia.^{4, 6}

Posteriormente a finales de los años 50's, con la creación de instituciones de seguridad social se institucionaliza la atención del parto, la partera fue perdiendo su práctica en los sitios urbanizados y confinándose en gran medida a las áreas rurales del país. Al reducirse las parteras, los médicos se forman como obstetras y la mayoría de los partos son atendidos en instituciones de salud por un equipo multidisciplinario en donde el parto se torna en un proceso medicalizado, centrándose en el aspecto biológico por tanto coloca los factores sociales,

culturales e históricos como la atención del parto domiciliario, y con la señalada institucionalización del parto, deja de ser una cuestión privada, convirtiéndose en una responsabilidad de las instituciones que se traduce en normas, protocolos, e incluso rutinas.^{2,3,4,7,8}

Con este panorama, a la mujer se le da la categoría de “paciente” o “enferma”, con prácticas que subordinan el cuidado integral al control biológico del parto tal y como lo señala Cabrera y cols; Soto y cols. Citados por Valenzuela,⁹ estas consideraciones también han sido señaladas por Blázquez Rodríguez que menciona que las mujeres en el parto institucionalizado son vistas únicamente en la función reproductora, y de control del equipo multidisciplinario de área tóco quirúrgico.¹⁰

Quizá por esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985 declaró que “el nacimiento no es una enfermedad”, y señala que para una atención integral del parto ésta debe de considerar el embarazo y parto como procesos naturales y saludables, y abarcar las dimensiones biológicas, sociales, culturales y emocionales de la mujer, de forma que la madre tiene derecho a estar acompañada durante el proceso de parto.^{3, 11}

Sin embargo, en algunas instituciones de salud las mujeres que entran a protocolos preestablecidos de atención, la literatura señala que perciben que su sentir no es tomado en cuenta y que la atención que le brindan los profesionales de la salud fue por medio de instrucciones, de manera que en el dolor y la fatiga del trabajo de parto era visto como algo natural de este evento, otra situación que señalan fue la barrera de comunicación derivada por la carga de trabajo, por lo que se les dedicó poco tiempo, estos factores se interpretaron como mala atención.^{5, 12.13.14}

De igual manera Pujadas y cols. destacan que los problemas organizacionales de la institución de salud en ocasiones afectan negativamente el bienestar de las gestantes y sus familiares, debido a falta de conocimiento de los profesionales de

salud involucrados en este proceso, en temas relacionados con el control del dolor, estrés, de la mujer, así como el nulo desarrollo de profilaxis prenatal.¹⁵ Así mismo, Campiglia refiere que la mayoría de los profesionales de la salud que hoy atienden el parto bajo el criterio de humanizado, aprendieron la obstetricia en un esquema convencional con normas muy estrictas.⁷ y eso les dificulta un cambio en el paradigma de atención.

Probablemente y quizá por las razones antes expuestas ha dificultado desarrollar la humanización del parto, ya que el 53% de las quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), corresponde a la especialidad de ginecología y obstetricia y da evidencia de mala práctica.¹⁶ Es importante señalar que esta situación no es exclusiva de México, también de otros países para lo cual han implementado estrategias de atención como la de España que desde 2007 puso en marcha una estrategia para fomentar la atención del parto de baja intervención, en Chile a finales de los 90 se intentó estimar el nivel de satisfacción o bienestar materno de las mujeres. Ante esta problemática mundialmente se ha intentado buscar nuevas estrategias de atención en donde se le tome en cuenta a la mujer, y una de ellas es el parto humanizado, sin embargo en México se ha publicado poco al respecto.^{17,18,19}

Por lo tanto, se recomienda seguir una pauta de atención a la asistencia al parto de forma más humanizada, no medicalizada, ni intervencionista, con evidencias de garantía y respeto a los derechos de la mujer.^{20,21} En este sentido Behruzi menciona que el parto humanizado no queda limitado a una definición específica, ya que tiene por objetivo promover que el parto sea una experiencia positiva, independientemente del lugar de nacimiento y además pretende empoderar a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos, y procurar reducir su excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia. Así mismo, Davis-Floyd considera que la obstetricia cuenta con las mejores oportunidades de crear el sistema de cuidado más efectivo, al integrar tecnología apropiada con valores humanistas y el respeto por la individualidad planteada en un modelo holista.^{4, 18}

Desde la perspectiva antes expuesta, en San Luis Potosí el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en el año 2011, incorporó el modelo de parto humanizado a partir de la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)”. En 2014 se implementa la estrategia de atención amigable a la madre durante el trabajo de parto, con el objetivo de ofrecer un ambiente tranquilo y confortable, para reducir el stress y la percepción del dolor, aumentando la confianza en sus habilidades. Además de caracterizarse por permitir el acompañamiento de un familiar, así como ofrecer ingesta de líquidos y cambios de posición durante el proceso de trabajo de parto, además de mostrar respeto a la intimidad física y emocional.^{22,23}

Dicha estrategia no ha sido evaluada por lo tanto se consideró pertinente conocer el nivel de bienestar materno de las mujeres en el proceso de parto, los resultados permitirán a los gestores del cuidado tomar decisiones para fortalecerla y dar evidencia de la contribución a la atención de calidad interpersonal a la mujer.

I. JUSTIFICACIÓN

La OMS ha realizado recomendaciones que ponen en el centro de la escena a las mujeres embarazadas, debido a que la gestación, el parto y el puerperio son considerados como eventos propios e íntimos de la vida de la mujer y donde evidentemente se involucra el pudor, sin embargo con la institucionalización de los procesos reproductivos, la atención está supeditada a la medicalización, rutinas preestablecidas de atención, tales como ayuno, no ingesta de líquidos, colocación de enema, episiotomía, catéteres periféricos con soluciones y en ocasiones realización de cesáreas.^{10,11,24,25,26,27,28}

La atención al parto visto como proceso fisiológico que requiere de calidad, calidez y eficiencia, como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, señala en el apartado 5.1.11 que “La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución”

Además en el apartado 5.5.5 menciona que “Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica”.²⁹

Sin embargo aún es notorio observar que en salas de parto quirúrgico tienen protocolizada la atención al parto, se norman procedimientos que limitan la deambulación e incluso, se prohíbe la ingesta de líquidos y se prolonga el ayuno.

Uribe y cols. Giraldo y cols, señalan que la experiencia del parto debe de ser positiva y significativa en la vida de la mujer, y que en ocasiones pasan desapercibidos porque, el proceso de nacimiento es visto como patológico y no biológico o fisiológico.^{19,31} Valdés & Morlans destacan que las mujeres acompañadas por familiares durante el parto, presentan menor temor durante el parto y proporcionan por mayor tiempo lactancia exclusiva a sus hijos.^{30,31}

Aunado a que el medio hospitalario es un ambiente desconocido, surgen dudas sobre los procedimientos administrativos los cuales incrementan el estrés y dolor de la mujer durante este proceso, lo que propicia que perciban la atención al parto como un trato inadecuado, incluso lo han denominado deshumanizado, sobre todo en sala de labor por el uso de frases inapropiadas de los profesionales de la salud, ante las manifestaciones de estrés.^{32,33,34,35,36,37}

Quizá estas situaciones hayan generado que fuera la segunda causa de queja en la atención gineco obstétrica ante la Comisión de Arbitraje Médico y en el estado de San Luis Potosí ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) encabeza la lista de mayor reporte de violencia obstétrica durante el año 2014.³⁸

De manera que se hace necesario que los nuevos paradigmas de atención al parto requieran de información que fundamente el desarrollo de modelos de cuidados humanizados y comprensivos que devuelvan el protagonismo a los actores del proceso de parto y nacimiento. Situación que implica que el control del proceso de parto lo tenga la mujer, no el equipo de salud, el cuál debe mostrar una actitud respetuosa y cuidadosa, brindar atención con calidad y calidez.^{4,39,40}

De tal forma que en 1991, se crearon a nivel mundial los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre” por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de donde surge la estrategia de atención amigable a la madre en donde promueve la atención de los servicios con calidad y calidez, así mismo la promoción, protección y apoyo a la lactancia natural, así como la atención desde el control prenatal, atención al parto y puerperio. Dicha estrategia es implementada por el Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa.⁴¹

De manera que a todas las mujeres que acuden al hospital para resolver su parto, se les brinda la atención amigable para la madre, la política se basa en permitir que todas las pacientes puedan ingerir alimentos ligeros, caminar, moverse, elegir la posición durante el nacimiento, y principalmente se ofrece el acompañamiento por parte de sus familiares.²²

Con esta estrategia los profesionales de la salud satisfacen no solo las necesidades fisiológicas, terapéuticas, sino también las necesidades emocionales de la mujer en trabajo de parto y parto, sobre todo a las primigestas o adolescentes, y propician la adaptación al medio hospitalario.^{5, 25, 32, 33,34} Si bien algunos estudios señalan que el trato del profesional que atiende el parto puede tener cierto efecto sobre la percepción de dolor, así mismo ejerce un aspecto muy positivo sobre la experiencia final del parto.⁴²

Por esta razón surge el interés de realizar esta investigación para conocer el bienestar de la mujer a través de un instrumento específico denominado “Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto”, que contempla siete factores: cuidado relacional de calidad, autocuidado y confort, condiciones para el contacto madre hijo, cuidado despersonalizado, participación familiar continua, cuidado oportuno y respetuoso y ambiente físico confortable (Ver anexo 1). Con el cual se pudo estimar el bienestar de las mujeres, de acuerdo a su propia perspectiva.⁴³

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Parto Fisiológico

El parto es el modo activo de expulsión del feto y la placenta. Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal del parto en la mujer.⁴⁴

2.2. Trabajo de parto

Se define como el periodo de las contracciones regulares del útero que provocan el borramiento y la dilatación del cuello uterino. El trabajo de parto se inicia dentro de las dos semanas a partir de la fecha estimada que corresponden a 280 días.

Los objetivos del tratamiento primario son vigilar el bienestar del feto, apoyar a la mujer durante esta etapa que puede ser muy prolongada e incómoda e intervenir cuando sea apropiado. El apoyo a la mujer durante el trabajo de parto incluye la adopción de la posición más cómoda (o la menos incómoda). Las mujeres deben tener libertad de asumir la posición que deseen.

El trabajo de parto se divide en tres etapas:

Primera etapa: comienza cuando se inician las contracciones uterinas regulares y termina con la dilatación completa del cuello uterino. Se divide a su vez en tres fases: latente, activa y desacelerada. Durante la fase latente, las contracciones son cada vez más intensas, prolongadas, frecuentes y mejor coordinadas. La fase latente se considera prolongada si dura más de 20 horas en una mujer nulípara o 14 en multíparas. La fase activa comienza cuando la dilatación cervical alcanza su punto máximo, las contracciones son casi siempre muy intensas y regulares y se presentan cada dos a tres minutos. La fase activa termina cuando se completa la dilatación del cuello uterino.

Segunda etapa: se define como el periodo que transcurre desde la dilatación cervical completa hasta el nacimiento del neonato. Las contracciones son intensas y regulares y su frecuencia es de uno a tres minutos. La cabeza del feto desciende de modo más profundo en la pelvis y cada contracción estimula el deseo fuerte de pujar en pacientes sin anestesia regional. Las contracciones uterinas y los esfuerzos de la madre trabajan en conjunto para lograr el nacimiento.

Tercera etapa: es el periodo comprendido entre el nacimiento del neonato y el parto de la placenta. Suele ser breve (10 minutos).⁴⁵

2.2.1 Mecanismos del trabajo de parto

Los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

Encajamiento. El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis, se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. Se inicia días a semanas antes del trabajo de parto en primigrávidas y cuando comienza el trabajo de parto en multigrávidas.

Descenso. Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una

o más de cuatro fuerzas: 1) presión de líquido amniótico, 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos y 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

Flexión. Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o piso pélvicos, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. En ese movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo.

Rotación interna. Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original, en dirección posterior hacia la concavidad del sacro. La rotación interna es indispensable para que concluya el trabajo de parto, excepto cuando el feto es extraordinariamente pequeño.

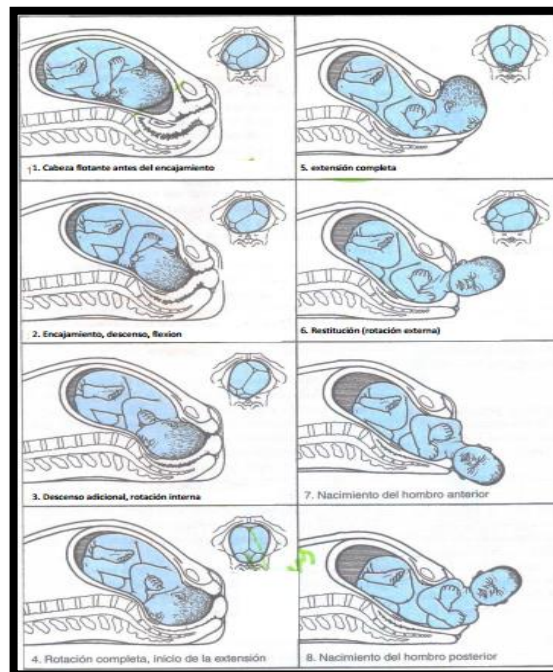
Extensión: Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico sino que se desliza más hacia adelante, pudiese impactarse en la porción posterior del perineo y en un momento dado atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura bulbar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a hacer contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis.

Con la distensión progresiva del perineo y la abertura vaginal, aparece de modo gradual un porcentaje cada vez mayor del occipucio. La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón pasan

sucesivamente sobre el borde anterior del perineo. Apenas después de nacer, la cabeza se inclina hacia adelante de manera que el mentón descansa sobre la región anal materna.

Rotación externa. Una vez que ha nacido la cabeza, presenta restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, rota hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua es seguida por la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Así, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Ese movimiento al parecer se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza.

Expulsión. Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se distiende por la presencia e hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza rápido hacia el exterior.^{45, 46}



2.3. Puerperio

Lo constituyen las siguientes seis a ocho semanas después del alumbramiento de la placenta, cuando el útero retorna a su estado normal. Luego de arrojar la placenta, el útero se contrae a menos de la mitad de su tamaño antes del parto. Después de una semana el útero es firme e indoloro y se extiende casi hasta el punto intermedio entre la sínfisis y el ombligo. Dos semanas después del parto, el útero ya se palpa en el abdomen.⁴⁵

2.4. Parto Humanizado

La OMS lo define como aquel en que todas las mujeres tienen el derecho a tener una vivencia del parto, una experiencia de vida que sea significativa y recordada con agrado. Cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; así como un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planeación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada.

Por lo cual elaboró recomendaciones para el bienestar de la madre durante el parto:

- Un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

- La inducción y conducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.
- No está indicado rasurar el vello púbico o administrar un enema antes del parto.
- Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.⁴⁶

2.5. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

El presente modelo postula tres elementos como esenciales para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

Enfoque Humanizado. Parte de comprender que las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. De esta manera se pretende tomar en cuenta, de manera explícita y

directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

Enfoque Intercultural. Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.

Enfoque Seguro. Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe de tener el personal del primer nivel de atención, para la identificación de los riesgos obstétricos durante el embarazo, así como para la atención del parto de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para el manejo y referencia de complicaciones del mismo. Con respecto al segundo nivel incluye todas las competencias, condiciones y acuerdos interinstitucionales, para poder identificar, atender y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas. Toma en cuenta además, el enfoque de redes funcionales de flujo real en los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, posean o no complicaciones, bajo el lema de “cero rechazo”.¹⁶

2.6. Bienestar materno

El concepto de bienestar está relacionado a salud positiva, expuesto por la Organización Mundial de la Salud en el 2006, en la definición de salud como “un estado completo de bienestar física, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”.⁴⁷

La autora Uribe T. define el bienestar como un fenómeno complejo multidimensional, dinámico e interdependiente de satisfacción de la mujer durante su proceso de parto; resultado de una serie de situaciones que se relacionan entre sí, las que se ordenan en torno al “buen trato”¹⁴. Mientras que, la situación de bienestar según Leddy y Pepper, corresponde a la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la persona; este estado personal es susceptible de describirse objetivamente en niveles. En los niveles más bajos de bienestar, el individuo se percibiría en situación de enfermedad, en los niveles más altos, podría experimentar como la mayor satisfacción.⁴⁴

2.6.1. Dimensiones del bienestar materno

Cuidado relacional de calidad

El buen cuidado aparece como temática principal en la atención profesional hacia la mujer en el proceso de dar a luz; una vivencia desde la perspectiva de las madres. El cuidado en apego a los derechos humanos incluye, apoyo emocional, trato digno y respetuoso, facilitar la presencia de un familiar, aporte de información y apoyo decisional.^{48,49}

Autocuidado y confort

El autocuidado durante el embarazo, parto y puerperio se logra a través de una información programada y organizada por el equipo multidisciplinario. El concepto de salud de la mujer embarazada representa una convivencia armónica de ella

misma con la naturaleza, consigo misma y con los demás para lograr un bienestar integral. El fin del autocuidado y confort en el embarazo está orientado, además de mantener la salud de la madre, a lograr que el bebé nazca sano y que el embarazo pueda llegar a un parto y un nacimiento sin riesgos para ambos.^{15, 50}

Condiciones para el contacto madre hijo

Para la mayoría de las madres el contacto precoz con el hijo (a) representa una de las situaciones que genera mayor bienestar. El encuentro entre ambos, constituye un momento sublime, pleno de sensaciones difíciles de expresar en palabras. El contacto físico entre ellos es indispensable. Dado que los recién nacidos suelen estar más alertas dentro de las dos primeras horas de vida, este momento debe considerarse conveniente para iniciar la interacción satisfactoria de la madre con su hijo. Incluso los indicios adicionales del tacto, el olor y la temperatura que permite el contacto piel a piel pueden favorecer el inicio del recién nacido en la lactancia.^{48, 51}

Cuidado despersonalizado

Para la mujer, ser valorada como persona es un tema que aparece en la mayoría de los relatos. Concebir y efectuar el parto en el paradigma de la humanización aumenta los derechos humanos de las mujeres y afirma la lucha por la autonomía y liberación del control de la atención por protocolos, por lo tanto significa ser incluidas como participantes de su experiencia de parto, que ocurre cuando el profesional de salud les informa oportunamente y les escucha en sus necesidades.^{4, 49}

Participación familiar continúa

Las mujeres necesitan vivir este proceso acompañadas, lo que es expresado de dos maneras: el rol que juega el profesional en el acompañamiento y la posibilidad de la participación de un familiar significativo. Aunque la mayoría de

las madres reconocen como indispensable la presencia del profesional, para algunas, cobra más importancia la compañía de una persona significativa como su familiar. La oportunidad de un acompañamiento tanto del profesional como de la pareja adquiere un papel preponderante, en el sentido de sentirse bien tratadas.^{38, 49}

Cuidado oportuno y respetuoso

La relación de la mujer con los profesionales de salud y los sistemas de salud durante el embarazo y el parto, es de vital importancia. Estos encuentros no son solamente el vehículo para recibir servicios de salud esenciales y con el potencial de salvar vidas, sino que las experiencias de una mujer con el personal de salud durante este período de tiempo, la empoderan, apoyan o le causan un daño duradero o trauma emocional, añadiendo o disminuyendo su confianza y autoestima. De una u otra forma, los recuerdos de una mujer acerca de su experiencia en el momento del parto quedarán con ella por toda una vida y serán con frecuencia compartidos con otras mujeres, contribuyendo a su vez a una atmósfera de confianza o desconfianza en torno a la maternidad. Por el contrario, el cuidado oportuno y respetuoso se forja desde una relación caracterizada por preocupación, empatía, apoyo, seguridad, confianza y empoderamiento, como también una comunicación gentil, respetuosa y efectiva que permita tomar decisiones informadas.^{18,28}

Ambiente físico comfortable

Es un elemento indispensable para el bienestar de las madres, pues lo traducen como respeto hacia ellas, revelándose como factores importantes que les otorgan seguridad y la confianza. Incluye el buen estado y las condiciones de limpieza de todo aquello que está en contacto directo y que les garantice su privacidad y pudor, más que la modernidad del entorno físico.³⁷

2.7. Atención amigable

2.7.1. La iniciativa de modelo amigable para la madre

La Coalición para Mejorar los Servicios para la Maternidad (CIMS) es una coalición de individuos y organizaciones preocupados por el cuidado y el bienestar de las madres, los bebés y las familias. Este modelo amigable para la madre, el bebé y la familia está fundamentado en la evidencia científica y se enfoca a la prevención y el bienestar como alternativa a los costosos programas de protección, diagnóstico y tratamiento.⁵²

Los diez pasos de la iniciativa del modelo amigable para la madre

1. Ofrece a todas las madres que estén por dar a luz:
 - Acceso no restringido a las personas que ella elija para acompañarla a la hora del parto, incluyendo padres, parejas, hijos, miembros de la familia y amigos.
 - Acceso libre al apoyo continuo, físico y emocional, proporcionado por una mujer capacitada, por ejemplo, una doula o un acompañante profesional para el apoyo durante el trabajo de parto.
2. Acceso a una atención profesional brindada por parteras.
 - Proporciona al público información precisa, descriptiva y estadística acerca de las prácticas y procedimientos que proporciona en relación a los cuidados para el parto, incluyendo medidas de intervención y las consecuencias de las mismas.

- Proporciona cuidados competentes desde una perspectiva cultural, es decir, cuidados que tomen en cuenta y respondan a las creencias, valores y costumbres específicas relativas a la etnicidad y religión de la madre.
 - Proporciona a la parturienta la libertad de moverse, caminar y adoptar las posturas que ella elija durante el trabajo de parto y el parto (salvo que se requiera de restricciones específicas para corregir alguna complicación) y no fomenta el uso de la postura de litotomía (acostada boca arriba con las piernas en alto).
3. Cuenta con políticas y procedimientos claramente definidos para:
- Colaborar y consultar con otros servicios de maternidad durante todo el período perinatal, incluyendo la comunicación con el prestador original de cuidados para la salud cuando sea necesario transportar de un sitio para el parto a otro.
 - Vincular a la madre y al bebé con los recursos apropiados de la comunidad, incluyendo seguimiento prenatal y de postparto así como apoyo para la lactancia.
4. No emplea de manera rutinaria prácticas y procedimientos que no tengan un fundamento científico, incluyendo pero sin limitarse a los siguientes:
- Rasurado
 - Enemas
 - IV (goteo intravenoso)
 - Ayuno
 - Ruptura prematura de membranas
 - Monitoreo fetal electrónico

5. Capacita a su personal en métodos de control del dolor que no utilizan fármacos y no promueve el uso de medicamentos analgésicos o anestésicos si éstos no son requeridos específicamente para corregir alguna complicación.

6. Promueve el que las madres y familiares, incluyendo a las que tienen recién nacidos enfermos, prematuros o con problemas congénitos, toquen, sostengan en brazos, amamenten y cuiden a sus bebés en la medida en que lo permitan sus condiciones.

7. Desalienta la circuncisión del recién nacido por motivos que no sean religiosos.

8. Se esfuerza por cumplir con los “diez pasos de la iniciativa del hospital amigo para el niño” formulados por la OMS- UNICEF para promover una lactancia exitosa:

Cuenta con lineamientos escritos específicos sobre lactancia materna que de forma rutinaria son proporcionados a todos los miembros del personal de cuidados para la salud;

9. Capacita a todo el personal de cuidados para la salud en las habilidades necesarias para poner en práctica dicha política;

10. Informa a todas las mujeres embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia;

11. Ayuda a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera hora posterior al nacimiento;

12. Enseña a las madres cómo amamentar y mantener la lactancia aún si deben separarse de sus bebés;

- No proporciona al recién nacido ningún alimento o líquido que no sea leche materna, salvo que exista alguna indicación médica que lo justifique;

- Practica la “habitación conjunta”, es decir, permite que la madre y el recién nacido permanezcan juntos las 24 horas del día;
- Fomenta la lactancia a libre demanda;
- No proporciona chupones artificiales o teteros a los bebés que estén siendo lactados;
- Promueve el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y proporciona la información sobre dichos grupos a las madres cuando son dadas de alta del hospital o de la clínica.⁵³

2.8. Iniciativa hospital amigo del niño (IHAN)

Fue lanzada en 1991-1992 por la OMS y UNICEF para fortalecer a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de Toco cirugía a adoptar las prácticas que protejan, promueva y apoyen la lactancia materna exclusiva además las políticas de atención al binomio, así mismo surge la estrategia de atención amigable para la madre.⁴¹ El Hospital del niño y la mujer Dr. Alberto López Hermosa implementó esta iniciativa desde el año 2014, de la cual deriva la estrategia atención amigable a la madre.²²

2.8.1. Estrategia atención amigable a la madre

Tiene como objetivo establecer lineamientos para asegurar que en el hospital existan prácticas amigables a la madre para la atención del parto y alumbramiento.

La atención amigable a la madre son prácticas importantes de propio derecho, para el bienestar físico y psicológico de las madres, y que han demostrado que mejora el comienzo de la vida de sus hijos, incluyendo la lactancia. Las practicas

que pueden ayudar a una mujer a sentirse competente, en control, apoyada durante el trabajo de parto, lista para interactuar con su bebé y que son realizadas con el personal de salud a cargo de la paciente, desde su internamiento por cualquiera de los servicios, principalmente en atención y monitoreo materno infantil (AMMI), urgencias de Gineco obstetricia y Toco cirugía son las siguientes:

- Alentarlas a tener acompañamiento durante su elección que brinde apoyo emocional y físico durante el trabajo de parto si lo desean.
- Ofrecer alimentos ligeros y líquidos durante el inicio de trabajo de parto
- Alentar a la mujer para que camine y se movilice si así lo desea, asumir la posición de su elección para el nacimiento, a no ser que hubiera restricción médica explicando la razón de la madre.
- Alentar a las madres a considerar el uso de métodos no medicamentosos para aliviar el dolor (masajes, movilización, agua tibia, reafirmación verbal y física, ambiente tranquilo, incluso con técnicas de musicoterapia y aromaterapia de ser posible, etc.). A no ser que sea necesario debido a complicaciones, respetando las preferencias de las mujeres.
- Evitar procedimientos invasivos como la ruptura artificial de membranas, aceleración e inducción del trabajo de parto, episiotomías, parto instrumentado o cesárea, a no ser que estén indicados por complicación de la madre y/o el bebé explicándole la razón y dejando registro en el expediente clínico.

El apoyo durante el parto podría:

- Reducir la percepción del dolor severo
- Alentar la movilización
- Reducir el estrés
- Acelerar el trabajo de parto y el parto
- Reducir la necesidad de intervenciones médicas
- Incrementar la confianza de la madre en su cuerpo y sus habilidades.

Puede resultar:

- Incremento de alerta del bebe debido a que menos medicación para el dolor de la madre llegue al bebe
- Riesgo reducido de hipotermia e hipoglicemia del recién nacido por menos estrés y menor uso de energía
- Lactancia inmediata y frecuente
- Apego fácil

La medicación para el dolor puede incrementar el riesgo de:

- Trabajo de parto prolongado
 - Intervenciones quirúrgicas
 - Retraso en el contacto de la madre y su recién nacido en consecuencia retraso en la lactancia
 - Separación de la madre y el recién nacido después del parto
 - Bebe somnoliento y con disminución del reflejo de succión
-
- ✓ La mujer necesita energía durante el trabajo de parto y el parto. No existe evidencia de que suspendiendo la ingesta de alimento o comida ligera en mujeres de bajo riesgo durante el trabajo de parto será beneficiosa como una práctica de rutina. El deseo de comer y tomar varía y se le debe de permitir a la mujer si quiere tomar líquidos. La restricción de líquidos y alimentos puede alterar a la mujer en trabajo de parto,
 - ✓ Las soluciones intravenosas para una mujer en trabajo de parto deben utilizarse solamente ante una indicación médica y que la venoclisis limita su movilización.
 - ✓ Los partos instrumentados pueden ser traumáticos y afectar la alineación de los huesos de la cabeza del bebe, puede afectar la función nerviosa o muscular con repercusiones en la alimentación.

- ✓ La episiotomía provoca dolor y dificultar para sentarse durante los primeros días posparto, afectara el afecto precoz, piel a piel, la lactancia y el contacto posterior de la madre con su recién nacido.
- ✓ El cordón debe pinzarse cuando deja de latir para que le bebe reciba aporte sanguíneo adicional que refuerce su depósito de hierro y de esta manera tenga menor riesgo de anemia.
- ✓ Todo el personal involucrado en la atención de las pacientes embarazadas desde el control prenatal y a su ingreso al hospital, debe reforzar esta información por medio de pláticas y material escrito.
- ✓ El personal a cargo de la atención del trabajo de parto, debe llevar a cabo las practicas que incluye la atención amigable, para así ayudar al inicio de una lactancia eficaz
- ✓ Otorgar atención amigable no significa quitar el apoyo médico y asistencial, si no brindar a la paciente lo que necesita y/o solicita para lograr tener a su bebe, lo que no exime al personal de salud de realizar las practicas que se consideren pertinentes durante el trabajo de parto, siempre informando a la paciente, previo consentimientos sobre las practicas medicas a realizarle.

El coordinador de la IHAN y la responsable de la clínica de lactancia materna participarán en las reuniones de los grupos de apoyo, supervisarán, evaluarán y asesorarán al personal de enfermería en el cumplimiento enumerado anteriormente.^{22, 41}

2.9. Marco normativo

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, máximo órgano normativo nacional, señala en el Artículo 1º: En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece.

En México, los derechos sexuales y reproductivos se encuentran fundamentados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sobre este tema la Constitución establece en su artículo 4º:

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Asimismo, estos derechos se encuentran señalados en otras leyes y reglamentos nacionales, destacando la Ley General de Población y la Ley General de Salud. Tal es el caso del Reglamento de la Ley General de Población, el cual contiene una sección titulada Planificación Familiar. En él se establece la planificación familiar como “el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.⁵³

2.9.1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

Artículo V. Disposiciones generales

5.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

2.9.2. Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

5.5.15. La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer.²⁹

2.9.3. Ley general de salud

Capítulo V

Atención Materno-Infantil

Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno–infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.⁵⁴

2.9.4. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.

Momento para hospitalización a la paciente embarazada para atención de trabajo de parto en fase activa.

Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto.

Se ha identificado la relación entre los estados emocionales maternos positivos y negativos y los resultados obstétricos, encontrando que el estado de ánimo positivo y la estabilidad emocional durante el embarazo y parto se asocian con tener un parto natural. Por lo tanto, los niveles moderados de ansiedad se asocian a complicaciones durante el parto y resultados fetales más pobres, mientras que un estado de ánimo positivo se asoció con mejores experiencias de parto.

Informar y atender con calidez a las pacientes mejora su percepción y fomenta su cooperación durante los procedimientos; asimismo, disminuye el estrés en ellas y familiares.

Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas 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 esta será repetida por profesionales en formación, explique a la paciente y solicite su permiso.

El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto. No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento continuo.

Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario

(puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.

La restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto es una intervención habitual en muchos centros de atención obstétrica. Esta rutina se fundamenta en la prevención del riesgo de bronco-aspiración del contenido gástrico, en caso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general (síndrome de Mendelson); sin embargo, ahora se conoce que esta técnica no garantiza la reducción del contenido estomacal y el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o ingerir alimentos. En la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dado paso a las técnicas neuroaxiales (que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas), haciendo de la anestesia general un evento sumamente raro, lo que ha llevado a replantearse la necesidad de dicha restricción.

Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto.⁵⁵

2.9.5. Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de la población porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello en México, se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio en el objetivo cuatro, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, “Mejorar la Salud Materna”, con que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto.²⁹

En la Estrategia Transversal 3 Perspectiva de Género, señala en el punto II.2. Plan de acción, relativo a integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades, en materia de salubridad, se señala que el “objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud. En otras palabras, se busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran.

Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.”⁵⁶

2.9.6. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018. (PROIGUALDAD 2013-2018)

El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 con el objetivo cuatro menciona fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; contempla impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad. Las estrategias propuestas en el ámbito internacional deben tener una dimensión integral, ya que no sólo implican garantizar que todas las mujeres embarazadas dispongan de una cobertura y sobre todo del acceso universal de calidad a los servicios de atención prenatal y atención del parto.⁵⁷

2.9.7. Programa Sectorial de Salud 2014 – 2018

Derivado del Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 señala por lo tanto:

En el Capítulo I. de Diagnóstico, con respecto a los Recursos Humanos se señala que: “en un sistema centrado en la persona, el perfil de cada paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos, además de que debe contar con las habilidades interpersonales y de comunicación, aspectos que no siempre están incorporados al conjunto de competencias del personal médico que brinda servicios en las unidades”.

“En lo que respecta al primer nivel de atención, el rol del personal de enfermería no ha sido aprovechado en su totalidad. Aun cuando su formación le permite hacerse cargo de algunas de las necesidades de cuidados de la población y es el personal que está más en contacto con el paciente, continúa fungiendo como auxiliar del personal médico.”

Con respecto a las estrategias transversales con respecto a la Perspectiva de Género, se señala en las líneas de acción: “Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena”.⁵⁸

2.10. Estudios relacionados al tema.

Existe un movimiento mundial con el objetivo de mejorar la atención del proceso reproductivo para tratar de regresar en algunos aspectos a la fisiología normal del trabajo de parto y humanizarlo, identificando los cambios específicos que podrían mejorar las experiencias de las mujeres durante este acontecimiento.

Martínez-Galiano en el artículo “Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos” (2013) menciona que en la actualidad existe una tendencia a un cambio que establezca un nuevo marco conceptual en la asistencia sanitaria perinatal para volverla más humana y cercana, donde la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto y deje atrás el modelo medicalizado. Realizó un estudio en 520 mujeres primigestas, y los datos se obtuvieron mediante una entrevista y se validaron con la historia clínica y la cartilla maternal. El autor encontró que el nuevo modelo de atención en salud basado en la humanización perinatal, consigue una alta satisfacción de la usuaria, menor tasa de cesáreas y la implementación mayoritaria de prácticas clínicas, como el establecimiento temprano del contacto piel con piel y de la lactancia materna.⁵⁹

En este sentido, todas las mujeres quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto, confían plenamente en la competencia profesional de los expertos, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan mayor presencia de cualidades personales como el cariño y el trato deferente, es decir cualidades que permiten humanizar la asistencia de parto. Es por eso que en los últimos treinta años la lucha entre el nacimiento como problema médico y el nacimiento humanizado se ha intensificado y globalizado.¹⁷

García Jordá y cols. En “Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio” en el 2010, presenta un análisis teórico de la atención al embarazo, desde la perspectiva antropológica y aplicando la categoría “género” con el objetivo de hacer visible la manera en que a través de la atención a estos procesos se organizan y se mantienen las diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres. Lo que implica falta de protagonismo y poca autoridad de las mujeres y sus familias ante el nacimiento de un hijo (a). El autor concluye que a través de un modelo de atención al proceso reproductivo se pueden crear bases para el desarrollo de una maternidad y paternidad responsables, por ejemplo, el momento o la edad para el nacimiento

del primer hijo/a, la dedicación del tiempo al niño/a, las condiciones planificadas o necesarias, de tal forma que por medio de la incorporación de las mujeres y sus familias en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.⁶⁰

Castro R. en el artículo “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México” (2014) hace referencia a que la disposición del equipo multidisciplinario que colabora en los servicios de salud reproductiva con respecto a los derechos reproductivos supone un reto en su práctica profesional institucional ya que se deben establecer relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos con las usuarias de los servicios.³⁴

Biurrun-Garrido y cols. En “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto” (2013) menciona que en los últimos años se ha visto un cambio en el modelo de atención sanitaria al parto, en el que se pone énfasis en el concepto de humanización asociado a la atención en salud al trabajo de parto. Pero a pesar de la relevancia actual del concepto y de sus implicaciones, hay poca bibliografía que lo defina. Por lo que el objetivo fue conocer el origen y el significado del concepto de “humanización del parto” y sus características mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada al respecto. Los resultados de la revisión mostraron que se trata de un término polisémico, que se basa en tres aspectos fundamentales: convertir a la mujer en el centro de atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica.¹⁸

Campiglia M. en “Violentar el nacimiento” (2015) menciona que los profesionales de la salud realizan una serie de procedimientos para la atención del parto que han logrado erigirse como norma pero, al ser practicados rutinariamente, resultan más perjudiciales que benéficos, por lo que la medicalización indiscriminada del

nacimiento pareciera no responder al principio de procurar la salud del paciente, sino a industrializar la atención del parto. La autora propone explorar otra salida, a través de la implementación de un programa de humanización del parto en instituciones de salud que apunte a restituir el carácter subjetivo de médicos y pacientes.⁷

Sin embargo, Vela Coral en el artículo “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015” menciona que debido al limitado abastecimiento del recurso humano y la gran demanda de atención de parto, puede no brindarse lo establecido en los protocolos de parto humanizado y verse reflejado en las percepciones de las usuarias. De tal manera que se ha descrito que la calidad asistencial es la suma de dos componentes; uno intrínseco relacionado a la capacidad, destreza técnica y a la tecnología y otro extrínseco relacionado con el componente humano, trato con el paciente, y sus familiares.¹³

Pujadas Ríos y cols. en “Humanización del parto en la medicina de excelencia” (2011) realizaron una revisión bibliográfica en la que se actualizan los conocimientos que se tienen sobre el parto humanizado, con el objetivo de identificar los cambios específicos y posibles a lograr, que podrían mejorar las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y el desarrollo de pruebas y métodos para promover éstos, en el efecto positivo que produce el apoyo personalizado durante el trabajo de parto, como resultado de una sólida evidencia científica que respalda el parto humanizado; lo que permite contribuir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, reducción de la cesárea y mejor calidad de la atención a la parturienta, que conduce a un nacimiento feliz.¹⁵

De tal manera que Uribe y cols. en el artículo “Significado del bienestar materno en la experiencia del parto” (2006) destacan que la experiencia del parto es un momento significativo en la vida de una mujer, de su pareja y de la familia, si no, el más importante, dependiendo de las condiciones del contexto en el cual este se desarrolle, del tal manera que realizó una descripción profunda de experiencias vividas a 29 mujeres que cursaban el puerperio, en donde encontró que según la percepción de las madres participantes, la experiencia que define su bienestar general durante todo el proceso de parto, corresponde a que “Bienestar es sentirse bien tratada”. De tal forma que asignan al acompañamiento durante el proceso de parto como un significado primordial y predominante en el bienestar.²⁸

Posteriormente en el 2008, Uribe y cols. En “Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición”. Diseñó y validó un instrumento auto aplicable para evaluar el nivel de bienestar que experimentan las mujeres en situación de parto. Con una muestra de 300 mujeres aplicó el instrumento Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto BMSP, en donde exploró el bienestar materno en tres niveles: óptimo, adecuado y malestar; más de un 60% de las mujeres reportaron un nivel de bienestar adecuado u óptimo, referido al “buen trato”, asociándose significativamente al tipo de parto y la paridad de la mujeres. Considera que para mantener o mejorar las experiencias de las usuarias, es importante el cuidado, el acompañamiento, la guía y el afecto del profesional, junto a aquellos factores relacionados con el contacto libre permanente entre la madre, la persona significativa y el hijo.¹⁹

González Cadagán y cols. En “Acompañamiento en el parto y su relación en el nivel de bienestar de las parturientas asistidas en la maternidad del hospital base castro entre octubre y noviembre de 2013”. Encuestó a 56 mujeres con la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto en donde se evidenció que un gran número de las mujeres encuestadas obtuvieron una calificación adecuada u óptima de acuerdo a la escala, lo que sugirió que el acompañamiento realizado a

las mujeres durante el parto y/o parto se relacionó con un mayor nivel de Bienestar Materno el que está fuertemente relacionado por el acompañamiento efectivo realizado por las personas significativas para las mujeres. Se enfatizó que las mujeres prefieren ser acompañadas por sus parejas, aunque muchas veces estos mismo refieren que no se sienten preparados para otorgar un acompañamiento efectivo. Es por esta razón que las autoras concluyen que se hace necesario educar a las madres y a sus acompañantes sobre la fisiología del dolor de parto, así como también implementar educaciones para los acompañantes, donde se otorguen las herramientas necesarias para generar un acompañamiento efectivo.³⁸

Valenzuela Mujica y cols. En el 2011, realizaron el estudio “Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno” a través de una revisión en las bases de datos Scielo, Science Direct, Pubmed y Cinahl. Con el propósito de contribuir al conocimiento del tema e incentivar a los profesionales de salud que trabajan en esta área a otorgar un cuidado integral, humanizado, centrado en las necesidades de la embarazada para promover y consolidar acciones tendientes a incrementar el bienestar de la mujer y la calidad de la atención en situación de parto.

El resultado demostró que:

1. Las políticas y recomendaciones sanitarias mundiales y nacionales, hacen una llamada a probar modelos y estimular el desarrollo de un cuidado en el parto más humanizado o integral, acorde a las necesidades de la mujer.
2. La menor medicalización de la atención del parto no significa volver al pasado, sino recuperar la capacidad y la confianza de la mujer en la propia naturaleza y adjudicar el lugar que le corresponde a la tecnología o medicalización.
3. La satisfacción en el parto se relaciona con el bienestar, conocido como una vivencia personal subjetiva que corresponde básicamente a una

competencia relacional sustentada por el apoyo emocional percibido de los profesionales de la salud junto con el empoderamiento de ellas.

4. La mujer en la actualidad, tiene cada vez mayor información y expectativas respecto de la salud y el proceso reproductivo, por lo cual demanda una mejor calidad de la atención.
5. Es necesario contar con profesionales formados, capaces de apoyar, reforzar emocionalmente a la mujer, educar y dirigir positivamente la actitud de su conducta en algunas situaciones críticas, así como de respetar y hacerla partícipe en la toma de decisiones, transformando el buen cuidado en un elemento fundamental en la percepción de la satisfacción, devolviéndole el papel protagónico de su parto, que parece haber sido minimizado por la excesiva y a veces innecesaria intervención.⁶¹

Orozco G. y Peña A. (2010) realizaron un estudio en México, titulado: “Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto”. Se realizó un estudio clínico con 600 mujeres en donde evaluaron los efectos del apoyo intraparto continuo y personalizado en las madres y sus recién nacidos en comparación con la atención habitual. En relación a las escalas aplicadas, la de comunicación obtuvo puntuaciones más bajas, así la mayoría del personal de salud se presentó con ellas; sin embargo, el 42,7% expresó que se les explicó poco o nada en qué consistía el trabajo de parto, el 60% manifestó que se le explicaron los procedimientos propios de la atención que iban a recibir. Asimismo, el 70% de las pacientes refirió que el personal de salud le ayudó a controlar sus emociones y fue tolerante con ellas. La mayoría de las mujeres expresó que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto y respetó sus derechos; por último, en el estudio la mayoría de las pacientes expresaron que se sintieron satisfechas con la atención recibida.⁶²

Hodnett E. en el artículo “Continuous support for women during childbirth” realizó una revisión de estudios que incluyó 16 ensayos de 11 países, con más de 13 000

mujeres en una amplia diversidad de ámbitos y circunstancias. Las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto indicaron que eran más propensas a tener un parto vaginal espontáneo y menos probabilidades de recibir analgesia intraparto o informar grado de insatisfacción por el proceso vivido. Además, sus trabajos de parto eran más cortos, eran menos vulnerables a tener una cesárea o recibir analgesia regional. Por tanto el apoyo continuo durante el trabajo tiene beneficios clínicamente significativos para las mujeres y sus hijos/as y no hay daños conocidos. Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el parto y el nacimiento.⁶³

Giraldo Montoya y cols. En “Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto” (2013) develó las experiencias 13 mujeres durante el trabajo de parto y parto en una Unidad Materno Infantil de Medellín, en donde se le aplicó una entrevista a profundidad, por lo que se encontró que el dolor, la fatiga, y la sed son experiencias altamente significativas que comprometen el bienestar y la satisfacción materna. El apoyo espiritual y la presencia del personal de salud fueron una fuente de acompañamiento. A pesar del sufrimiento y el dolor de trabajo de parto, el nacimiento las hizo olvidar estos acontecimientos y consideraron que el proceso del parto las reafirmaba frente a la adopción de su rol materno. Por lo que, los autores concluyen que es preciso cambiar los métodos tradicionales de cuidados e incentivar otras formas de cuidado humanizado.³²

Callata Y. y Zegarra S. (2011) en el artículo “Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011”, donde incluyeron a 322 púerperas de parto fisiológico. Se encontró que los factores que limitan a la usuaria la atención de su parto con acompañante fueron la carencia de información acerca del tema. El 14,6% no hubieran deseado estar acompañadas en su parto, mientras que el 68,3% no obtuvo información sobre el parto con acompañante. En relación a la calidad de información la calificaron como regular.⁴²

García Jordá D. y cols. En el artículo “El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica” (2013), destaca que la mayoría de las mujeres incluidas en dicho estudio prefirió la compañía de su madre en el parto, a pesar de que sus parejas mostraron interés de acompañarlas. Destaca que quienes prefirieron el ingreso de sus parejas, ambos presentaban mayor información sobre el trabajo de parto. Describe que en general los acompañantes varones adoptaban un rol más cercano y empático con las mujeres, otorgándole un apoyo emocional afectivo, que se veía reflejado en besos, abrazos, masajes en la espalda, sostuvieron sus manos, piernas y cabeza, según lo que se le fue indicado, o simplemente asumiendo que esto ayudaría. En el presente estudio, las parejas realizaron más acciones para ayudar a las mujeres a relajarse y disminuir la sensación dolorosa propia del trabajo de parto y parto, en cambio las madres, generalmente sólo realizaron contención emocional y ayuda con técnicas de respiración.⁶⁴

Lagos Jiménez en su investigación “Correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo en el centro materno infantil César López Silva (2015) realizó un estudio prospectivo, descriptivo de casos y controles con 39 parturientas con acompañamiento durante el periodo expulsivo y 39 parturientas sin acompañamiento durante el periodo expulsivo, en donde encontró que en el periodo expulsivo respecto el tiempo, satisfacción, dolor y ansiedad se encontró una correlación significativamente favorable en el acompañamiento durante el periodo expulsivo en comparación a las que no fueron acompañadas. Lo que el autor concluye que es necesario difundir y promover la “Atención del Parto con Acompañante”, a todos los profesionales de salud con el fin de fortalecer el desarrollo y participación de un familiar, conyugue o persona de afinidad, con la finalidad de brindar una mejor calidad de atención.⁶⁵

En el estudio por Pugin y cols. En el 2008, “Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto”. Destaca los beneficios del apoyo efectivo durante el trabajo de parto y parto, el cual está definido por la presencia

de un acompañante capacitado, el cual presente las herramientas para otorgar un apoyo emocional continuo y confort físico, durante esta etapa, haciendo referencia también a las legendarias mujeres que realizaron y aun realizan estas acciones, las doulas. Es dicho informe, se destaca las diversas ventajas presentes en este acompañamiento efectivo realizado por una persona capacitada, entre estos beneficios se encuentra presente la reducción de la duración del trabajo de parto, la necesidad de analgesia y mayor duración de la lactancia materna. En la mujer se observa también una disminución del temor al momento del parto y mayor satisfacción con la misma experiencia y a largo plazo mayor seguridad para el desempeño en el rol como madre.³⁷

Ariza N y Herrera G. en “El parto sin violencia: un compromiso de vida” (2012), matizan la importancia de la preparación psicoprofiláctica para el acompañante del parto, la que garantiza la calidad de los indicadores materno infantiles. Esto ya que cuando el acompañante conoce la situación, la pueden controlar con más facilidad, ofreciendo así un acompañamiento efectivo para las madres, así mismo, este acompañamiento efectivo ayuda a mejorar la calidad de vida familiar y de la sociedad.⁶⁶

La Coalición de mujeres por un parto humanizado y sin violencia desde el año 2013 proponen un modelo de atención al embarazo, parto y puerperio el cual debe caracterizarse por: “concebir estas tres etapas como parte de un mismo proceso fisiológico, natural y saludable; por tanto, la atención debe ser humanizada, segura y sin violencia, basada en la mejor evidencia posible, debe reconocer y valorar la autonomía y protagonismo en el parto y garantizar los derechos humanos de todas las mujeres que requieran atención obstétrica en el país”.⁶⁷

Así mismo, Falcón en “Concibiendo mí historia. Maternidades por un parto humanizado” (2011) menciona que es necesario reeducarnos en torno a la

maternidad; es preciso que vayamos adquiriendo una mayor consciencia en torno al proceso de embarazo, parto, postparto y lactancia. Es necesario brindarle al bebé las mejores condiciones para nacer, en el mayor respeto de su cuerpo y presencia, y muy cerca del amor y de lo sagrado de su naturaleza. En pos de una intención: devolver el poder a la mujer para decidir cómo, con quién, en qué compañía y bajo qué condiciones desea parir.⁶⁸

Cantero y cols. En “Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción” (2010) refiere que el apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto es todavía una excepción en vez de brindarse en forma habitual, por lo que, se realizó un estudio observacional, transversal en donde administraron una encuesta en la sala de observaciones a mujeres que cursaban su trabajo de parto y en el posparto inmediato. Se encontró que la mayoría de las mujeres en trabajo de parto deseaban estar acompañadas por su marido, pareja, madre, o algún familiar que le otorgara la posibilidad de no sentirse sola y poder tener a un referente de su entorno para apoyarla emocional y psicológicamente. Solo un pequeño grupo mostró preferencia por estar únicamente en compañía de un profesional del equipo de salud en el momento de parto. Las demás no lo lograron por fallas en la estructura de la institución o por falta de compromiso o motivación del personal involucrado.⁶⁹

Villalón y cols. En “Participación paterna en la experiencia del parto” (2014) menciona que recientes iniciativas, han promovido la participación de los padres en los cuidados tempranos de sus hijos, por lo cual el objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de un programa de estímulo a la participación paterna en el parto. Se incluyeron padres de recién nacido de término sanos, asignados aleatoriamente para participar en la experiencia del parto y control. En donde el protocolo incluyó: secado de la piel, corte de cordón umbilical, peso, estatura y entrega a la madre para el contacto piel a piel. El resultado fue que hubo más conductas de interés en cuidados tempranos, entre los padres participantes en el

parto, aun perteneciendo a un medio sociocultural que no las promueve ni facilita.⁷⁰

Ramírez Peláez y cols. En “Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno filial.” (2014) el objetivo de este trabajo fue conocer el beneficio del acompañamiento de la pareja durante el embarazo, parto y puerperio, mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada. Los resultados indicaron que el acompañamiento de la mujer y la mejora de crisis de desarrollo familiar que comporta el embarazo y el parto se relacionan con la mejora del vínculo paterno filial, contribuyendo a que la nueva dinámica familiar se adopte con menos dificultades. Los futuros padres se incorporan cada vez más a este proceso de manera conjunta desde el embarazo.⁷¹

En la investigación de Jurado Domènech, “Emociones y sentimientos de los hombres ante el embarazo y el parto” (2014) realizó un estudio cualitativo por medio de entrevistas a hombres que estuvieron en el periodo de vivir la experiencia de la gestación y del parto junto a su pareja. El resultado de la investigación destacó que los estigmas sociales implantados en nuestra sociedad, en referencia a la gestación se consideran ser “exclusivo de mujeres”, afirma que la bibliografía revisada no respalda esta creencia, y que cada día se conocen más los beneficios del acompañamiento del hombre en esta etapa de la vida. De manera que se evidencia el hecho de que los hombres también pueden involucrarse en estos momentos, acompañando a su pareja para solventar juntos sus temores y dudas. De manera que con el tiempo podría incorporarse cada vez más el papel del hombre en el proceso de acompañamiento en la gestación y el parto.⁷²

Aravena Lagos y cols. también resaltan la importancia paterna como acompañamiento durante el trabajo de parto, en su estudio cualitativo “Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el Hospital de Panguipulli, Chile” (2013) en donde comparó la relación del acompañamiento y no acompañamiento de los padres durante el parto, en la relación de apego con su hijo/hija, mediante la aplicación de entrevistas a nueve a padres que acompañaron al parto de su hijo/hija y nueve a padres que no acompañaron al parto.

Los padres entrevistados, relatan diversas vivencias, emociones y experiencias durante el proceso gestacional, pre parto y parto de sus hijos/hijas. Otorgan gran importancia al acompañamiento en el parto y para ello las creencias que poseen se relacionan directamente con la motivación que tuvieron para acompañar y participar en el parto de su hijo/hija. La principal motivación de los padres del estudio para participar en el parto de sus hijos/as, fue la relación afectiva con sus parejas, cabe señalar que la relación afectiva con sus propios progenitores no es la principal motivación, pero si un referente importante a igualar y superar. Se concluye que tanto los padres que participaron en el parto como los que no participaron, demuestran un vínculo con su hijo/hija, evidenciado en las actividades de cuidado que estos realizan con sus hijos/hijas.⁷³

Denizci Zirek y cols en “Childbirth and Postpartum Period Fear in Pregnant Women and the Affecting Factors” (2016) tuvo como objetivo determinar la ansiedad de las mujeres embarazadas en relación con el parto y el puerperio y determinar los factores que las afectan, a través de un diseño descriptivo y el estudio se llevó a cabo con un grupo de mujeres embarazadas en dos clínicas obstétricas de un hospital universitario en Turquía desde enero hasta julio de 2014. Los datos fueron recolectados a través de un formulario de identificación individual y la Escala de Miedo al Parto y el Puerperio. Se determinó en este estudio que las mujeres embarazadas presentaron altos niveles de ansiedad sobre el parto y el período posparto. Los resultados mostraron que el mayor nivel

de temor es hacia el comportamiento del personal médico. Los otros factores de temor que presentaban era hacia las cesáreas, el trabajo prenatal, el nacimiento. Así mismo a la lactancia materna y al cuidado infantil después del nacimiento. Los resultados también revelaron que las mujeres embarazadas que eran primíparas, experimentaron un miedo de nivel más alto.⁷⁴

Por lo cual también es importante que se involucre al profesional de salud en la atención humanizada y prácticas amigables durante la atención a las mujeres, tal y como lo muestra Barboza Valeria y cols. En “Humanización de la atención perinatal: práctica clínica de los profesionales de enfermería, en cuatro servicios de maternidad en Montevideo. (2013) en donde el objetivo de estudio fue determinar si la práctica de los profesionales de enfermería se ajustaba al concepto de maternidades amigables para las usuarias, con una muestra seleccionada por conveniencia y por medio de un cuestionario, se obtuvo que la mayoría de los encuestados brindan prácticas amigables de asistencia a la madre, existiendo mayor porcentaje de respuestas positivas en las instituciones privadas, y que aquellas acciones se favorecen a través del trabajo en equipo, por lo cual es importante, ya que para lograr esa confianza en el equipo de salud-usuaria familia, es imprescindible la percepción de ellos sobre el mismo.⁷⁵

Iliadou M. en su estudio “Supporting women in labour” (2012) tuvo como objetivo identificar puntos prácticos para apoyar a las mujeres en el parto. A través de una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes bases de datos de enfermería incluidas las búsquedas en PubMed, Cochrane Reviews, Cinhal y también Google. Los resultados fueron que las mujeres en el trabajo de parto tienen una profunda necesidad de compañerismo, empatía y ayuda. El apoyo continuo parece tener un mayor impacto beneficioso que el apoyo intermitente. Los profesionales de salud deben de educar a los posibles padres sobre la importancia del apoyo social durante el trabajo de parto ya que puede jugar un papel crítico en la movilización de sistemas de apoyo para las nuevas madres, por lo que la autora concluye que

el apoyo emocional, físico e informacional está positivamente relacionado con el estado mental.⁷⁶

Actualmente, la literatura muestra sobre el real impacto que tiene el acompañamiento de la mujer en el parto sin dejar atrás la atención amigable, por lo tanto este estudio permitió fortalecer la medición de la calidad a través del bienestar de las mujeres atendidas con la estrategia. Fue pertinente conocer el bienestar de las usuarias con el fin de mejorar la atención holística e integral que brindan los profesionales de la salud y que a través de los resultados de la investigación se garanticen condiciones indispensables para que los cuidados sean brindados con oportunidad, en un ambiente seguro y eficiente.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de bienestar materno de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable en un hospital público.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características demográficas y obstétricas de la mujer atendida con la estrategia atención amigable.
- Identificar el nivel general de bienestar materno de la población de estudio.
- Analizar el nivel de bienestar materno por factores que determina la Escala de bienestar materno en situación de parto.(EBMSP2)
- Presentar el bienestar materno general de acuerdo a las variables demográficas y de acompañamiento.

IV. METODOLOGÍA

En este capítulo, se describen los procedimientos, técnicas y herramientas que se utilizaron para obtener los datos referidos al nivel de bienestar materno de las mujeres que fueron atendidas con la estrategia atención amigable del tal forma que nos permita responder la pregunta de investigación del presente estudio.

4.1. Tipo de estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo en el cual se utiliza la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, así mismo implica la recopilación y presentación sistemática de datos para dar una idea clara de los resultados obtenidos.^{77,78}

4.2. Diseño metodológico

Estudio transversal, descriptivo, y prospectivo en el cual se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único y los datos fueron analizados transcurrido un determinado tiempo ⁷⁶

4.3. Lugar y tiempo

El estudio se llevó a cabo en el área de alojamiento conjunto y puerperio de bajo riesgo del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”. Perteneciente a la Secretaría de salud del estado de San Luis Potosí, S.L.P. en el periodo de Diciembre del 2016 a Agosto 2017.

4.4. Población total

Todas las mujeres que resolvieron su parto fisiológico en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”. Fue necesario definir la población mensual de

los partos que son atendidos en el hospital, el resultado es de 385 de los cuales con ayuda del programa STATS se contempló el 5% de error, 50% de probabilidad y varianza, así como 95% de confianza.

4.5. Muestra

La muestra fue de 192 mujeres atendidas con la estrategia de atención amigable seleccionadas por muestreo no probabilístico.

4.6. Criterios de estudio

4.6.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres que fueron atendidas de parto fisiológico.
- Mujeres que a las 4 horas de resolver su parto se encontraban en el área de alojamiento conjunto y puerperio de bajo riesgo.
- Mujeres que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

4.6.2. Criterios de exclusión:

- Mujeres que presentaron una emergencia durante la recolección de datos, o fueron transferidas a otro servicio.
- Mujeres cuyos hijos se encontraron en condición de gravedad en otro servicio.

4.6.3. Criterios de eliminación:

- Mujeres que al responder el instrumento, éste se encontraba de manera incompleta.

4.7. Variable

Bienestar. Fenómeno complejo multidimensional, dinámico e interdependiente de satisfacción de la mujer durante su proceso de parto; resultado de una serie de situaciones que se relacionan entre sí, las que se ordenan en torno al “buen trato”.¹⁵

4.8. Instrumento de recolección

Para conocer el bienestar de las mujeres con respecto a la estrategia atención amigable, se utilizó una escala de bienestar materno en situación de parto (EBMSP2) de Uribe y cols⁴³: (Ver anexo 1)

Escala estructurada con 7 indicadores contenida en 47 ítems. Con una confiabilidad sustentada en 0.937 Alfa de Cron Bach y una validez determinada por las pruebas de Káiser-Meyer de .900 y la prueba de Bartlett. El instrumento cuenta con autorización de la autora para su utilización (ver Anexo 2).

Tabla 1. Estructura de la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto 2

Factores	No. Ítems	Ítems
1. Cuidado relacional de calidad	13	1,2,6,9,10,11,14,15 20,28,39,44,47
2. Autocuidado y confort	9	12,23,29,31, 34,37,38,40,41
3. Condiciones para el contacto madre	4	22,24,45,46
4. Cuidado despersonalizado	6	3,5,32,33,35,43
5. Participación familiar continua	4	4,13,25,36
6. Cuidado oportuno y respetuoso	6	7,16,17,19,21,30
7. Ambiente físico confortable	5	8,18,26,27,42

Fuente: Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 - 160

Medidos con la escala ordinal tipo Likert, con cinco opciones de respuesta:

Tabla 2. Escala ordinal tipo Likert para evaluar la EBMSP2

Opciones de respuesta	Puntuación
Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Más o menos de acuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

Fuente: Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 - 160

Para el factor Cuidado despersonalizado se invierte el valor de las opciones de respuesta:

Tabla 3. Escala ordinal tipo Likert invertida para evaluar la EBMSP2 en cuidado despersonalizado

Opciones de respuesta	Puntuación
Muy en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Más o menos de acuerdo	3
De acuerdo	4
Muy de acuerdo	5

Fuente: Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 - 160

4.9. Procedimientos

Para el desarrollo de la presente investigación, se aprobó por el Comité Académico de la Maestría en Administración en Enfermería y por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición en el cual se obtuvo el registro CEIFE-2017-208. Posteriormente, se envió al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” al Comité de Ética e Investigación para su autorización, siendo aprobado con el número de registro HNM/11-2016/045 (Ver Anexo 3)

La investigación comprendió varias etapas:

- **Prueba piloto**

La prueba piloto de la investigación sirvió como una evaluación preliminar para el estudio, de tal forma que el instrumento fue aplicado a 19 mujeres puérperas en el área de alojamiento conjunto y puerperio de bajo riesgo con la finalidad de someterlo a prueba para su adaptación lingüística, determinar tiempos estimados en las aplicaciones, comprensión de las preguntas, eliminación o ajustes a reactivos y estimar la validez como el hecho de que una prueba elaborada y aplicada mida lo que se propone medir, así mismo facilitó la información necesaria para el estudio de investigación.

Primeramente se dispuso del censo de pacientes para elegir a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. Posteriormente se aplicó la encuesta a cada una de las pacientes, realizando el ejercicio de auto administrar el instrumento y a otras mujeres se les leyó cada una de las preguntas, de tal forma que se tomó el tiempo de respuesta de la encuesta

Al aplicar el instrumento a las primeras 3 pacientes, se determinó cambiar palabras ya que las pacientes no lograban comprenderla:

ÍTEM ORIGINAL	ÍTEM REEMPLAZADO
3. Sentí que algunas atenciones <u>fueron bruscamente realizados por algún miembro del personal.</u>	3. Sentí que algunas atenciones por los profesionales de salud <u>no fueron realizadas con suavidad.</u>
47. Sentí siempre la presencia prudente y respetuosa del profesional <u>sin que ésta invadiera los momentos en que quería estar tranquila.</u>	47. Sentí siempre la presencia prudente y respetuosa del profesional <u>que me permitió estar tranquila.</u>

Así mismo, el título de las opciones de respuesta se agregó en las siguientes páginas de la encuesta para mayor comodidad de la paciente al momento de responderla. Se comprobó que es un instrumento confiable el cual sirve para medir lo que se pretende medir de tal forma que así se obtiene el nivel de bienestar materno de las mujeres que resuelven su parto.

- **Proceso de recolección de datos.**

Para la recolección definitiva de datos y aplicación de la encuesta, se corroboró la identidad de la mujer por medio de la ficha de identificación en la cabecera de la cama que incluye: nombre, edad, diagnóstico médico, hora y fecha de ingreso al servicio, y médico tratante. Se verificó que cada una de las camas contara con cortina corrediza para respetar la privacidad de las mujeres. La responsable de la investigación se presentó con cada una de las pacientes explicando la procedencia de la institución, el título del proyecto, el motivo y la importancia del estudio y de su participación.

De la misma forma, se informaron los objetivos, beneficios, privacidad y anonimato, el no maleficio y que no existe ningún tipo de conflicto académico ni financiero, ni tampoco la repercusión en su atención y tratamiento hospitalario, además de poder retirarse en el momento en que lo crea pertinente, para lograr de forma voluntaria la firma del consentimiento informado (Anexo 4).

Se inició una entrevista para obtener los datos sociodemográficos y obstétricos, posteriormente se proporcionó el instrumento, el cual en ocasiones fue auto administrado y en otros casos se le leyó cada una de las preguntas, lo anterior dependió de que las mujeres se encontraban amamantando a su bebé, otras preferían que la encuestadora se las leyera y algunas otras no sabían leer. Se le explicó los rubros que contenía y la manera en que debían de contestarlo, se resolvieron dudas que refirieron respecto al mismo. Terminado el cuestionario se procedió a verificar el llenado completo, con el objetivo de evitar la omisión de la información, de igual manera, se agradeció la participación de cada una de ellas.

- **Análisis de los datos.**

La determinación del nivel de bienestar materno, se realizó de la siguiente manera: el instrumento consta de 47 ítems, medidos en cinco opciones de respuesta, se tomó en cuenta el número de ítems de cada factor, se multiplicó el valor mínimo (1 uno) y el valor máximo (5 cinco). Al restar el resultado mínimo del máximo el resultado se divide entre tres para que nos resulten los tres niveles de bienestar del factor: óptimo, adecuado y malestar.

Tabla 4. Ponderación del nivel de bienestar por factores.

FACTORES			ÍTEMS	PUNTUACIÓN	
Cuidado relacional de calidad		de	1,2,6,9,10,11,14, 15,20,28,39,44,47	Malestar	13-29
				Adecuado	30-47
				Óptimo	48-65
Autocuidado y confort			12,23,29,31, 34,37,38,40,41	Malestar	5-17
				Adecuado	18-31
				Óptimo	32-45
Condiciones para el contacto madre-hijo		el	22,24,45,46	Malestar	5-9
				Adecuado	10-14
				Óptimo	15-20
Cuidado despersonalizado			3,5,32,33,35,43	Óptimo	5-13
				Adecuado	14-22
				Malestar	23-30
Participación familiar continua			4,13,25,36	Malestar	4-9
				Adecuado	10-14
				Óptimo	15-20
Cuidado oportuno y respetuoso		y	7,16,17,19,21,30	Malestar	5-13
				Adecuado	14-22
				Óptimo	23-30
Ambiente físico y confortable		y	8,18,26,27,42	Malestar	5-12
				Adecuado	13-18
				Óptimo	19-25

Fuente: Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 – 160

Para el factor cuidado despersonalizado se cuenta con seis ítems, de los cuales con valores invertidos nos da un mínimo de 6 y un máximo de 30, al restarse estos valores se obtiene un rango de 164 dividido entre tres niveles, el resultado es de 54; de tal forma que se establecen los tres niveles de bienestar materno.

Tabla 5. Ponderación invertida para el indicador Cuidado despersonalizado.

Bienestar materno	Ponderación
Óptimo	41- 95 puntos
Adecuado	96- 150 puntos
Malestar	151- 205 puntos

Fuente: Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 – 160

Finalmente se integraron los 47 ítems de cada factor para obtener el bienestar materno general, de igual forma medidos en cinco opciones de respuesta, donde el valor mínimo es 1 y se multiplicará por 47, y el máximo es 5 multiplicado por 47, la deducción de dividir los dos resultados es de 188, dividido entre los tres niveles que se esperan obtener, es así que se obtiene una puntuación de 47 a 235.

Tabla 6. Ponderación del nivel de bienestar materno general

Bienestar materno	Ponderación
Óptimo	173-235 puntos
Adecuado	110-172 puntos
Malestar	47-109 puntos

Fuente: Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 – 160

Para procesar los datos obtenidos y el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 18, donde se manejó estadística descriptiva: como frecuencias absolutas y relativas. Para la presentación de datos y tablas se hizo con Microsoft Word, mientras que para la presentación de gráficos se utilizó Microsoft Excel.

4.10. Análisis estadístico

La información fue capturada y analizada en el programa SPSS® versión 18.0 (SPSS). Se manejó estadística descriptiva: como frecuencias absolutas y relativas, para la variable edad se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión. Para la presentación de datos y tablas se realizó con Microsoft Word, mientras que para la presentación de gráficos se utilizó Microsoft Excel.

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

5.1. Marco Legal

El desarrollo de la investigación con respecto a las consideraciones éticas y legales se basó en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud correspondiente al Título Segundo, Capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí, en el artículo Quinto y en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Así mismo, se sustenta en la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, así como en la Declaración de Helsinki de 1964.^{29,79,80,81}

5.2. Aprobación por Comités Académicos, de Ética e Investigación.

La presente investigación se sometió a evaluación ante el Comité Académico del Programa de la Maestría en Administración en Enfermería (Anexo 5) así como al Comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en donde se obtuvo el registro CEIFE-2017-208. (Anexo 5) Posteriormente se sometió para su aprobación ante las autoridades del Comité de ética e Investigación del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” con registro de aprobación HNM/11-2016/045 para su implementación. (Anexo 3)

5.3. Nivel de riesgo

La Ley de Salud en el Estado de San Luis Potosí en el Título Quinto en materia de investigación para la salud, artículo 84 fracción III menciona que el estudio podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos, ni daños innecesarios al sujeto en experimentación. La Declaración de Helsinki, menciona que de ser principalmente el área médica, los profesionales

deben proteger la integridad de los participantes involucrados. Por lo que, el presente estudio es considerado sin riesgos, pues solo realizó la aplicación de un cuestionario en el cual no se identificó a la persona entrevistada, ni tampoco se darán a conocer de manera individual sus respuestas.^{70, 71,72}

5.4. Consentimiento informado y confidencialidad de los datos.

En el artículo 20 y 21 de la Ley General de Salud se contempla el consentimiento informado, a fin de que el sujeto garantice que ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. El cual se elaboró por escrito, se colocó un folio y la participante colocó su firma.

Se enfatizó al participante en que podía retirarse en cualquier momento si así lo deseara sin que por ello se crearan prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, además se garantizó la seguridad de no ser identificada la persona y de resguardar la confidencialidad de la información obtenida así como la discreción de los datos con el fin de respetar los principios éticos en los que se sustenta la investigación.⁷⁰ (Anexo 4)

5.5. Derechos de autoría

La propiedad intelectual de esta tesis pertenece a la autora y responsable de esta investigación denominada “NIVEL DE BIENESTAR MATERNO DE LA MUJERES ATENDIDAS EN LA ESTRATEGIA AMIGABLE DE UN HOSPITAL PÚBLICO”. Trabajo académico para obtener grado de Maestra en Administración en Enfermería.

Se estipula que los autores del proyecto general tienen el derecho pleno de la autoría en todas las publicaciones en cualquier medio digital o impreso de

circulación local, nacional e internacional, así como también la autoría intelectual de todos los productos, prototipos o software que se generaron durante la implementación del o los proyectos, sin solicitar consentimiento alguno. El orden en las autorías de los artículos científicos que se generen de este proyecto los determinará la contribución que cada investigador haya hecho al mismo y/o mediante un acuerdo previamente establecido en el grupo de investigación.

5.6. Conflicto de intereses

Para el desarrollo de la investigación no existe ningún tipo de conflicto académico ni financiero, por lo tanto, el beneficio de la población de estudio y los resultados se utilizarán solo con fines académicos, los cuales se entregarán oficialmente a las diferentes instituciones involucradas. (Ver anexo 6)

5.7. Financiamiento

Todas las actividades de esta investigación serán financiadas con el aporte de la beca de manutención CONACYT, por lo que en todas las publicaciones y productos que se generen del mismo deberá darse el crédito correspondiente a este organismo.

VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados corresponden a 192 mujeres de parto que fueron atendidas con la estrategia atención amigable en el Hospital del Niño y la Mujer. El promedio de edad de las mujeres fue de 22.9 años, (14- 38), DE 5.2; 53% atendidas en turno nocturno, 18% en vespertino, 17% en matutino y 12% en jornada acumulada. 52% fueron multíparas y 48% primíparas. Las características sociodemográficas se describen en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.

<i>n.192</i>		
Característica	No.	%
Edad		
14-19	58	30.0
20-25	81	42.0
26-31	41	21.0
32-38	12	6.0
Estado civil		
Soltera	42	22.0
Casada	38	20.0
Divorciada	1	.5
Unión libre	111	58.0
Escolaridad		
Primaria completa	18	9.0
Primaria incompleta	5	3.0
Secundaria completa	91	47.0
Secundaria incompleta	15	8.0
Bachillerato completo	28	15.0
Bachillerato incompleto	18	9.0
Carrera técnica completa	2	1.0
Carrera profesional completa	1	.5
Carrera profesional incompleta	14	7.0
Ocupación		
Ama de casa	168	88.0
Comerciante	5	3.0
Estudiante	15	8.0
Empleada doméstica	3	2.0
Secretaria	1	.5

Fuente directa: características sociodemográficas y generales de la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto. (EBMSP 2, Uribe y cols. 2014)

Como se puede observar, el rango de edad de las mujeres que predominó fue de 20 a 25 años, seguido del grupo de 14 a 19 años; en su mayoría con estado civil de unión libre, y en la escolaridad sobresale educación básica y la educación media superior; y en cuanto a la ocupación la gran mayoría son amas de casa.

Uno de los componentes de la atención amigable es el acompañamiento, a continuación en el cuadro 2 se describen sus características.

Cuadro 2. Características de acompañamiento de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.

Característica	No.	n.192 %
Acompañamiento		
Con acompañamiento	50	26.0
Sin acompañamiento	142	74.0
Tipo de acompañamiento		
Pareja	34	68.0
Madre	11	22.0
Suegra	2	4.0
Hermana	3	6.0
Motivo por el cual no estuvo acompañada		
No le ofrecieron el acompañamiento	73	52.0
No aceptó el acompañamiento	12	8.0
Saturación de pacientes en labor	31	22.0
No conocía la estrategia del acompañamiento	4	3.0
No se encontraba ningún familiar	13	9.0
Pasó directo a sala de expulsión	9	6.0

Fuente directa: características sociodemográficas y generales de la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto. (EBMSP 2, Uribe y cols. 2014)

La mayoría de las mujeres que cursaron el trabajo de parto fue sin el acompañamiento de su familiar. Por otro lado, las que sí estuvieron acompañadas

fueron por su pareja y su madre. Y de las que no estuvieron acompañadas, señalaron que los principales motivos fueron que a más de la mitad no se lo ofrecieron y a otras les indicaron que labor estaba saturado de pacientes, o bien no se encontró familiar que la acompañara.

Otro de los objetivos de este estudio fue conocer el nivel de bienestar materno general y por factores, mismos que se presentan en los cuadros 3 y 4.

Cuadro 3. Nivel de bienestar materno en general de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.

n= 192

Bienestar materno	No.	%
Óptimo	158	82.0
Adecuado	34	18.0
Malestar	0	0.0

Fuente: Escala de bienestar materno en situación de parto (EBMSP 2, Uribe y cols. 2014)

Como se observa, predominó el bienestar materno óptimo, seguido de bienestar materno adecuado y no se encontró nivel de malestar.

Cuadro 4. Factores del nivel de bienestar materno de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.

n= 192

FACTORES	Óptimo %	Adecuado %	Malestar %
<i>Cuidado relacional de calidad</i>	91.0	9.0	0.0
<i>Autocuidado y confort</i>	27.0	55.0	18.0
<i>Condiciones para el contacto madre-hijo</i>	97.0	2.0	1.0
<i>Cuidado despersonalizado</i>	5.0	32.0	63.0
<i>Participación familiar continua</i>	36.0	37.0	27.0
<i>Cuidado oportuno y respetuoso</i>	88.0	12.0	0.0
<i>Ambiente físico y confortable</i>	94.0	6.0	0.0

Fuente: Escala de bienestar materno en situación de parto (EBMSP 2, Uribe y cols. 2014)

De los factores que integran el bienestar materno de las mujeres, calificó como óptimo: condiciones para el contacto madre-hijo, ambiente físico y confortable y el cuidado relacional de calidad. Y los factores que obtuvieron un nivel adecuado fueron: autocuidado y confort, y participación familiar continua. Y el factor que calificó en nivel malestar fue para cuidado despersonalizado.

Se realizó un análisis descriptivo de la relación del nivel de bienestar con algunas de las características de las mujeres, las cuales se presentan en la tabla 2.

Cuadro 5. Bienestar materno general de acuerdo a características de las mujeres de parto atendidas con la estrategia atención amigable del Hospital del Niño y la Mujer, S.L.P. 2017.

Características	Nivel de bienestar materno general	
	Óptimo	Adecuado
	%	%
Edad		
14-19	83.0	17.0
20-25	80.0	20.0
26-31	85.5	14.5
32-38	83.5	16.5
Paridad		
Primípara	83.5	16.5
Múltipara	80.5	19.5
Gran Múltipara	100.0	0.0
Acompañamiento		
Si	90.0	10.0
No	79.5	20.5
Turno de atención		
Matutino	87.5	12.5
Vespertino	80.0	20.0
Nocturno	81.5	18.5
Jornada acumulada	82.5	17.5

n=192

Fuente directa: características sociodemográficas y generales de la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto. (EBMSP 2, Uribe y cols, 2014)

Como se puede observar, independientemente del rango de edad y de paridad las mujeres tuvieron el nivel de bienestar óptimo, de igual manera las que tuvieron acompañante y del turno en el matutino obtuvieron mayor porcentaje en óptimo.

VII. DISCUSIÓN

En el presente capítulo se discutirán los resultados relevantes obtenidos, que dan respuesta a la pregunta de investigación y al objetivo que fue determinar el nivel de bienestar materno de las mujeres atendidas con la estrategia atención amigable de un hospital público. Dichos resultados serán contrastados con el marco teórico para identificar similitudes o diferencias.

De manera general en este estudio, el nivel de bienestar materno de las mujeres durante el proceso de parto fue percibido como óptimo, a lo que Lady Pepper cita que el bienestar corresponde a la percepción subjetiva del equilibrio entre la armonía y vitalidad de la persona y que los niveles más altos se podrían considerar como satisfacción¹⁹; estos resultados coinciden con los de Uribe que señala que este nivel se puede traducir como un “buen trato”²⁸. Por lo que el haber obtenido el nivel óptimo y adecuado es de manera relevante ya que este es el único hospital público en la ciudad de San Luis Potosí en donde se implementa el parto amigable, que se caracteriza por incorporar la figura del acompañante externo y hacer el acompañamiento con el personal de salud así como permitirle la libertad de movimiento e ingesta de líquidos.

En este sentido, el que se implemente la estrategia de atención amigable ayuda a fortalecer el cambio de atención del parto de manera rutinaria centrada en lo fisiológico, al paradigma de atención humanizada en donde se considera que el cuidado debe focalizarse en la mujer en todos los aspectos, esta manera se fomenta la participación activa de la mujer ya que se le va dando la información que requiere sobre su situación⁷. Con el parto humanizado no significa que se deja de lado los avances médicos científicos sino más bien que se conjuntan los aspectos sociales y psicológicos con el respeto a la cultura y a los derechos humanos de las mujeres. A lo que Valenzuela señala que se tiene que adjudicar el lugar que le corresponde a la tecnología o medicalización para recuperar la capacidad y la confianza de la mujer en la propia naturaleza⁹.

Situación que se logra con la estrategia de parto amigable, que en este hospital se caracteriza por el acompañamiento del familiar o pareja, sin embargo en este estudio más de la mitad de las mujeres no tuvieron el acompañamiento, uno de los motivos fue porque ellas no lo aceptaron sobre todo las mujeres multíparas, debido a que ellas ya tuvieron una experiencia previa que puede ser positiva o negativa, así mismo la forma en como ellas percibieron el contexto hospitalario con la ausencia de apoyo emocional puede aumentar el miedo al proceso del parto y normalmente la mujer lo asocia al concepto de sufrimiento y dolor.^{34,35,74}

Otros de los motivos por lo que no tuvieron el acompañamiento fue porque a ellas no se les ofreció o estaba muy saturado el servicio, esto se interpreta de varias formas, algunas debido a la excesiva carga de trabajo que los profesionales tienen, por lo que toman una postura ajena a las prácticas de atención amigable y del parto humanizado y no se logra una atención satisfactoria que se refleja en la percepción de la usuaria. Por otro lado, por ser un hospital-escuela, y único de especialidad materno-infantil perteneciente a la secretaria de salud, es campo de practica para estudiantes en formación, por lo que se les asignan pacientes para un cuidado integral; así que independientemente de que la mayoría no tuvo el acompañamiento de un familiar, lo tuvo por parte de la institución.^{7, 82}

Que en el factor cuidado relacional de calidad que resultó como nivel óptimo en donde se atribuye directamente a la atención del equipo multidisciplinario de salud, pero no solo por la calidad técnica si no por la calidad interpersonal hacia la mujer. A lo que la literatura señala que estos encuentros no son solamente el vehículo para recibir servicios de salud esenciales y con el potencial de salvar vidas, sino que las experiencias de la mujer en la atención con el personal de salud durante el proceso de parto, le ayudan a aumentar su confianza y autoestima.^{48,49}

Giraldo destaca la importancia de la participación de la enfermera durante la atención a la mujer en el proceso de parto, señala que enfermería tiene una labor muy importante sobre todo en la percepción del dolor, así como en el control de la fatiga, al permitirle el confort a través de la movilidad, alivio a la sed y conservar la intimidad, así mismo³⁴, Uribe señala que las mujeres se sienten respetadas, si se les habla por su nombre, y son tratadas con cuidado y con cariño y respetar su pudor. También menciona que sentirse bien tratada implica sentirse valorada como persona que equivaldría a ser reconocida como mujer y merecedora de respeto^{14,19,28,61}. Cabe destacar que el cuidado es caracterizado por un trato profesional suave y femenino, ya que generalmente un gran porcentaje del personal del área tóxico quirúrgica son mujeres y enfermeras de manera que brindan un trato confortable y un cuidado satisfactorio.^{13,83}

Así mismo Peláez menciona que el acompañamiento facilita el trabajo de parto y trae importantes beneficios para la madre y al recién nacido⁷¹, así mismo, predominó el factor de participación familiar continua, que en esta estrategia solo se permite durante el trabajo de parto, al respecto Uribe y Villalón destacan que las mujeres necesitan vivir este proceso acompañadas, así mismo la literatura reporta que una de las causas de estrés en la madre es saber que su hijo esté bien^{19,70}, posiblemente por esto el factor condiciones para el contacto madre-hijo resultó en nivel de bienestar óptimo, que además ha sido una categoría reportada en una investigación cualitativa sobre el significado del bienestar materno, en donde se menciona que las mujeres consideran una experiencia significativa el vivir el primer contacto con su hijo en el momento del nacimiento¹⁹. Además se ha demostrado que los recién nacidos obtienen una mejor respuesta térmica adaptativa que los recién nacidos que no tienen este contacto.^{84,85}

Otros autores han expresado que la vivencia conjunta de los progenitores a lo largo de todo el proceso, es un hecho beneficioso para la familia en general, que

fortalece lazos y aumenta de manera directa la capacidad de afrontar situaciones de estrés y fortalece el vínculo paterno filial. ^{28, 63, 69,70,73,86,87}

Durante el trabajo de parto también la estrategia incluye la ingesta de líquidos, contrariamente a lo que está normado en otras instituciones, sin embargo la literatura muestra que no se deben restringir los líquidos como agua, té y jugos durante el trabajo de parto, porque es importante suplir las necesidades energéticas de este periodo, lo que si se debe evitar es el consumo de lácteos y alimentos sólidos que permiten reelentizar el vaciado gástrico. En las instituciones se ha prevenido con infusión intravenosa, no va acorde con los requerimientos ya que únicamente es para tener una vena permeable y para la prevención de la aspiración del contenido gástrico por los anestésicos por lo que no consideran que el trabajo de parto supone una actividad comparada con la de un atleta de alto rendimiento o de un ejercicio aeróbico continuo. ^{27,55,88}

A pesar de que se encontró un bienestar óptimo y adecuado, más de la mitad de las mujeres percibieron un cuidado despersonalizado que básicamente se atribuyó a dos cosas; a que sintieron que estaban atendidas en un hospital antiguo y en malas condiciones físicas, probablemente no atribuido al área física puesto que el hospital es de reciente creación, sino que se considera que más bien es a la manera rutinaria de la atención que muchas veces se traduce en insultos y al recibimiento de órdenes por parte del equipo de salud durante el trabajo de parto y parto, ^{17,33,35,36} así como por el desgaste de algunos equipos. Al respecto, Denizci Zirek señala que las mujeres embarazadas presentan altos niveles de ansiedad sobre todo por el dolor al parto, visualizando que en este estudio no fue uno de sus objetivos, sin embargo en las investigaciones cualitativas se han reportado frases inapropiadas de parte del personal de toco cirugía en el proceso del nacimiento⁷⁴; de igual manera, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) señala que durante la atención al parto, el conocimiento de los derechos de las mujeres rompe con el rol histórico como

reproductoras, asignándoles un rol pasivo en el proceso de embarazo, parto y posparto. Por lo que, autores destacan que esto se debe a una falta de compromiso del personal, en este caso, posiblemente al cambio de paradigma de una atención habitual o tradicional a la establecida en esta estrategia de parto amigable. ^{59,74, 82, 90}

Finalmente en este estudio se pudo visualizar que la estrategia de atención amigable es positiva debido a que se encontró un nivel óptimo de bienestar materno, situación que se torna importante el destacarla, ya que actualmente se tienen puesto los ojos en la muerte materna y como coadyuvante en la atención durante el proceso de parto, incluso se ha llegado a señalar que se violentan los derechos humanos de la mujer; este hospital público gracias a las voluntades institucionales y profesionales, hasta ahora es el único que promueve una atención más amigable en el parto, aunque sigue siendo medicalizado, pero es amigable en el sentido de proporcionar más atención a la mujer, incluso se puede decir que es similar a los hospitales privados pero con la diferencia que no se entra al parto. Por eso es importante permitir que el familiar entre al parto y se promueva la profilaxis perinatal con la pareja o la persona que las va a acompañar.

Esta estrategia además sirve para los estudiantes de enfermería que son parte importante del hospital, pues les ayuda al cambio en su formación profesional debido a que observan de otra manera la atención hacia la mujer. Sin embargo, falta fortalecerse porque todavía las mujeres identificaron un cuidado despersonalizado al recibir órdenes y algunas prácticas son rutinarias.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación da cuenta del respeto a los derechos humanos de la mujer, debido al cuidado de la intimidad, el pudor y la privacidad de ellas, por lo que es necesario contar con profesionales formados, capaces de apoyar, reforzar emocionalmente a la mujer, educar y dirigir positivamente la actitud de su conducta en algunas situaciones críticas, así como de respetar y hacerla participe en la toma de decisiones, transformando el buen cuidado en un elemento fundamental en la percepción de la satisfacción, devolviéndole el papel protagónico de su parto, que parece haber sido minimizado por la excesiva y a veces innecesaria intervención.

Así mismo los profesionales de salud deben de educar a los posibles padres sobre la importancia del apoyo social durante el trabajo de parto ya que puede jugar un papel crítico en la movilización de sistemas de apoyo para las nuevas madres, por lo que el apoyo emocional, físico e informacional está positivamente relacionado con el estado mental.

Además este estudio fortalece el papel del administrador de enfermería en la parte del proceso administrativo, porque se ubica en la parte de la planeación al conocer la estrategia, su funcionalidad dentro del hospital, y los propósitos al elegirla, así mismo en la parte del control y evaluación al implementar el instrumento y dar a conocer sus resultados para finalmente obtener el aporte en el futuro de dicha estrategia.

Por lo que, con los resultados obtenidos, se considera que es conveniente hacer una encuesta de satisfacción al usuario y acompañante, debido a que con esta estrategia pueden emerger indicadores de calidad que permitan dar conocimiento de la funcionalidad de la misma, que permita mejorarla y que se siga

monitorizando continuamente. Por lo que también es importante tener una evidencia ante organismos como la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre el trato humanizado a la mujer.

Finalmente el haber realizado el presente estudio, me deja un aprendizaje como primer contacto en el campo de la investigación, seguido de la experiencia de conocer el contexto de la humanización del parto y por ende el bienestar materno. En donde como profesional de la salud fue importante involucrarme desde la mirada de las mujeres que perciben la atención, lo que induce a pensar que el bienestar permanece aún bajo nuestra responsabilidad y por ende el compromiso que se debe de tener con sus propias necesidades.

Limitantes

Dado que este estudio solo fue de manera descriptiva, tiene la limitación de no haberlo combinado con estudio cualitativo con el diseño de tipo analítico, que nos permitiera conocer una perspectiva integral del problema.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda HI, Hernández TI, Ávila MD. Enfermería ¿Cadena o camino? Pp. 7-22. México, 1998
2. Alfaro-Alfaro N. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. PP. 50-55. Vol. VIII, Núm. 1, Abril 2006
3. García Vázquez, I., S.E. Moncayo Cuagliotti y B. Sánchez Trocino (2012), “El parto en México, reflexiones para su atención integral”, Ideas CONCYTEG, 7 (84), pp. 811-844.
4. Magnone Alemán N. “Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización” UdelaR, Montevideo, [Tesis][Acceso: 10/10/16] Disponible en: http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf
5. Borges Damas L., Fundamentos del desempeño y la competencia profesional del personal de enfermería durante la atención humanizada en el parto. I Jornada Virtual de Doctores en Ciencias. DocCien2015.
6. Ortiz Pérez V. Historia de gineco-obstetricia en san Luis potosí y de la sociedad potosina de ginecología y obstetricia. PP. 75-76. San Luis Potosí, México, 1999.
7. Campiglia M. Violentar el nacimiento. El Cotidiano. Mayo junio, 2015.
8. Langer A. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Internet] [Acceso, Abril 2016] Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/Alcom2/es/.
9. Valenzuela-Mujica MT. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. Índex Enferm [online]. 2011, vol.20, n.4, pp.243-247. ISSN 1132-1296.
10. Blázquez Rodríguez M I, Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 2005 [Acceso: 05 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS) ¡el nacimiento no es enfermedad! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1995, XIV, N° 1.
12. Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos © 2015 Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Fundación Angélica Fuentes. [Internet] [Acceso, diciembre 2015]. Disponible en: <http://gire.org.mx/images/stories/Informes/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>.
13. Vela-Coral G. “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015” [Tesis de Licenciatura] UNMS. Lima, Perú 2015.
14. Bravo P. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. Rev. Chil Obstet Ginecol 2008; 73(3): 179-184

15. Pujadas-Ríos X. Humanización del parto en la medicina de excelencia. Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos. Medisur 2011; 9(5).
16. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Guía de implantación. Secretaría de salud, México, 2013.
17. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. Universidad Nacional de La Plata, Ensenada. BA, Argentina. [Internet][Acceso: 10/03/2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>.
18. Biurrun-Garrido A. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Matronas Prof. 2013;14(2):62-66
19. Uribe Torres C. Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. Rev. Chil. Obstet Ginecol 2008; 73(1); 4-10
20. White Ribbon Alliance. Promoviendo un cuidado materno respetuoso: los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva [Internet] [Acceso Junio 2016] Disponible en: www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare
21. Recomendaciones generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) Dirección General de Difusión e Investigación. México, 2012.
22. Manual de procedimientos. Dirección de políticas y calidad en salud. Hospital de niño y la mujer "Dr. Alberto López Hermosa". San Luis Potosí, S.L.P. 2015
23. Tríptico Atención amigable a la madre ¿en qué consiste? Servicios de salud de San Luis Potosí. Hospital del niño y la mujer. Dr. Alberto López Hermosa. 2015.
24. Laza Vásquez, C. Entre la necesidad y la fe: la partera tradicional en el valle del río cimitarra. Cienc. enferm. [online]. 2010, vol.16, n.1, pp.69-76. ISSN 0717-9553. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100008>.
25. Aguirre Crespo A. La atención del parto: poder, derechos, violencia. Salud Quintana Roo. México. Septiembre 2013.
26. Urrutia S., Abarca C, Astudillo R. Alimentación durante el trabajo de parto. ¿Es necesario el ayuno? Rev. Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5).
27. Albillos Alonso L. La ingesta oral durante el trabajo de parto. NURE Inv. [Internet]. Ene-Feb 2014 [Acceso, Mayo 2016]; 11(68): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE68_original_ingesta.pdf
28. Uribe-Torres C. Significado del bienestar materno en la experiencia del parto. 2006, Horizonte, Enfermería, 18, 1, 89-100.
29. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF: 07/04/2016.

30. Pugin, E. y cols. Una experiencia de acompañamiento con Doula a adolescentes en trabajo de parto. *Revista Chile de Obstetricia y Ginecología*. 73(4), 250-256. [Internet][Acceso: 10/08/16] Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262008000400006&script=sci_arttext.
31. González-Cadagán PA y cols. Acompañamiento en el parto y su relación en el nivel de bienestar de las parturientas asistidas en la maternidad del hospital base castro entre octubre y noviembre del 2013. [Tesis de Maestría] UACH. Valdivia, Chile 2013.
32. F. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humano. *Revista Red bioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013.
33. Valdez-Santiago R. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev. CONAMED* 2013; 18(1): 14-20
34. Giraldo-Montoya DI. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av. Enferm.* 2015; 33(2):271-281.
35. Villanueva-Egan L. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Rev. CONAMED* 2010; 15(3):147-151.
36. Castro, R. "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México", *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2). 2014 [Internet] [Acceso: Julio 2016] Disponible
37. Lamas M. La perspectiva de género. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). México. [Internet][acceso 6/10/16] Disponible: <http://www.obela.org/system/files/La%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20-%20Marta%20Lamas.pdf>
38. CNDH, Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 (Síntesis), México, 2014. Disponible en <http://bit.ly/1gjAQZL>. Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, México, 2014. Disponible en <http://bit.ly/1EDpG9R>. Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012, México, 2013. Disponible en <http://bit.ly/1tKsRUR> [consulta: 24 de enero de 2015].
39. Martínez Galiano J. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol Obstet Mex* 2013; pp. 706-710.
40. García E, Guillén D, Acevedo M. Humanismo durante la atención del trabajo de parto. *Rev. CONAMED* 2010; 15(3):152-154.
41. OMS, UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo del Niño. 2016. Evidencia Científica de los 10 pasos y avances recientes [Internet] [Acceso: Junio 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es
42. Callata Y, Zegarra S. Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011.

43. Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 - 160
44. Danforth. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 9 ed. McGraw Hill, México, 2005.
45. Cunningham Gary F. Williams Gineco-obstetricia Ed. McGraw-Hill, 2015.
46. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para el nacimiento. [Internet] [Acceso: 29/03/17] Disponible en: <http://www.partohumanizado.org/2016/11/30/recomendaciones-de-la-oms-para-el-nacimiento/>
47. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet] [Acceso: 20/01/2016] Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.htm>
48. Sosa, Itzel A. y cols. Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva Salud Pública de México [internet] [Fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649067>> ISSN 0036-3634
49. White Ribbon Alliance. Promoviendo un cuidado materno respetuoso: los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva [Internet] [Acceso Junio 2016] Disponible en: www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare.
50. Arnau-Sánchez J. y cols. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. Revista: AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 2012 7(2)
51. Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR. [Acceso Junio, 2016] Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
52. CIMS International: Coalition for Improving Maternity Services 2015. Disponible en: <http://www.enca.eu/> The European Network of Childbirth Associations.
53. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 27-01-2016.
54. Ley General de Salud de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Últimas reformas DOF 01-06-2016
55. Guía de práctica clínica. Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08, Secretaría de Salud. México, 2014.
56. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 del Gobierno de la República. [Internet][Acceso Febrero, 2016]Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>.
57. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD 2013-2018). DOF: 30/08/2013.
58. Programa sectorial de salud 2013-2018. Secretaría de salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación del 12 de diciembre del 2013.
59. Martínez Galiano JM. “Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos”. Ginecol Obstet Mex 2013;81:706-710

60. García Jordá; Díaz Bernal Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*; 2010 36(4)330-336
61. Valenzuela Mujica T. Uribe. Torres C. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index Enferm* vol.20 no.4 Granada oct. /dic. 2011.
62. Orozco G, Peña A. Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto. [Tesis]. Minatitlán-México: Universidad Veracruzana. 2010.
63. Hodnett, E., y cols. Apoyo continuo para las mujeres durante el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus*. [Internet] [Acceso: 20-09-2016] Disponible en:
http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews_es&mf= &id=_ID_CD003766ES&lang=es&dblang=es&lib=COC
64. García, D., Díaz, Z. & Acosta, M. El nacimiento en Cuba: Análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 718-732. 2013. [Internet] [Acceso: 20-09-2016], Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662013000400009&script=sci_arttext&tlng=pt
65. Lagos Jiménez G. Correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo en el centro materno infantil César López Silva - Villa el Salvador Noviembre – Diciembre 2015 [Tesis de Licenciatura] Lima, Perú: Escuela Académica Profesional de Obstetricia. 2016.
66. Ariza, N. & Herrera, G. El parto sin violencia: un compromiso de vida. *Revista Salud Historia y Sanidad*. 2012. 7 (1) 43-60., [Internet] [Acceso: 20-09-2016] Disponible en:
<http://virtual.uptc.edu.co/revistas2013f/index.php/shs/article/view/1914/1905>
67. Coalición de mujeres por un parto humanizado y sin violencia. CIEMER. México, 2013
68. Falcón K. Concibiendo mi historia. *Maternidades por un parto humanizado*. Ed. Caliope. México, 2011.
69. Cantero, Andrea; Fiuri, Lucrecia; Furfaro, Karina; Jankovic, M. Paula; Llompert, Vanesa; San Martín, M. Emilia “Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción”. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 29, núm. 3, 2010, pp. 108-112
70. Villalón H., Toro R., Riesco L., Pinto M., Silva C. “Participación paterna en la experiencia del parto” *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (5): 554-560
71. Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. *Revisión bibliográfica. Matronas Prof*. 2014; 15(4): e1-e6
72. Jurado Domènech R., Ait El Fakih R. “Proyecto de investigación: emociones y sentimientos de los hombres ante el embarazo y el parto”. [Tesis Licenciatura] Sant Cugat del Vallés: Escuela Universitaria Gimbernat; 2014. 37 p.

73. Aravena Lagos, N. Salazar Yévenes S., Stormesan Bidart M. "Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el hospital de Panguipulli, durante el segundo y tercer trimestre del 2013". [Tesis] Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile; 2013. 79 p.
74. Egelioglu Cetişli N., Denizci Zirek Z. Y Bakilan Abali F. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan*. 2016; 16(1):32-42.
75. Barboza V., Gimenez E., Guerra R. "Práctica clínica de los profesionales en enfermería, en cuatro servicios de maternidad de Montevideo. Marzo 2012 – Agosto 2013". [Tesis] Montevideo: Universidad de la República; 2013. 86 p.
76. Iliadou M. "Supporting women in labour" *Health Science Journal*. [Internet] 2012. [Citado 13 Jun 2017] 1-7. Disponible en: <http://www.hsj.gr/medicine/supporting-women-in-labour.pdf>
77. Corlien MV. Y cols. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Volumen 2 parte 1. Canadá, 1995.
78. Hernandez-Sampieri R. Metodología de la Investigación. McGraw Hill. 6ed
79. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Última Reforma DOF 01-06-2016. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
80. Ley de salud del estado de San Luis Potosí. Publicación inicial: 23/12/2004. Vigente al 29/Abr/2013. Constitución Política del Estado de San Luis Potosí.
81. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioeth*. [Internet]. 2000 Dic [citado 2016 Jun 05]; 6(2): 321-334. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2000000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X20000002000>.
82. Bernal-Becerril, ML; Sánchez-Arce, LE Significado del cuidado obstétrico desde el cotidiano estudiante de enfermería. *Enfermería Universitaria* 2014; 11(3):81-86.
83. Bryanton J, Fraser-Davey H, Sullivan P. Women's Perceptions of Nursing Support during Labor. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* [Internet]. 1994. [Citado 13 Jun 2017] (3) 638-644 Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01933.x>
84. Moreno D, Begoña M, Díaz Jiménez, D; Velázquez M. Valoración del contacto piel con piel y el establecimiento del vínculo madre-recién nacido. *Biblioteca Lascasas*, 2015; 11(3).[Internet][Acceso: 13 Jun 2017] Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0845.php>
85. Martínez-Martínez T. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería Universitaria* 2014;11(2):61-66 [Internet][Acceso 13 Jun 2017] Disponible en: <http://educacioninicial.mx/wp-content/uploads/2017/05/Beneficios-del-contacto-piel-a-piel-precoz-en-la-reanimaci%C3%B3n-neonatal.pdf>

86. Market Wired is now part of NASDAQ “Continuous Labor Support Reduces Risk of Cesarean Section and Other Adverse Outcomes in Women and Newborns” [Internet] [Citado 13 Jun 2017] Disponible en: <http://www.marketwired.com/press-release/Continuous-Labor-Support>.
87. [Reduces-Risk-Cesarean-Section-Other-Adverse-Outcomes-Women-1397061.htm](http://www.marketwired.com/press-release/Continuous-Labor-Support)
88. Aranda García, A; Reina Durán, M; Rodríguez Rodríguez, I; Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3).
89. Azón-López E; Hernández J; Garcia M; Mir E. La ingesta durante el trabajo de parto de bajo riesgo: una revisión de literatura. Medicina Naturista, 2010 (4):2. 74-79
90. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal [Internet]. Ciudad de México, Boletín 169/2013 20 de mayo de 2013 [Acceso 26 Jun 2017] Disponible en: <http://cdhdf.org.mx/2013/05/prevalece-desinformacion-trato-despersonalizado-y-autoritario-hacia-mujeres-durante-su-embarazo-y-parto-sauri-suarez/>

X. ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE BIENESTAR MATERNO

FECHA: _____

FOLIO _____

Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP2)

El siguiente es un cuestionario sirve para conocer el nivel de bienestar de las mujeres que han vivido el proceso de parto. Le rogamos leerlo cuidadosamente. En él, usted encontrará algunas afirmaciones que representan situaciones que usted pudo vivir; desde que llegó a la maternidad hasta que tuvo a su hijo, situaciones que le hicieron “sentirse bien” o “sentirse mal”.

Le rogamos marcar con una X el grado de acuerdo que usted tiene. Usted puede estar desde muy de acuerdo (puntaje 5), hasta muy en desacuerdo (puntaje 1). Marque para cada afirmación una sola respuesta. Si marca más de una, la respuesta se eliminará. Además, agradezco de antemano que responda las siguientes preguntas:

Edad _____ No. De embarazo _____ Ocupación _____ Estado civil _____
 Escolaridad _____ Turno en el que fue atendido su parto: _____

Durante el trabajo de parto, ¿estuvo usted acompañada? _____ ¿Por quién? _____

PREGUNTAS	de Muy acuerdo	De acuerdo	o Más menos de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	5	4	3	2	1
1. Durante todo el proceso de parto los profesionales me orientaron, me dijeron que hacer y me animaron.					
2. Me sentí siempre acompañada por algún profesional					
3. Sentí que algunas atenciones por algún profesional de salud no fueron realizadas con suavidad**					
4. Cada vez que lo necesité, pude estar con mi pareja o con otra persona importante para mí.					
5. Me sentí tratada de forma autoritaria “Fueron mandones conmigo”**					
6. Creo que fui bien atendida, de manera muy profesional.					

PREGUNTAS	Muy de	De	o	En	en
	acuerdo	acuerdo	Más o menos de acuerdo	desacuerdo	Muy en desacuerdo
	5	4	3	2	1
7. Me pusieron anestesia o analgésico cuando lo requerí.					
8. Observé orden y limpieza en cada uno de los lugares donde estuve.					
9. Sentí que las atenciones que me realizaron fueron hechas correctamente.					
10. El trato que recibí fue respetuoso, ellos o ellas me hablaban con palabras suaves que me calmaban.					
11. Pude expresar libremente mis dudas y temores relacionados con mi salud y la de mi hijo (a).					
12. Antes del parto pude beber líquidos o comer gelatina cuando lo necesité.					
13. En cualquier etapa del proceso facilitaron la entrada de mi pareja u otra persona importante para mí.					
14. Las personas que me atendieron se relacionaban bien conmigo					
15. Sentí que las personas que me atendieron conocían y hacían bien su trabajo.					
16. Se preocuparon de cuidar mi intimidad y la de las otras mujeres que vivieron la experiencia del parto junto conmigo.					
17. Fui informada cada vez que se me administraba algún medicamento.					
18. En cada uno de los lugares donde estuve la iluminación era adecuada					
19. Constantemente recibí información de mi estado de salud y el de mi hijo (a).					

PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	5	4	3	2	1
20. Los profesionales estuvieron “pendientes de mí” durante el proceso de parto.					
21. Me sentí respetada y participando de las decisiones que los profesionales tomaban respecto a mi proceso de parto.					
22. En el momento en que mi bebé nació pudimos estar juntos todo el tiempo que fue necesario.					
23. Durante mi permanencia en sala de labor, el personal se preocupó por el tiempo que yo llevaba sin alimentarme					
24. Cuando mi bebe nació los profesionales fueron respetuosos con el tiempo que necesitábamos estar juntos					
25. El personal estaba preocupado por respetar nuestra intimidad durante el nacimiento.					
26. El ambiente era acogedor y me hizo sentir que estaba en un espacio familiar.					
27. Las maquinas, monitores, aparatos para la presión u otros se veían seguros, en buen estado y funcionando bien.					
28. Las personas que me atendieron fueron respetuosas de mis valores o creencias religiosas.					
29. Durante mi permanencia en sala de labor, tuve la posibilidad de recibir algún tipo de alimento cuando tuve hambre.					
30. En cada momento del proceso fui atendida a tiempo por los profesionales de salud.					

PREGUNTAS	de		o		
	Muy	De	Más	En	Muy
	de	acuerdo	menos	desacuerdo	en
	5	4	3	2	1
31. Antes del parto me ofrecieron distintas posibilidades de ejercicios y actividades para calmar el dolor.					
32. Creo que durante la atención del parto utilizaron procedimientos que no corresponden al proceso de un parto natural (maniobras de empuje, tactos múltiples y fórceps). **					
33. Muchas veces evite expresar el dolor, mis malestares o incomodidades, por temor a que las personas del equipo de salud se molestaran conmigo. **					
34. Mientras estuve en el trabajo de parto tuve la oportunidad de levantarme libremente de la cama, caminar o sentarme en una silla.					
35. Sentí que me atendían en un hospital antiguo y en malas condiciones físicas. **					
36. En el momento del parto pude estar acompañada de mi pareja u otra persona importante para mí.					
37. Para que me sintiera cómoda en el trabajo de parto se me ofreció distintas alternativas de descanso, aparte de estar acostada en la cama.					
38. Durante el momento del parto pude escoger la posición que más me acomodo para facilitar el nacimiento de mi hijo (a).					
39. Independientemente de cómo me portara yo, los profesionales siempre me trataron bien					

PREGUNTAS	de	o	En	en	
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos de acuerdo	desacuerdo	Muy en desacuerdo
	5	4	3	2	1
40. Me sentí cómoda durante el parto.					
41. Inmediatamente después del parto tuve la oportunidad de recibir algún alimento.					
42. La limpieza de los baños y el funcionamiento de las duchas eran los adecuados para un hospital.					
43. Hubo momentos en que me sentí abandonada como si mis necesidades le fueran indiferentes al personal. **					
44. Siempre se notó el trato respetuoso de parte del personal de salud.					
45. En el momento del parto y luego de haber nacido mi hijo pudimos estar en contacto piel con piel.					
46. Tuve la posibilidad de amamantar a mi hijo al poco tiempo de haber nacido.					
47. Sentí siempre la presencia prudente y respetuosa del profesional que me permitió estar tranquila.					

ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL INSTRUMENTO



Junio 01, 2016.

EM. PhD (c) CLAUDIA URIBE TORRES
PROFESORA ASOCIADA
DEPARTAMENTO SALUD DE LA MUJER
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
P R E S E N T E.

Apreciable doctora Uribe:

Sirva el presente para enviarle un cordial saludo y la vez agradecerle el apoyo para que la estudiante **CLAUDIA PATRICIA PEREZ HERNÁNDEZ**, que cursa la Maestría en Administración en Enfermería en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, quien está en el desarrollo de la tesis denominada "**Bienestar Materno de las Mujeres del Programa Parto Amigable en un Hospital Público de la ciudad de San Luis Potosí**".

Para esta investigación, si usted autoriza el uso de la escala Bienestar Materno en Situación de Parto II.

Asimismo, le comunico que la señorita Pérez Hernández, por ser becaria CONACyT, tiene la posibilidad de realizar una estancia de investigación para el análisis de los datos, ésta sería posible si usted la pudiera recibir; con el compromiso de entregar los resultados.

Sin otro particular, le agradezco la atención que sirva tener con el presente.

ATENTAMENTE,

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
U. A. S. L. P.

MAAE. ROSA MA GUADALUPE
CEPEDA
DIRECTORA DE TESIS



LIC. ENF. CLAUDIA PATRICIA PÉREZ
HERNANDEZ

UNIDAD DE POSGRADO

MEP. Claudia Elena González Acevedo.- Directora de la Facultad de Enfermería y Nutrición.- Presente



FACULTAD DE
ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

MAAE'RMGAC/mve.

"190 años de educación pública en San Luis Potosí"

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER.



SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO

SAN LUIS POTOSÍ

DIRECTO

San Luis Potosí, S.L.P., 29 NOV 2016

L.E. CLAUDIA PATRICIA PEREZ HERNANDEZ
ESTUDIANTE DE LA MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN ENFERMERIA
DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
NIÑO ARTILLERO No. 130
ZONA UNIVERSITARIA
CIUDAD

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS
CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

ATENTAMENTE
LA DIRECTORA DEL HOSPITAL

DRA. ELISA VAZQUEZ GOVEA

JATE/AFM/jcmm



UNIDAD: HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER
DR. ALBERTO LOPEZ HERMOSA
AREA: ENS. CAP. E INV.
DOMICILIO: ANTONIO ROCHA CORDERO No. 2510
C.P. 78364
NUMERO DE OFICIO
EXPEDIENTE: 16S.2 **7487**

ASUNTO: Relacionado con Protocolo.



2016 "Año de Rafael Nieto Compeán,
promotor del sufragio femenino y la
autonomía universitaria"

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Carta de consentimiento informado

Fecha: _____

Lugar: Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa”, San Luis Potosí, S.L.P.

Yo, Lic. En Enf. Claudia Patricia Pérez Hernández, estudiante de la Maestría en Administración en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, realizo el proyecto de investigación denominado “Nivel de bienestar materno en la mujer atendida con la estrategia atención amigable de un hospital público” en el Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa. El cual tiene por objetivo identificar el bienestar de la mujer atendida con la estrategia atención amigable que implementa el hospital. Para lo cual estoy pidiendo su colaboración que consta en responder un cuestionario que tiene 47 preguntas, si usted decide participar, le llevará un tiempo aproximado de 10 minutos, dicho cuestionario no lleva su nombre, únicamente para control se le ha puesto un folio.

La participación no representa ningún daño, los resultados que se obtengan no se presentaran de manera individual si no que se procesaran en conjunto. Con los datos que se obtengan durante la atención en trabajo de parto y parto, serán de utilidad para fortalecer esta iniciativa de atención para otras mujeres. Lo que usted señale en el cuestionario será tratado con privacidad y estrictamente manejados con confidencialidad. Su participación es totalmente voluntaria, si usted decide retirarse del estudio en cualquier momento que considere conveniente, lo puede hacer sin que esta decisión afecte la atención en salud por parte del Hospital del Niño y la Mujer que está recibiendo.

De tal manera, acepto participar de forma voluntaria en este estudio que ha sido registrado ante el Comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, y cuenta con autorización del Comité Local de Ética e Investigación del Hospital del Niño y la Mujer.

Firma del investigador

Lic. En Enf. Claudia Patricia Pérez Hernández
(Contacto: Justo corro 302 col. Independencia
(444)8156186, 044 44 44 471360)

Firma de la madre participante

(Nota: la firma puede ser sustituido
por la huella digital en caso de que
lo amerite).

ANEXO 5. CARTA DEL COMITÉ ACADÉMICO DEL COMITÉ DE ÉTICA.



EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN DE LA UASLP.

Título del proyecto: Nivel de bienestar materno de las mujeres atendidas con la estrategia atención amigable en un hospital público.

Responsable: Claudia Patricia Pérez Hernández.

Fecha: 6 de abril de 2017.

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto.	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2.	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación. (Patente)	X			
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			



**FACULTAD DE
ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN**

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

Dictamen:

Se otorga registro CEIFE-2017-208 y se solicita enviar los avances del proyecto en un periodo de seis meses al correo: ceife.uaslp@gmail.com

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



**FACULTAD DE
ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN**

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

ANEXO 6. CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



San Luis Potosí, S.L.P. a 2 de Junio del 2016

Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición

Presente

Por medio de la presente, manifestamos que en la investigación titulada "Bienestar materno de la mujer atendida en el programa parto amigable de un hospital público", NO EXISTE CONFLICTO ALGUNO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para elaborar la investigación, desde la generación del presente proyecto, hasta la publicación de resultados.

Serán respetados en todo momento el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le son conferidos a la responsable de la investigación, como primer autor la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Claudia Patricia Pérez Hernández, como co-autora la Maestra Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda, las cuales se comprometen a cumplir y actuar en conformidad con los estrictos principios de ética profesional que establece el Código de Ética, asimismo, tendrá obligaciones éticas de difundir los resultados mediante una publicación.

Se expone que para la publicación del primer artículo y carteles se presenta como primer autor, el autor principal compartiendo autoría con la co-autora y en las publicaciones subsecuentes se podrá utilizar la información generada en dicha investigación y la autoría será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados para ir como primer autor con previa autorización del autor principal.

Atentamente

L.E. Claudia Patricia Pérez Hernández

Mtra. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda