



Neiva, marzo de 2022

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Karen Lorena Medina Cuenca, con C.C. No. 1075320454,

Brigithe Alexandra Quiza Polania, con C.C No. 1003811730

María José Téllez Rubiano, con C.C No. 1007674617

Maryory Alexandra Claros Valenzuela, con C.C. 1081732534,

Madeleine Melissa Rocha Perdomo, con C.C 1003813052

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Significado De Las Experiencias De Las Mujeres Durante El Parto Vaginal; presentado y aprobado en el año 2022 como requisito para optar al título de Enfermera;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Karen lorena medina cuenca

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Brigitte Alexandra Quiza Polania

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE: María José Téllez Rubiano

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Maryory Alexandra claros Valenzuela

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Madeleine Melissa Rocha Perdomo

Firma: _____



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Significado De Las Experiencias De Las Mujeres Durante El Parto Vaginal

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Claros Valenzuela	Maryory Alexandra
Medina Cuenca	Karen Lorena
Quizá Polania	Brigithe Alexandra
Rocha Perdomo	Madeleine Melissa
Téllez Rubiano	María José

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Perdomo	Claudia Andrea

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Perdomo	Claudia Andrea

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermera

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2022

NÚMERO DE PÁGINAS: 91

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros___

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO: Consentimiento informado, Desistimiento informado, Acuerdo de confidencialidad para investigadores y Acta de aprobación 010-006

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. Parto Vaginal | 1. Vaginal Delivery |
| 2. Parto Humanizado | 2. Humanized Birth |
| 3. Violencia Obstétrica | 3. Obstetric Violence |
| 4. Violencia De Genero | 4. Gender Violence |
| 5. Personal De Salud | 5. Health Workforce |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

El proceso de parto e inicio de la vida extrauterina representan gran importancia para el ser humano y el personal de salud; en la actualidad existe un creciente interés en las repercusiones a nivel psicológico del parto como un evento traumático, debido a que se asocia a situaciones que causan profunda angustia en las mujeres, ocasionando que se puedan presentar consecuencias negativas en ellas; en este estudio se busca comprender las experiencias de mujeres que tuvieron parto vaginal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en Neiva mediante un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico, usando un muestreo casual no probabilístico realizado a



las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de la información se realizó mediante una entrevista conversacional que posteriormente fue analizada centrándose en la naturaleza de la experiencia vivida; Allí se encontraron cinco temas principales que fueron recurrentes en la investigación: Dolor callar y soportar, El parto una experiencia que produce miedo, Sintiendo expuestas: la experiencia de la desnudez durante el parto, Dificultades en la comunicación con el personal de salud y con los familiares, por ultimo percepción de ayuda por parte de la mujeres durante el parto, finalmente encontrando que el miedo está relacionado con la atención que brindan los profesionales de salud, evidenciando también que la perspectiva respecto al dolor debe alejarse de la normalización del mismo, acompañando el proceso y brindando información de calidad para de esta forma disminuir la angustia e incomodidad que llegan a experimentar las mujeres ante este suceso.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

The process of childbirth and the beginning of extrauterine life represent great importance for the human being and the health workforce; currently, there is a growing interest in the psychological repercussions of childbirth as a traumatic event, because it is associated with situations that cause deep anguish in women, causing negative consequences for them; This study researches to understand the experiences of women who had vaginal delivery at the Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo in Neiva through a qualitative study with a phenomenological-hermeneutical approach, using a non-probabilistic casual sampling of women who met the inclusion criteria. The information was collected through a conversational interview that was later analyzed focusing on the nature of the lived experience; There, five main topics were found that were recurrent in the investigation: Pain: silence and endure; childbirth: an experience that produces fear; feeling exposed: the experience of nudity during childbirth; communication difficulties with the health workforce and with the family members; eventually, perception of help by women during childbirth, at last finding that fear is related to the care provided by health professionals, also evidencing that the perspective regarding pain should be moved away from its normalization, joining the process and providing quality information in order to reduce the anguish and discomfort that women experience in the face of this event.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre presidente Jurado: Claudia Andrea Ramírez Perdomo

Firma:

Nombre Jurado: Claudia Patricia Cantillo M.



Firma:

Alix P. Perdomo

Nombre Jurado: Alix Yaneth Perdomo Romero

Firma:

Alix Yaneth Perdomo

SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES DURANTE EL
PARTO VAGINAL

MARYORY ALEXANDRA CLAROS VALENZUELA
KAREN LORENA MEDINA CUENCA
BRIGITHE ALEXANDRA QUIZA POLANIA
MADELEINE MELISSA ROCHA PERDOMO
MARÍA JOSÉ TÉLLEZ RUBIANO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA-HUILA
2022

SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES DURANTE EL
PARTO VAGINAL

MARYORY ALEXANDRA CLAROS VALENZUELA

KAREN LORENA MEDINA CUENCA

BRIGITHE ALEXANDRA QUIZA POLANIA

MADELEINE MELISSA ROCHA PERDOMO

MARÍA JOSÉ TÉLLEZ RUBIANO

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar el título de
enfermera

Asesor:

CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO

PhD en Enfermería, Magister en Enfermería y Especialista en Enfermería en
cuidado crítico

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

NEIVA-HUILA

2022

Nota de aceptación:

Aprobado

APROBADO

Firma presidente del jurado

Edio P. Ochoa

Firma del jurado

Janeth Roldán

Firma del jurado

Neiva, marzo de 2022

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestras familias quienes con su amor y sacrificio han sido un apoyo incondicional en este largo camino para alcanzar ese sueño colectivo de convertirnos en enfermeras y profesionales de la salud, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijos, son los mejores padres.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos

MARYORY ALEXANDRA

KAREN LORENA

BRIGITHE ALEXANDRA

MADELEINE

MARÍA JOSÉ

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestras familias por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

	Contenido	Pág.
1.	JUSTIFICACION	11
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.1.	PREGUNTA PROBLEMA	17
3.	OBJETIVOS	18
3.1.	OBETIVO GENERAL	18
3.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
4.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	19
5.	MARCO CONCEPTUAL	32
5.1.	PARTO VAGINAL	32
5.2.	PARTO HUMANIZADO	33
5.3.	VIOLENCIA OBSTÉTRICA	35
6.	METODOLOGIA	38
6.1.	ENFOQUE METODOLOGICO	38
6.2.	DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	38
6.3.	POBLACION OBJETO DE INVESTIGACIÓN	41
6.4.	TIPO DE MUESTREO	42
6.5.	CRITERIOS DE RIGOR	43
6.5.1.	Credibilidad	44
6.5.2.	Transferibilidad	44
6.5.3.	Confiabilidad	45
6.5.4.	Conformabilidad	45

6.6.	PROCESO Y TÉCNICAS EMPLEADOS PARA LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN	45
6.6.1.	Acceso al campo	45
		pag
6.7.	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
6.8.	PROCESO DE ANÁLISIS	48
7.	CONSIDERACIONES ETICAS	53
8.	ANALISIS	57
8.1.	EL DOLOR: CALLAR Y SOPORTAR	57
8.2.	EL PARTO: UNA EXPERIENCIA QUE PRODUCE MIEDO	58
8.3.	SINTIÉNDOSE EXPUESTAS: LA EXPERIENCIA DE LA DESNUDEZ DURANTE EL PARTO	59
8.4.	DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD Y CON LOS FAMILIARES	61
8.5.	PERCEPCION DE AYUDA POR PARTE DE LA MUJERES DURANTE EL PARTO	64
9.	DISCUSIÓN	65
10.	CONCLUSIONES	70
11.	RECOMENDACIONES	72
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
	ANEXOS	82

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento Informado	83
Anexo B. Desistimiento Informado	87
Anexo C. Acuerdo De Confidencialidad Para Investigadores	88
Anexo D. Acta de Aprobación	90

RESUMEN

El proceso de parto e inicio de la vida extrauterina representan gran importancia para el ser humano y el personal de salud; en la actualidad existe un creciente interés en las repercusiones a nivel psicológico del parto como un evento traumático, debido a que se asocia a situaciones que causan profunda angustia en las mujeres, ocasionando que se puedan presentar consecuencias negativas en ellas; en este estudio se busca comprender las experiencias de mujeres que tuvieron parto vaginal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en Neiva mediante un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico, usando un muestreo casual no probabilístico realizado a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de la información se realizó mediante una entrevista conversacional que posteriormente fue analizada centrándose en la naturaleza de la experiencia vivida; Allí se encontraron cinco temas principales que fueron recurrentes en la investigación: Dolor callar y soportar, El parto una experiencia que produce miedo, Sintiéndose expuestas: la experiencia de la desnudez durante el parto, Dificultades en la comunicación con el personal de salud y con los familiares, por ultimo percepción de ayuda por parte de la mujeres durante el parto, finalmente encontrando que el miedo está relacionado con la atención que brindan los profesionales de salud, evidenciando también que la perspectiva respecto al dolor debe alejarse de la normalización del mismo, acompañando el proceso y brindando información de calidad para de esta forma disminuir la angustia e incomodidad que llegan a experimentar las mujeres ante este suceso.

Palabras Claves: Parto Vaginal, Parto Humanizado, Violencia Obstétrica. Violencia De Genero y Personal De Salud.

ABSTRAC

The process of childbirth and the beginning of extrauterine life represent great importance for the human being and the health workforce; currently, there is a growing interest in the psychological repercussions of childbirth as a traumatic event, because it is associated with situations that cause deep anguish in women, causing negative consequences for them; This study researches to understand the experiences of women who had vaginal delivery at the Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo in Neiva through a qualitative study with a phenomenological-hermeneutical approach, using a non-probabilistic casual sampling of women who met the inclusion criteria. The information was collected through a conversational interview that was later analyzed focusing on the nature of the lived experience; There, five main topics were found that were recurrent in the investigation: Pain: silence and endure; childbirth: an experience that produces fear; feeling exposed: the experience of nudity during childbirth; communication difficulties with the health workforce and with the family members; eventually, perception of help by women during childbirth, at last finding that fear is related to the care provided by health professionals, also evidencing that the perspective regarding pain should be moved away from its normalization, joining the process and providing quality information in order to reduce the anguish and discomfort that women experience in the face of this event.

Key words: Vaginal Delivery, Humanized Birth, Obstetric Violence, Gender Violence and Health Workforce.

1. JUSTIFICACION

En Colombia, existe muy poca evidencia sobre el fenómeno a trabajar en este artículo, las experiencias de las mujeres luego de su atención del parto y la violencia obstétrica son temas muy poco documentados en este país(13). Para poder analizar la calidad en la atención del parto, las experiencias positivas de este, los diferentes contextos en que se desarrolla, es necesario visibilizarlos para así lograr un impacto, ya que en Colombia hay pocas investigaciones respecto al tema y las pocas que hay desde nuestra ciencia y desde otros enfoques, no han logrado hacer eco en las prácticas de la atención biomédica del proceso del parto/nacimiento del país(16).

Son muy pocas las ciudades en las que se han desarrollado investigaciones acerca de las experiencias y las situaciones por las que cursan las mujeres en la culminación de sus embarazos, pero la mayoría plantea que existe un problema y que se debe aportar más para darle notoriedad, para así promover una atención de calidad en el ámbito obstétrico y velar por la creación de observatorios centrados en este asunto; y mencionar la violencia obstétrica ante la ley para poder erradicar la falta de respeto durante este proceso, así como lo han hecho en otros países(16).

Es importante conocer la perspectiva de las mujeres, como ellas se sienten, que esperan en su atención, cuáles son sus expectativas. Esto permitirá encontrar referentes a la hora de tomar decisiones con el fin de llegar a un parto digno, ya que al transcurrir las semanas de gestación se va construyendo la expectativa al momento del parto y surgen interrogantes sobre éste. Las mujeres en este proceso reproductivo, de gestación, parto y postparto, pueden verse enfrentadas a temores, dolores e incomodidades que deben ser atendidos y resueltos por el personal de salud que en su momento está realizando la atención(17).

La mujer percibe el trabajo de parto como un acontecimiento de vida que vale la pena y que a pesar de transcurrir por distintas situaciones como lo son el dolor, fatiga, sed, soledad y ansiedad estas pasan a segundo plano cuando ya tiene a su bebe por primera vez en brazos. Teniendo en cuenta que este nacimiento significó un gran alivio para todas las incomodidades que se pudieron presentar en el trabajo de parto; esta experiencia les permite sentirse orgullosas por su acción realizada, en donde se superan los momentos negativos y les permite conllevar todo lo vivido.(18)

Todas las mujeres tienen derecho al más alto nivel de cuidados, a una atención respetuosa, durante todo su proceso, sin sufrir violencia ni discriminación, ya que esto es una clara violación a sus derechos humanos fundamentales, derechos que están descritos desde 1948. A pesar de esto estar establecido, todavía se reciben informes de maltrato físico y verbal; humillación, procedimientos médicos sin consentimiento, negligencias entre otras violaciones(19). La asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1996) declaró que la prevención de la violencia y la violencia contra las mujeres era un carácter prioritario de la salud pública, complementándose con acciones necesarias y urgentes en este campo.(20)

Para enfermería, este tema cobra gran importancia ya que estos profesionales son quienes están en un contacto directo con las maternas en todo el proceso de la atención de su parto, cumpliendo una serie de acciones exclusivas de esta profesión, brindando apoyo, ayudando a la gestante a suplir sus necesidades y ayudando a cumplir con sus expectativas. Por ello, este vínculo debe ser fortalecido para que de manera colateral se logre esa relación madre hijo, brindando cuidados de carácter humano, cálido y acogedor. En la literatura se evidencia ese obstáculo que colocan las instituciones al momento de las mujeres tener un acompañante en el parto, evento que marca la vida de la gestante, en donde el profesional de enfermería se debe convertir en esa fuente de apoyo para

lograr que se le permita la entrada de esa persona que ella tanto necesita o supliendo ese papel de la mejor manera, ayudando a cumplir con esas expectativas de un buen parto y dejando a un lado la manera de direccionar el cuidado hacia sus propios interés(21).

Esta investigación busca recuperar las voces de las mujeres durante el proceso de atención del parto vaginal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) institución de la ciudad de Neiva, para aportar un desenlace de los problemas que guardan relación con la calidad de la atención al parto, la determinación de las necesidades y prioridades de capacitación del personal de salud vinculado en dicha atención(22), en donde se lleven a cabo las buenas prácticas que han sido establecidas por la OMS, la resolución 3280 y el proyecto de ley para la atención del parto humanizado. En el cual se quiere llegar a los distintos profesionales de la salud los cuales brindan una atención a la mujer durante el parto, con el fin de fortalecer y aumentar ese conocimiento que se les ha dado sobre la humanización del parto en donde se fortalezca esta área y sobre todo la atención de la mujer de una manera integral logrando que la experiencia de ellas sea satisfactoria y se tengan en cuenta sus necesidades desde los distintos servicios de obstetricia.

Este proyecto es viable ya que al pertenecer al programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana, se cuenta con un convenio docencia-servicio y de sitio de prácticas con el HUHMP, teniendo la posibilidad de acceder a la información de las mujeres que tuvieron un parto vaginal, las cuales podrán ser seleccionadas para contar con su participación voluntaria según los criterios de inclusión y exclusión acordados; en este mismo sentido, los resultados de la investigación contribuyen como base para realizar mejores prácticas de cuidado a las mujeres en el proceso del parto en las instituciones de salud y el proceso de humanización del parto con un enfoque de género.

Desde la disciplina de Enfermería, el cuidado brindado se centra en la persona, en este sentido en áreas tan sensibles como el servicio de partos y siguiendo los lineamientos de la resolución 3280 del 2018, la cual establece como campo de acción en la Ruta Materno Perinatal la atención de partos clasificados como bajo riesgo por estos profesionales, esta investigación cobra relevancia, dado que se devela el fenómeno desde las narrativas de las mujeres que han vivido la experiencia del parto vaginal institucionalizado, de este modo, se aporta a la disciplina para realizar mejores prácticas de cuidado, estableciendo una relación enfermero-paciente, en donde prime la comprensión en el parto, actuando de manera más humana, protegiendo los derechos y promoviendo el cumplimiento de los compromisos de la mujer en trabajo de parto, su hijo por nacer y su red de apoyo; es indispensable brindar un ambiente agradable y tranquilo, brindar apoyo psicológico y soporte espiritual durante este proceso. Los profesionales de Enfermería deben Empoderarse de su profesión, de tal manera que se constituyan en pilares fundamentales para propiciar y abogar por la atención del parto humanizado, esta investigación busca reconocer los derechos de las mujeres, así como favorecer el fortalecimiento de la investigación con perspectiva de género.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el año 2050 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que, a nivel mundial, la fecundidad será de 2,2 niños por cada mujer en contraposición al año 2019 donde se obtuvo una tasa de fecundidad de 2,5 niños por cada mujer, mostrando una reducción en los próximos años, si se cumplen las metas sobre educación y salud sexual y reproductiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la tasa global de fecundidad disminuiría aún más(1,2).

En América latina y el caribe se calcula que entre los años 2015 y 2020 hubo 2,04 nacidos vivos y se proyecta que la tasa global de fecundidad para el año 2070-2075 tendrá una reducción significativa a 1,72 nacidos vivos por cada mujer(3). En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el primer trimestre del año 2021 se registraron 140.090 nacimientos, a nivel del Huila para este mismo período las cifras obtenidas fueron de 4.182. En el municipio de Neiva se presentaron 1.207 nacimientos entre el primero de enero y el 31 de marzo del 2021(4).

El inicio de la vida extrauterina representa la culminación del embarazo siendo un acontecimiento de gran importancia para el ser humano y también un punto vital para el área de la salud. El parto natural tiene como objetivo lograr un parto vaginal, un proceso que ha demostrado mayor aceptación por parte de la mujer y al cual se le atribuye múltiples beneficios para la madre y el recién nacido, asociado a una menor morbilidad, menor riesgo de depresión posparto, mayor estímulo de apego entre la madre y el niño y, mayor beneficio inmunológico para el bebé, en comparación con la cesárea (5,6). La cesárea lleva consigo una gran trayectoria a través de la historia, siendo considerada una técnica quirúrgica que reduce la mortalidad perinatal, sin embargo, a pesar de los avances en técnicas y

tecnología ocasiona tres veces más muertes maternas que el parto vaginal y mayor probabilidad de infección para la mujer. Aunque esta práctica, más allá de lograr mejores condiciones en el parto, se ha vuelto un procedimiento que se usa indiscriminadamente en el ámbito hospitalario (7,8).

En la actualidad, existe un creciente interés en las repercusiones a nivel psicológico del parto como un evento traumático, debido a que se asocia a eventos o cuidados que causan una profunda angustia o alteración psicosocial, posterior a esto se pueden presentar secuelas que perdurarán a lo largo de la vida. Las mujeres con experiencias traumáticas asociadas al parto tienen mayor incidencia de desarrollar una serie de dificultades psicosociales en el posparto(9). Cómo se evidencia en la literatura, muchas mujeres se vieron inmersas en diferentes vulnerabilidades y manifestaron sentimientos negativos por falta de información, falta de respeto, objetividad, falta de apoyo, vulneración de los derechos de la mujer, tales como angustia, distorsión del estado anímico, soledad y sensación de indefensión e incomodidad, los cuales influyen en el desarrollo de estrés post traumático(10,11).

Por ende, es de gran importancia velar por una experiencia de parto positiva, que sea significativa para la mujer, que supere sus expectativas físicas, emocionales, socioculturales y en un ambiente seguro para ella; acompañada por una persona significativa que la apoye, implementando las recomendaciones de la OMS para un parto humanizado, que promueva el concepto de una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto con mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un procedimiento laborioso y rutinario(12). Teniendo en cuenta que estas son solo recomendaciones para las instituciones de salud, estas están en la libertad de adoptarlas y llevarlas a la práctica.

En Colombia se empezó a reconocer el problema de la violencia obstétrica desde 2010 y se menciona como una forma de vulnerar los derechos de las mujeres.

Aunque en el país esto no está tipificado legalmente como en otros países de Latinoamérica(13). En el año 2018 se publica la resolución 3280, un lineamiento operativo para el sector salud donde se establecen las atenciones que estos profesionales deben brindar a toda la población colombiana dependiendo de su curso de vida. En esta misma norma, se incorpora la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, donde se instauran las acciones que se deben ofrecer a las mujeres desde antes de la concepción hasta la finalización del parto y los cuidados posteriores al recién nacido. Algunas de las atenciones son: permitir el acompañamiento por parte de un familiar o una persona significativa para la gestante en su trabajo de parto, permitir una libre movilidad y adoptar la posición en la que ella se encuentre más cómoda para poder dar a luz; durante el trabajo de parto debe haber un apoyo físico y emocional; los procedimientos como amniotomía o episiotomía se deben realizar solo cuando sea extremadamente necesario, en caso de mucho dolor se le debe administrar analgesia neuro axial y evitar la deshidratación brindando dieta líquida; estas y muchas otras más actividades están orientadas a brindar un trato humanizado(14). Por el momento se encuentra un proyecto de ley sobre parto humanizado en el cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto y posparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto digno, respetado y humanizado, pero que aún está en proceso de ser sancionada.(15).

2.1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es el significado construido, desde los relatos de las mujeres, sobre la atención del parto vaginal en el hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Comprender las experiencias de las mujeres que tuvieron un parto vaginal y fueron atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en Neiva.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la atención del parto vaginal en la unidad ginecoobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.
- Analizar la experiencia del parto desde las voces de las mujeres que tuvieron parto vaginal en la institución.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Los antecedentes que se presentan a continuación son estudios que han abordado como tema principal las experiencias de las mujeres en el parto, la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres y desde los profesionales implicados en la atención del parto; también, sobre el panorama jurídico que aborda todo lo relacionado con este fenómeno. Se han clasificado en orden cronológico desde el más antiguo hasta el más actual, con el objetivo de mostrar el avance de la investigación en las temáticas mencionadas, finalizando con una conclusión que permita dilucidar el estado de arte del objeto de estudio propuesto.

Sadler & Rivera, (2015) (23) en su artículo entrevistan a mujeres gestantes, puérperas y obstetras de la salud privada en la región Metropolitana de Chile, observando que existen altos índices de intervenciones medicas innecesarias en el parto vaginal, que posteriormente generaron temor hacia esta experiencia, asociándolo a la preferencia de cesárea como vía de parto. Los temores principales de las mujeres se vinculan al dolor del parto y a los daños que puedan sufrir sus bebés. Las investigadoras se apoyan de investigaciones realizadas en Canadá sobre las actitudes del parto en población universitaria sin hijos, mostrando que los(as) estudiantes manifiestan temores hacia el parto vaginal siendo más propensos a preferir la cesárea.

Nascimento et al, (2016) (24) desarrollaron un estudio con 603 puérperas mayores de 18 años sin complicaciones, el cual tenía como objetivo analizar los factores asociados a la violencia obstétrica según practicas no recomendadas en la atención del parto vaginal. A las mujeres se les realizó un cuestionario donde se preguntaba si en su parto se les practicó alguno de los procedimientos que la OMS tiene establecido como innecesarios, nocivos y/o sin evidencia científica,

como: uso de la posición de litotomía, administración de oxitocina sin indicación, tactos vaginales, maniobra de Kristeller, restricción de agua y alimentos entre otros. El 87% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia durante el trabajo de parto y el parto, ya que se vieron expuestas a uno o más de los procedimientos anteriormente mencionados. Al 41% se le administró oxitocina, al 31% se les ejecutaron amniotomías; la posición supina y de litotomía se vio en un 27% y 12% respectivamente, aun cuando los estudios aconsejan la adopción de posiciones erguidas. También se encontró una asociación significativa entre violencia y las mujeres que no habían culminado sus estudios básicos, debido a que, a mayor nivel educativo, mayor acceso a información científica y así, cuestionar el actuar de los médicos. A pesar de esto, las mujeres manifestaron que hubo buenas prácticas clínicas como: Apoyo emocional y el acompañamiento con porcentajes mayores al 90%.

Giraldo et al (2016) (18), resalta que en muchos países el parto se ha convertido en un procedimiento mecánico y hasta trivial. En muchos hospitales que brindan la atención obstétrica del nacimiento, la atención del parto se atiende en condiciones anónimas para la gestante atendida por un personal que nunca ha visto, y que puede llegar a ser muy neutral respecto a sus necesidades. En los resultados se afirma que es un hecho de observación durante el trabajo de parto que muchas mujeres refieran el deseo de no volver a quedar embarazadas, sin embargo, al final del parto no enfatizan en sus vivencias negativas si no en las positivas. Pese a esto, en una buena proporción de casos, no sucede así; si no, que persisten los recuerdos perturbadores o vivencias de ansiedad, acoso o hasta violencia relacionado con la previa experiencia obstétrica.

Cáceres & Nieves; (2017) (25), describen como la atención de las gestantes adolescentes se ve afectada por su condición de edad, riesgo y nivel socioeconómico, por medio de violencia verbal, el regaño y la ejecución de procedimientos sin consentimiento informado. La población adolescente se ve más

afectada que las mujeres adultas, en este grupo el maltrato se agudiza en gran parte debido a que el embarazo adolescente es considerado de alto riesgo y es visto como un problema de salud pública ya que interfieren en el desarrollo de la adolescente puesto que son actos que se pudieron evitar, de esta manera al ser un parto de alto riesgo el personal de salud toma la responsabilidad en estos embarazos en donde se deja a un lado la participación de madre en el parto, lo que desencadena una atención deshumanizada en donde la madre se siente ignorada descuidada o a ser forzada a hacer cosas sin su consentimiento. Lo cual al final tiene repercusiones en el sistema de salud debido a que no se logra hacer una canalización de la madre e hijo debido que esta se aleja de los de los servicios de salud por su mala experiencia. Por consiguiente, los profesionales de salud juegan un papel importante en esta atención ya que dentro las instituciones se empiezan a normalizar el maltrato desde las personas que están aprendiendo hasta los profesionales que ya han establecido a lo largo de su vida profesional una cultura machista y de violencia de genero; lo cual debe ser cambiado para mejorar la experiencia de la madre.

Mendiri y Bernaldez, (2017)(26), Resaltan la violencia ginecobstétrica como una violencia de los derechos elementales de la mujer, en esta revisión bibliográfica donde se analiza la violencia obstétrica, se aporta a la postura de que este tipo de violencia representa una violación grave a los derechos de ellas, victimizando a las mujeres que en condición gestante se enfrentan a un parto dentro del sistema de salud tradicional que en frecuentes ocasiones las silencia y minimiza por su condición, ajustándose solo a las comodidades de quien brinda la atención, se sustenta que la atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto. Puesto que durante el trabajo de parto las mujeres pueden ser singularmente vulnerables a las influencias ambientales; la atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a tasas altas de intervención, personal poco familiarizado, falta de privacidad y otras condiciones que pueden

experimentarse como duras. Estas condiciones pueden tener un efecto adverso sobre el progreso del trabajo de parto y sobre el desarrollo de sentimientos de competencia y confianza; a su vez, estos efectos pueden deteriorar la adaptación a la maternidad y el establecimiento de la lactancia materna, además de aumentar el riesgo de depresión. En cada nuevo incidente de violencia obstétrica se vulneran varios derechos fundamentales, siendo urgente promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud sobre este tema particular para lograr modificar aquellas prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres. Por lo que se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con su tratamiento, así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible, teniendo en cuenta las limitaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural.

Borges et al., (2018) (27), afirman que pese a los criterios del cuidado humanizado que se han instaurado, y las prácticas recomendadas por la OMS que enfoca la humanización del parto, se evidencian aún falencias y aspectos como los libres movimientos por parte de la mujer en su proceso de parto, el acompañamiento por parte de algún familiar y también algunas intervenciones que deben ser valoradas por parte del personal médico para lograr un enfoque integral y no solo biologicista.

En este contexto, se menciona al dolor del parto como sinónimo de tolerancia, fuerza y valentía, se normaliza esta sensación y no se incluye su manejo en la atención del parto humanizado, por lo tanto, se recurre poco a las medidas analgésicas alternativas, dado que el personal no las instaure. Los autores afirman que, durante el trabajo de parto, la falta de comunicación, la contextualización de los procedimientos, las técnicas empleadas limitan la confianza de la mujer hacia el personal de salud ya que ven al parto como un problema y no como un proceso

natural y fisiológico, y esto limita el desempeño de los roles tanto del equipo de salud que no solo se debe englobar al actuar técnico-científico, sino también a la parte de humanización y seguridad en el trabajo de parto, y también al rol de la mujer .

Mejía et al.:(2018) (13)describe que aquellos significados construidos a partir de la experiencia vivida por mujeres en relación con la atención recibida por parte del personal asistencial en el momento del parto genera que las madres adopten definiciones negativas del ya mencionado proceso, preocupando al autor no tanto porque esta se represente como una experiencia humana trascendente, sino más bien como una supervivencia a la deshumanización del dar a luz en el contexto biomédico, para ello se hizo uso de los procedimientos propuestos por la Teoría Fundada para realizar el análisis de los datos, tomando una muestra que estuvo compuesta por 18 mujeres mayores de 14 años, entre 40 días y seis meses de postparto. A ellas se practicaron entrevistas semiestructuradas durante tres fases de recolección de información, las cuales se analizaron y posteriormente se utilizaron técnicas de codificación y categorización para las mismas. Subsiguiente a ello, se encuentra que las madres describieron la experiencia del parto de forma negativa, pues perciben un sistema que les obliga a reprimir sus emociones, dolor e incomodidad y las lleva a adoptar una actitud de sometimiento frente al personal de salud. Las madres evocan la asistencia recibida de manera crítica, la cual se traduce en procedimientos realizados sin consentimiento y maltrato verbal y psicológico.

Vallan (2018) (16), realiza una descripción y análisis de historias durante el embarazo de mujeres que fueron atendidas en instituciones de salud tanto públicas como privadas, se puede visibilizar las diversas formas de violencia obstétrica y como las gestantes le dan sentido a sus vivencias durante la atención del parto. El proceso se basa en una atención autoritaria y jerárquica, dónde el personal de salud es quién decide la conducta a seguir, en el cuál anulan los

deseos y decisiones de las mujeres, por otro lado, varias mujeres fueron obligadas a guardar silencio, obedecer y fueron sujetas de insultos cuando no lo hacen, además de aludir al evento placentero sexual que originó el embarazo, donde la frase “es que es rico hacerlos, pero no tenerlos”, es la presentación más usual de violencia. Además, se observaron casos de violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, eventos que pueden desencadenar efectos adversos físicos, psicológicos y emocionales.

Muñoz et al, (2018) (28) Otro aspecto de gran importancia a resaltar en el momento del parto es el compromiso existente de la pareja, ya que puede generar más confianza, seguridad y estabilidad en la gestante, el acompañamiento exclusivo disminuye la ansiedad en esta, y también, el entorno profesional debe estar comprometido y capacitado a respetar las necesidades que requiera la madre para así corresponder con los cuidados pertinentes sin necesidad de emplear intervenciones innecesarias que solo contribuyen al sufrimiento maternal y a generar una experiencia negativa del parto.

García (2018) (29); plantea dentro de su estudio etnográfico que la violencia ginecobstetrica debe ser considerada como una violencia de género, pues se manifiesta de tal forma al revisar los antecedentes de ella y sus características, aun así, se encuentra como la violencia obstétrica podría encuadrarse en dos ámbitos: o como violencia de género, o como violencia contra los pacientes a nivel general, pero debido a la violación sistemática de los derechos de las mujeres y en consideración con sus derechos sexuales y reproductivos, calificar este tipo de violencia como una Violencia Basada en Género (VSG) permite visibilizar mucho más los condicionantes a las que se enfrenta la mujer en su condición de gestante y posteriormente, mujer parturienta, partiendo de ello debido al enfoque del derecho a la salud como un derecho humano y el rechazo que deben mantener todas las acciones o condiciones que afecten algún componente de la salud de las mujeres.

Posteriormente, dentro de este estudio, el cual analiza la literatura científica que existe sobre el tema y posteriormente, la etnografía, con el estudio de las costumbres en los patrones de atención de partos en España donde se expone que la violencia obstétrica es mala praxis médica unida a violencia de género; además, los países que han legislado específicamente sobre violencia obstétrica la han encuadrado siempre en el marco de la violencia de género. Encontrando que la violencia obstétrica ocurre porque el personal sanitario, en primer lugar, no presenta la disposición de involucrarse, comprometerse y educarse, sin reconocer la importancia de ello. En cualquier discriminación de género hace falta aún muchísima pedagogía para su total erradicación. Sólo estableciendo una relación de igual a igual entre profesional y paciente, apoyando a la acción de asumir la responsabilidad de la mujer gestante y el compromiso con propia salud, exigiendo siempre información y participación en la toma de decisiones lo cual haría posible un progreso real en esta materia. Humanizando las ciencias de la salud, favoreciendo la escucha a los pacientes por parte de los profesionales.

Curtin et al, (2019) (30) describe como la incorporación de una práctica humanizada al momento de la atención del parto influye en la reducción del estrés y la angustia, tanto emocional como psicológica, que las mujeres pueden presentar durante este proceso; consideran necesario que el personal de salud reconozca la manera en que sus actividades y comportamientos afectan el componente emocional de las mujeres y su influencia en el desarrollo de problemas que pueden llegar hasta limitaciones físicas. Los resultados permiten identificar la importancia de brindar información como un aspecto fundamental para la humanización y permitió que las mujeres se sintieran seguras en la atención recibida y desde la experiencia de las mujeres es importante que Enfermería dedique unos minutos a los pacientes a explicarle los procedimientos de tal manera que se elimine la tensión y proporciona mayor seguridad por otro lado, la importancia de la intimidad y la confianza en esta diada profesionales-

mujer, es la base de una relación y apoya la creación de un vínculo. Para concluir, se obtuvo que, aunque los profesionales sanitarios entienden la humanización, existen dificultades para practicarla.

Sampaio et al., (2019) (31) resaltan que la mujer es invisibilizada como sujeta de derechos, que su autonomía desaparecía dentro de las instalaciones, se pierde la posesión de su cuerpo y ya no era dueña de este; su voluntad no es una opción, basándose en una jerarquía entre mujer y profesional, establecida por autoridad, conocimiento y la creencia de que la mujer es una subordinada. No existe un vínculo respetuoso, no se brinda información acerca de los procedimientos a realizar “Simplemente actúan como si fueras un objeto y estás atravesando por procesos en una industria” expresa una mujer en el artículo. Los procedimientos innecesarios, la falta de comunicación, las palabras hirientes, son conductas que desde la academia aprenden los futuros profesionales de la salud desde el actuar de sus maestros con las pacientes, naturalizando y convirtiendo este comportamiento de manera indirecta en parte del componente educativo en ginecología. Las mujeres se veían expuestas a frases como: “No tienes otra opción” “Darás a luz aquí sola como una pobre” expresa una de las participantes cuando una enfermera quiso romper su fuente. “No tienes que decirme que hacer” frase de un médico cuando una de las mujeres le explica que tenía un plan de parto, que quería tener a su hijo sin que le realizaran ciertas técnicas. En conclusión, estas conductas son naturalizadas desde la formación de los futuros médicos y enfermeras, la denuncia y visibilidad de estos acontecimientos pueden ayudar a minimizar esto.

Rodríguez et al.; (2019) (10) llevaron a cabo un estudio descriptivo cualitativo con 32 mujeres, a las cuales se les realizó una entrevista semiestructurada dirigida a describir las experiencias del parto y lo traumatizante que este fue para ellas. Uno de los temas principales que encontraron en la entrevista, fue el incumplimiento del plan de nacimiento y la realización de procedimientos tortuosos sin

consentimiento y sin previa explicación, como lo son: el barrido de membranas, la ruptura de membranas, episiotomías, utilización de fórceps, presión en el fondo del útero, limitación en la participación de la mujer, prohibición de la compañía del padre del bebé y la culpabilización a la madre por demora en la salida del neonato. También se menciona la falta de empatía por parte de los profesionales de la salud, la falta de información, humillaciones y la exposición a problemas durante el parto por descuidos; como el relato desgarrador de una mujer que fue sometida a una cesárea cuando la anestesia aun no surgía efecto. Así como secuelas en el control de esfínteres y en la vida sexual por mala praxis. La afectación del vínculo madre-hijo por falta de contacto piel a piel y del inicio de la lactancia materna con su respectiva consejería, por separación prematura de los dos, fueron otros temas que surgieron en la entrevista, al igual que las heridas emocionales como resultado de una experiencia de parto negativa, desarrollando miedo a que las cosas que no vayan bien, estrés y frustración, soledad y depresión. Los autores plantean varias soluciones para estas problemáticas como: explicar cada técnica y el motivo de esta, haciendo que ellas se sientan más seguras, respetadas y no engañadas. Para la falta de empatía, la presentación del profesional y el ver a la mujer a los ojos cuando se le habla, ayuda mucho. Conocer el tiempo en que demora completar el mecanismo de acción de la anestesia puede prevenir acontecimientos tortuosos en el parto, algo fundamental que debe conocer un profesional de medicina.

Jojoa et al. (2019) (11) ejecutaron un estudio cualitativo con el fin de caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica que ellos clasifican en institucional, psicológica, simbólica y/o sexual. Se recogieron las experiencias que vivenciaron las mujeres durante la atención del parto que se les fue brindada, enfocándolas en acompañamiento familiar, información recibida acerca de procedimientos a realizar, toma de decisiones, entre otras situaciones. Del total de las mujeres inmersas en el estudio, el 69.5% manifestó una o más formas de violencia obstétrica, cifras que muestran a este tipo de evento como una situación

frecuente e indican el alcance de la vulneración y minimización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a tal punto de olvidar por completo la autonomía que posee la mujer sobre decidir la manera en que quiere desarrollar todo su proceso de parto.

Adicionalmente, plantean una falta de conocimiento de los derechos de las mujeres durante el transcurso de su parto como desencadenante de una violencia obstétrica naturalizada, donde es una práctica tan frecuente que empieza a normalizarse entre las mujeres y, por consiguiente, no se hace la respectiva denuncia en defensa de los derechos de las mujeres. En este estudio también se evidenció situaciones de violencia obstétrica como castigos y gritos por expresar dolor, múltiples tactos vaginales por médicos y pasantes, prohibición de compañía ya sea de su pareja o familiar que resulta en miedo y soledad para la gestante, además de limitaciones para expresar libremente los sentimientos en ese momento, expresiones por parte del personal de salud como *"Para qué abrías las patas antes y acá si se ponía a gritar"*, desencadenando así ansiedad, temor, incomodidad y sensación de indefensión, que posteriormente van a complicar y resultar en una experiencia negativa lo que es uno de los momentos más importantes de sus vidas. Asimismo, se encontró relación entre el nivel educativo bajo y la violencia obstétrica, puesto que esto resulta en una falta de información y empoderamiento para exigir el cumplimiento de los derechos.

Muller & Nuñez de Faria (2019) (32) realizaron un estudio bajo la perspectiva de 23 médicos que participan en la atención del parto. Esta investigación trabajó el término de violencia institucional (VI) como sinónimo de violencia obstétrica (VO), con el fin de no causar rechazo entre los profesionales de la salud. Todos los médicos manifestaron no estar de acuerdo con el significado y el uso de esta expresión, el 78% de los entrevistados creen que induce a controversia y se cuestiona la bondad de los médicos o se culpa directamente al obstetra. Considerando exagerado y cliché llamarlo violencia, ocasionando que se pierda el

verdadero significado. Las autoras resaltan que la VI esta arraigada a la formación de los profesionales de la salud, ya que se prioriza la parte práctica disociandola de la etica y el valor del cuidado, llevando a la negligencia. El factor institucional y las condiciones laborales tambien influyen, “Trabajar sin tener suficientes camas de hospital disponibles, enfermeras sobrecargadas, ciudadanos insatisfechos con el sistema de salud público, y una cultura en la que se debe culpar al médico de todo” opina uno de los clínicos. Otro participante critica que el gobierno se ha encargado de decir a la población que las altas tasas de cesáreas son resultado de un capricho de ellos, que es porque no les gusta trabajar, pero la realidad va más allá, ellos estan regidos a las mandatos institucionales, donde la atención depende del carácter público o privado del centro de salud. La posibilidad de una cesárea es limitada en las intituciones publicas, la decisión por parte de la mujer no es tomadada como indicación, a diferencia de las instituciones privadas, volviendo este procedimiento un bien de consumo, yendo en contra de los deseos de las mujeres según sus intereses. Todos los médicos aceptaron que la mujer tiene derecho a cuestionar y elegir los metodos para la atención de su parto, pero que esto tiene un limite, y la franja donde termina esa autonomia para ellos, es cuando la gestante o el feto presentan algun riesgo.

Rodríguez et al., (2020) (33), enfatizan la importancia de que el período prenatal, durante el parto y en el posparto la mujer necesita recibir apoyo de profesionales de salud que estén capacitados y comprometidos con el actuar en los nacimientos, en el cual se respete la gestación y el parto, teniendo en cuenta que se ha demostrado que estas experiencias serán recordadas no solo como un momento importante de la vida de la madre y del hijo, sino también por todos aquellos actos violentos traumáticos, en donde la madre pudo sentirse violentada afectando su ambiente social, conyugal e interpersonal. Por esto es importante resaltar que a pesar de contar con una normatividad este tipo de actos evita el empoderamiento de la mujer en su salud sexual y reproductiva, ya que la mayoría desconoce estos derechos o no saben como ponerlo en practica.

Lafaurie et al., (2020) (17). Para la mayoría de las madres, el embarazo es una situación que genera una perspectiva positiva, no obstante, este evento trae consigo mismo situaciones de tensión, temor y/o preocupación, las cuales pueden generar una futura complicación en el momento de inducir el parto, sabiendo esto, dichas situaciones negativas pueden llegar a ser controladas y modificadas mediante la acción del equipo de enfermería con una atención humanizada, ya que este pilar sirve como orientación para que el personal de enfermería empiece a generar cambios en su formación, en su atención y en el diálogo constante con las pacientes y sus familiares, es por esto que se considera un reto para el personal de salud de los servicios obstétricos, ya que es un proceso continuo de cambios en la calidad de la atención y comunicación enfermera-paciente.

Bedoya et al (2020) (34) demostró que varios derechos sexuales reproductivos de la mujer se vieron vulnerados en las participantes, evidenciando así la violencia obstétrica a la que se vieron sometidas. El personal de salud trata a las participantes como mujeres descuidadas e ignorantes respecto a su embarazo, parto y postparto y son regañadas y juzgadas cuando no “colaboran”, volviéndose así un hábito autoritario que crea un ambiente de tensión y miedo, descalificando también el dolor que en el momento sienten por el trabajo de parto. Además, describen la relación del personal de salud con la paciente como deficiente, ésta es eliminada por una agenda institucional que se debe cumplir, y en este contexto se desvincula y se automatiza la atención.

Rocca, et al., (2021) (35) llevó a cabo un estudio etnográfico, en el que se describieron las experiencias de las mujeres al momento del parto con una filosofía de atención centrada en las relaciones de personal sanitario-paciente, la confianza y el respeto por la autonomía de la mujer, agregando a esto un entorno en el que los profesionales de salud se desarrollaban en un ambiente laboral basado en el apoyo mutuo, donde se verificaban las actividades entre sí y había

una organización en la cuál todos estaban integrados y en el mismo nivel. En conclusión, se tiene que el establecer que las relaciones fueron precursoras para generar confianza en las mujeres al momento del parto, además, un entorno en el que cada integrante que haga parte de la unidad materna cuenten con una relación sana, funcional y poco conflictiva, con retroalimentación de cada error que se presente, influye positivamente en el cuidado que se brinde a la mujer y hacer de esta, una experiencia grata y llena de buenos recuerdos.

Rodríguez & Martínez; (2021) (36) durante el trabajo de parto pueden ejecutarse actos no adecuados o no consensuados como por ejemplo, las epsiotomías sin consentimiento, el no uso de anestésicos, obligar a parir en determinada posición o desde el ámbito de la psicología, en donde se le da un trato inferior a la madre por medio de humillaciones e insultos. La violencia obstétrica que, aunque no es un tema nuevo, actualmente se desconoce y se ha generado una normalización en los actos violentos tanto por parte de los profesionales de la salud como de las madres convirtiéndose en un problema para salud desde el criterio de una atención que no está siendo brindada con calidad por falta del vínculo de los profesionales de salud y la paciente.

Páez (2021) (37), El momento del parto para una mujer es un acontecimiento de gran importancia para su vida, pues asimismo surgen muchas emociones positivas o negativas en ella. Es por esto por lo que la atención que sea recibida en ese acontecimiento, más la relación presente con el personal de salud podría afectar en su experiencia tanto física como emocional o psicológica para la madre posteriormente. Por esta razón, es que se debe incrementar un cuidado integral y respetuoso por parte de los profesionales de salud para contribuir con una experiencia de manera positiva para la madre y su recién nacido con el fin de evitar un posible problema de salud postparto.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. PARTO VAGINAL

Se denomina parto vaginal al proceso de alumbramiento el cual contiene las siguientes etapas: fase de dilatación, fase expulsiva y periodo de alumbramiento. Este proceso debe tener una duración entre 4 hasta 19 horas, y el bebé debe encontrarse en posición cefálica, la cual corresponde a la posición con la cabeza ubicada hacia la parte púbica de la madre con su región facial apuntando hacia la espalda de esta(38). En donde la atención de cada parto es liderada por un equipo multidisciplinario el cual realiza un conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto; donde se busca brindar un seguimiento de apoyo a la gestante o a su familia con el objetivo de brindar una experiencia humanizada y con enfoque de derechos(14).

Para así disminuir, reducir y controlar las complicaciones que puedan ocurrir en el proceso del parto o anticiparse a estos y así facilitar que este se lleve a cabo con una atención de calidad, donde aquellas mujeres que reciben este apoyo integral forjado por el acompañamiento activo de profesionales tengan mayor probabilidad de experimentar un parto vaginal normal o espontáneo, el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y el Ministerio de Sanidad y Consumo (M.S.C.), como aquel que cursa con un comienzo espontáneo, de bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento en donde el niño nace espontáneamente entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones(39). Se habla de una madre con buenas condiciones o sana cuando no padece una enfermedad o presenta complicaciones del embarazo tales como la inducción del parto, embarazos múltiples o estados hipertensivos que necesiten atenciones

especificas(40); ya que en un parto normal, la madre solo necesita un apoyo integral y respetuoso, con un mínimo de procedimientos médicos en donde puedan dar a luz sin poner en riesgo la seguridad de la madre y del bebé (41).

Definir el parto normal tiene una gran dificultad, ya que el concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado. El criterio, sumamente extendido, de que el parto sólo puede considerarse normal de forma retrospectiva, ha conducido, junto con otros factores, a proporcionar a los partos normales cuidados muy similares a los que necesitan los partos complicados, transformando un acontecimiento fisiológico en un procedimiento médico quirúrgico(40). Por ende, se debe poner más interés al acompañamiento y al apoyo de la embarazada durante el trabajo de parto favoreciendo el proceso de este, en donde no solo brinda una vigilancia clínica, sino que se tiene en cuenta los aspectos psicoafectivos relacionados con la maternidad(42).

5.2. PARTO HUMANIZADO

La atención del parto humanizado consiste en brindar un cuidado integral, a partir de un conjunto de acciones encaminadas a una experiencia satisfactoria durante el trabajo de parto. Estas actividades incluyen ofrecer un trato digno y respetuoso, que aborde lo sociocultural, emocional, y autonomía corporal, dándoles a las mujeres empoderamiento durante la atención, además, de evitar las intervenciones médicas y farmacológicas innecesarias(43). En la actualidad se ha visto como una respuesta fundamental del rol protagónico de la mujer en un momento tan maravilloso como lo es el parto, más que una medida sanitaria es una reivindicación de los derechos de la mujer que se dirige al sistema de salud(44), ya que a nivel mundial un gran número de mujeres se ven sometidas a un trato descortés, intolerante y hasta negligente durante su atención(43).

El parto humanizado es conocido también como no intervenido, ya que busca favorecer el proceso de parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin dejar de lado el control de actuación que se ofrece en la atención hospitalaria. También, brinda un cuidado individualizado basado en la necesidad de la mujer, respetando sus decisiones siempre y cuando no se vea comprometida la seguridad y bienestar de la madre/feto(45). Los profesionales de salud son coadyuvantes de esta práctica, ya que deben colocar sus conocimientos al servicio y bienestar de las mujeres, identificando los momentos críticos en que éstos estados deben verse intervenidos, así se minimiza el dolor, se brinda confort, se guía y se brinda seguridad en la atención(46).

Se deben tener en cuenta dos criterios para la implicación de la humanización, en primer lugar, se debe brindar la información sobre las opciones de intervenciones y los riesgos o beneficios de cada una de ellas, de este modo, las mujeres son situadas en el foco de la atención y se sienten con capacidad de tomar decisiones sobre su parto. En segundo lugar, debe respetarse la fisiología del parto e intervenir solo cuando sea necesario(44). Es de gran requerimiento realizar una exploración en primera instancia en la atención no farmacológica para el tratamiento del dolor, dónde el equipo de enfermería cumple con la realización de cuidados encaminados al manejo de éste, instaurando medidas sencillas como la libertad de posturas por parte de la gestante, ejercicios que faciliten el trabajo de parto, respiraciones rítmicas y jadeantes en el inicio de contracciones uterinas, brindando así, la oportunidad de la mujer a vivir una experiencia agradable en la llegada del recién nacido(46).

El parto humanizado tiene como objetivo también, crear un reto para las fallas a nivel de la atención obstétrica del sistema de salud, poniendo en consideración elementos claves como la calidad, la equidad, la dignidad y la autonomía de las madres. Es importante darle un reconocimiento individual a cada caso de las

madres, para evitar una atención generalizada ya que las necesidades de cada madre son particulares en cada una de ellas y así mismo, la atención, el trato o las intervenciones por parte del personal de salud deben ser proporcionalmente atendidas. Con el reconocimiento de estos aspectos se puede aumentar una atención de calidad, el confort en las madres y crear sentimientos, emociones o sensaciones positivas presentes ya sea antes o durante el parto(17).

Dentro del marco normativo en Colombia, en la resolución 3280 de 2018 se disponen los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud, dentro de las cuales se considera de obligatorio cumplimiento la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal. Con estos lineamientos técnicos se deroga la Resolución 412 de 2000, en la que sólo el profesional de medicina se consideraba competente para atención de partos y es a partir del 02 de febrero de 2019 que entró en vigencia la Resolución 3280 de 2018, la cual permite a las enfermeras y enfermeros atender partos de bajo riesgo. Dentro de ello, se plantea que la atención de parto incluye el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto. Esta ruta permite brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos, así como reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio lo cual requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, su familia o acompañante(14).

5.3. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o

pueden ser percibidas como violentas(36). que se expresa principalmente por negligencia en el cuidado, discriminación social, violencia verbal, física y psicológica, siendo también considerado un acto de violencia obstétrica, el uso inadecuado de tecnologías y la adopción de procedimientos sin el consentimiento explícito e informado de la gestante, violando los principios de los derechos individuales de la mujer(24).

Esta incluye actos no apropiados o no consensuados, como episiotomías, que hace referencia a una incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto(47); uso de la posición supina o litotomía en el momento del parto, infusión intravenosa de rutina, tacto rectal, administración de oxitocina sin indicación precisa, estimulación de tirones prolongados, amniotomía temprana, maniobra de Kristeller, que consiste en hacer presión sobre el fondo uterino en el período expulsivo, una maniobra considera una mala práctica y desaconsejada por la OMS(48); toque vaginal repetitivo, restricción de agua y alimentos y pinzamiento temprano del cordón(24).

La violencia también puede ser psicológica, como por ejemplo dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones(36). Estos actos de violencia pueden ser cometidos por íntimos, desconocidos, profesionales o incluso instituciones, y pueden contribuir a complicaciones o efectos indeseables del binomio madre-hijo(24). La OMS recomienda que el parto debe comenzar de manera espontánea, no inducida, y la parturienta debe tener la libertad de moverse en cualquier momento, de recibir apoyo continuo durante el parto, como monitoreo cardíaco fetal, alimentación, adopción de posiciones no supinas, respeto a la privacidad, uso del partograma y presencia de acompañantes(12).

Asimismo, se considera violencia obstétrica la omisión de información sobre la evolución del parto, el estado de salud del recién nacido, el estar involucrada en las diferentes acciones que se realicen por parte del personal de salud, no informar sobre la realización y/o consecuencias de determinadas prácticas clínicas, falta de información sobre las diferentes alternativas e información incompleta en el informe sobre las prácticas realizadas durante el parto (49,50). En conclusión, la violencia obstétrica constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos(36).

6. METODOLOGIA

6.1. ENFOQUE METODOLOGICO

La presente investigación se llevó a cabo utilizando un enfoque cualitativo y con un método fenomenológico-hermenéutico. Desde la perspectiva metodológica adoptada el interés de la investigación estuvo orientado a develar y reconstruir el significado que las personas objeto de esta, atribuían a sus experiencias en el mundo de la vida, en este caso de las mujeres que hayan tenido un hijo por parto vaginal (51,52) como soporte analítico se acudió al empleo del razonamiento inductivo. De acuerdo con lo anteriormente señalado, el objetivo de esta se orientó a describir y comprender el fenómeno de estudio mediante la captura y comunicación de las experiencias de las personas en sus propias palabras(51).

6.2. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Se recurrió a la indagación que propone el método fenomenológico-hermenéutico en la versión que del mismo ha planteado en diferentes textos el investigador holandés Max Van Manen (2003,2014)(53,54). En ese contexto es oportuno recordar que el término fenomenología proviene de la palabra fenómeno, que se originó de la palabra griega *φαίνεσθαι* (*phainesthai*), que significa "mostrarse"(55). La fenomenología es una filosofía, un enfoque y un método de investigación de las ciencias humanas; la investigación fenomenológica así entendida está basada en la filosofía fenomenológica(56–59).

Es necesario advertir, sin embargo, que existen diferentes abordajes desde la fenomenología y los mismos adquieren matices diferentes frente a sus propósitos originales. En ese orden de ideas, se encuentra que la propuesta de Husserl se orienta más hacia una fenomenología de corte descriptivo, que centra su atención

en el propio fenómeno y en los significados que de estos datos, captan lo que es percibido y experimentado por el informante o participante. El enfoque interpretativo planteado por Heidegger en cambio se enfoca más a una perspectiva en la que el investigador interpreta los datos creando un texto en el cual trae a la memoria el fenómeno descrito y permitiéndole comprender su significado, este tipo de fenomenología además de analizar los datos presenta de manera enriquecedora la interpretación de los fenómenos hecha por el investigador.

La fenomenología hermenéutica es una metodología de investigación cualitativa, cuyo valor fundamental radica en la capacidad de acceder a la comprensión profunda de la experiencia humana (60,61), al mismo tiempo, busca comprender el significado de las actividades de la vida diaria(62). Por consiguiente, su objetivo es describir, comprender e interpretar la experiencia de los participantes(60). En esencia, la fenomenología ofrece relatos en torno al tiempo, cuerpo, espacio, relaciones y cosas, según sean experimentadas por las personas(53,54,56) en torno a la cotidianidad, la salud o la enfermedad. Según Heidegger, “el sentido metódico de la descripción fenomenológica es una interpretación”(63). La interpretación es una estructura inevitable y básica del “ser en el mundo”, es decir, se experimenta algo como algo que ya ha sido interpretado(64).

Comprender la experiencia vivida, es el punto de partida y de llegada de la investigación fenomenológica(53); la experiencia vivida es la vida activa y pasiva a través de la experiencia. Por lo tanto, denomina a lo ordinario y lo extraordinario, lo cotidiano y lo exótico, lo rutinario y lo sorprendente, aspectos que se viven a través de la experiencia humana (54,65) Explorar la experiencia vivida, permite reconocer que las realidades de las personas reciben influencia del mundo en el cual ellos viven(60), facilitando la comprensión de como ellas se vinculan dentro de su contexto.

Coherente con esa perspectiva, se buscará mediante una indagación cara a cara, reconstruir el significado de la experiencia vivida por las mujeres que han tenido parto vaginal; para comprender más profundamente la experiencia de las mujeres y construir unos significados que pueden constituirse en elementos trascendentales orientados a mejorar el tipo de cuidado, brindado por el personal de salud y en este caso de Enfermería, a las mujeres que se atienden en los servicios de sala de partos.

La fenomenología hermenéutica centra su interés en lo que experimentan las personas acerca de algún fenómeno y el modo que interpretan dichas experiencias. En este sentido existió una confluencia clara en la búsqueda de conocimiento acerca de las mujeres las cuales tienen parto vaginal y los significados que se derivan de este evento en aras de favorecer servicios con enfoque más humano, orientado hacia la satisfacción con el cuidado que brinda el personal de salud; de esta manera y como ya lo advirtiera Lévinas(66), la fenomenología, permite recuperar para nosotros, “el privilegio imprescriptible del mundo percibido por el hombre concreto que vive su vida” frente a las abstracciones de la ciencia. En una visión que complementa lo anterior, Burns y Grove (2012) (59) plantean que los fenómenos son el mundo de la experiencia, se producen solo cuando una persona los experimenta en ese contexto.

La pretensión en este estudio fue explorar en profundidad, las vivencias de las mujeres desde los planos intra e intersubjetivos, en los que media el personal de salud en general y de Enfermería en particular, se encuentran comprometidos con la responsabilidad de acompañar y cuidar de estas personas. Es ahí donde se objetiva lo expresado por De Sousa et al (2008) (52), al hablar de lo que se busca con los acercamientos fenomenológicos, consideran que es ir al fenómeno y develar lo que está oculto para el investigador en una región de indagación que sólo puede mostrarse en su claridad al ser interrogado.

En una línea similar, Martínez (2006) (67) sostiene que los métodos fenomenológicos son los más indicados cuando no hay razones para dudar de la bondad y veracidad de la información, y el investigador no ha vivido ni le es nada fácil formarse ideas y conceptos adecuados sobre el fenómeno que estudia por estar muy alejado de su propia vida. Desde el punto de vista fenomenológico, “investigar es siempre cuestionar el modo en que experimentamos el mundo, querer conocer el mundo en el que vivimos en nuestra calidad de seres humanos”(53).

Dentro de ese horizonte comprensivo e interpretativo la visión particular que se asumirá de manera principal fue la de Van Manen considerado como uno de los autores pioneros en la formulación de la fenomenología hermenéutica como metodología de investigación educativa(68).

Para el autor ya mencionado, “la fenomenología describe la forma en que cada individuo se orienta hacia la experiencia vivida; la hermenéutica se refiere a cómo cada individuo interpreta los <<textos>> de la vida y finalmente la semiótica se utiliza para desarrollar una aproximación práctica, escrita o lingüística al método de la fenomenología y de la hermenéutica”(53). Además, reconoce que “las experiencias vividas acumulan importancia hermenéutica cuando nosotros, al reflexionar sobre ellas, las unimos al recordarlas. Por medio de pensamientos meditaciones, conversaciones, fantasías, inspiraciones y otros actos interpretativos asignamos significados a los fenómenos de la vida vivida(53).

6.3. POBLACION OBJETO DE INVESTIGACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por mujeres que tuvieron el parto vaginal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico y la muestra seleccionada fue homogénea tal como lo propone Smith y Osborn(69) en este sentido, las personas seleccionadas presentan en común haber tenido un hijo por parto vaginal y cumpliendo con los criterios de inclusión declarados para este estudio. En la muestra seleccionada se buscó reconstruir la experiencia vivida de tener un hijo por parto vaginal y su tratamiento por los participantes y presentar un relato interpretativo en los casos encontrados.

Teniendo en cuenta lo anterior, la muestra estuvo integrada por aquellas mujeres que tuvieron un parto vaginal que vivieron de cerca el fenómeno objeto de estudio y accedieron voluntariamente a participar en este.

Muestra y selección de los informantes: La muestra estuvo conformada por mujeres que tuvieron un parto vaginal y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años
- Mujeres que no tengan alteraciones mentales diagnosticadas por historia clínica
- Mujeres que han tenido el parto vaginal y su hijo no haya tenido complicaciones.

Criterios de exclusión para la investigación:

- Mujeres que pertenezcan a una comunidad indígena.
- Mujeres puérperas que hayan tenido parto por cesárea.

6.4. TIPO DE MUESTREO

En este estudio se empleó el muestreo conocido como casual no probabilístico orientado por criterio, muestreo considerado como el más formal de la investigación cualitativa. La lógica del muestreo por criterio es revisar y estudiar todos los casos que cumplan con los criterios predeterminados, esta estrategia

busca asegurar la calidad de los datos (2002). En este sentido, se seleccionaron personas que aportaron información clara relacionada con la experiencia vivida, tal y como lo plantea Patton (2002) (70); esto se relaciona con su potencial manifestación, calidad y cantidad de información que contribuyó en el proceso de interpretación del fenómeno de estudio.

Además, para la selección de la muestra, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión que cumplan las informantes que participaron en el estudio; las personas serán vistas como individuos que ofrezcan relatos de su vida dándole sentido a la experiencia vivida, siguiendo los planteamientos de Cohen et al. (2002) (71). En la investigación fenomenológica no existe la preocupación por la generalización empírica desde una muestra a la población en general (58). Por el contrario, en este tipo de investigación el interés se orientó hacia la denominada generalización existencial que hace posible el reconocimiento de aspectos recurrentes en el significado de un cierto fenómeno; y a la generalización singular, enfocada en lo que es singular o único, haciendo posible identificar qué es lo universal acerca de un fenómeno(54), el acceso del fenómeno en su singularidad hace lo "singular" cognoscible y comprensible(65).

En el desarrollo de esta investigación fenomenológica hermenéutica no se consideró significativo el número de informantes, en lugar de hablar de una muestra en la fenomenología, se hizo referencia a obtener "ejemplos" de descripciones enriquecedoras de la experiencia(54), no tiene sentido describir que tan grande será la muestra de los participantes entrevistados, sino por el contrario, lo importante dentro de la muestra de informantes entrevistados fue su capacidad de representar la experiencia vivida durante el parto vaginal o natural que permitió reconocer las relaciones intersubjetivas con el personal de salud, de tal manera que favoreció la construcción de un texto enriquecido con su experiencia.

6.5. CRITERIOS DE RIGOR

Siguiendo a Burns y Grove (2012)(59) los criterios de rigor se hacen visibles en la lógica con la que se presenta la teoría emergente y la claridad con la que se visualiza el fenómeno que ha sido estudiado. Además, el rigor metodológico en este estudio se presenta en la descripción del diseño metodológico, la rigurosidad con la que recolectaran de los datos, la transcripción inmediata de las entrevistas que permitirá conservar la fidelidad de la información recolectada, la rigurosidad en el análisis de los datos recolectados y la revisión de las transcripciones hechas de las entrevistas de los participantes que permitirá validar los hallazgos de la interpretación.

Para evaluar el rigor en el desarrollo de la investigación se recurrirá a los criterios de rigor propuestos por Lincoln y Guba (1985)(72), que se exponen a continuación:

6.5.1. Credibilidad. Para cumplir con este criterio, se adelantarán los siguientes procedimientos: verificación de la información obtenida con diversas fuentes; validación de los hallazgos e interpretaciones realizadas con participación de algunos de los actores(72). Este se logra cuando se aborda el valor de la verdad, la coherencia y la aplicabilidad(73). En este estudio, se devolvieron a los participantes los resultados ya sistematizados.

6.5.2. Transferibilidad. Es la capacidad de trasladar los resultados a otros contextos y estudios posteriores que se realicen. Se espera igualmente, que los resultados de esta investigación sirvan de base para ulteriores propuestas, para este propósito, se llevará a cabo un registro meticuloso de la información obtenida, y se examinará de manera recurrente y constante el corpus de información que configurará conforme avance el proceso de investigación de modo que los hallazgos develados tengan un soporte suficientemente claro.

6.5.3. Confiabilidad. Este criterio será alcanzado en la medida en que se haga una clara descripción del diseño metodológico, el tipo de muestreo, la técnica de recolección de la información, el análisis de los datos, la construcción de textos ricos en información que serán validados por los participantes, investigadores externos y el asesor del trabajo de investigación.

La auditabilidad externa, se realizará directamente por los participantes, una vez devuelta la transcripción de las entrevistas ellos la retroalimentaran, mediante las observaciones y el concepto de favorabilidad de los aspectos consignados en estas.

6.5.4. Conformabilidad. Para cumplir con este criterio se realizará la devolución de las entrevistas y se presentarán los resultados a un grupo de personas.

6.6. PROCESO Y TÉCNICAS EMPLEADOS PARA LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

6.6.1. Acceso al campo. En el ingreso al campo se tuvo en cuenta la propuesta de Hammersley y Atkison (1994)(74), el punto de partida fue el acceso a la información del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo donde se identificaron las posibles participantes, retomando a los autores mencionados será trascendental buscar “las relaciones interpersonales” con profesionales de enfermería que realicen su ejercicio en el área de sala de partos, lo cual facilito el reconocimiento de las personas claves que pudieron facilitar la información, las estrategias que emplearán para iniciar el abordaje de las mujeres y el ingreso al campo para la recolección de la información.

Una vez identificados las potenciales participantes, en la investigación, se contactaron vía telefónica y se les brindo información clara en torno a los objetivos y propósitos de la investigación, así como también se concertaron los espacios y

los momentos claves en los que ellas tuvieran toda la disposición para participar en la entrevista; además, la selección del escenario fue congruente con las necesidades de privacidad, comodidad y seguridad tanto para el informante como para la entrevistadora.

Además, se identificó que las participantes, aunque presentaron confluencia común en la sala de partos del Hospital Universitario, este no fue el escenario para el desarrollo de la investigación, el escenario propuesto fue externo a la institución y concertado con las mujeres.

Las mujeres definieron el sitio de la entrevista, la fecha y hora, antes de iniciar la entrevista se leyó el consentimiento informado y recolecto la firma en cada uno de estos. Una vez realizada la primera entrevista, se realizaron los ajustes en torno a las entrevistas y se continuo con el proceso de comunicación con las informantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

6.7. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para llevar a cabo el estudio se empleó como recurso principal la entrevista conversacional, mediante esta como lo señala Van Manen (2003)(53) “se aspira obtener el significado de la experiencia vivida”, (53,54). Además, en el desarrollo de la entrevista se siguieron los lineamientos propuestos por el mismo Van Manen(53), en torno a que sirvieron como un medio para explorar y reunir el material experiencial(54), y de esta forma contribuyeron a la tarea asumida de interpretar la experiencia vivida, y de operar como un vehículo que hizo posible establecer la relación conversacional entre las personas que dialogaron, permitiendo develar la experiencia vivida de las mujeres participantes en este proceso.

Se construyó una pregunta abierta de carácter generador las cuales, posteriormente se les formulo a las entrevistadas, mediante este modo de proceder se hizo posible reflexionar mediante la relación conversacional sobre el significado de la experiencia vivida por todos y cada una de las pacientes incluidas en la muestra. Las entrevistas realizadas fueron transcritas por parte de las investigadoras, tras lo cual, se hizo la lectura y la relectura de los textos resultantes; en algunos casos y tras un análisis preliminar de los relatos obtenidos se procedió a realizar una segunda entrevista que tuvo como propósito profundizar en aspectos que requirieron ser retomados más ampliamente con miras a interpretar de una manera más integral la experiencia vivida por la persona participante en la investigación, este proceso hace parte de lo que puede denominarse “entrevista hermenéutica”.

El procedimiento expuesto se ajusta a lo recomendado por Smith y Osborn (2008), y Yilmaz (2013)(51,69) por ello la entrevista se inició con una pregunta general, la cual se esperó que fuera lo suficientemente amplia para permitir al entrevistado hablar sobre el tema que se estaba indagando. Si el entrevistado manifestaba no comprender, se brindaba una respuesta breve o tangencial, se le hizo otra pregunta más específica de acuerdo con los temas que surgieron durante el desarrollo de la entrevista, esto permitió profundizar en la experiencia vivida por la mujer y recuperar la información durante la entrevista.

La pregunta de apertura empleada para las mujeres fue: ¿Cuénteme cómo fue su experiencia durante el parto vaginal?

Las respuestas abiertas permitieron al investigador comprender y presentar el mundo tal como lo ven y experimentan las participantes sin predeterminar esos puntos de vista. Las citas directas de los informantes documentan la profundidad de los sentimientos, las experiencias, los pensamientos sobre lo que está sucediendo y el significado a nivel personal de los participantes(51).

Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de las participantes, luego se procedió a escucharlas y transcribirlas en un período no mayor de 24 horas; el nivel de transcripción se realizó en el plano semántico, esto quiere decir que se registraron todas las palabras habladas, las salidas en falso, las pausas significativas, las risas y todo lo que se consideró importante a tener en cuenta para el proceso de análisis de la información(69); adicionalmente las grabaciones fueron almacenadas y custodiadas por las investigadores.

La recolección de la información se finalizó una vez se consideró que se habían obtenido suficiente información, que permitiera construir textos fenomenológicos enriquecidos. Se desconoce la existencia de algún algoritmo, criterio estadístico o fórmula que permitiera determinar la saturación de los datos (54) en la fenomenología. En esta metodología, la práctica de la saturación no tiene sentido (75) dado que no existe un punto para determinar la saturación con respecto al significado fenomenológico, el empleo de una pregunta durante el desarrollo de una entrevista no permite captar toda la experiencia vivida o la importancia dada por una persona al fenómeno, lo anteriormente descrito, se encuentra relacionado con el interés de la fenomenología en el cual su intención es comprender la experiencia vivida.

6.8. PROCESO DE ANÁLISIS

Partimos de la premisa de Van Manen en torno a la fenomenología-hermenéutica, “el método de la fenomenología es que no hay método”(53). Sin embargo, para el proceso de análisis de los datos se siguió la aproximación propuesta por Van Manen que consta de seis (6) aspectos metodológicos que se convierten en una ayuda para el proceso:

Centrarse en la naturaleza de la experiencia vivida(53), esto permitió centrarnos en un fenómeno que era de nuestro interés y nos comprometía con el mundo(76). Dentro de esta investigación el interés estuvo centrado en las mujeres que vivieron la experiencia del parto vaginal.

Investigar la experiencia tal como la vivimos(53), ésta se orienta a llenarse de mundo, el investigador exploró activamente toda la experiencia vivida en todas sus modalidades y aspectos. Se indagó sobre el fenómeno de interés en varias vías: mediante la búsqueda bibliográfica en torno al fenómeno, la indagación cara a cara con los informantes y a través de la experiencia como enfermera(o) y docente.

Reflexionar sobre temas esenciales (53), una verdadera reflexión sobre la experiencia vivida es un conocimiento meditado y reflexivo sobre lo que hace que una experiencia particular tenga un significado especial.

El arte de escribir y rescribir(53), es un aspecto de gran interés el convertir las entrevistas en discursos que representen la experiencia vivida. La transcripción de las entrevistas y la identificación de las unidades de análisis contribuyen a la construcción de textos fenomenológicos enriquecidos con la experiencia, proceso que fue continuo durante todo el desarrollo de la investigación.

Mantener una relación firme y orientada(53), es trascendental en el desarrollo de la investigación fenomenológica, mantener claro el objetivo propuesto en la misma, dado que ese objetivo nos mantiene orientado hacia el alcance de este. Dentro de la investigación se declararán los objetivos que permitieron contribuir en el proceso de develar el fenómeno de la manera más cercana posible.

Equilibrar el contexto investigativo considerando las partes y el todo(53), dentro de este aspecto es sustancial dar marcha atrás y observar el total, el contexto y el

modo en el que cada parte debe contribuir a la totalidad. En esta etapa se revisaron las entrevistas de manera individual, luego de manera global en busca de los temas emergente, a la par se revisó la metodología, los objetivos y los resultados, en aras de no desviarse de la búsqueda en torno al fenómeno de interés.

Ahora bien, de manera concreta se describieron las fases empleadas en esta propuesta. *Se recolectó la experiencia vivida*, mediante las entrevistas conversacionales y hermenéuticas en cada una de las informantes. Estas entrevistas fueron transcritas de manera textual, obteniéndose textos ricos en descripción de la experiencia vivida por las participantes.

Una vez finalizada esta etapa se realizó una *reflexión de la experiencia vivida*, para esto se procedió a la lectura y relectura de la entrevista transcrita, de tal manera que permitiera la familiarización con el texto, se pretendía captar el significado del texto como un todo(68), lectura holística. Posteriormente, a la lectura línea por línea, se subrayaron aquellos aspectos que considerados interesantes o significativos de acuerdo a lo expresado por las participantes, estas unidades de análisis capturaron los significados esenciales de la experiencia(68). Para poder organizar las unidades de análisis se diseñó un cuadro que permitió ir organizando los extractos seleccionados, los cuales permitieron agrupar los temas preliminares derivados de la investigación.

Después, se procedió a recuperar dentro del texto, el lenguaje semántico empleado por los participantes. Siguiendo los planteamientos de Van Manen(53), él recomienda “buscar las expresiones idiomáticas”, dado que es importante prestar atención al lenguaje empleado por las personas, teniendo en cuenta que estas expresiones idiomáticas actúan de modo fenomenológico, porque surgen de la experiencia vivida. El lenguaje común “es un enorme depósito en el que va almacenando una increíble variedad de riqueza de la experiencia humana”(53).

En la medida en que se avanzó en la lectura de la entrevista se encontrarán similitudes, diferencias y contradicciones en lo que las personas expresen en relación con el fenómeno objeto de estudio. Este análisis se realizó durante toda la lectura de la entrevista, hasta finalizarla. Una vez se concluyó, regresamos al inicio y comenzamos con el proceso de identificación de temas según fueron apareciendo. Se recolectaron los párrafos sensibles, congruentes con la fenomenología, unidades de análisis y temas detectados; en este sentido “redactar las transformaciones lingüísticas no es un procedimiento mecánico: se trata más bien de un proceso hermenéutico y creativo”(53).

En esta etapa se encontraron las expresiones significativas, de tal manera que permitieran establecer conexiones dentro y fuera de los casos, fundamentadas aún en las cosas que específicamente ellas expresaron. Este proceso de convertir las notas iniciales en temas se realizó en toda la transcripción, los temas que se repitieron en varios apartes de esta fueron agrupados. Según Van Manen, “el término “tema” se refiere a un elemento, ya sea motivo, fórmula o mecanismo, que aparece frecuentemente en el texto”(53). Por consiguiente, el análisis del tema se refiere “al proceso de recuperar el tema que se expresan y representan en las imágenes y significados evolutivos de la obra en cuestión”(53).

Adicionalmente, se buscó algo “revelador”, algo “significativo”, algo “temático” en los diversos relatos experienciales, para extraer los significados de cada una de estas entrevistas. Igualmente, se seleccionaron aquellas situaciones en las que se apreciaron diversos relatos con significado(53). Una vez finalizada esta etapa, se continuó con la revisión de los temas emergentes, en busca de las interconexiones entre ellos. A medida que los temas surgían se revisaron las transcripciones para asegurar las conexiones con las palabras primarias de las entrevistadas. Adicionalmente, se extrajo un listado de frases que sirvieron de apoyo a los temas relacionados.

Los temas se ordenaron en una tabla, que permitió ir identificando temas de orden superior, que ayudaron a encontrar significado al fenómeno objeto de estudio por parte de las investigadoras. Las investigadoras determinaron además aquellos temas que no encajaron en la estructura ni fueron ricos en la evidencia, y se tomó la decisión de dejarlos de lado.

Finalizado el análisis de la primera entrevista, se continuó con el análisis de las siguientes, se tomó como punto de partida el listado de temas que emergían durante el análisis de la primera, con el fin de encontrar patrones repetidos o hallar nuevos patrones emergentes en las transcripciones de las entrevistas. Una vez concluido el análisis de las entrevistas se construyó una tabla final de temas, mediante el cual se seleccionaron los temas en torno a los cuales girará el análisis del fenómeno en busca de develar del significado de la experiencia vivida.

Por último, se realizó *la escritura de la experiencia vivida*. El proceso de escritura se refiere a “traducir el texto en una narración”(53); aquí se describieron e ilustraron los temas, se le dieron los matices necesarios, mediante los cuales se buscó dar respuesta al fenómeno estudiado. Este proceso de escritura se realizó al final del análisis de las entrevistas, buscando construir desde la interpretación del fenómeno la experiencia vivida por las mujeres en aras de dar respuesta a las preguntas planteadas en la investigación.

El texto elaborado debía ser capaz de mostrar un texto enriquecido que expresará la experiencia vivida de manera reflexiva, la escritura se elaboró de manera narrativa con características poéticas que permitieron vislumbrar el significado de la experiencia, esta se hará visible a través del lenguaje mediante el cual se presente el fenómeno tal como es, de la manera más cercana a lo expresado e interpretado por el informante. “Con el texto fenomenológico se pretende llevar al lector a experimentar una especie de “epifanía” de significado”(68).

7. CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación contempla las siguientes normas la Ley 911 de 2004(77) y la resolución 8430 de 1993(78) del Ministerio de Salud; así como los principios bioéticos de respeto a la dignidad humana, a la privacidad, libertad de expresión y sentimientos, confidencialidad y reciprocidad. Según la Resolución 8430 se clasifica la investigación de riesgo mínimo dado que se empleará una entrevista en profundidad la cual puede afectar aspectos sensitivos del individuo en la medida en la que rememora la experiencia de su parto.

Para los fines pertinentes se tuvieron en cuenta los siete (7) principios de Emanuel (2000)(79) que se enuncian a continuación:

- Valor científico o social: los resultados buscan visibilizar las experiencias de las mujeres que tuvieron un parto vaginal y los sentimientos percibidos por ellas de acuerdo con su trato para así contribuir a la sensibilización y formulación de estrategias, planes de mejoramiento y políticas institucionales orientadas a velar por una experiencia de parto positiva que cumpla con las expectativas de las mujeres.
- Validez científica: la investigación estará cimentada en la experiencia y soportada por la búsqueda en bases de datos, la revisión de libros especializados, documentos y normatividad vigente, así como en la asesoría

de personas expertas.

- Selección equitativa de los sujetos: para la selección de los sujetos, se obtendrá información en la Base de datos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de las mujeres que cursaron con un parto vaginal, para garantizar la selección equitativa de los sujetos se tendrá en cuenta que todos los sujetos tengan la misma posibilidad de participar en la investigación, siempre y cuando cumplan con los criterios de selección.
- Proporción favorable del riesgo–beneficio: esta investigación es de riesgo mínima. En situaciones en las cuales las personas presenten episodios de ansiedad o llanto se suspenderá la entrevista, y se realizará una intervención en busca de minimizar el efecto negativo. El beneficio se relaciona con la construcción de estrategias, planes de mejoramiento y políticas.
- Revisores independientes: la propuesta será sometida a evaluación por el Comité de Ética y Bioética del Hospital Universitario Hernando Moncalenao Perdomo (HUHMP).
- Consentimiento informado: previamente se hará firmar el consentimiento informado.
- Respeto a los participantes potenciales o a los inscritos: se brindará a los participantes la posibilidad de una participación libre y voluntaria y se les garantizará la confidencialidad de la información.

Para la realización del proyecto de investigación se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki(80), con relación a los principios éticos para la investigación en seres humanos y los aspectos relacionados con el acceso apropiado en la participación en la investigación, se aplicaron las normas éticas en el respeto de las personas participantes y sus derechos. Se tuvo en todo momento las precauciones para resguardar la integridad e intimidad de las personas y la confidencialidad de la información. Además, las personas que participaron de manera libre y voluntaria estas podían retirarse de la investigación cuando lo desearan. Una vez se dieron a conocer los aspectos de la investigación, se firmó el consentimiento informado

voluntario.

Siguiendo la Declaración de Helsinki (80), se puso a disposición del público los resultados de la investigación con integridad y exactitud de los datos. Durante el proceso de recolección de datos y al finalizar la investigación, las participantes recibieron la transcripción y pudieron dar su opinión en relación con los datos, tuvieron la opción de hacer sugerencias o solicitar que fueran sean retirados, así como con los resultados de esta.

Las Normas de Buenas Prácticas Clínicas (81), toda información proveniente de la investigación se registrará y guardará durante cinco años después de finalizada la investigación, para permitir su verificación, reporte e interpretación. En los registros se protegió la identidad de los sujetos, asignándoles un código que es conocido solo por el investigador y al publicar los resultados se mantendrá la confidencialidad en la identidad de los sujetos.

Dentro de los principios éticos que se garantizarán son:

No maleficencia, la no realización de procedimientos que ocasionen daño a los participantes. La beneficencia y la reciprocidad se entienden como la obligación ética de entregar los posibles beneficios y reducir los riesgos (61), de tal forma que los riesgos de los que participen en el estudio, será sopesado razonablemente frente a los beneficios esperados.

La **autonomía**, se garantizará a los usuarios la participación libre y voluntaria en el estudio. La **confidencialidad** mediante la asignación de un código, la información será conocida solamente la investigadora y los datos no utilizarán para otros fines. De igual manera, las grabaciones fueron almacenadas por la investigadora, evitando que estas puedan caer de manera accidental en manos de personas extrañas a la investigación.

El consentimiento informado “es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”. No es obligatorio diligenciar el consentimiento informado en investigaciones sin riesgo o el consentimiento individual en individuos que participan como miembros de un grupo poblacional. Teniendo en cuenta los criterios para la elaboración de un consentimiento informado, se diseñó un formato para ser diligenciado por los participantes (Anexo A), el disentimiento (Anexo B) y manejo de la confidencialidad de los datos (Anexo C).

Para el manejo de los datos suministrados por las instituciones ya sea un listado en físico o base de datos en medio magnético, se tendrá en cuenta lo establecido en el Decreto 1377 de 2013(82) y la Ley 1581 de 2012(83), por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales en Colombia, y bajo sus lineamientos se tomarán las medidas de protección de la información.

Se le concede el reconocimiento al Hospital Universitario Hernando Moncaleano (HUHMP) por la oportunidad de habernos permitido el acceso a la información, pero los derechos de autor y morales pertenecen solo a la Universidad Surcolombiana, ya que es la institución que patrocina este proyecto de investigación, a su vez, se resalta que la recolección de la información se realizó por fuera del HUHMP.

8. ANALISIS

Se entrevistaron a 8 mujeres con un rango de edad de 19 a 32 años, quienes tuvieron un parto vaginal y fueron atendidas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, como método de recolección de la información se empleó la entrevista en profundidad. Las participantes recibieron un código para ser identificadas y con el objetivo de mantener la confidencialidad, los códigos dados fueron "M" para mujer y un número para poder diferenciarlas, de esta forma se encuentra de: M01 hasta M08, las entrevistas fueron transcritas de manera textual. Teniendo en cuenta el análisis emergieron los siguientes temas: el dolor: callar y soportar; el parto: una experiencia que produce miedo; sintiéndose expuestas: la experiencia de la desnudez durante el parto; la comunicación: entre la falta de información, el regaño y las muestras de desagrado.

8.1. EL DOLOR: CALLAR Y SOPORTAR

Durante el parto, el dolor debe aguantarse en silencio, ellas realizan estrategias, como agarrarse el pelo, como mecanismo para evitar emitir gritos de dolor. Además, adoptan posturas que contribuyen a la disminución de este. El aguantar el dolor y permanecer callados favorece las ayudas brindadas por el personal de enfermería que aceleran la finalización de este proceso doloroso y les permite descansar una vez nace el niño. Para las mujeres es importante no emitir sonidos, guardar silencio, no ser groseras o hacer "show", dado que el dolor es una condición "normal" del proceso de parto, solo ellas mismas entienden la situación a la que se enfrentan sus pares.

"Había muchas mujeres que trataban muy mal a las enfermeras y eran muy groseras y yo por eso mejor estaba callada y aguantándome los dolores y esa señora me ayudo... cuando a mí me daban dolores no decía nada a

veces me agarraba hasta el pelo, pero como dice el dicho yo prefería comer callada. y no decir nada no hacía esos shows así, porque los doctores le decían a uno que eso es normal” (M01)

“El dolor como siempre que eso duele mucho, pero es bueno, yo sufrí, pero era porque el niño estaba amañado... pues le toca aguantarse porque para eso no hay más, la cesárea solamente” (M08)

“No esos Dolores son muy estresantes uno le provoca llorar, gritar de todo en ese momento y uno escucha la otra persona y uno como que yo te entiendo... No me ofrecieron nada para el dolor, pues yo tampoco sabía que se le podía dar algo a uno con los dolores” (M06)

“A uno de mujer sabe lo que le toca aguantarse, eso es lo que le corre pierna arriba como dicen porque uno sabe que eso duele, uno solo quiere es tenerlo rápido porque uno sabe que lo tiene y hasta ahí va el dolor, en mi caso yo sabía que eso era ...Pues eso sí, como todo hay unos que son más gente que otros, porque por ejemplo a veces hay auxiliares que le dicen a uno como malgeniadas que no se pare, que no se siente porque ellas dicen que si uno se cae va a ser culpa de ellas entonces que les colabore, pero uno con ese dolor solo busca como los gatos cuando tienen los hijos donde mejor se acomode” (M08)

8.2. EL PARTO: UNA EXPERIENCIA QUE PRODUCE MIEDO

Durante el parto se experimenta miedo por diversas razones, como el trato de parte del personal que las atiende, por experiencias previas negativas, los comentarios, gritos de dolor de sus pares o información previa recibida.

“Yo por lo menos le tenía como miedo a él(profesional), yo decía en mi mente, no, ojalá no me vaya a tocar con él (profesional); coge a las mujeres

con esa cosa, como feo... yo veía a las otras como les hablaba y las trataba y cuando entregaba turno lo hacía como si uno no fuera nada por eso le tenía como miedo y cosa a él. Él era uno gordito, monito. (M01)

“Pues uno se siente como nervioso no porque a veces hay una que grita más que todas (risa corta) entonces como que le generan a uno muchos nervios también, había otra muchacha... entonces ella gritaba superfuerte” (M02)

“Como he visto casos cuándo estuve en Bogotá una vez, no conmigo si no con otra persona entonces como que yo decía me daba miedo llegar acá a Neiva y que me pasara lo mismo que he escuchado que he escuchado, entonces yo decía Dios mío” (M05)

“Sí, cuándo me dijo... dijo la médica encargada que para sala de parto yo me asusté, yo decía, yo veía a todas esas personas ahí hasta las enfermeras yo decía ay dios mío” (M07)

“Pues yo no tenía ningún dolor ni nada yo llegue asustada porque uno no sabe uno escucha tantas cosas que a veces las enfermeras lo regañan a uno o que lo ponen a sufrir porque gritan por ejemplo yo nunca había ido al hospital por nada, pero con los controles yo pregunte y eso fue lo que me dijeron que en el hospital me atendían el parto... yo tenía miedo a veces como de eso que de pronto no lo traten a uno como es” (M08)

8.3. SINTIÉNDOSE EXPUESTAS: LA EXPERIENCIA DE LA DESNUDEZ DURANTE EL PARTO

La mujer desnuda expuesta a la mirada de otros, “abierta” sin tener en cuenta su pudor e intimidad, sujeta a tactos repetidos por los profesionales de salud. Su intimidad se ve vulnerada de manera repetida por la desnudez, tener que ver a otras mujeres tener el parto frente a ellas, no se brinda privacidad, ni se reconoce la angustia o el “asco” que pueden experimentar al tener que ver las partes íntimas de las mujeres durante el momento del parto. Esto se convierte en un momento de desear que su experiencia termine rápido y el bebé nazca ya.

“A mi cuando me sacaron, pues que yo toda desnuda, todos me vieron, o sea eso es penoso, ¿sí?, ya después es cuando uno dice “Ajj”, pues no sé, ya uno mirándole digamos, vulgarmente, la cola a todos, o sea es, o sea es algo incómodo...Eso lo suben a uno a un piso, con bebés, que saben que ellos se desesperan del calor, y eso un bochorno, habíamos como 7 en esa, en esa habitación, entonces, o sea es desesperante, y pues imagínese, como 7 y todos los niños llorando, se me dormía este, se levantaba el otro, se dormía el otro, y se dormía el otro, y así” (M04)

“Cada rato que pasa el doctor la revisan, claro es un poquito incómodo porque pues yo por parte de yo, soy muy tímida...obviamente le da pena, pero ya eso es algo normal de uno de la mujer cuando va a tener un bebé...sí soy un poquito de pena eso, pero ya eso a uno se le pasa, ya después de que tiene el bebé... cuando yo iba tener al bebé hubo una señora primero que yo y a ella la tenían abierta, yo me sentía como rara por lo que yo nunca había visto a una persona así y pues me sentía rara pero ya uno, es algo normal de uno de la mujer” (M06)

“Sí claro de todas formas uno desde que llega se pone la bata y cuando le hacen el tacto y todo y ahí están otras muchachas con los dolores también, a uno a veces no lo tapan, pero eso en el momento uno no cae en cuenta... Pues lo único que como le digo, que le tapen a uno cuando uno está ahí

porque eso da como pena y como hay más muchachas y médicos pues más (M08)

“A mí sí me pusieron para taparme, pero enfrente mío también estaba una vecina y a ella yo le vi todo y creo que ella tiene como pena conmigo, a mí nadie me vio, pero por qué esa señora(profesional) que yo le comento me tapó. Pero eso sí es muy incómodo y le dan a uno muchos nervios...Por ejemplo, yo lo sentí muy incómodo porque algunas mujeres sufren de asco, tampoco ponen cortinas, yo no sufro de asco, pero vi como una mujer tuvo su bebe ahí de frente a mí, pensaba en que eso mismo me iba a tocar a mí, pensaba que si iba a estar todo el día con dolores o como seria ...también se siente muy incómodo porque no tenemos privacidad, pero en el momento una piensa en salir de eso rápido y tener a su bebé y ya...Después de que uno tiene el bebé seguir ahí es muy duro porque está uno mirando los otros partos, ya yo había visto a muchas mujeres sufriendo cuando entré a la sala y le estaba diciendo a la doctora que me hicieran mejor cesárea, ya me estaba sintiendo angustiada y nerviosa” (M01)

8.4. DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD Y CON LOS FAMILIARES

La falta de comunicación a la familia y de permitir la compañía por parte de esta después del nacimiento del bebé es descrita de manera continua en los relatos de las mujeres, estos eventos las hacen sentir incomodas y ansiosas de poder compartir con sus seres amados la noticia.

“Mi familia estaba pendiente de mi parto, allá estaba mi cuñada, pero no la dejaban entrar ellos se enteraron porque yo les dije que ya había nacido el bebé. A uno le decían que ellos llamaban, pero nunca avisaron”. (M01)

“En todo el día no los llamaron a ellos (familiares), ah y no contestaban tampoco, y en todo el día no lo (esposo) llamaron si quiera a decir “ya nació

el bebé”, “ya ella está en trabajo de parto”, ya... nada, cuando fue que yo lo llamé por videollamada, ya tenía yo al bebé al lado” (M04)

“Estaba sola, si no dejaban entrar, pues no, no dejaban entrar a nadie... si necesitaba a alguien por qué pues los enfermeros estaban muy ocupados con los demás por que en esa noche no era la única que también estaba dando a luz, después seguían otras dos más mamitas, pero yo estoy... si yo fui la primera en dar a luz entre las tres, entonces si necesitaba compañero, compañía” (M07)

“No pues ya uno entra ahí y nadie sabe de uno porque no dejan entrar a nadie ni tampoco comida ni nada, puro lo del bebe, yo escondí mi celular para poder hablar con mi mama o con mi esposo porque eso si me gustaría que al menos pudieran saber cómo esta uno y la niña porque a ellos no les dijeron nada, hasta el otro día que ya era la visita” (M08)

No recibir información sobre su situación o la de su bebé incrementa la angustia que experimentan durante el parto. Cuando las mujeres preguntan reciben poca o escasa información, gestos de desagrado o regaños que contribuyen a llevarlas a sentir que poco o nada están pendientes de ellas.

“Pues la verdad hay médicos a los que uno no le puede ni preguntar, había una muchacha joven que pasaba con un médico, un señor ya y esa muchacha uno le podía hacer la pregunta y ella le decía “mama si tal cosa” pero el médico no porque el primero me dijo que yo había tenido que hacerme operar con el segundo hijo” (M08)

“Claro yo solo hacía llorar y llorar y estaba angustiada porque le dicen a uno que va a estar en UCI y me imaginé que estaba grave y yo preguntaba y me decían que si el niño tenía que comer pucha entonces ellos llamaban, pero yo no sabía nada.” (M01)

“Uno le hacía preguntas y ella como que... contestaba por contestar, o ni le ponía cuidado a uno y yo buenooo... las enfermeras ahí, la verdad, no

estaban muy pendientes de uno, uno les preguntaba algo y no sé, como que hacían mala cara, a mí me daba como cosita, y le pregunté también por el peso del niño y “ay espere que le entreguen a su hijo que yo no sé qué” (M03)

Los gestos de desagrado, las respuestas incómodas, los regaños recibidos por gritar durante el parto o durante un procedimiento, son parte de la cotidianidad vivida en la sala de partos, percibidas como episodios desagradables e incómodos por las mujeres participantes en el estudio

“Las mujeres que estaban ahí teniendo bebés al lado mío decían que el cuándo hizo el tacto (el medico) fue como haciéndole el chai” (M01)

“Las enfermeras ahí, la verdad, no estaban muy pendientes de uno, uno les preguntaba algo y no sé, como que hacían mala cara, a mí me daba como cosita, y le pregunté (a la enfermera) también por el peso del niño y “ay espere que le entreguen a su hijo que yo no sé qué...yo recién llegué, había una que ya estaba que lo tenía, y pues no sé, no, pues, no, le decían a la muchacha “bueno, deje de quejarse, puje puje, porque si usted se queja mucho, el bebé no le va a salir, tiene que pujar”, ella decía: “pero qué hago si es que me duele”(M04)

“No me importaba pararme de la camilla y mejor dicho gritar porque...gritaba muchísimo del dolor también y pues me agachaba mucho entonces me regañaban por eso porque yo no estaba quieta” (M07)

“No me aguantaba la verdad el dolor, pero cuando, cuando me lo introdujeron (el catéter) pues también me regañó por lo que cuando él me estaba introduciendo eso pues yo me movía muchísimo entonces me regañó y me dijo que si me volvía a mover no me hacía nada y que mejor dicho me aguantara yo los dolores, yo le decía que no, que por favor lo

hiciera, que yo no me los aguantaba entonces ahí fue me quedé mejor más quieta”. (M06)

“El médico paso y me preguntaba, pero yo casi no le contaba porque ya yo estaba con el dolor y eso siempre es duro entonces seguramente a él le dio malgenio que yo no le contestaba y fue cuando le dijo a la muchacha que yo estaba para no tener otro hijo” (M08)

8.5. PERCEPCION DE AYUDA POR PARTE DE LA MUJERES DURANTE EL PARTO

Para las participantes la ayuda que reciben del personal de salud se asocia a la introducción de la mano para ayudar en el nacimiento, la ruptura prematura de las membranas o realizar presión al nivel de las costillas para facilitar la salida del bebé próximo a nacer.

“Entonces cuando ya comenzó a introducirme la mano, pero cuando me la introdujo más allá sentí que me rasgó, como rasgada, mejor dicho, le dije que... no mejor dicho dolió” (M07)

“Me ayudó mucho, mucho, no tuve casi dolores y ella (profesional) me ayudo a romper fuente” (M01)

“El doctor se me inclino por aquí por el lado de la costilla para ayudarme a pujar ya de ahí pudo nacer él bebe con más facilidad... él me dijo que era para ayudarme a pujar más por lo que ya yo no tenía fuerza él me dijo puje y yo la voy a ayudar a que el bebé pueda salir con facilidad y pues ya de ahí me hizo dos veces y ya de ahí él bebe pudo salir (M06)

9. DISCUSIÓN

El dolor callado y soportado es parte de la normalización de este por las mujeres durante su proceso de parto, en la experiencia del dolor se conserva con una marcada influencia religiosa bajo la declaración en la biblia “*de gran manera multiplicaré el dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos*” (Génesis 3:16)(84). Sufrir y callar, como si el parto fuera un pecado y el dolor la expiación de la culpa, es evidente en los relatos de las mujeres, estas deben asumir el dolor porque esto es parte del proceso. Callar el dolor para recibir ayuda, y de esta forma evitar el maltrato por parte del personal de salud en esta etapa se convierte en la manera en que las mujeres asumen este proceso; allí no se brinda una oportuna y adecuada analgesia, que evitaría en la mayoría de los casos que la experiencia se convierta en un trauma para las mujeres. A pesar de los avances en la humanización del parto, el cual tiene como objetivo principal dar a conocer las diferentes medidas terapéuticas por las que se puede encaminar el cuidado(14), no se ha generado un gran avance frente a ello, puesto que, el desconocimiento por parte de las mujeres sobre la posibilidad de tener un parto sin dolor las obliga a mantener una postura de sometimiento y normalización de este síntoma.

Por otra parte, el personal de salud se carga de impaciencia y disgusto con sus pacientes, muestran gestos y expresiones de enojo, esto llena de angustia a las mujeres quienes contienen el dolor y evitan su expresión para impedir ser juzgadas y recibir maltrato, mientras observan que las mujeres que reprimen el dolor reciben como compensación un trato amable y “ayudas” para acelerar el proceso, en este sentido Mejía et al (13), encontró que las madres describieron la experiencia del parto de forma negativa, pues es percibida como reflejo de un

sistema que les obliga a reprimir sus emociones, dolor e incomodidad y las lleva a adoptar una actitud de sometimiento frente al personal de salud. Las madres evocan la asistencia recibida de manera crítica, la cual se traduce en procedimientos realizados sin consentimiento y maltrato verbal y, psicológico.

Asimismo la mujer ha aceptado que aguantar el dolor es algo “normal”, debe ser reprimido y callado, acción fomentada por el mismo personal de salud que les obliga a frenar las emociones durante el parto, acompañadas de expresiones como no llorar, no gritar y dejar de estar estresadas, al adoptar estas acciones se recibe ayuda y apoyo durante el proceso; según Borges et al (2017) se debe descartar el dolor del parto como sinónimo de tolerancia, fuerza y valentía, en donde no se incluye un manejo de la atención para tener un parto humanizado.

El miedo en las mujeres entrevistadas está relacionado con la actitud negativa asumida por el personal de la salud, el ambiente se llena de tensión, asociada a las conductas negativas expresadas por estos actores en la sala de partos; se sienten vulneradas y lo único que desean es que no les pase lo mismo que a sus pares; adicionalmente, las experiencias o la información previa generan que la mujer se predisponga, llevándolas a sentir nervios y miedo, el parto se convierte en una experiencia negativa, en este sentido Páez (2021) (37), indica que el momento del parto para una mujer es un acontecimiento en el cual surgen muchas emociones positivas o negativas en ella; la atención que reciba la madre en el parto, más la relación con el personal de salud puede afectarse en su experiencia tanto física como emocional o psicológica posteriormente. Por este motivo, es necesario brindar un cuidado integral y respetuoso por parte del personal de salud para que el parto se convierta en una experiencia positiva para la madre.

Al mismo tiempo durante el parto el sentimiento de vergüenza se intensifica, salvaguardar la integridad como mujer se ve afectado por los actos donde su intimidad queda expuesta dicho en sus propias palabras “abiertas” y sin ser

“tapadas” quedando así a la vista de todos los que están a su alrededor, no hay privacidad, generando en ellas incomodidad no hay alternativas su deseo y voluntad no es una opción, la posesión de su cuerpo desaparece, ya no son dueñas de él, se sienten tratadas como un objeto. Para Mendiri y Bernáldez, (2017) (26) se necesita de manera urgente promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud para lograr modificar aquellas prácticas en salud que son violatorias de los derechos de las mujeres; durante el trabajo de parto las mujeres pueden ser singularmente vulnerables a las influencias ambientales como lo es la falta de privacidad y otras condiciones que pueden ser consideradas como duras. Condiciones que pueden llegar a ocasionar un efecto adverso sobre el progreso del trabajo de parto y el desarrollo de sentimientos de competencia y confianza.

Existen dificultades en la comunicación entre el personal de salud, la mujer en parto y los familiares; las mujeres enfatizaron en la necesidad de que se les permita tener un acompañante después de que finaliza el parto, se pudo evidenciar la falta de conocimiento sobre el estado de salud de la madre y del recién nacido por parte de la familia, situación que se ha agravado por la pandemia asociada al SarsCov2, aspectos que influyen negativamente en las mujeres, generando ansiedad y sentimiento de soledad. Teniendo en cuenta la importancia de este momento, el cual se encuentra empañado por la ausencia de un acompañante como fuente de apoyo para la madre, enfermería podría asumir el liderazgo para el acompañamiento durante dicho momento, brindando apoyo emocional a la madre, Muñoz et al, (2018) (28) resaltan la importancia del acompañamiento ya sea de la pareja o un familiar, lo cual genera confianza, seguridad y estabilidad en la gestante, permitiendo que el acompañamiento disminuya la ansiedad en ella, el entorno profesional debe estar comprometido y capacitado en respetar las necesidades que requiera la madre para así brindar los cuidados pertinentes.

Igualmente, las mujeres expresan que la actitud por parte del personal médico es un limitante para llevar a cabo una buena comunicación, existen barreras en la comunicación que impiden a las mujeres realizar preguntas y que ellas reciban información oportuna y adecuada; esto genera angustia y agobio en el proceso de parto, magnificada por la comunicación no verbal como gestos o expresiones de desagrado por parte del personal de salud, haciéndolas sentir descuidadas y poco importantes para estas personas. En el estudio realizado por Curtin et al, (2019) (30) se describe como incide la incorporación de una práctica humanizada al momento de la atención del parto, la cual influye en la reducción del estrés y la angustia, tanto emocional como psicológica, que las mujeres pueden presentar durante este proceso, lo cual permite identificar la importancia de brindar información como un aspecto fundamental para la humanización. Donde la mujer pueda ser partícipe de su proceso de parto por medio de una comunicación e información asertiva la cual le permita sentirse más escuchada, segura y sin sentimientos de incomodidad durante toda la atención de parto.

Además, los regaños y gestos de enojo provenientes del personal de salud se asocian a la incomodidad que producen las expresiones del dolor y sufrimiento por parte de las mujeres; gritar, es visto como una conducta exagerada que incomoda y predispone al personal, obligando a las mujeres a callar y aguantar el sufrimiento; es así como la obediencia y cooperación es parte de las posturas autoritarias asumidas por el personal de salud, dando como resultado una desvalorización de las mujeres. Para Bedoya et al (2020) (34) varios derechos sexuales reproductivos de la mujer se ven vulnerados por medio de juicios y regaños cuando no “colaboran”, volviéndose así un hábito autoritario que crea un ambiente de tensión y miedo. Una vez más, se demuestra como la atención del personal de salud es calificada como deficiente, debido a que ésta se limita a lo que institucionalmente se debe cumplir, y en este contexto se desvincula y se automatiza la atención.

Finalmente la práctica de recibir “ayuda” por parte del personal de salud, se transforma en una experiencia del parto como un proceso individual y subjetivo, donde las mujeres perciben la ayuda como el mecanismo para agilizar su proceso, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria, aunque se encuentre asociado al uso de maniobras o procedimientos para contribuir con la rapidez de la finalización del parto, es importante resaltar que este tipo de maniobras o procedimientos son considerados innecesarios, en el estudio de Nascimento et al, (2016) (24) se encuentra que la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio se vieron expuestas a procedimientos como, litotomía, varios tactos vaginales, maniobra de Kristeller, entre otros la cual puede estar asociada a la poca información científica que se tiene por parte de las madres lo cual les impide cuestionar el actuar de los médicos. Por ello la OMS habla de un parto humanizado, que promueva el concepto de una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto con mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un procedimiento laborioso y rutinario(12). Encontrando que, en muchos de estos casos, las mujeres consideraban como “ayuda” realizar una amniotomía, masaje pélvico o maniobra de Kristeller, motivando el inicio de la etapa expulsiva de manera temprana y así dar a luz rápidamente, debido al desconocimiento que ellas presentan respecto a la atención que deberían recibir.

En conclusión, lo que se pudo evidenciar en los relatos de las mujeres es como la experiencia de tener un parto vaginal influye en sus vidas de gran manera después de ser dadas de alta, en donde su experiencia respecto a esta se torna negativa por las diferentes situaciones a las cuales fueron sometidas durante la atención, por lo cual se debe fomentar la humanización del parto resaltando los derechos que tienen las mujeres durante el parto, la cual le permita convertir este evento en algo valioso y positivo, por ello es de gran importancia entablar una relación de igual a igual paciente-personal de salud. En este orden de ideas, para la mujer este evento tiene gran relevancia, lo que según García (2018) (29) reitera que los actos que llevan a la violencia obstétrica ocurren porque el personal

sanitario, en primer lugar, no presenta disposición de involucrarse, comprometerse y educarse, sin reconocer la importancia de ello. Donde se debe implementar muchísima pedagogía para su total erradicación, humanizando así las ciencias de la salud con la finalidad de favorecer la escucha a los pacientes y una atención eficiente por parte de los profesionales.

10. CONCLUSIONES

- El miedo de recibir atención por parte de algunos profesionales de salud está relacionado con la experiencia que tienen las mujeres cuando ven a las demás ser tratadas de forma despectiva o deshumanizada.
- La perspectiva de los profesionales de salud respecto al dolor debe alejarse de la normalización de este, ya que se deben implementar las medidas terapéuticas estipuladas al alcance durante la atención del parto para evitar que las mujeres soporten el dolor que este genera.
- La calidad y tipo de información que se les brinda a las mujeres en todo el proceso de atención en el parto es un factor muy importante ya que influye en la toma de decisiones de manera autónoma por parte de éstas.
- Las barreras de comunicación impuestas por parte del personal de salud con las mujeres que se encuentran en trabajo de parto generan sentimientos de incomodidad, afectando de forma negativa su proceso, donde ellas sienten que deben guardar silencio para no generar molestias que indispongan al personal de salud, obteniendo como consecuencia malos tratos cuando sean atendidas, siendo este último uno de los principales temores cuando se ingresa al servicio donde se realizó la investigación.
- Los protocolos establecidos en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el proceso de atención de partos, restringe el acompañamiento de familiares a la mujer, además carece de una ruta para mantener informados a los familiares de cualquier acontecimiento relacionado con ella o el bebé

durante todo el proceso del parto, ocasionando temor y sentimiento de soledad, que se puede mejorar con la implementación de una política que permita la participación de un familiar que cumpla la función de acompañante y cuidador para de esta manera fortalecer el trabajo de parto y la seguridad.

- En definitiva, se evidencia un desconocimiento por parte de las parturientas con respecto a los derechos durante su proceso de parto, a pesar de la existencia de protocolos de humanización para dirigir una atención integral, se refleja la necesidad de ejercer una atención diferente, humanizada, digna y respetuosa.

11.RECOMENDACIONES

- Fomentar el uso de las recomendaciones de la OMS y los lineamientos estipulados en la resolución de las 3280 de 2018 por medio de capacitaciones al personal de salud que hace parte del HUHMP, para lograr brindar un parto digno, respetado humanizado a las futuras madres que sean atendidas en la institución.
- Promover en el personal de salud encuentros en donde se discuta y analice la perspectiva que tienen los profesionales de lo que para ellos significa el parto humanizado y que se puede llegar a hacer para tener partos dignos y respetados.
- Promover en los currículos de los programas de salud los cuidados de la mujer en el momento de parto con un enfoque de humanización y protección de los derechos de las mujeres.
- Continuar desarrollando investigación sobre los diferentes temas que se incluyen en la violencia obstétrica teniendo en cuenta la poca información encontrada en Colombia y en nuestra región, brindándole la verdadera importancia que tiene este tema en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Unidas N. Perspectivas de la población mundial 2019 Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL. 2019;
2. Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* [Internet]. 2020;396(10258):1285–306. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2)
3. CEPAL. Tendencias recientes de la Población de América Latina y el Caribe. Día Mund la población 2019 [Internet]. 2019;2100:1–7. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/dia_mundial_de_la_poblacion_2019.pdf
4. Nacimientos 2021 [Internet]. [cited 2021 Aug 4]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2021>
5. Carvajal Cabrera JA, Martinovic CP, Fernández CA. Parto natural ¿Qué nos dice la evidencia? *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2017;42(1):49–60.
6. Siabani S, Jamshidi K, Mohammadi MM. Attitude of pregnant women towards Normal delivery and factors driving use of caesarian section in Iran (2016). *Biopsychosoc Med*. 2019;13(1):1–7.
7. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas | Sarduy Nápoles | *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
8. Manrique-abril F, Amaya GMH, Matilde B, Gomez B, Cuevas OM, Arismendy VM, et al. Cesárea Hoy , Riesgo Vs Protección Materno Fetal . *Rev Salud, Hist Y Sanid*. 2017;44(2):1–20.
9. Watson K, White C, Hall H, Hewitt A. Women’s experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*. 2020 Oct;
10. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-

- García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 May;16(9).
11. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Campo AMP, Suarez-Bravo JP, et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019 May;51(2):135–46.
 12. OMS. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto , Transformar la atención a mujeres y neonatos para. *Dep Salud Reprod e Investig Conex Organ Mund la Salud [Internet]*. 2018;WHO-RHR-18(8):1–8. Available from:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
 13. Merino CMM, Zapata LF, Berrio DPM, Urrea JDA. Dehumanization during delivery: Meanings and experiences of women cared for in the Medellín Public Network. *Investig y Educ en Enferm*. 2018;36(1).
 14. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. 2018;1–348. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
 15. Estado de los Proyectos de Ley y Actos Legislativos del H.Senado, consulta de textos e informes legislativos.
 16. Sala VVV. "Its nice to make them but not have Them": Analysis of obstetric violence during delivery care in Colombia. *Rev Ciencias la Salud*. 2019;17(Special Issue):128–44.
 17. Lafaurie Villamil MM. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2020;18(38).
 18. Dora •, Montoya IG, Elvira •, González Mazuelo M, Claudia •, Henao López P. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto.

19. World Health Organization. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS. Declar la OMS. 2014;1–4.
20. Alejandro González Zabaleta Guillermo Augusto Suarez Caro ENF Directora Rocío Robledo Martínez JO, Sc M, presentada como Requisito para Optar el Título de R. VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD REVISION SISTEMATICA 2000-2016 OBSTETRIC VIOLENCE BY HEALTH PERSONNEL REVISION SYSTEMS 2000-2016. 2017;
21. Vista de El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto | Revista Colombiana de Enfermería.
22. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer | Borges Damas | Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.
23. M SM& R. El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. Rev y Ciencias Sociales [Internet]. 2015;6(December):61–72. Available from: <http://www.revistacontenido.com/wp-content/uploads/2015/12/RC6-Sadler-Michelle-y-Rivera-Magdalena-El-temor-al-parto.pdf>
24. Andrade P de ON, da Silva JQP, Diniz CMM, Caminha M de FC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev Bras Saude Matern Infant. 2016;16(1):29–37.
25. de Maria Caceres-Manrique F, Nieves-Cuervo GM. Humanized care in childbirth. Difference according to maternal clinical and social conditions. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2):128–34.
26. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Med Leg Costa Rica. 2017;34(1):104–11.
27. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Rev Cuba Obs ginecol. 2018;44(3):1–12.

28. Muñoz C, Contreras Y, Manríquez C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018;83(6):586–94. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n6/0717-7526-rchog-83-06-0586.pdf>
29. García EM. La violencia obstétrica como violencia de género. Univ Autónoma Madrid [Internet]. 2018;510. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150511&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=150511>
30. Curtin M, Savage E, Murphy M, Leahy-Warren P. A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. *Women and Birth* [Internet]. 2021;(xxxx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.002>
31. Sampaio J, de Albuquerque Tavares TL, Herculano TB. A slash in the soul: How parturients and “doulas” mean the obstetric violence that experience. *Rev Estud Fem*. 2019;27(3):1–10.
32. Sens MM, Stamm AMN de F. Physicians’ perception of the dimensions of obstetric and/or institutional violence. *Interface Commun Heal Educ*. 2019;23:1–16.
33. Rodríguez-Roque S, Rodríguez-Rico D, Rodríguez-Rico G, Jiménez-Malavé R. Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto. Estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. Vol. 80, *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2020. p. 280–91.
34. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Relations established by women during pregnancy, delivery and postpartum with health personnel according to social class in bogotá: Qualitative study. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(1):7–16.
35. Rocca-Ihenacho L, Yuill C, McCourt C. Relationships and trust: Two key pillars of a well-functioning freestanding midwifery unit. *Birth*.

2021;48(1):104–13.

36. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain. *Gac Sanit* [Internet]. 2021;35(3):211–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
37. De RFIN. BIBLIOTECA LAS CASAS Estudio cualitativo sobre las vivencias de las mujeres en el parto instrumental atendidas en el Hospital de Valme. 2021;
38. Contreras Rosillo L. Complicaciones De Parto Vaginal En Pacientes Con Cesáreas Anteriores. 2019;53(9):1689–99.
39. Sánchez JA, Martínez ME, Nicolás MD, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. *Rev Antropol Iberoam*. 2012;7(2):225–47.
40. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Guía de práctica clínica de atención al parto normal [Internet]. 2010. 316 p. Available from:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf%0Ahttp://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
41. Parto normal | EnFamilia [Internet]. [cited 2021 Sep 5]. Available from: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/parto-normal>
42. Fallis A. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
43. Jiménez-Hernández GE, Peña-Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2018;50(4):320–7.
44. Lanero S, Lanero A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas profesión*. 2020;21(2):54–61.
45. Sanitas. Conoce Todo Lo Importante Sobre El Parto Humanizado. El

embarazo.net [Internet]. 2017;24. Available from:

<http://parto.elembarazo.net/tipos-de-parto>

46. Mayra I, Santos S. Intervención educativa para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. *Intervenção educacional para melhoria na assistência ao trabalho de parto normal Educational intervention to improve normal childbirth care. Enfermería Glob.* 2020;19(58):226–36.
47. Episiotomy [Internet]. [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
48. Becerra-Chauca N, Failoc-Rojas VE. Kristeller maneuver, physical and ethical consequences according to its central characters. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2019;45(2):1–13.
49. Araujo-Cuauro JC. Obstetric violence : a hidden dehumanizing practice , exercised by medical care personnel : *Rev Mex Med Forense,*. 2019;4(2):1–11.
50. Llobera Cifre R, Ferrer Perez VA, Chela Alvarez X. Obstetric violence: the perspective of women who have suffered it. *Investig Fem.* 2019;10(1):167–84.
51. Yilmaz, K. Comparison of quantitative and qualitative research traditions: {Epistemological}, theoretical, and methodological differences. *Eur J Educ.* 2013;48(2):311–25.
52. Muñoz L, Erdmann A. Metodología de la investigación en enfermería [Internet]. *Investigación Cualitativa en enfermería. Metodología y Didáctica.* 2013. 12–23 p. Available from: <http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2014/01/Tablacontenido.pdf>
53. Van-Manen-Libro-Investigacion-educativa-y-experiencia-de-vida.pdf _ TOAZ.INFO.pdf.
54. M VM. Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing. In: *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing.* 1st ed. Walnut Creek, CA: Left Coast Press; 2014. p. 411.

55. Matua GA. Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. *Nurse Res.* 2015;22(4):30–4.
56. Earle V. Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nurs Philos.* 2010;11(4):286–96.
57. Heinonen K. Levels of reduction in van Manen's phenomenological hermeneutic method: An empirical example. *Nurse Res.* 2015;22(5):20–4.
58. Johnston CM, Wallis M, Oprescu FI, Gray M. Methodological considerations related to nurse researchers using their own experience of a phenomenon within phenomenology. *J Adv Nurs.* 2017;73(3):574–84.
59. Burns N GS. Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica basada en la evidencia. In: Elsevier editor, editor. *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica basada en la evidencia.* 5a ed. 2012. p. 580.
60. Tuohy D, Cooney A, Dowling M, Murphy K, Sixsmith J. An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Res.* 2013 Jul;20(6):17–20.
61. HUNGLER, B.P. POLIT D. INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. In: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO, editor. *INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD.* MEXICO; 2000. p. 716.
62. Benner P. *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness.* SAGE Publications; 1994.
63. Heidegger M. *El Ser y El Tiempo.* Tübingen Max Niemayer Verlag [Internet]. 2000;10:167–70. Available from: <http://books.google.es/books?id=JfgOPwAACAAJ>
64. Finlay L. Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenol Pract.* 2009;3(1):6–25.
65. Van Manen M. Phenomenology in Its Original Sense. *Qual Health Res.* 2017;27(6):810–25.
66. Levinas E. *La teoría fenomenológica de la intuición.* 2004;

67. Martínez M. M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Rev Investig en Psicol.* 2014;9(1):123.
68. Carabayo RA. La Metodología fenomenológico-Hermenéutica de M. Van Manen en el campo de investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Rev Investig Educ.* 2008;26:409–30.
69. Smith JA, editor. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods.* Qualitative psychology: A practical guide to research methods. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2003. ix, 258–ix, 258.
70. MQ P. Qualitative evaluation methods and Research Methods. In: Sage E, editor. *Qualitative evaluation methods and Research Methods.* 3rd ed. London; 2002. p. 806.
71. Cohen MZ, Kahn DL SR. Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers. In: Publications S, editor. *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers.* 2000. p. 128.
72. Lincoln YS GE. Naturalistic inquiry. *Naturalistic inquiry.* In: *Naturalistic inquiry* Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: SAGE Publications; 1985. p. 331.
73. Noble H, Smith J. Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evid Based Nurs [Internet].* 2015 Apr 1;18(2):34 LP – 35. Available from: <http://ebn.bmj.com/content/18/2/34.abstract>
74. Hammersley M AP. Etnografía: métodos de investigación. In: Paidós Ibérica SA, editor. *Etnografía: métodos de investigación.* 1st ed. Barcelona; 1994. p. 352.
75. van Manen M, Higgins I, van der Riet P. A conversation with Max van Manen on phenomenology in its original sense. *Nurs Heal Sci.* 2016;18(1):4–7.
76. Ayala R. La esperanza pedagógica: una mirada fresca y profunda a la experiencia educativa desde el enfoque de van Manen. *Rev española Pedagog [Internet].* 2011;248:119–44. Available from: <https://revistadepedagogia.org/wp-content/uploads/2011/01/248-007.pdf>
77. Congreso de la República de la Colombia. Ley 911 de 2004 Código

- deontologico de Enfermeria [Internet]. Colombia; 2004 p. 8. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
78. Ministerio de Salud de Colombia. Por la cual se establecen las normas científico técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Colombia; 1993 p. 19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
79. Botto A. Dimensión ética de la investigación cualitativa. Dimensión ética de la investigación cualitativa. 2011;7(4):354–7.
80. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [cited 2021 Oct 9]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
81. Conferencia Internacional de Armonización. Lineamientos de Buenas Practicas Clínicas. 1998;1997–8.
82. Presidente de la Republica de Colombia. DECRETO 1377 DE 2013 (Junio [Internet]. Colombia; 2013 p. 1–9. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53646>
83. República C de la. Ley 1581 de 2012 [Internet]. Colombia; 2012 p. 1–8. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
84. Eck TF, Holben BN, Reid JS, Arola A, Ferrare RA, Hostetler CA, et al. Santa Biblia [Internet]. Vol. 14, Atmospheric Chemistry and Physics. 2014. 11633–11656 p. Available from: <https://media.ldscdn.org/pdf/lds-scriptures/holy-bible/holy-bible-spa.pdf>

ANEXOS

Anexo A Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del trabajo:

SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES DURANTE EL PARTO VAGINAL

Se realizará (lugar): En la facultad de salud o en el hogar de los participantes

Investigadora principal: Claudia Andrea Ramírez Perdomo.

Co Investigadores: Madeleine Rocha Perdomo, Karen Lorena Medina, María José Téllez, Alexandra Claros, Alexandra Quizá Polania

Tiempo del estudio: 12 meses

Estimados participantes:

Las (o) estamos invitando a participar en el estudio “**Significado de las Experiencias de las Mujeres Durante el Parto Vaginal**”. A continuación, le explicaremos algunos aspectos de este.

Propósito del estudio

Comprender las experiencias de las mujeres que tuvieron un parto vaginal y fueron atendidas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo en Neiva.

Procedimientos

Ante todo, deseamos agradecer su participación, la cual es totalmente voluntaria. Es importante que sepa que en ningún momento usted será juzgada (o) ni evaluada por sus opiniones.

Por medio de este documento escrito deseamos informarle algunos aspectos que serán de interés para usted como participante en el estudio.

- Por las características del estudio a usted se le invitará a participar en unas entrevistas guiadas por la investigadora principal de la investigación.

- La entrevista se realizará en la facultad de salud o en el lugar habitual de residencia o en el lugar concertado con las mujeres con una experiencia del parto.
- La entrevista se realizará en un lugar donde podamos mantener la privacidad y usted pueda expresarse tranquilamente. Estas serán realizadas los miembros del equipo investigador.
- La entrevista será grabada y transcrita fielmente para evitar alterar su valioso testimonio.
- Los resultados de este estudio serán presentados en eventos académicos y publicados en revistas científicas. Sin embargo, en ningún momento se darán a conocer su nombre ni datos personales.
- Si en algún momento usted se siente incómodo durante el desarrollo de la entrevista, por favor comuníquelo y este proceso será interrumpido de inmediato.
- Usted se puede retirar de este estudio en el momento que lo desee o lo considere necesario. Su negativa a continuar en el estudio no le acarreará ninguna consecuencia negativa.

Beneficios

Su participación es muy importante ya que los resultados de este estudio permitirán la elaboración de políticas institucionales, estrategias y/o planes de mejoramiento que contribuyan a una atención de parto humanizado y respetado cumpliendo con las expectativas de las mujeres.

Riesgos

- Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud.

Costos

- Su participación en este proyecto no implica costos económicos para usted. En caso de tener que desplazarse para participar en las actividades, el proyecto asumirá este costo.

Confidencialidad

- Su nombre y datos personales no aparecerán en los cuestionarios, copias de las entrevistas, ni en otro documento resultado de esta investigación.
- Los participantes serán identificados con un código que solo conocerá el grupo investigador.
- La información que usted brinde sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida, será destruida.

Declaración de intereses

Los autores de este proyecto declaramos no tener ningún conflicto de intereses para la realización, análisis o publicación de resultados frente al tema de investigación.

En caso de tener inquietudes como participante en esta investigación, por favor comunicase con la investigadora principal, Claudia Andrea Ramírez Perdomo al número 3118883999.

He leído (me han leído con claridad) y he comprendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador responsable a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. Autorizo utilizar todos los datos para publicaciones científicas.

He recibido una copia de este consentimiento informado.

Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectada mi relación con mi comunidad.

NOMBRE PARTICIPANTE
C.C.:
FIRMA:
TEL:
FECHA:
TESTIGO 1.
FIRMA:

C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:
TESTIGO 2.
FIRMA:
C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:
INVESTIGADORA PRINCIPAL:
FIRMA:
TELÉFONO DE CONTACTO: 3118883999

Anexo B Desistimiento Informado

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio

CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

Firma de testigo (si aplica)

CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

Firma de uno de los investigadores

CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES

Yo, CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO identificada con cédula de ciudadanía N° 36.377.631 Expedida en la plata, como investigadora principal del proyecto “Significado de las Experiencias de las mujeres durante el parto vaginal” que se realizará en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

- 1.Mantener total confidencialidad del contenido de las entrevistas, transcripciones y de todo tipo de información que sea revisada sobre las mujeres que participarán en el estudio a realizar. Nombre y datos personales no aparecerán en las copias de las entrevistas, ni en otro documento de esta investigación.
- 2.Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las entrevistas y de todo tipo de información.
- 3.Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las entrevistas u otros documentos revisados. La información recolectada sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida, será destruida.
- 5.Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto haciendo fiel copia de las entrevistas durante el proceso de transcripción sin modificar o alterar el testimonio dado por los participantes.
- 7.Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.

8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por el presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los _____ días, del mes de _____ del año _____

CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO

Investigadora Principal

Anexo D Acta de Aprobación

	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2020
	ACTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN	VERSIÓN: 02
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001A
		PÁGINA: 11 de 21

ACTA DE APROBACIÓN N° 010-006

Fecha en que fue sometido a consideración del Comité: 28 de octubre de 2021.

Nombre completo del Proyecto:

“Significado de la Experiencia de las mujeres durante el parto natural.”

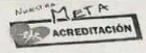
Enmienda revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigador Claudia Andrea Ramírez Perdomo y Co-investigadores Karen Iorena Medina Cuenca, David Steven Sánchez Benítez, Brigithe Alexandra Quizá Polanía, Madeleine Melissa Rocha Perdomo, Maryory Alexandra Claros y María José Téllez Rubiano.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 0784 del 07 de Junio de 2019 el Comité de Ética, Bioética e Investigación dando cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedidos por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética, Bioética e Investigación certifica que:

6. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto.
 - b. Protocolo de Investigación.
 - c. Formato de Consentimiento Informado.
 - d. Protocolo de Evento Adverso.
 - e. Formato de recolección de datos.
 - f. Folleto del Investigador (si aplica).
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica).
 - h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores.
7. El Comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera riesgo mínimo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
8. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado</p>	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2020
	ACTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN	VERSIÓN: 02
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001A
		PÁGINA: 12 de 21

9. El comité puede ser convocado por solicitud de alguno de los miembros que lo conforman o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

10. El investigador principal deberá:

- a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
- b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
- c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
- d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
- e. Comprometerse a realizar una retroalimentación en el servicio donde se efectuó la investigación para presentar los resultados del estudio una vez finalizado el proyecto.
- f. Realizar el informe final de la investigación el cual se debe entregar al Comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
- g. Presentar un informe anual del proyecto si el tiempo para su desarrollo es superior a un año.
- h. Comprometerse con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
- i. Informar de manera escrita al Comité de Ética, Bioética e Investigación del Hospital Universitario H.M.P si el proyecto avalado va a participar en un evento académico.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética, Bioética e Investigación.

Nombre del Investigador: Claudia Andrea Ramírez Perdomo.

Claudia Andrea Ramírez Perdomo

**Firma presidente Comité de Ética,
Bioética e Investigación**