



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 13 de diciembre del 2022

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Ana María Flórez González, con C.C. No. 1010150167,
Jairo Daniel Mateus Peña, con C.C. No.1003865187,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o de investigación titulado Experiencias De Las Mujeres En Relación Al Proceso De Atención Del Parto: Una Revisión Integrativa presentado y aprobado en el año 2022 como requisito para optar al título de Enfermero;

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.
- 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.

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

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: Ana María Flórez González

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Jairo Daniel Mateus Peña

Firma:



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Experiencias De Las Mujeres En Relación Al Proceso De Atención Del Parto: Una Revisión Integrativa

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Flórez González	Ana María
Mateus Peña	Jairo Daniel

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

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:** 68

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_X_

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

MATERIAL ANEXO:

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

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

inglés

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. Parto Normal | Normal Childbirth |
| 2. Parto Humanizado | Humanized Childbirth |
| 3. Humanización de la Atención | Humanization of Care |
| 4. Violencia Obstétrica | Obstetric Violence |
| 5. Parto Vaginal | Vaginal Delivery |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Introducción: A nivel mundial el parto es reconocido como un proceso fisiológico, que alude a la procreación y al desarrollo entre las sociedades, no obstante, en la actualidad persiste el desconocimiento con relación a la atención adecuada del mismo, denominada como Parto Humanizado.

Objetivo: Caracterizar la evidencia científica relacionada con las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión integrativa de la evidencia existente sobre el Parto Humanizado en seis bases de datos reconocidas: Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus y CINALH. Para la recolección de información se usó el Programa de Lectura Crítica CASPe, con el que se eligieron 32 artículos que cumplieron con los criterios de calidad e inclusión del proyecto, en donde finalmente se realizó el análisis temático y de contenido de los datos a través del paso a paso conocido como Etapas de Revisión.



Resultados: Se incluyeron un total de 28 artículos, y surgieron 6 unidades temáticas: Microagresiones y macro-impactos en las mujeres: realidades de un parto entre el dolor y el miedo; Actuar con respeto: construcción simbólica del parto como proceso natural; Silenciar, callar y soportar; Mi parto, mi elección; Haciendo visible lo invisible: maltrato, discriminación y normalización de la violencia durante el parto y; El rito de parir: plenitud, satisfacción y respeto a la dignidad de la mujer.

Conclusiones: Las experiencias de las mujeres durante la atención del parto alrededor del mundo, demuestra una cantidad sustanciosa de experiencias positivas y negativas que está permeado por el contexto cultural en el que se desenvuelve, el modelo biomédico y el modelo tradicional, produciendo impactos que conservarán por el resto de la vidas; por lo que es necesario educar a la sociedad, en especial a las mujeres, quienes han sido violentadas, y poder conocer la realidad en los diferentes servicios de la salud respecto a la atención de mujeres en labor de parto y así poder garantizar sus derechos.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Introduction: Worldwide, childbirth is recognized as a physiological process, which alludes to procreation and development among societies, however, at present, ignorance persists in relation to its adequate care, called Humanized Childbirth.

Objective: Characterize the scientific evidence related to the experiences of women during vaginal delivery care.

Materials and methods: An integrative review of the existing evidence on Humanized Childbirth was carried out in six recognized databases: Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus and CINALH. For the collection of information, the CASPe Critical Reading Program was used, with which 32 articles were chosen that met the quality and inclusion criteria of the project, where finally the thematic and content analysis of the data was carried out through the step by step known as Review Stages.

Results: A total of 28 articles were included, and 6 thematic units emerged: Micro-aggressions and macro-impacts in women: realities of a birth between pain and fear; Acting with respect: symbolic construction of childbirth as a natural process; Silence, shut up and endure; My birth, my choice; Making the invisible visible: abuse, discrimination and normalization of violence during childbirth and; The rite of giving birth: fullness, satisfaction and respect for the dignity of women.

Conclusions: The experiences of women during childbirth care around the world demonstrate a substantial amount of positive and negative experiences that is permeated by the cultural context in which it operates, the biomedical model and the traditional model, producing impacts that will be preserved. for the rest of lives; Therefore, it is necessary to educate society, especially women, who have been violated, and to be able to know the reality in the different health services regarding the care of women in labor and thus be able to guarantee their rights.

APROBACION DE LA TESIS

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.



Nombre Presidente Jurado: Alix Yaneth Perdomo

Firma: 

Nombre Jurado: Claudia Andrea Ramírez Perdomo

Firma: 

Nombre Jurado: Juan Camilo Calderón Farfán

Firma: 

EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN AL PROCESO DE
ATENCIÓN DEL PARTO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

ANA MARÍA FLÓREZ GONZÁLEZ
JAIRO DANIEL MATEUS PEÑA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2022

EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN AL PROCESO DE
ATENCIÓN DEL PARTO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

ANA MARÍA FLÓREZ GONZÁLEZ
JAIRO DANIEL MATEUS PEÑA

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
enfermero(a)

Asesora
CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO
Enfermera
Doctora en Enfermería
Magíster en Enfermería
Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2022

NOTA DE ACEPTACIÓN

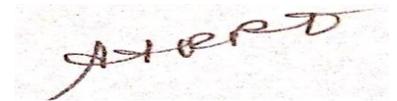
Aprobado

Janeth Padron

Firma del presidente del jurado



Firma del jurado



Firma del jurado

Neiva, 29 de noviembre del 2022.

DEDICATORIA

El presente Proyecto de Investigación está dedicado a nuestras familias, por haber sido un pilar importante a lo largo de nuestra vida y carrera universitaria.

A nuestra querida docente Claudia Andrea Ramírez Perdomo, quien nos acogió desde un inicio y nos encaminó hacia la construcción del pensamiento crítico frente a cada situación de nuestra vida, sin dejar de lado la humanidad y el cuidado, que tanto caracteriza a nuestra profesión.

A todos nuestros amigos y compañeros que estuvieron con nosotros durante esta etapa, aportando a nuestra formación como personas y futuros profesionales de Enfermería.

**Ana María
Jairo Daniel**

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y hermanos, por habernos acompañado día a día en este proceso y darnos la oportunidad de formarnos bajo el seno del amor y la paciencia, reflejados en ese apoyo incondicional durante todo este tiempo.

De manera especial, a nuestra asesora Claudia Andrea Ramírez Perdomo, quien nos guio en el desarrollo de este proyecto, dejando en nosotros muestras incalculables de cariño y pasión por Enfermería.

Agradecemos a los docentes de la Universidad Surcolombiana, por habernos acogido en nuestra formación académica y compartir con nosotros todos esos saberes y enseñanzas.

De igual modo, agradecerle a la Universidad Surcolombiana por su apoyo e interés en formarnos como enfermeros en investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	17
2.1. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVO	19
3.1. OBJETIVO GENERAL	19
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. MARCO TEÓRICO	20
4.1. PARTO NORMAL	20
4.2. HUMANIZACIÓN EN LA ATENCION	20
4.3. PARTO HUMANIZADO	21
4.4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA (VO)	22
4.5. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	22
5. DISEÑO METODOLÓGICO	24
5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	24
5.2. BÚSQUEDA DE LITERATURA	24
5.3. EVALUACIÓN DE LOS DATOS	26
5.3.1. Criterios de Inclusión	26
5.3.2. Criterios de exclusión	27
5.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS	27
5.5. PRESENTACIÓN.	28
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
7. RESULTADOS	30

7.1.	HALLAZGOS DE LA BÚSQUEDA INTEGRATIVA	30
7.2.	EVALUACIÓN DE LOS DATOS	30
7.3.	ANÁLISIS Y DISCUSION	39
7.3.1.	Microagresiones Y Macroimpactos En Las Mujeres: Realidades De Un Parto Entre El Dolor Y El Miedo	39
7.3.2.	Actuar Con Respeto: Construcción Simbólica Del Parto Como Proceso Natural	41
7.3.3.	Silenciar, Callar Y Soportar	43
7.3.4.	Mi Parto, Mi Elección	45
7.3.5.	Haciendo Visible Lo Invisible: Maltrato, Discriminación Y Normalización De La Violencia Durante El Parto	47
7.3.6.	El Rito De Parir: Plenitud, Satisfacción Y Respeto A La Dignidad De La Mujer	48
8.	CONCLUSIONES	51
9.	CRONOGRAMA	52
10.	IMPACTO	53
11.	PRESUPUESTO	54
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
	ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

tabla 1.	Bases De Datos Empleadas En La Revisión Integrativa	pág. 24
Tabla 2.	Hallazgos De Búsqueda Integrativa Por Bases De Datos	30
Tabla 3.	Artículos Producto De La Aplicación De Criterios De Inclusión Y Exclusión	31
Tabla 4.	Artículos Que Aprobaron Los Tres Pasos	31
Tabla 5.	Sinopsis De La Rejilla Bibliográfica. Elaboración Propia	33

LISTA DE ILUSTRACIONES

ilustración 1.	Búsqueda Y Evaluación De Los Datos Obtenidos En La Revisión Integrativa	pág. 32
----------------	---	------------

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumento Caspe	64
Anexo B. Acuerdo De Confidencialidad De Jairo Daniel Mateus Peña	67
Anexo C. Acuerdo De Confidencialidad De Ana María Flórez González	68

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial el parto es reconocido como un proceso fisiológico, que alude a la procreación y al desarrollo entre las sociedades, no obstante, en la actualidad persiste el desconocimiento con relación a la atención adecuada del mismo, denominada como Parto Humanizado.

Objetivo: Caracterizar la evidencia científica relacionada con las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión integrativa de la evidencia existente sobre el Parto Humanizado en seis bases de datos reconocidas: Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus y CINALH. Para la recolección de información se usó el Programa de Lectura Crítica CASPe, con el que se eligieron 32 artículos que cumplieron con los criterios de calidad e inclusión del proyecto, en donde finalmente se realizó el análisis temático y de contenido de los datos a través del paso a paso conocido como Etapas de Revisión.

Resultados: Se incluyeron un total de 28 artículos, y surgieron 6 unidades temáticas: Microagresiones y macro-impactos en las mujeres: realidades de un parto entre el dolor y el miedo; Actuar con respeto: construcción simbólica del parto como proceso natural; Silenciar, callar y soportar; Mi parto, mi elección; Haciendo visible lo invisible: maltrato, discriminación y normalización de la violencia durante el parto y; El rito de parir: plenitud, satisfacción y respeto a la dignidad de la mujer.

Conclusiones: Las experiencias de las mujeres durante la atención del parto alrededor del mundo, demuestra una cantidad sustanciosa de experiencias positivas y negativas que está permeado por el contexto cultural en el que se desenvuelve, el modelo biomédico y el modelo tradicional, produciendo impactos que conservarán por el resto de la vidas; por lo que es necesario educar a la sociedad, en especial a las mujeres, quienes han sido violentadas, y poder conocer la realidad en los diferentes servicios de la salud respecto a la atención de mujeres en labor de parto y así poder garantizar sus derechos.

Palabras claves: Parto Normal, Parto Humanizado, Humanización de la Atención, Violencia Obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, childbirth is recognized as a physiological process, which alludes to procreation and development among societies, however, at present, ignorance persists in relation to its adequate care, called Humanized Childbirth.

Objective: Characterize the scientific evidence related to the experiences of women during vaginal delivery care.

Materials and methods: An integrative review of the existing evidence on Humanized Childbirth was carried out in six recognized databases: Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus and CINALH. For the collection of information, the CASPe Critical Reading Program was used, with which 32 articles were chosen that met the quality and inclusion criteria of the project, where finally the thematic and content analysis of the data was carried out through the step by step known as Review Stages.

Results: A total of 28 articles were included, and 6 thematic units emerged: Micro-aggressions and macro-impacts in women: realities of a birth between pain and fear; Acting with respect: symbolic construction of childbirth as a natural process; Silence, shut up and endure; My birth, my choice; Making the invisible visible: abuse, discrimination and normalization of violence during childbirth and; The rite of giving birth: fullness, satisfaction and respect for the dignity of women.

Conclusions: The experiences of women during childbirth care around the world demonstrate a substantial amount of positive and negative experiences that is permeated by the cultural context in which it operates, the biomedical model and the traditional model, producing impacts that will be preserved. for the rest of lives; Therefore, it is necessary to educate society, especially women, who have been violated, and to be able to know the reality in the different health services regarding the care of women in labor and thus be able to guarantee their rights.

Keywords: Normal Childbirth, Humanized Childbirth, Humanization of Care, Obstetric Violence.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el parto es reconocido como un proceso fisiológico, que alude a la procreación y al desarrollo entre las sociedades, no obstante, poco se ha hablado sobre la atención adecuada del mismo, lo que en otras palabras se conoce como Parto Humanizado.

Por tanto, en este proyecto se ve reflejada la importancia del Parto Humanizado, reconociendo la realidad actual en donde todavía existe un conocimiento deficiente tanto en el profesional de la salud como en la sociedad, de manera que fue vital hacer una recolección de información, empleando las siguientes palabras clave: *“Parto Normal”, “Parto Humanizado”, “Humanización de la Atención”, “Violencia Obstétrica”*, previamente revisadas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (1). Asimismo, se realiza la evaluación y posteriormente análisis de los datos, logrando elaborar una síntesis y caracterización de la evidencia acerca del Parto Humanizado. Su ejecución fue de forma sistemática, empleando el Programa de Lectura Crítica CASPe (2), garantizando referencias de calidad.

Por consiguiente, su impacto será generar conciencia alrededor del Parto Humanizado, promoviendo en las mujeres en labor de parto la autonomía para la toma de decisiones, el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, encaminada hacia la construcción de modelos de atención exitosos y de calidad, donde las familias y la sociedad reconozcan la necesidad de vinculación al proceso y también ayuden a trascender la información.

Igualmente, favorecerá al empoderamiento de las mujeres en labor de parto, para que se disminuya la presentación de violencia obstétrica en los servicios de atención de salud por parte de los profesionales que le atienden en este proceso de vulnerabilidad y de completa naturalidad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido al parto normal como uno de inicio inesperado, pero sin complicaciones, que durante el período de embarazo fue catalogado de bajo riesgo, con un niño en posición cefálica dentro de las 37 a 42 semanas, y que posterior a su expulsión y de la placenta, el binomio madre e hijo se encuentran en condiciones buenas generales (3,4).

Ahora bien, al parto normal también se le conoce como “parto natural” o “parto vaginal”, el cual la comunidad científica lo enmarca como un “parto sin intervención médica, que usualmente involucra técnicas de relajación” (5), esto quiere decir que el parto será asistido por personal médico o no, pero su función no será a modo de instaurar medidas terapéuticas, como es el caso de analgesia, anestesia, uso de oxitocina, episiotomía, cesárea, dejando que su parto transcurra de forma natural. Mientras que, la literatura no científica, lo define como un suceso íntimo con el acompañamiento de familia cercana y en algunos casos por parteras no certificadas (doulas), para así favorecer la conexión y el vínculo entre madre e hijo (a), e inclusive la misma lactancia materna. En este último, no se realizan intervenciones médicas, puesto que se consideran nocivas e innecesarias. No obstante, en cualquiera de los dos casos, ambas definiciones, aunque cortas, son completamente válidas, y buscan que los vinculados a este proceso tengan la oportunidad de construir sus propias definiciones a partir de sus creencias sobre cómo debería ser y qué es el parto natural.

Y es que, aunque lo natural y médico tenga sus diferencias, también mantienen unas ventajas y desventajas. Concretamente, no es posible afirmar que lo natural será enteramente bueno, y que las técnicas terapéuticas ofrecidas durante el acto médico son de carácter malévolo, yendo en contra de la dignidad e intimidad del binomio; sino que más allá, se hace indispensable comprender la misma individualidad de los involucrados, partiendo de que cada situación y parto es único e irrepetible, alterado por factores esperados y no esperados, positiva o negativamente.

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, conocido por sus siglas DANE, la información sobre las estadísticas vitales de nacimiento y defunciones, en el año 2020 se registraron 620.346 nacimientos, por lo que se puede concluir que ocurren aproximadamente 1.699 nacimientos diarios en el país. Del mismo modo, el DANE menciona que, para el departamento del Huila, las estadísticas de natalidad en el año 2020 fueron de 16.780 nacimientos, lo que en otras palabras significa que se registran aproximadamente 46 nacimientos diarios. Mientras que, para la capital del departamento; Neiva, el DANE a través de sus estadísticas vitales de nacimiento y defunciones registra 5.160 nacimientos, por lo que podemos deducir que aproximadamente suceden 14 nacimientos diarios (6).

Por otro lado, el parto humanizado es aquel que transcurre en condiciones normales, considerando opiniones y satisfaciendo las necesidades de la mujer y sus familiares que le acompañan durante el parto y puerperio, haciendo que esto sea una experiencia sumamente placentera, positiva e inolvidable para la mujer, en donde prevalece la dignidad humana como materna (3). Siendo así, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar el cuidado integral por medio de sus acciones para el bienestar del binomio madre e hijo(a), respetando su derecho a la autonomía y su contexto sociocultural, evitando acciones médicas y farmacológicas que no son necesarias durante el parto, dando pie al desarrollo de acciones terapéuticas adecuadas y según las necesidades propias de cada binomio. En relación al parto humanizado, “cuando se habla de humanización lleva inmerso un atributo de que los seres humanos son únicos e irrepetibles, por lo tanto, se deben tener en cuenta las particularidades para la atención. Desde esta perspectiva, todo personal de la salud debe abordar a las personas, con un concepto holístico, como seres integrales, y una visión humanista” (7).

Conforme a lo anterior, la práctica basada en la evidencia pone al descubierto que el uso inapropiado y/o desmesurado de estos procedimientos y tecnologías durante el parto, lejos de garantizar la seguridad, ocasiona iatrogenia, aumentando la proporción de cesáreas e instrumentación del parto, lo que finalmente termina convirtiéndose en un obstáculo para que se constituya un buen vínculo madre e hijo (8) y la evidencia demuestra algo que existe y es conocido como violencia obstétrica.

Esta se refiere a todo tipo de situaciones que promueven el maltrato físico y verbal por parte del personal de salud a la materna, los consentimientos médicos no autorizados por la usuaria, poco profesionalismo por faltar al respeto y violar la intimidad de la usuaria, el rechazo a atenderla en algún centro de salud y muy relacionado también, es retener al binomio madre e hijo por no haber saldado cuentas e impedirles salir de la institución (9). Del mismo modo, se puede afirmar que este tipo de violencia está dada y tiene un trasfondo de violencia de género y también por una violencia de tipo institucional en salud, la cual se dirige a personas que fueron atendidas en instituciones y sistemas públicos, recibiendo cualquier tipo de expresión del abuso, limitando e insatisfaciendo las necesidades de la gestante y su familia, generando una total inconformidad con el servicio y la atención prestada durante el parto y puerperio (9).

Algunos de los eventos con los que la violencia obstétrica se encuentra íntimamente relacionada son procedimientos que, no siendo necesarios, se realizan, como la misma cesárea (no habiendo cumplido las condiciones para su requerimiento), la episiotomía e incluso el uso de fórceps para la expulsión del bebé, indicados muchas veces sin cumplir con los requisitos necesarios para su uso y en su lugar, incrementan el riesgo para la madre y el bebé lo que termina poniendo en peligro el bienestar de la madre e hijo, sin necesidad alguna (10), terminando en situaciones precarias y dolorosas, en lugar de hacer de esta una experiencia con respeto (11).

La OMS insiste en que el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto, pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos (12) de modo que, el equipo de salud tiene que ser integral, aún más conociendo que las maternas se encuentran en un estado de vulnerabilidad causado por su condición biológica y social.

Para evitar este tipo de situaciones que ponen en riesgo el binomio madre e hijo, la OMS realizó recomendaciones, encaminadas a los cuidados humanizados que debe brindar el equipo de salud encargado de atender el parto, incluyéndose: Cuidados de profesionales y acompañantes, atención individualizada por el personal de Enfermería, aplicando diversas posiciones a lo largo del trabajo de parto, buscando la comodidad de la gestante evitando que la litotomía sea la única opción, abordar el dolor y la analgesia de acuerdo a las necesidades propias, incluyendo alternativas para el manejo del dolor como son el caso de los masajes o uso de pelotas kinésicas (4), asegurando que el equipo de salud que atiende la labor de parto brinde una atención integral y humanizada. En Colombia para asegurar la atención humana en el parto se incluye la ley 2244 del 2022 que se denomina la “Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado”. (13)

Por consiguiente, el presente proyecto de investigación tiene la intención de registrar una revisión integrativa, en busca de toda la evidencia disponible que complementa los vacíos de información ante la falta de estudios en torno al tema, para así obtener una definición global del parto humanizado y todo lo que le concierne, para que de acuerdo a ello, el profesional de la salud oriente sus acciones a brindar una atención integral, encaminada hacia la construcción de modelos de atención exitosos y de calidad, promovidos y divulgados por las mismas maternas y la población en general. Esto permite aumentar el nivel de conocimiento de las familias con relación al parto, para que puedan estar en la capacidad plena de poder decidir y abordar la situación, de acuerdo al bienestar del binomio madre e hijo(a); mientras se disminuye la presentación de violencia obstétrica y en su lugar, se crean experiencias satisfactorias y placenteras (14), que perdurarán por el resto de sus vidas, y seguramente influyan de forma positiva en la sociedad.

1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la evidencia científica disponible relacionada con las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal, reportada en el período comprendido entre 2010-2020?

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el parto humanizado no ha sido tan explorado pese a los esfuerzos de la comunidad científica, ni mucho menos compartido y divulgado a la sociedad, demostrando una clara falta de evidencia en torno al mismo, puesto que lo poco que se encuentra aún no representa una realidad del día a día. De manera que, se tiene la intención de registrar una revisión integrativa para obtener una definición global de parto humanizado y aspectos relacionados; dada la información, el personal de salud se muestre en la disposición de conocer y proporcionar una atención íntegra, dirigida hacia la construcción de modelos de atención exitosos y de calidad, promovidos por las mismas maternas e incluso por la población en general.

Además, la construcción de estos modelos de atención exitosos y de calidad serán de gran novedad, puesto que permitirá aumentar el nivel de conocimiento de las familias con relación al parto, para que así puedan desarrollar la capacidad plena de poder decidir y abordar la situación, valorando siempre al bienestar del binomio madre e hijo(a); por lo tanto, conducirá a disminuir la presentación de violencia obstétrica. Asimismo, hará posible que se instauren experiencias satisfactorias y placenteras en todos los servicios de atención, que, sin duda, serán de gran impacto positivo en la sociedad.

Debido a que la mujer ha desempeñado un rol muy importante a lo largo de la historia, aunque poco reconocido debido a que siempre ha sido dependiente de su esposo, pero es ella quien tiene un papel esencial en cuanto al labor de parto siendo la protagonista en este proceso.

Aun así, la mujer en su proceso de parto no siempre es consciente de todo lo que sucede, porque no se le ha suministrado la suficiente educación relacionada con la dignidad y valor que tiene como persona, y llegado el momento de su proceso de parto, no sabe, ni conoce cuáles son los límites permisibles, e incluso desconoce el tratamiento a recibir, sino que simplemente espera y se convierte en objeto de malos tratos, de procedimientos muchas veces innecesarios que terminan afectando su calidad de vida y la de su bebé; inclusive de decisiones que no fueron previamente consultadas con ella, y más aún en un proceso de suma vulnerabilidad como este, en el que se acude a profesionales y se expone a sí misma en medio de sus inseguridades, de su dolor, de su miedo y ansiedad por lo que depara para ella y su hijo(a), el futuro.

Por consiguiente, es fundamental que los servicios de salud encargados de la atención del parto en materia de humanización, reconozcan el proceso de parto como único e irrepitable, por ende, el profesional de salud tiene la responsabilidad

y el compromiso de brindar un parto humanizado, proporcionar información apropiada, ofrecer un buen trato, que haya respeto a la dignidad e intimidad, así como comprensión de su estado de vulnerabilidad, llevándolos a adoptar acciones como permitir el acompañamiento de la familia, satisfacer sus necesidades siempre desde que la situación de salud lo permita. Asimismo, antes de cada procedimiento se debe brindar información y solicitar la firma del consentimiento informado por parte de la madre, además, en los servicios de obstetricia se debe mantener una capacitación constante del talento humano en salud en los procesos de humanización del cuidado a la gestante con el fin de brindar atención integral y de calidad que con el tiempo modifiquen los modelos y rutas de atención en salud para influir positivamente en la experiencia del parto.

Lo anterior mencionado, permite reconocer a este tipo de proyecto como un tema de interés para la sociedad, puesto que es indispensable producir cambios en el personal de salud, la mujer en labor de parto y la sociedad. Además, posibilita la atribución de características como pertinencia, viabilidad y factibilidad al proyecto, porque, en primer lugar, refleja un problema prioritario y de interés en salud pública, puesto que la humanización en la atención en salud es fundamental para ofrecer un servicio de calidad, y sobre todo hablando de la labor de parto, en donde toda una familia y la sociedad, están vinculadas a este proceso, siendo afectada directamente por cómo se puedan desarrollar la situación. En segundo lugar, debido a la falta de exploración del tema, representa una oportunidad excelente para el mejoramiento de los servicios de atención en salud, por tener en cuenta a la humanización en cada uno de los procesos como un aspecto relevante, que condiciona no solo la percepción de los pacientes, sino el mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida.

3. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Consolidar la evidencia científica relacionada con las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar en la literatura las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal y los diferentes métodos de investigación empleados en su abordaje.
- Recolectar artículos científicos pertinentes, viables y factibles a través de la aplicación sistemática de filtros, para su posterior análisis y síntesis.
- Analizar los resultados de los artículos evaluados, derivados de la búsqueda de la literatura.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PARTO NORMAL

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E.) contempla el Parto Normal como *“el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”* (15). En este sentido, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia también califica el Parto Normal como el trabajo de parto de una gestante durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina (16).

Tres teorías contemporáneas generales describen el inicio del trabajo de parto. Visto de manera simplista, el primero es la pérdida funcional de los factores de mantenimiento del embarazo. El segundo se centra en la síntesis de factores que inducen el parto. El tercero sugiere que el feto maduro es la fuente de la señal inicial para el inicio del parto (17).

4.2. HUMANIZACIÓN EN LA ATENCION

La humanización es un asunto de carácter ético, relacionado intrínsecamente con el área de la salud, puesto que existen valores que llevan a un diseño de programas, de políticas públicas, de cuidados, entre otras medidas, concomitante con la dignidad humana (18). Otra definición más precisa de humanización es que *“consiste en proporcionar cuidador a la persona de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores”* (19).

Ahora, desde la visión de Enfermería la humanización juega un papel fundamental en la atención en salud, y ésta se ve reflejada en el desarrollo de teorías como la de Jean Watson, Madeleine Leininger y Marie Françoise Collière. Con Watson, dice que la humanización es la razón moral de Enfermería y por la cual el proceso de cuidar es interconectado, en donde hay una relación enfermera-paciente, permitiendo que se base en la reciprocidad, requiriendo que la enfermera tenga capacidades teórico científicas, pero también de tipo humanitario y moral, para que integre todas estas facetas al momento de ofrecer cuidados humanos. Por otro lado, Leininger aplicó la humanización a nivel transcultural, reconociendo al cuidado como un medio para la supervivencia de los seres humanos, haciéndolo universal pero donde cada cultura le hace algún tipo de distinción, de modificación, aportándole un sentido único. Leininger también menciona que el cuidado hoy día se reduce a lo biológico, pero si se mira desde la vista ancestral, primero se mira al sujeto que, a la propia enfermedad, sin dejar de lado su humanidad, su visión

holística e integral (20). Finalmente, Collière definió a cuidado como una acción que asegure y establezca la vida, mientras que también hay una satisfacción de las necesidades, que dependen de cada situación y condición en particular, lo que promueve hábitos de vida propios (21).

4.3. PARTO HUMANIZADO

El parto humanizado es definido como la atención integral que se le ha de proporcionar a la mujer y su familia, durante el proceso de parto, en razón de entender a la mujer como sujeto de cuidado, con dignidad, permitiéndole participar activamente en la toma de decisiones, en la satisfacción de sus necesidades individuales, mientras que también existen acciones ejecutadas por un personal de salud capacitado, que vea al parto como un suceso natural, fisiológico y humano. Dicho esto, el parto humanizado necesita que todas las intervenciones estén dirigidas hacia el bien de la mujer, incluyendo un acceso seguro y acogedor al parto, con respeto a sus necesidades de todo tipo, como las espirituales, emocionales, psicológicas, biológicas y sociales (4). Por tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera una prioridad al cuidado materno, que se debe de tratar con estrategias y actividades que propicien resultados del embarazo y parto satisfactorios(22).

Mucho se ha discutido sobre las formas de calificar la atención obstétrica y el foco ha sido el énfasis y la reanudación del protagonismo femenino/familiar en el parto, con visibilización y densificación de las evidencias científicas sobre los daños y violaciones en el contexto del trabajo de parto y del parto. Además, el horizonte ha sido difundir la pre supuestos de un cuidado humanizado durante el trabajo de parto, y la necesidad de no restringir el parto a un “proceso biológico”, sino como un “acontecimiento humano” (23)

La humanización en la atención en la labor de parto comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, el cual es deber de las unidades de salud recibir con dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como seres humanos reconociendo sus derechos. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que, aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos (24). Esto sin duda, influye en el hecho de parir a un bebé sano, en medio de un ambiente propicio, de confianza, traducido en seguridad y tranquilidad, visto desde la perspectiva medioambiental, psicológica y emocional, contando con apoyo emocional y práctico de manera continua y oportuna(22).

La atención humanizada del parto, reconoce que es necesaria una comprensión más amplia del parto, respetando su proceso fisiológico y cultural, para ofrecer más apoyo emocional a la mujer y su familia que intervenciones técnicas(25), y por

supuesto, requiere que el profesional de salud, en especial de Enfermería, esté en la capacidad de estar emocionalmente presente y se involucre para dar un cuidado cercano, promoviendo la dignidad, autonomía y el libre desarrollo de sus creencias frente a un proceso con un peso tan grande de significados(22).

4.4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA (VO)

Asimismo, a las mujeres se les ha reconocido el derecho a obtener un mayor nivel de cuidados en salud, con altos estándares de calidad, garantizándoles el acceso a una atención digna y bajo el respeto durante su proceso de embarazo y labor de parto, incluye también el derecho a no ser sujetos de discriminación ni de violencia en ninguna de sus presentaciones (12).

La violencia, sea del orden físico, emocional o simbólica, es productora de alto grado de sufrimiento siendo, a veces, presentada de una manera tan sutil que es difícil verla y, por lo tanto, dar mayor realce a este tema (26). En este contexto, la violencia obstétrica incluye cualquier acción que produce efectos negativos de carácter físico y psicológico durante el proceso de parto natural. La mayoría de las veces, su materialización se produce a través de un tratamiento deshumanizado que surge de profesionales de la salud, es apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado de la ONU, en un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales (26).

La violencia obstétrica es un término utilizado como referencia para aquellas intervenciones médicas innecesarias durante el proceso del parto, a menudo rutinarias, que en muchas ocasiones se realizan sin proporcionar información suficiente a las mujeres ni solicitarles el consentimiento (27).

La violencia obstétrica comprende cualquier tipo de violencia que se produzca durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluida la atención del aborto. (28) Los comentarios discriminatorios, los procedimientos sin consentimiento, las burlas, risas, imposición del personal de salud hacia la madre en labor de parto representan algunas de las formas de violencia obstétrica.

4.5. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. La atención integral, la cual involucra la colaboración de muchos profesionales.

El abordaje integral de la mujer teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual

y reproductiva desde un enfoque de derechos, implica el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y postparto, sino que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permita sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos (29).

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de las gestantes, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal. Esta ruta está centrada en las mujeres embarazadas, su gestación, su familia y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas individuales, apuntando a una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se rige bajo un diseño metodológico conocido como revisión integrativa, cuyo propósito principal es caracterizar la evidencia científica relacionada con las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal y para el cual, fue fundamental establecer estrategias para aportarle mayor seriedad a la revisión integrativa.

En base a Cooper(30,31), se estimó un paso a paso, denominado como Etapas de revisión:

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Ante la falta de estudios de investigación que caractericen la evidencia científica sobre el parto humanizado, se convierte por completo en un tema de interés, puesto que es necesario registrar una revisión integrativa en busca de la evidencia disponible, consolidarla y poder obtener una definición global del parto humanizado, que beneficie tanto al profesional de la salud que se encarga de preparar y atender a las madres y sus familias durante la labor de parto; sin dejar de lado a las usuarias y sus familiares podrán aumentar su nivel de conocimiento frente al tema, haciendo que sean más conscientes de sus palabras y puedan ejercer acciones acordes al bienestar del binomio madre e hijo(a).

5.2. BÚSQUEDA DE LITERATURA

Es fundamental instaurar una estrategia sensata a la hora de realizar una búsqueda de literatura, y no dar lugar a búsquedas incompletas, que tendrán un impacto negativo en la base de datos, su evaluación y su posterior análisis. Por tanto, se identificaron seis bases bibliográficas, incluyendo de acceso libre y las que tienen convenio con la Universidad Surcolombiana, todos los estudios encontrados en la búsqueda de literatura van a ser almacenados en un disco duro en un formato de rejilla de fichas bibliográficas.

Tabla 1. Bases de datos empleadas en la Revisión Integrativa

<u>Bases de datos de Acceso Libre</u>
Cochrane: https://www.cochranelibrary.com/ PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
<u>Bases de datos en Convenio con la Universidad Surcolombiana</u>
Science Direct: Disponible en https://www.sciencedirect.com/ Springer: Disponible en https://www.springer.com/la Scopus: Disponible en https://www.scopus.com/home.uri

CINAHL: Disponible en <https://www.ebsco.com/es/productos/bases-de-datos/cinahl-complete>

En dichas bases de datos, se emplearán las siguientes palabras claves: “*Parto Normal*”, “*Parto Humanizado*”, “*Humanización de la Atención*”, “*Violencia Obstétrica*”.

Descriptor en portugués	Parto Normal
Descriptor en inglés	Natural Childbirth
Descriptor en español	Parto Normal
Definición en español	Trabajo de parto y parto sin intervención médica, generalmente involucrando TERAPIA DE RELAJACIÓN.

Descriptor en portugués	Parto Humanizado
Descriptor en inglés	Humanizing Delivery
Descriptor en español	Parto Humanizado
Definición en español	El Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento fue instituido por el Ministerio de Salud de Brasil a través de la Portaria /GM n. 569, del 1/6/2000, con bases en los análisis de las necesidades de atención específica a la gestante, al recién nacido y a la madre en el periodo posparto. El objetivo primordial del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN) es asegurar la mejoría del acceso, de la cobertura y de la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía. La humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero dice respecto a la convicción de que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los profesionales de salud y la organización de la institución de modo a crear un ambiente agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son benéficos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas desnecesarias, que, aunque tradicionalmente realizadas no benefician la

	mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos.
--	--

Descriptor en portugués	Humanização da Assistência
Descriptor en inglés	Humanization of Assistance
Descriptor en español	Humanización de la Atención
Definición en español	Tipo de asistencia que se supone que el tratamiento es más efectivo cuando el paciente sea escuchado y respetado por los profesionales de la salud. También es necesario humanizar las condiciones de trabajo de estos profesionales.

Descriptor en portugués	Violência Obstétrica
Descriptor en inglés	Obstetric Violence
Descriptor en español	Violencia Obstétrica
Definición en español	La violencia obstétrica incluye cualquier acción que produce efectos negativos de carácter físico y psicológico durante el proceso de parto natural, como es el caso del tratamiento deshumanizado, apropiación del cuerpo, procesos reproductivos de las mujeres por parte del profesional de la salud, comentarios discriminatorios e imposición (19). Del mismo modo, este término es usado para hacer referencia a las intervenciones médicas innecesarias durante el proceso del parto, a menudo rutinarias, que en muchas ocasiones se realizan sin proporcionar información suficiente a las mujeres ni solicitarles el consentimiento (20).

5.3. EVALUACIÓN DE LOS DATOS

La información obtenida a partir de la búsqueda de la literatura será evaluada a través de los siguientes criterios de inclusión y de exclusión, y así seleccionar únicamente a aquellos que contribuyen a la revisión integrativa:

5.3.1. Criterios de Inclusión:

- Estudios realizados desde el 2010 hasta el 2020.
- Documentos que manejen un enfoque cualitativo.
- Documentos en español, inglés y portugués.

- Artículos derivados de la investigación.

5.3.2. Criterios de exclusión:

- Documentos que mencionen partos por cesárea.
- Literatura gris.
- Cartas al editor, conferencias, ensayos, artículos de reflexión.

Posteriormente, los artículos que pasen los criterios de inclusión y exclusión van a ser traducidos por la página Online Doc. Translator (<https://www.onlinedoctranslator.com/es/translationform>) se aplica el instrumento del Programa de Lectura Crítica CASPe (Anexo A), con el cual se hará un análisis crítico de la evidencia, gracias a su estructuración organizada por las secciones de validez, resultados y aplicabilidad de cada uno de los estudios que cumplan con los criterios anteriormente expuestos. Dicho instrumento está compuesto por 10 preguntas, en donde las 2 primeras son de eliminación y las 8 preguntas restantes son de detalle de la información. Para la aprobación de los artículos, es fundamental que la puntuación del instrumento sea igual o mayor a 8 puntos; si no es así, queda completamente descartado del estudio.

5.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Dada la obtención de datos previamente filtrados por los criterios de inclusión y exclusión, asegurando su calidad, la información procederá a ser ordenada, codificada y categorizada de manera manual organizándola para que posteriormente sea resumida en una conclusión unificada y compuesta, que brinde la solución frente al problema de investigación.

Para cumplir y dar respuesta al problema objeto de estudio, se hará en función de un método de análisis de la información cualitativa que consiste en una reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, extracción de conclusiones y verificación se emplearán el análisis temático y de contenido (31); puesto que el análisis temático está centrado en examinar temas o patrones de significado dentro de la información obtenida y ayuda a la interpretación del significado teóricamente informado. Este contiene los siguientes pasos son codificar, sintetizar, comparar, sustraer y dar conclusiones de cada una de esas comparaciones y del contenido sobre parto humanizado.

5.5. PRESENTACIÓN.

Las conclusiones de las revisiones integradoras se pueden presentar en forma de tabla o diagrama.

En el proyecto final para mostrar los resultados se van a proporcionar detalles explícitos de fuentes primarias y evidencia que respalde las conclusiones, demostrando una cadena lógica de certeza, permitiéndole al lector de la revisión asegurarse de que las conclusiones fueron producto de una búsqueda de información eficiente por los investigadores, asegurando la fiabilidad y calidad del estudio de investigación.

Idealmente, se presentarán los resultados demostrando la profundidad y amplitud del tema para que se contribuya a una nueva comprensión del parto humanizado; que generen interés en la comunidad en general e impulse la investigación acerca de este tema para mejorar los sistemas de salud, incrementando los conocimientos del profesional de la salud, de las maternas y de las familias. Por último, se indican explícitamente todas las limitaciones metodológicas de la revisión.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN AL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA, se cataloga como investigación sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 (32), debido a que se realiza una investigación retrospectiva, sin necesidad de realizar intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sociológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Análogamente, según la Ley 44 de 1993 y el Decreto 1474 del 2002 (33,34), la revisión integrativa mantiene y reafirma el respeto de toda la propiedad intelectual a través del reconocimiento de los derechos de autor de los estudios de investigación utilizados como fuente primaria, para la obtención y posterior análisis de los datos, en donde el manejo será el de preservar la información adecuadamente, teniendo en cuenta que proviene de artículos científicos de alrededor del mundo con grandes aportes a la investigación. Asimismo, los investigadores del presente estudio realizan un acuerdo de confidencialidad que los compromete a mantener en absoluta reserva los datos obtenidos en la revisión integrativa, utilizándolos únicamente con fines investigativo para el proyecto, considerando la adecuada inserción de citas bibliográficas y fuentes, sin llegar a modificar o alterar los resultados obtenidos.

El reconocimiento al alcance de la investigación de este proyecto, será orientado hacia diferentes campos, mencionados a continuación: Como futuros profesionales sanitarios, específicamente de Enfermería, para conocer y mejorar la prestación de servicios de salud en las mujeres en labor de parto y en la comunidad; por su parte, la sociedad reestablecerá el empoderamiento y adoptará nuevos conocimientos de la mujer, debido a que es ella el objeto de la investigación, con relación al proceso de atención del parto bajo el marco de la humanización de los servicios de salud, siendo sujetos garantes de sus propios derechos; para los profesionales que ya se encuentran ejerciendo, este proyecto les permitirá concientizar acerca de la humanización y la importancia de educar sobre los derechos de salud sexual y reproductiva a las mujeres, niños, niñas, adolescentes y población en general; finalmente a la Universidad Surcolombiana, puesto que obtendrá el reconocimiento público, debido a que la investigación será presentada bajo la plantilla institucional, por ser el apoyo y principal fuente de recursos para la juventud investigadora.

7. RESULTADOS

7.1. HALLAZGOS DE LA BÚSQUEDA INTEGRATIVA

En el proceso de la búsqueda integrativa, se emplearon 6 bases de datos; 2 de acceso público y gratuito, y 4 que se encontraban con convenio vigente de la Universidad Surcolombiana. En todas estas, se navegó haciendo uso de las palabras clave y otros descriptores, que permitieron encontrar los artículos más apropiados y de interés para la Revisión Integrativa, como se muestra a continuación: *"Natural Childbirth" OR "Humanizing Delivery" OR "Violence Obstetric" OR "Humanization of Assistance" AND "Qualitative Research"*.

A continuación, se presenta la Tabla 2, que contiene el número de artículos encontrados en primera instancia, con la aplicación únicamente de los descriptores, y a los cuales se les evalúa posteriormente con otras técnicas e instrumentos otorgados para tal fin.

Tabla 2. Hallazgos de Búsqueda Integrativa por Bases de Datos.

Base de Datos	Número de Artículos
Science Direct	98
PubMed	41
Scopus	58
Springer	44
Cochrane	83
CINAHL	150
Total	414

7.2. EVALUACIÓN DE LOS DATOS

Posterior a la recolección, la evaluación de los artículos consistió en analizar a profundidad cada uno de ellos, con ayuda de tres pasos, para conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad de los artículos producto de la búsqueda y fijar aquellos que debían ser analizados en la revisión integrativa. Seguidamente, aparecen los pasos enumerados y sus descripciones.

- Primer paso: Los 414 artículos obtenidos de la búsqueda, en diferentes idiomas como el inglés, portugués y el español. Posteriormente, se hizo una revisión específicamente de la metodología, ya que esta permite dar cumplimiento a los criterios de inclusión y exclusión, dando un resultado de 196 artículos, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3. Artículos producto de la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

Base de Datos	Número de Artículos
Science Direct	18
PubMed	26
Scopus	50
Springer	31
Cochrane	04
CINAHL	67
Total	196

- Segundo paso: Se procede a aplicar el instrumento de calidad CASPe, permitiendo la valoración por ítems para cada uno de los artículos, por lo que es necesario hacer una lectura individual, y en grupo, verificar el cumplimiento de los ítems, siendo; 1 si cumple, 0 si no cumple y 2 si no se sabe. En caso de encontrar un ítem valorado con 2 puntos, se revisaba nuevamente para poder definir el puntaje entre 1 o 0.

En este instrumento de calidad, la puntuación máxima era de 10 puntos, pero la mínima aprobatoria era de 8 puntos, por lo que, si los artículos contaban con 8 o más puntos, aprobaban satisfactoriamente los requerimientos del estudio. Esto no quiere decir que, los artículos que no aprobaron son sinónimo de falta de calidad, sino que, en el caso de la revisión integrativa, no cumplieron con los criterios mínimos establecidos.

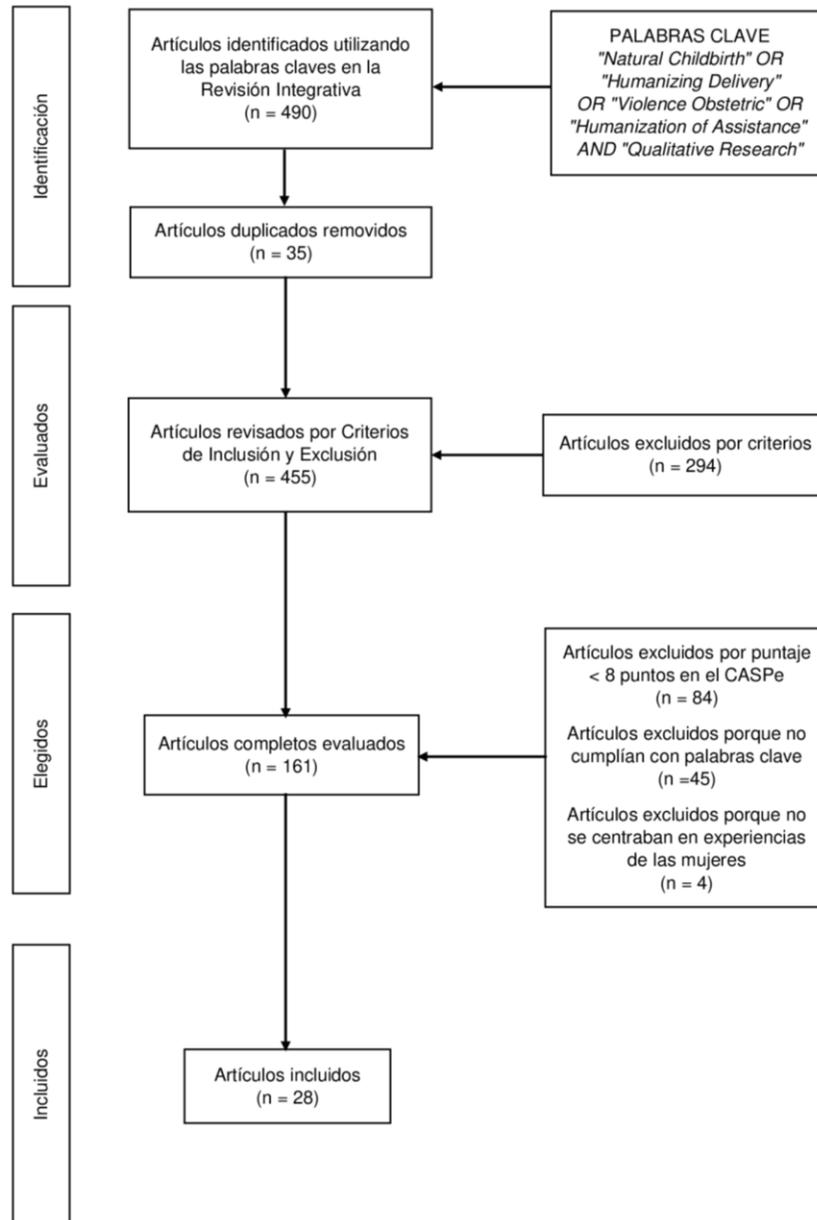
- Tercer paso: Posteriormente, se seleccionaron aquellos artículos que contaran con una o más de las palabras claves de la investigación, sabiendo que serían temas por mencionar en el artículo. Por último, estos artículos fueron trasladados a una rejilla bibliográfica para separarlos por factores como: año, autor(es), objetivo, población, resultado y análisis; permitiendo estudiarlos nuevamente, asegurándose del cumplimiento de los requisitos para pertenecer a la investigación.

Tabla 4. Artículos que aprobaron los tres pasos.

Base de Datos	Número de Artículos
Science Direct	03
PubMed	03
Scopus	05
Springer	02
Cochrane	00
CINAHL	15
Total	28

La anterior información de la evaluación de los datos se resume, en el siguiente flujograma.

Ilustración 1. Búsqueda y Evaluación de los datos obtenidos en la Revisión Integrativa.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Sinopsis de la Rejilla Bibliográfica. Elaboración propia.

Referencia	Objetivos	Resultados	Base de datos	Puntaje CASPe
Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti Jj, Darj E, Et Al. "When Helpers Hurt": Women's and Midwives' Stories of Obstetric Violence in State Health Institutions, Colombo District, Sri Lanka. <i>Bmc Pregnancy Childbirth</i> . 2018;18(1):1–12.	Romper la cultura tradicional del silencio en torno a la violencia obstétrica y llamar la atención sobre las implicaciones resultantes para la calidad de la atención y la confianza del paciente en los centros o proveedores de atención obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> • Puntos de vista de las parteras de salud pública. • Relatos de mujeres sobre violencia obstétrica. • Violencia verbal, emocional y sexual. • Violencia, clase y posición social. • Violencia y embarazo adolescente. • Violencia, idioma y trasfondo cultural. 	Springer	8
Bohren Ma, Hunter Ec, Munthe-Kaas Hm, Souza Jp, Vogel Jp, Gülmezoglu Am. Facilitators and Barriers to Facility-Based Delivery in Low- And Middle-Income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis. <i>Reprod Health</i> . 2014;11(1):1–17.	Proporcionar un marco útil para comprender mejor cómo varios factores influyen en el proceso de toma de decisiones y la ubicación final de la entrega en una instalación o en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones del embarazo y el parto: Influencias tradicionales. • Medicalización del parto. • Influencia del contexto sociocultural y las experiencias de cuidado: Influencia de la atención prenatal. • Experiencias de parto anteriores. • Influencia de otros en el lugar de la entrega. • Facilidad de parto en casa. • Efecto de las políticas. • Disponibilidad de recursos y acceso al transporte. • Costo del parto. • Percepciones de la calidad de la atención. • Estigma. 	Springer	10
Benet M, Escuriet R, Alcaraz-Quevedo M, Ezquerra S, Pla M. The Extent of The Implementation of Reproductive Health Strategies in Catalonia (Spain) (2008-2017). <i>Gac Sanit</i> . 2019;33(5):472–9.	Analizar la implementación de las estrategias de salud reproductiva en las actividades cotidianas de los servicios y la transformación de las prácticas de profesionales y usuarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Calidez en la atención. • Desmedicalización. • Participación de la mujer (y su entorno). 	Science Direct	9
Logsdon K, Smith-Morris C. An Ethnography on Perceptions of Pain in Dutch "Natural" Childbirth. <i>Midwifery</i> . 2017;55(September):67–74.	Este estudio ofrece información sobre cómo las mujeres perciben el dolor del parto y cómo toman decisiones sobre el uso de una epidural durante el parto en el contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Parto "natural" y cómo tener uno. • El dolor y el valor de "Hacerlo por mi cuenta". • Contexto social de la percepción del dolor. 	Science Direct	10

	de baja tecnología del sistema de atención de maternidad de los países bajos			
Happel-Parkins A, Azim Ka. At Pains to Consent: A Narrative Inquiry into Women's Attempts of Natural Childbirth. <i>Women And Birth</i> . 2016;29(4):310–20.	Comprender y contextualizar las experiencias de parto de las madres primerizas que planeaban tener un parto natural (sin intervención médica) en el medio sur de los estados unidos.	<ul style="list-style-type: none"> • La autoeducación prelaboral: Privilegiada, agencial e inadecuada. • Las experiencias de relacionalidad de las mujeres trabajadoras. • La importancia de las historias y las expectativas. • Falsos dilemas y “elección informada”. 	Science Direct	8
Clews C, Church S, Ekberg M. Women and Waterbirth: A Systematic Meta-Synthesis of Qualitative Studies. <i>Women And Birth</i> . 2020;33(6):566–73.	Realizar una revisión de los estudios cualitativos que exploran las experiencias de las mujeres con el parto en el agua. Esta comprensión es pertinente cuando se apoya a las mujeres que dan a luz en el agua.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto y nacimiento en el agua: Experiencias de mujeres. • El conocimiento de las mujeres sobre el parto en el agua. • La percepción de las mujeres sobre el parto fisiológico. • Agua, autonomía y control. • Parto en el agua: facilitando la transición. 	PubMed	10
Merino Cmm, Zapata Lf, Berrio Dpm, Urrea Jda. Dehumanization During Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for In the Medellín Public Network. <i>Investig Y Educ En Enferm</i> . 2018;36(1).	Este trabajo buscó describir los significados construidos en las vivencias de las mujeres con relación al cuidado recibido por el personal de salud en el momento del parto	<ul style="list-style-type: none"> • ¡No llores ni te quejes porque te dejarán sufriendo más! Relatos de vivencias negativas y comportamiento estoico asumido por algunas madres como estrategia de su experiencia frente a los cuidados recibidos. • Espectros de violencia: Percepciones de las madres sobre el trato recibido durante el proceso de parto. 	PubMed	8
Dwekat Imm, Tengku Ismail Ta, Ibrahim Mi, Ghayeb F. Exploring Factors Contributing To Mistreatment Of Women During Childbirth In West Bank, Palestine. <i>Women And Birth</i> . 2021;34(4):344–51.	Explorar las opiniones de las mujeres palestinas y los proveedores de atención médica con respecto a los factores que contribuyen al maltrato de las mujeres durante el parto en las instalaciones de parto en Cisjordania, palestina.	<ul style="list-style-type: none"> • Factores que contribuyen al maltrato de la mujer durante el parto. • Limitación en las salas de parto. • Factores dentro de los proveedores de atención médica. • Las propias mujeres. • Barreras dentro de la comunidad. 	PubMed	9
Oliveira Vj, Penna Cm De M. Oliveira, V. J., & Penna, C. M. De M. (2017). Discussing Obstetric Violence Through The Voices Of Women And Health Professionals. <i>Texto & Contexto - Enfermagem</i> , 26(2), 1–10. https://doi.org/10.1590/0104-	Analizar los discursos de mujeres y profesionales de la salud sobre el cuidado durante el parto, considerando las situaciones vividas y las	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia obstétrica presenciada en los discursos de la matrona. • Hoy todo es violencia obstétrica. • Aquí no tenemos voz. 	Scopus	8

07072017006500015discussing Obstetric Violence Throu. Texto Context - Enferm. 2017;26(2):1-10.	interacciones entre ellos durante el trabajo de parto y el parto			
I Jpv, Souza I De, li S, Rose E, Martins C, Conceição R, Et Al. Episiotomia: Sentimentos Vivenciados Pelas Puérperas. 2016;24(5):1-5.	Conocer los sentimientos y repercusiones vividas por puérperas que fueron sometidas a episiotomía sin conocimiento previo	<ul style="list-style-type: none"> Déficit en esclarecimiento de las mujeres sobre la episiotomía. Repercusión de los sentimientos vividos por la mujer en el puerperio. 	Scopus	8
Soares F, Santos Dr, Souza Pa De, Oliveira Bj De, Matozinhos Fp, Luiza A, Et Al. Os Significados E Sentidos Do Plano De Parto Para As Mulheres Que Participaram Da Exposição Sentidos Do Nascer Meanings Of The Childbirth Plan For Women That Participated In The Meanings Of Childbirth Exhibit Los Significados Y Sentidos Del Plan De Parto Para Las Mujeres Que Participaron En La Exposición Sentidos De Nacer. 2019;35(6):1-11.	Analizar la percepción de las mujeres que tomaron el plan de parto sobre la experiencia del parto, el significado del plan de parto, sus elementos constitutivos y la entrega del plan relacionado con el trabajo de parto y el parto.	<ul style="list-style-type: none"> El plan de parto en la perspectiva de la mujer. 	Scopus	9
Kerber C, Rosane L, Susin O, Gon Bg. Parto De Adolescentes: Elementos Qualitativos Da Assistência. 2012;46(2):287-94.	Conocer lo que las adolescentes entienden por atención adecuada al parto	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de atención. Necesidad de orientación. Necesidad de respeto. 	Scopus	8
Original A. Processo De Gestar E Parir Entre As Mulheres Kaingang 1 Perception Of The Pregnancy And Delivery Process Of. 2013;22(2):293-301.	Identificar el proceso de embarazo y parto entre las mujeres kaingang	<ul style="list-style-type: none"> La forma Kaingang de gestar y dar a luz. El contraste entre lo viejo y lo nuevo: Cómo ven las mujeres Kaingang la hospitalización para el parto. 	Scopus	10
Regiane K, Pinto F. Representations Of Puerperal Women Facing The Assistance Provided To Their Delivery: A Descriptive Study. 19(4)	Comprender las representaciones de las puérperas sobre la asistencia recibida durante el parto.	<ul style="list-style-type: none"> Humanización y satisfacción con el momento de la entrega. Atención humanizada y equipo de apoyo. Ambiente inadecuado y sufrimiento causado por el cuidado durante el parto. Inadecuada estructura, pero atención satisfactoria. Frustración ante la intervención realizada. Falta de respeto y falta de empatía. 	CINAHL	9
Pereira Rodrigues D., Herdy Alves V., Santana Vieira R., Morett Romano Leão Dc., De Paula E., Machado Pimentel M. (2018). A Violencia Obstetrica No Contexto Do Parto E Nascimento. Revista De Enfermagem Ufpe On Line. 2018;12(1):236-46. Disponible En: https://doi.org/10.5205/1981-8963-V12i01a23523p236-246-2018	Analizar las prácticas consideradas violentas en la atención obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> La violencia obstétrica: Tipología, definiciones y legislación. La violencia obstétrica en la percepción del equipo obstétrico. La violencia obstétrica en la percepción de las usuarias. 	CINAHL	10

Thais Cordeiro Xb., Marron De Castro T., Pereira Rogrigues D., Santos Moreira Pg., Da Silva Soares E., Da Silva Viana Ap. (2018). Assistance To Women For The Humanization Of Childbirth And Birt. Revista De Enfermagem Ufpe On Line. 2018;12(2):554-8. Disponible En: https://doi.org/10.5205/1981-8963-V12i2a25368p554-558-2018	Analizar la asistencia a la mujer para la humanización del parto y nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> Humanización tiene como finalidad dotar a la mujer de autonomía y confianza en sí mismo en el trabajo de parto y parto, con el fin de respetar sus derechos. Para que suceda así, el equipo es indispensable, el cual debe brindarle a la mujer una experiencia optimista, sin traumatismos y sin maniobras invasivas. 	CINAHL	8
Lessa Hf, Tyrrell Mar, Alves Vh, Rodrigues Dp. Choosing The Home Planned Childbirth: A Natural And Drug-Free Option. Rev Fun Care Online. 2018 Oct/Dec; 10(4):1118-1122. Disponible En: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.V10i4.1118-1122	Analizar basado en el marco teórico de dorothy smith, la elección de las mujeres por el parto domiciliario planificado como factor de seguridad, así como una cuestión de comodidad de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> El deseo del parto natural: espacio de unión, seguridad y comodidad. 	CINAHL	10
Araújo, B. R.O., Trezza, M. C. S. F., Santos, R. M., Oliveira, L. L. F. & Pinto, L. M. T. R. (2019). Entre Ritos Y Contextos: Resoluciones Y Significados Atribuidos Al Parto Natural Humanizado. Cultura De Los Cuidados (Edición Digital), 23 (54). Recuperado De http://dx.doi.org/10.14198/Cuid.2019.54.18	Conocer las decisiones y significados atribuidos por mujeres de diferentes contextos de salud al parto natural humanizado.	<ul style="list-style-type: none"> Conceso de que el parto natural implica ausencia de intervenciones. Concepciones diversas. 	CINAHL	8
Ribeiro Pereira Mf, De Sousa Rodrigues S, De Sousa Dantas Rodrigues M, Guedes Rodrigues Wf, Guedes Batista M, Sgren Da Costa Andrade S. (2020). Experiences Of Women In The Transfer From Planned Home Birth To Hospital. Rev Rene.2020;21:E43948. Doi: 10.15253/2175-6783.20202143948	Describir las experiencias de las mujeres en el traslado del parto planificado domiciliario al hospital.	<ul style="list-style-type: none"> Factores motivadores para la elección del parto domiciliario planificado. Experiencias positivas sobre la atención intraparto en el hogar. Indicaciones de traslado hospitalario. Sentimientos vividos durante y después del traslado hospitalario. Violencia obstétrica durante la hospitalización. 	CINAHL	9
Scarton J, Alende Prates L, Antunes Wilhelm L, Cruza Da Silva S, Batista Possati A, Bolzan Ilza C, Ressel Lb. (2015). It Was Worth It When I Saw His Face Experiences Of Primiparous Women During Natural Childbirth. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(Spe):143-51. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.Esp.56786 .	Conocer las experiencias de mujeres primerizas con respecto a las prácticas de atención prestadas por los profesionales de enfermería en el parto normal	<ul style="list-style-type: none"> El miedo a no poder dar a luz de forma natural y el ánimo del personal de enfermería. La experiencia del dolor en el parto natural. Apoyo versus distancia. ¿Buena o mala experiencia de parto? "¡Al final valió la pena!". 	CINAHL	9
Gomez Torres D, Martínez Garduño D, Téllez Rojas G, Bernardino E. 2019. Model Maternity With Exclusive Care By Nurses Social Representations. Online Brazilian Journal Of Nursing. 2019;18:4.	Determinar con base en la percepción de las usuarias el tipo de modelo de atención en una maternidad atendida	<ul style="list-style-type: none"> Servicios del modelo. Atención basada en la educación. Parto natural. 	CINAHL	9

	exclusivamente por enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención por personal femenino. • Atención direccionada por la cultura. • Atención al trinomio. • Atención humanizada. • Administrar. 		
Da Silva Rodrigues Tfc, Coutinho Monteschio Lv, Cismer E, Das Necs Decesaro M, Serafim D, Silva Marcon S. 2020. Motivations For Planned Home Birth An Exploratory Descriptive Study. Online Brazilian Journal Of Nursing. 2018;17(2):6-11.	Aprender las motivaciones que llevaron a las parejas a optar por el parto domiciliario planeado.	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo de perder la autonomía en el ambiente hospitalario. • Sentimiento de seguridad en el parto domiciliario. • El apoyo y la valoración del compañero. 	CINAHL	9
Silva Als, Nascimento Er, Coelho Eac. 2015. Nurses Practices To Promote Dignity Participation And Empowerment Of Women In Natural Childbirth. Escola Anna Nery Revista De Enfermagem 2015;19(3):424-431. Doi: 10.5935/1414-8145.20150056.	Conocer las prácticas de atención utilizadas por las enfermeras que participan en los procesos de autonomía, dignidad y participación de las mujeres durante el parto normal.	<ul style="list-style-type: none"> • Actuaciones dignificativas en Enfermería. • Calor • Promover la presencia de un acompañante. • Promover un ambiente de cuidado adecuado. • Proporcionar una sensación de calma y confianza en las mujeres. • Autonomía y participación de las mujeres. • Promoción de relaciones personales libres de coerción. • Habilitar el acceso a la información. • Fomentar la participación de las mujeres. 	CINAHL	8
Marques Carvalho Tp, França Araújo Cl. 2018. Percepcao Das Puerperas De Parto Normal Sobre Violencia Obstetrica. Enfermagem Brasil 2018;17(6):619-26. Doi: https://doi.org/10.33233/Eb.V17i6.2066 .	Analizar la percepción de las puerperas sobre la violencia obstétrica durante el trabajo de parto y parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de las puerperas sobre lo que es la violencia obstétrica. Percepción de la puerpera con relación a la asistencia recibida y la vivencia de la violencia obstétrica.	CINAHL	8
Campos Vs, Morais Ac, Souza Zcsn, Araújo Po. Práticas Convencionales De Parto Y Violencia Obstétrica Desde La Perspectiva De La Puerpera. Rev Baiana Enferm. 2020;34:E35453. Doi: 10.18471/Rbe.V34.35453.	Comprender la experiencia de puerperas con las prácticas convencionales de parto y violencia obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de respeto por la elección de la mujer con respecto al modo de parto. • Prácticas de parto convencionales y violencia obstétrica. Naturalización de la violencia obstétrica.	CINAHL	8
Chattopadhyay S, Mishra A, Jacob S. 2018. Safe Yet Violent Women's Experiences With Obstetric Violence During Hospital Birth In Rural Northeast India. Culture, Health & Sexuality. 2018;20(7):815-829. Doi: 10.1080/13691058.2017.1384572.	Identificar un amplio conjunto de factores que afectan la salud materna (violencia obstétrica).	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos iatrogénicos – Episiotomías como forma de violencia obstétrica. • Trato irrespetuoso, violencia física y verbal y reprimendas. • Koshto – Relatos del dolor como sufrimiento. Sufrimiento por abandono.	CINAHL	9

<p>Silva Fc, Viana Mrp, Amorim Fcm, Veras Jmmf, Santos Rc, Sousa LI. The Knowledge Of Puerperal Women On Obstetric Violence. 2019. Journal Of Nursing Ufpe On Line. 2019; 13:E242100. Doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242100.</p>	<p>Analizar el conocimiento de las mujeres posparto sobre la violencia obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento de las puérperas sobre la violencia obstétrica. • Experiencia de la violencia obstétrica en el parto. • Estrategias para la prevención de la violencia obstétrica. 	<p>CINAHL</p>	<p>9</p>
<p>Nascimento Jp, Mattos Dv De, Matão Mel, Martins Ca, Moraes Pa. 2016. Womam's Empowerment In Planned Childbirth At Home. Journal Of Nursing Ufpe On Line. 2016;10(Suppl.5):4182-7. Doi: 10.5205/Reuol.9284-81146-1-Sm.1005sup201601.</p>	<p>Analizar factores que influyen en las mujeres en la opción por el parto domiciliario planeado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo. • Empoderamiento. 	<p>CINAHL</p>	<p>8</p>

7.3. ANÁLISIS Y DISCUSION

El análisis temático comenzó con los 28 artículos obtenidos, a los cuales se les realizó un análisis de contenido, en el que se hicieron lecturas previas de todo el contenido y se sacaron unidades ricas en significado. A raíz de este proceso, se obtuvieron 567 unidades ricas en significados que se consolidaron en un documento Excel y se fueron agrupando en 16 unidades temáticas, las cuales estuvieron sometidas a una construcción y análisis constante de palabras, y se redujeron a 6, permitiendo la profundización de “significados” en el presente estudio.

7.3.1. Microagresiones Y Macroimpactos En Las Mujeres: Realidades De Un Parto Entre El Dolor Y El Miedo. La sociedad actual, se ha convertido en un medio en el que las formas de agresión se manifiestan en todos los ámbitos y rigen la conducta cotidiana de los seres humanos; cuando anteriormente se limitaba a ciertas esferas de la colectividad. De esto, se desprende la transformación de comportamientos agresivos que pasan a ser aceptables socialmente, como en el caso de las microagresiones. Estas, son expresiones suaves, rutinarias, que no dejan entrever un acto violento en sí, pero que a veces en medio de su inconsciencia, aparentan ser inofensivas y sin importancia, pero perpetran mensajes ofensivos hacia otro ser humano, por diversas razones, por las cuales se evoca inferioridad y otorga roles culturalmente asociados a una devaluación como persona; en este caso, de mujeres embarazadas, que pueden impactar en gran medida, produciendo incomodidad, inseguridad y daño psicológico (35).

En este mismo sentido, la mujer en estado de gestación y proceso de parto, son seres humanos que evidencian este tipo de agresión en el ámbito hospitalario, es frecuente que las mujeres antes de ingresar a su labor de parto sientan miedo e inseguridad, especialmente por el trato fuerte del personal de salud y las instituciones que no cumplen, en algunas ocasiones, los requisitos de calidad para brindar la atención necesaria a la mujer en su proceso de parto, generando la percepción de ser lugares inadecuados para el proceso de parto, describiéndolos como ambientes hostiles (36,37). Dentro de ellos, se destaca la mala infraestructura por la que predominan sentimientos de miedo (38–40), la poca disposición y preparación del personal de salud para ser empáticos y ofrecer servicios adecuados para sus necesidades, experimentando un trato firme, duro y poco flexible en la atención durante el proceso del parto (38), Dentro de ellas como sentirse solas durante el parto debido a que no permitían un acompañante en la sala o alguien presente que ella escogiera para su proceso (37,38,40,41), justificado por la mala capacitación del personal para estar a la vanguardia de los procedimientos necesarios para proveer un parto humanizado (40,42,43); frecuentemente se excusan del mal trato por condiciones laborales, la escasez de personal, así como también, por la cantidad de pacientes que producen colapso del sistema (38). Por otra parte, socialmente se comparten experiencias del parto como un evento donde el dolor es natural, asociado al miedo y sufrimiento transmitido de generación en

generación, relacionado con experiencias previas negativas que perduran en la memoria (11,44,45).

Las diferencias socioeconómicas, étnicas y culturales son determinantes al momento de recibir atención en las instituciones de salud, según (autor) estas no cuentan con el personal adecuado, capaces de comprender las diversidades y barreras de las mujeres de niveles socioeconómicos bajos, que los lleva a brindar un trato diferente y despectivo (38). Por el contrario, cuando se trata de mujeres con un mejor estado socioeconómico, étnico y educativo, se ofrece un trato diferente, demostrando un claro ejemplo de un sistema de salud altamente clasista y discriminatorio (38,42,46,47), que actúa sin respeto hacia una población socialmente vulnerable, haciendo comentarios machistas y discriminatorios, por aspectos como ser madre soltera, ser madre adolescente, ser pobre y/o sin educación (48).

En este sentido, las mujeres con poca educación se sienten predispuestas a un trato inadecuado, la sociedad las hace sentir culpables al no tener un nivel de conocimientos adecuados produciendo falta de preparación para afrontar el proceso de parto (41), es evidente la creación de relaciones asimétricas con las mujeres de clases socioeconómicas bajas, evidenciada por la falta de respeto y desconfianza entre un médico que posee el conocimiento sobre una madre que desconoce el proceso de parto (49–51). El miedo a malos tratos e intervenciones inadecuadas llevan a las mujeres a buscar información de fuentes no confiables, terminando por realizar acciones peligrosas para el binomio madre-hijo, como es el caso de los masajes perineales (48), los cuales no tienen evidencias científicas favorables.

Adicionalmente, las experiencias negativas y traumáticas se relacionan a que el personal de salud descuida el aspecto psicológico, desconociendo a la mujer como un ser holístico, centrándose en los problemas que puedan desencadenarse durante el parto (41), estos episodios de violencia obstétrica condicionan las decisiones futuras de las madres, optando por el parto domiciliario o en el agua, buscando experiencias de parto más satisfactorias que las anteriores (36,52,53)

El deber ser de las institución de salud, está en cumplir con los estándares de calidad, que se visualicen en cada una de las atenciones realizadas, contando con el personal profesional capacitado, entrenado, con herramientas, equipos e infraestructura óptima y adecuada; pero también que la institución de salud sea la encargada de obtener las percepciones de la mujer durante el parto a partir de encuestas y/o entrevistas de satisfacción, permitiendo visualizar resultados medibles que contribuyan a forjar instituciones amigables con las mujeres en estado de embarazo, que establezcan y cumplan planes de mejoramiento continuo.

Los profesionales de salud deben de tener claro los mecanismos de denuncia y organismos de atención para ayudar a las mujeres en el camino de erradicar la violencia obstétrica (40). Esto, en lugar de solo quedarse estancados en resultados

meramente cuantitativos y medibles como la tasa de mortalidad materna o aumento de partos institucionales, puesto que no permite verificar la calidad de la atención (42), estableciendo en la sociedad un concepto sesgado de las madres que acuden en busca de otro método de parto, reconociéndola como una mala madre que no piensa en el bienestar de su bebé (54).

Ahora bien, los efectos y consecuencias que dejan todas estas expresiones de violencia, como lo son las microagresiones, poseen un contexto de discriminación, resultan más allá de la simple acción verbal y evolucionan a un impacto y trascendencia en el tiempo, dando a entender que las microagresiones, por más inofensivas que parezcan, producen macro impactos en quienes son víctimas y en la sociedad misma, que se convierte en una fuente y canal que naturaliza y los hace rutinarios (55).

7.3.2. Actuar Con Respeto: Construcción Simbólica Del Parto Como Proceso Natural. Existe la necesidad de reconocer y observar desde otra perspectiva el proceso de parto, ya que encierra muchos factores que van a marcar a la mujer. La atención brindada debe centrarse especialmente en lograr disminuir el riesgo y que a toda mujer en estado de embarazo se le proporcionen garantías que deben ser cumplidas durante su proceso de gestación, parto y puerperio.

Es necesario para esto, que el personal de salud y la comunidad en general, conozcan y acepten la responsabilidad social con las mujeres en estado de gestación, manteniendo una comunicación empática, para que, todas las herramientas dadas, sean adoptadas por todas las mujeres que eligieron seguir con su embarazo, quienes ya piensen y planeen su parto, de acuerdo a sus características individuales, expectativas y deseos, en donde se sientan seguras, conformes y respetadas (9,35), reconociendo el parto como un proceso natural y evolutivo, en donde podrán moverse libremente sobre el tipo de intervenciones que las acompañen; naturales provenientes del modelo tradicional, o institucionales que nacen a partir del modelo biomédico (39,56).

Para poder respetar el proceso de parto como es debido, la percepción sobre las instituciones tiene que cambiar, ya que se visualizan como centros exclusivos para el manejo de complicaciones del parto natural (39), por ende, es necesario que el personal de salud cultive la empatía, esté continuamente capacitado y a la vanguardia sobre la atención humanizada del parto, para cambiar esa visión por instalaciones apropiadas que permitan el parto natural sin necesidad de intervenciones, pero en un ambiente seguro (38,45), mediante la integración de conocimientos, habilidades, valores, principios morales y éticos en el cuidado de la mujer embarazada, parturiente y puérpera, siendo atendida en todas sus necesidades, con una excelente experiencia en el parto natural (50,51).

Asimismo, las instituciones deben adherirse a procedimientos estándar como es el del Consentimiento Informado, constituida como una obligación legal y ética, que

permita reforzar la autonomía de la paciente, desde el momento en el que ingresa y le expliquen cada uno de los procedimientos y planes de cuidados, las ventajas y desventajas (40), reforzando la autonomía de la paciente, con la cual desarrolla la capacidad de elegir libremente intervenciones entre el modelo biomédico y tradicional (39), decidir quién va a ser su acompañante, como su madre, pareja u otro, durante todo su proceso de parto, para que juegue un papel importante en la participación, satisfaciendo el deseo de estar acompañadas y sentirse seguras con alguien conocido (40,41,44,57,58).

El personal de salud juega un papel muy importante para la experiencia de la mujer ya que debe buscar que la mujer se sienta segura en las instalaciones de salud y confié en el personal para llevar su proceso de dar a luz (59). Cuando el consentimiento informado no se obtiene, el personal de la institución se encuentra violando los derechos humanos básicos de la mujer, es decir, que no es tomada en cuenta como persona (54) y, como una medida de mejora continua las instituciones de salud deben organizarse para recolectar las perspectivas de las mujeres y su acompañante en la atención del parto (38) y con estas verificar aquellas malas percepciones en las cuales hay oportunidades de mejora para lograr actuaciones con respeto, que las instituciones donde se atienden partos se comprometan a realizar auditorías, verificando el buen trato a las mujeres o estableciendo procesos sancionatorios a profesionales que vulneren los derechos y la dignidad de las mujeres durante el parto.

El parto natural, es conocido socialmente como un suceso doloroso y de sufrimiento para la mujer, considerado como una enfermedad. En base de lo anterior, en los Países Bajos valoran el dolor del parto como algo natural y aceptable, manteniendo mecanismos precisos, en donde la cultura y estructura sanitaria interviene mínimamente y se percibe desde un marco cultural, que educa a las mujeres, promoviendo el manejo no farmacológico del dolor y en caso de ser necesario, que sea un uso normalizado e individualizado, donde el profesional que la atiende, la identifica como un ser integral, dotado de principios sociales y culturales propios (60,61). También el papel de los familiares y amigos, impactan en las ideas del manejo del dolor (60).

Si bien la percepción del dolor es individual, el personal debe garantizar que se reconozca al dolor como signo vital, para el cuál se tiene que estar preparado (56,60). Para mejorar la percepción del dolor se puede permitiendo que la mujer sea acompañada por la persona que ella decidió dejándola participar en su proceso de parto para disminuir el dolor y la preocupación porque al estar acompañada por alguien conocido y en la cual la mujer se sienta conforme permite una confianza restándole importancia al dolor durante su proceso de parto.

En la mayoría de los estudios, la comprensión de las mujeres sobre sus concepciones de parto natural fue percibida al momento en que relataban motivaciones y planificación de su embarazo y parto (38,56), y la creencia

mayormente fue que *“el parto es natural y no necesita ser medicalizado”* (39,57), las mujeres son acostumbradas a parir naturalmente con mínima intervención, cuando son trasladadas a instituciones de salud, tiene un impacto negativo (61), la mujer sale de su zona de confort y llega a un lugar desconocido, lo mejor sería que las instituciones de salud lleguen a donde la mujer quiere realizar el proceso de parto natural, respetando sus costumbres, evitando el choque de culturas y haciendo posible un parto humanizado, impactando también en su estado socioeconómico refiriéndose así que la institución de salud sea la responsable de llevar a los profesionales de salud a atender a la mujer en su hogar en su comodidad y no sea la mujer la que tenga que buscar por sus propios medios como se defiende para poder asistir a la institución si quiere un parto natural.

Asimismo, Las políticas de los estados deben incluir la participación y protección de la familia y de la mujer que está en embarazo, parto y puerperio, dando a conocer, mediante guías basadas en la evidencia, la información necesaria para que, tanto la mujer como su red de apoyo se eduque y desarrollen conocimiento conjunto para ponerlo en práctica en el proceso de parto, evitando prácticas no recomendadas que resulten perjudiciales o no demuestren beneficios para el binomio madre e hijo (45,48,52,53), el conocimiento y el apoyo, son las maneras principales de combatir la violencia obstétrica en relación al proceso de parto (43).

Además, las políticas deben incluir todos los tipos de parto y sus preparaciones como el parto en el agua, vertical, con medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor (53,61) es necesario tomar medidas para la introducción de incentivos a los hospitales, clínicas y demás instituciones prestadoras de salud, fomentando la competitividad sana para mejorar la atención del parto humanizado en las instituciones sanitarias (38), respaldado en resultados de percepciones satisfactorias de mujeres sobre el proceso de su atención en el parto (38,45).

Por tanto, la construcción simbólica del proceso de parto, cuya expectativa está marcada por la diversidad social, cultural y étnica, considerándose al parto como un acto cultural que se ve reflejado en los valores sociales de una sociedad (43), hace que la percepción sobre el proceso de parir, se convierta en un aporte de gran valor para los profesionales de la salud y para el mundo, porque es necesario ejercer acciones que castiguen a la aceptación y banalización de la violencia vivida por las mujeres, teniendo la oportunidad de moverse entre dos mundos: Modelo Biomédico y Modelo Tradicional, sin ningún tipo de repercusiones hacia las mujeres, más que su satisfacción personal de la mujer, evidenciando el actuar con respeto en el momento del parto como proceso natural.

7.3.3. Silenciar, Callar Y Soportar. Alrededor del mundo, un gran porcentaje de la población desconoce los derechos que se poseen como seres humanos; las mujeres en estado de gestación y en proceso de parto, no son la excepción. El conocerlos, permite que aflore y se desarrolle empoderamiento, pero en este caso, el desconocimiento, hace que las mujeres pierdan el control de su propio cuerpo,

dejándolas a la deriva y en manos de profesionales que asumen roles de poder, mientras que ellas asumen un rol pasivo, sin importar que sea su parto (44,45,47) y, cuando estas situaciones se presentan, los mecanismos disponibles para denunciar las conductas inadecuadas del personal de salud son desconocidas por lo tanto no recurren a mecanismos para reestablecer sus derechos (38).

No obstante, otras mujeres crean dependencia del sistema de salud y únicamente asumen que todo lo que les hacen está bien, prefiriendo no denunciar ni ir en contra de quienes la atendieron, ya que todo parece enmendarse con tener al bebé en sus brazos, que este sano, soportando la mala experiencia por el bien de su bebe (38,49,58), que en ocasiones suelen ser tan vergonzosos, que prefieren callar, ocultando en el más profundo de su ser estas situaciones, ya que creen que es lo más sencillo (41,42), debido a una creencia cultural fuertemente arraigada, en donde existe una normalización de que el parto tiene que ser doloroso, y se rige bajo las normas dictaminadas por un personal de la salud que todo lo sabe y todo decide, quien solo trata un cuerpo y se encarga de lo físico, impidiendo el derecho a elegir sobre su propio cuerpo (37,41,56).

Esta creencia cultural, se arraiga en las mujeres, llevándolas a normalizar y soportar la atención deshumanizada, las mujeres entregan su cuerpo para que los profesionales de la salud se encargan de todo (40,43,51), el poder ejercido por el personal de salud los lleva a imponer una relación de abuso verbal y físico, produciendo choque entre lo tradicional y lo rutinario (41,61) la mujer es reprimida, deben aguantar y permanecer en silencio hasta que termine el proceso de parto (57). Como consecuencia, las mujeres no se expresan y reprimen sus deseos sobre sus planes de parto, porque prevén que el ambiente hospitalario no será amigable ni compartirá sus decisiones, creyendo que al quedarse calladas sería más fácil la situación (54).

En ocasiones mujeres que, si cumplen con su plan de parto, lo ocultan, hasta cuando ya se hayan hecho realidad, luego lo pueden comentar a su red de apoyo y familiar, sin el temor de que su influencia llegue a dominar en su proceso de parto porque en algunas ocasiones reconocen que las elecciones están controladas por sus familias, más por el personal de salud (41,53).

Asimismo, al perder la autonomía pierden el control sobre la medicalización del parto, los profesionales eligen y deciden sobre esto (11,39,50), quedan en manos de un sistema de salud, las políticas de la institución y los profesionales sanitarios, estos últimos, en algunas ocasiones informan sobre los procedimientos al finalizar el parto, la mujer se transforma en un objeto propicio para la violencia obstétrica (57) e, impiden en la mayoría de situaciones, el acompañamiento, negándole la oportunidad de disfrutar un parto humanizado, sino por el contrario, dar paso a que continúe el silencio dentro de las instalaciones porque el acompañante serviría como un testigo observando y participando de todo lo que sucede (37,59). Los relatos de las madres describen la represión de las emociones y soportar el dolor

en silencio, como una opción para evitar represalias, ni caer en injuria contra el sistema de salud porque asumen erróneamente que solo ellos la pueden atender a futuro y no quiere empeorar esa relación (45).

Adicionalmente, se reconoce que en los centros de salud de bajo nivel de complejidad, ubicado en zonas rurales, existe escasez de ética profesional y falta de garantías en la atención de calidad, llevando a las mujeres embarazadas a sentirse inseguras durante la atención del parto; son objeto de discriminaciones y tratos forzosos por parte de los profesionales que atienden en zonas rurales o de difícil acceso, se sienten juzgadas y estigmatizadas en base a sus características sociodemográficas (39,41). El personal de salud personifica a un juez, decidiendo que decir, ser y hacer en la condición de vulnerabilidad de la mujer, prima el modelo biomédico; las mujeres que toman la decisión de parto en su domicilio o de manera alternativa, ante la necesidad de trasladarse, acuden a centros médicos, donde son criticadas y castigadas por no haber elegido inicialmente el modelo biomédico, haciéndolas sentir culpables por decidir por un parto más humanizado y natural (52).

7.3.4. Mi Parto, Mi Elección. El proceso de parto en la mujer, es un momento único, especial e inolvidable para quien lo vive, puesto que demanda una conexión entre lo físico y lo mental de la madre y del contexto que le rodea, para que el parto sea ameno, humanizado, respetado y natural, partiendo de la necesidad propia del cuerpo de sentir y decidir cuándo se encuentra preparado, momento y lugar en que da inicio, porque la naturaleza misma habla en estas circunstancias especiales (45), en el que influyen la comprensión local y cultural en el que está inmerso.

Algunas mujeres señalan que no es un proceso médico, sino evolutivo para el que sus cuerpos están preparados, y adentrando más en el modelo tradicional, se tienen en cuenta aún más los antepasados y los orígenes, como sus abuelas y madres, que deciden el lugar de nacimiento de su hijo, sin la necesidad de acudir a instituciones médicas (60), anclado en el saber cultural y transmitido generacionalmente. Por este motivo, es indispensable que el profesional de la salud comprenda a la mujer como un ser holístico, más allá de su esfera física, debe comprender su entorno y, cómo influye su comprensión local y cultural sobre el parto, conociendo la importancia de la toma de decisiones sobre el lugar de trabajo de parto y parto, para que el profesional asista y llegue; en lugar de que sea la mujer en labor de parto a los centros de atención médica (39). Lo que quiere decir que las instituciones de salud deben trabajar más en el alcance para que el profesional de salud se desplace del centro médico hacia el lugar que decide la mujer en el momento del parto, esto minimiza el impacto que tienen las instituciones médicas en el modelo tradicional, haciendo que el proceso sea gentil para con la mujer y su hijo(a), sintiéndose en su propio hogar, acompañados seguramente por su núcleo familiar y/o personas cercanas.

Lo ideal es que la mujer escuche a su cuerpo y puede decidir en razón a esto y sus conocimientos, con el respaldo de siempre de la triada equipo-parturienta-familia

(61). Para esto, la educación que reciben por parte del profesional es necesaria e indispensable para despejar dudas, aclarar conceptos (60,62) y, fortalecer el empoderamiento de la misma parturienta, quien reconoce a la autoeducación o el ser autodidactas, como un factor clave en el momento de poder tomar decisiones y control de su proceso de parto desde el momento de planearlo hasta la culminación de este (54,59,60), incentivando su participación y empoderamiento (59).

Es muy frecuente que las mujeres en proceso de gestación lleguen a algo denominado autoeducación, conociendo información sobre los tipos de parto, como el parto en agua, eligiendo este método ideal visualizando lo que quieren obtener cuando llegue su proceso de parto porque se representa como una burbuja o un micro hogar de apoyo y autonomía, que las ayudaba a permanecer tranquilas (53,56). Otras por su parte, califican el parto domiciliario como potenciación de la autonomía, permitiendo seguridad, venciendo el miedo de malas experiencias anteriores en instituciones, permitiendo humanizar la atención y permanecer en un lugar conocido con sus cosas conocidas y personas conocidas sin salir de la zona en la que se siente segura (36,52,56).

Es importante que la base de la educación sea dada por el profesional de salud, debe partir de los propios derechos sexuales y reproductivos que tienen las mujeres permitiendo que ellas participen entendiendo en gestación y labor de parto se convierten en seres aún más vulnerables, por lo que deben dar los conocimientos suficientes para que las mujeres entiendan el significado de violencia obstétrica y el trasfondo, para que ellas mismas sean quienes la detecten, la paren y la denuncien a tiempo, garantizando su propia integridad y dignidad como persona, mujer y gestante; de esta manera, se podría erradicar la violencia obstétrica de las instituciones de salud todo este tipo de manifestaciones de violencia (47), y que en lo posible, sus experiencias trasciendan más allá de sí mismas, y sean compartidas, involucrando a más mujeres a desafiar las formas tradicionales e impuestas, teniendo mayor poder de elección en su momento de parto, en donde el cuerpo es de sí mismas y su parto también (53).

Las instituciones de salud deben permitir una relación entre los mismos profesionales, la parturienta y la familia, en donde se propicie el medio para llegar a un acuerdo, en el que se negocien las intervenciones reconociendo la toma de decisiones compartida entre la mujer y el profesional de salud, siempre respetando su autonomía en todo el proceso, porque el cuerpo es de ella y es quien está viviendo el proceso (37,48,54). No está demás, mencionar que aunque unos procedimientos estén realizados por la necesidad y prioridad de mantener y/o restablecer el estado de salud, las mujeres pueden promulgar la cantidad y la fuerza de las intervenciones (54), haciendo fundamental el desarrollo de una comunicación respetuosa durante toda la situación, en donde el profesional le mencione cuando, porqué, cómo va el curso de su parto (46) por la necesidad y el derecho que tienen las mujeres de conocer su estado y de poder compartir esta información con su acompañante, para que éste sepa de la mujer y también brinde un apoyo de acuerdo

a la situación particular. No obstante, las mujeres como creadoras de vida tienen la libertad y en el momento del parto deben seguir su propio deseo de pujar (58), transformándose en las protagonistas de su propia historia y parto, sin importar si es primigestante o no, adolescente o adulta (11,51,57). Solo ser mujer.

Para esto, la sociedad necesita remodelar la perspectiva, ya que no es la única responsable (59), iniciando con la provisión de un acompañante que se involucre y participe en ese proceso permitiéndole a la mujer sentirse segura y con una red de apoyo sólido (52), en un ambiente hospitalario, donde se le reconozca como persona, comenzando con acciones sencillas, pero con un impacto positivo en ellas, como lo es el llamarlas por su nombre (44).

La humanización en la atención y especialmente la humanización en el parto es efectiva si la mujer desde su experiencia describe que lo que vivió fue de acuerdo con sus expectativas y deseo de lo que fue su proceso en el cual los profesionales de la salud respetaron la autonomía y la individualidad (11,43,51).

7.3.5. Haciendo Visible Lo Invisible: Maltrato, Discriminación Y Normalización De La Violencia Durante El Parto. Muy poco se habla de lo que las mujeres viven dentro de los centros de salud en su proceso de parto, las malas experiencias se transmiten de forma oral mediante personas conocidas que describen sus experiencias negativas (38), existe un choque de realidad en estos centros donde se realizan todo tipos de intervenciones medicas para acelerar el proceso sin respetar los deseos de las mujeres, ni cuando son de cultura distinta como indígenas (11,39,54,57,58,61), lugar en el que se dan instrucciones firmes y claras lo que hace que el personal actúe con insensibilidad primando la autoridad (36,42), intervenciones como la maniobra de Kristeller para acelerar el proceso, episiotomía de rutina, fórceps, que no son informados y las mujeres desconocen el profesional de salud encargado de hacerlo (11,44,51).

Todo lo anterior para asumir el papel de una buena partera lo que significa que no molesta a los demás en su proceso de parto ni hacen preguntas innecesarias muchas veces el personal de salud trabajando sin decirles nada acerca de su proceso y las mujeres creen que ir en contra de lo que los profesionales querían traía represalias (38,39,44) los profesionales son conscientes que solamente regañándolas, incluso golpeándolas, generan la autoridad necesaria para mantener la posición correcta y que sea más fácil atender el proceso de parto imprimiendo sus propias decisiones sin incluir a la mujer (38,40,45,60), mientras ellos hablaban de lo que se les apetecía no dándole importancia al proceso de la madre solo interesados en que el feto salga vivo (48,50).

Las instituciones de salud y el personal que trabaja en ellas no consideran lo que hay en el plan de parto de las mujeres actuando con rudeza quitándole el empoderamiento a las mujeres que vienen preparadas (50,52,54), lo que al final de día las hacen sentir insultadas y estúpidas durante el proceso porque son

completamente ignoradas y no les prestaban atención (38,45,58) incluso culpándolas del desorden que realizaban en la sala de parto utilizando muy frecuentemente tácticas a través del miedo para convencerlas de las intervenciones, lo que se conocen como falsos dilemas para hacer que firmaran el consentimiento para poder realizar el procedimiento y acelerar el proceso (44,54).

Las mujeres que no viene preparadas y que además de eso presentan condiciones socioeconómicas desfavorables, son discriminadas por el personal de salud diciendo cosas desagradables como que una mujer era como un retrete lo que hace que se siente emocional y físicamente violada por parte del personal de salud que la atiende donde se permitían golpes, groserías, inmovilización y gritos hacía las mujeres en proceso de parto (38,39) con esto también emitiendo juicios de valor que incluyen su edad y su condición económica para lastimarlas más ejerciendo control total sobre su cuerpo (38,52) etiquetándolas por sus condiciones llamándolas las primípara, la psiquiátrica, la pobre (48), entrando en un choque con las mujeres multigestantes o que ya han tenido múltiples procesos de parto porque el personal de salud considera que el parto es un proceso normal, rutinario y que es siempre igual y que la mujer que ya paso por eso una vez ya está preparada para hacerlo las veces que quiera sin ayuda, que solo tiene que obedecer como en los anteriores procesos de parto para que el feto salga bien (41).

Las mujeres ya reconocen que eso era rutinario, que es perder el control de su proceso de parto cuando se ingresa a una institución de salud, algunas solo agradeciendo que no sufrieron más (54), permitiendo que su proceso de parto sea una experiencia negativa realmente llena de maltrato de todas las formas, lo que lleva a repercusiones y desequilibrios emocionales que pueden impedir un desarrollo para la vida normal o el cambio de planes futuros en sus dimensión sexual y reproductiva (11,42,47,52).

Para hacer visible lo que pasa lo primero es que las parturientas mediante las maneras de divulgar información estén bien educadas y que sepan para que no crean que los procedimientos que siempre les realizan son para ayudar y salvar el feto como si fuera un proceso dogmático (47). Que los profesionales de la salud no reconocen que estos actos sean conductas de violencia hace que se siga normalizando y hablando poco sobre el tema (40).

7.3.6. El Rito De Parir: Plenitud, Satisfacción Y Respeto A La Dignidad De La Mujer. Todos los seres humanos necesitan sentirse seguros para poder estar cómodos, el proceso de parto como uno rito de nueva vida debe ser valorado como un proceso natural que consiste en la asistencia sin intervenciones o procedimientos donde el personal de salud es un apoyo emocional y científico estimulando el empoderamiento y autonomía de la mujer (11) bajo aras de privacidad para la mujer y especialmente un buen trato de parte de los profesionales que la están atendiendo (38).

Algunas mujeres realizan su proceso de parto con medidas a seguir para obtener una buena experiencia lo que se considera crear su plan de parto (60) en el cual la mujer toma el control y solicitan todo lo que requieren como la privacidad minimizando el número de profesionales presente en el momento (48) y obteniendo silencio, siendo principalmente ella quien tome las decisiones negociadas buscando principalmente el beneficio en el proceso de parto tratando a la mujer como una alta reconociendo su vulnerabilidad y permitiendo que se exprese libremente (11,45,48) con esto es muy común que ahora busquen lo que son nuevas formas de parto que anterior mente se usaban como el parto domiciliario, prefiriendo su hogar para asegurar un trato respetuoso y tradicional conforme a su cultura y expectativa (36,39) donde se le aborden todas las inquietudes y reciba un trato de calidad (39).

Esto es una nueva forma para satisfacer los deseos de la mujer en el plan de parto, buscando nueva información para hacer la experiencia más enriquecedora y placentera de allí también se incrementa la necesidad de partos en el agua donde es un espacio estabilizador temporal y protector para la mujer donde facilita una transición para el bebé que va del útero al agua (53) proceso que también se puede lograr en las instituciones médicas y el personal de salud que atiende partos tiene que estar actualizado reconociendo el proceso fisiológico e investigando las diferentes formas de dar a luz acompañando el trabajo de parto siendo como un educador y un apoyo a la mujer sin realizar intervenciones innecesarias (11,43,48,51,60) con esto la infraestructura de las maternidades tiene que cambiar incorporando nuevos recursos para disminuir el grado de las intervenciones, ofrecer nuevas oportunidades de parto y diferentes técnicas para el abordaje del dolor (48,63) reconociendo que el mejor lugar para dar a luz es donde la mujer se sienta segura el cual puede ser en el hogar, en el agua o en una institución de salud que favorezca el vínculo madre bebé (36,37,47).

Algo importante para la satisfacción y dignificación de la mujer es proceso de parto es el acompañante que las mujeres consideran como un derecho que además de ayudar en el proceso sirve como guardián y protector de la mujer en el proceso de parto por el cual se disminuye las desigualdades y evita que se presente violencia obstétrica (40,45,46,48,59) debido a que el acompañante está presente en todo el proceso de gestación y está preparado para el momento del parto con los conocimientos suficientes (48,52,57,59) muchas parejas manifiestan la satisfacción debido a poder compartir e involucrarse en esa experiencia repleta de significados (36,61,62) para manejar el dolor en el proceso de parto es la colocación del catéter epidural donde primero viene la anestesióloga a explicar todo el procedimiento y a despejar dudas y son las mujeres quienes deciden usar o no la epidural, pero aun así dejándola disponible en el momento en que la solicite (60).

Los artículos relatan procesos de parto muy satisfactorios para las mujeres, donde se evidencia la paciencia la privacidad el respeto y un papel adecuado para el personal de salud que atiende los partos (54,58), el papel en el cual el profesional rompe esa pared y pasa de ser asistente a un cómplice y coautor del proceso con

una relación donde se preguntaban y se tomaban el tiempo de leer los planes de parto de las mujeres (54,56) y además realizaban conversaciones extensas antes de empezar el proceso de parto para despejar dudas sobre el plan de parto de la mujer ofreciendo así un parto seguro, saludable y satisfactorio para el binomio madre e hijo (45,46,54,59), donde se reconoce el parto fisiológico y se aprecia la capacidad para acceder al plan de parto en el agua (53,54), El parto en el agua ilustra como las elecciones que toman las mujeres tienen un impacto positivo en la inteligencia emocional y ayuda al dolor y a llevar el proceso de parto satisfactoriamente (53) donde existe una comunicación y dialogo sobre todo lo que se va a realizar todo el equipo de salud se une a tus necesidades de manera holística haciendo que la mujer se sienta bienvenida y segura (45,59,62) con esto va a impactar positivamente a nivel personal y a nivel de la sociedad debido a relatar una experiencia realmente buena y es probable que prefieran acudir de nuevo para dar a luz (63).

8. CONCLUSIONES

Las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal alrededor del mundo, fueron producto de artículos de revisión que cumplieron con estándares de calidad descritos en el presente estudio, posteriormente consolidadas y analizadas exhaustivamente, logrando encontrar unidades ricas en significado, que permitieron mayor apropiación del tema y comprensión, de acuerdo a cada lugar y cultura proveniente, haciendo que se afinara una muestra sustanciosa de experiencias positivas y negativas alrededor de un proceso natural, como lo es el parto, que a su vez, está permeado por el contexto cultural en el que se desenvuelve, el modelo biomédico y el modelo tradicional que se termina de implicar, produciendo impactos en las mujeres, que conservarán por el resto de sus vidas.

A su vez, se pudieron apreciar diversos tipos de estudio investigativos como lo son las revisiones bibliográficas, revisiones integrativas, fenomenológicas, entre otros, aportando mayor diversidad y exploración a los conceptos, para un mejor acercamiento a cada una de las experiencias de las mujeres durante su labor de parto. Las conclusiones de este dejan ver a simple vista, la necesidad inherente de educar a la sociedad, en especial a las mujeres, quienes históricamente han sido violentadas, y más en situaciones de vulneración como lo es el estado gestación y la labor de parto, donde son minimizadas, discriminadas, juzgadas y tratadas como objetos, sin la intención alguna de dejarlas decidir sobre las intervenciones a recibir, de generar tranquilidad en ellas al oportunamente estar acompañadas por quien elijan y por encima de todo, de garantizarles sus derechos reproductivos y sexuales, siendo reconocidas como mujeres dignas y merecedoras de respeto.

Por tanto, este proyecto se convierte en uno de muchos puntos de partida, con el que se espera que se amplíen los rangos de investigación y se logre conocer una realidad en los diferentes servicios de salud respecto a las experiencias de mujeres en labor de parto, a nivel local, nacional e internacional, pero que a través de este, se logren ejercer medidas que garanticen los derechos de las madres gestantes durante su proceso de parto; cambiando una realidad que es compartida alrededor del mundo, pero que necesita ser transformada, para generar en las mujeres experiencias gratas, mayor seguridad y empoderamiento en ellas, capacitación y apropiación de los servicios de salud en general y no solo de ginecología y obstetricia en una atención de calidad del parto, aceptación y flexibilización frente al modelo tradicional, permitiéndole a las mujeres su derecho a elegir y ser partícipe, formando parte de la triada equipo-parturienta-familia.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres deben traspasar el papel y deben convertirse en una materialización de la dignidad y respeto hacia ellas.

9. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES													
#	Actividad	Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Presentación de proyecto	X											
	Ajustes y correcciones	X											
2	Búsqueda de bibliografía		X										
	Aplicación instrumento de CASPe		X	X									
3	Codificación y categorización de los datos.			X	X	X	X						
	Análisis De los datos				X	X	X	X					
	Presentación en diagramas de flujos							X	X				
4	Conclusión								X				
5	Socialización de los resultados									X			
6	Divulgación										X	X	
7	Informe final												X

10. IMPACTO

IMPACTOS ESPERADOS			
Impacto	Plazo (Años)	Indicador	Supuestos
Consolidación de la línea de salud de colectivos en la sub-línea de Perspectiva de Género	2 años	Línea de investigación Consolidada	Organización de investigaciones orientadas hacia la perspectiva de género proyectos de investigación presentados en convocatorias internas

11. PRESUPUESTO

PERSONAL										
Nombre	Justificación	Cant.	V. Unitario	Formación	Función	Dedicación (Horas/Semana)	Recurso USCO	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora
Claudia Andrea Ramírez Perdomo	Asesora del proyecto	144	\$6.048.000	Doctorado	Asesoría y análisis de la información	5/horas semanales				USCO
Ana María Flórez González	Ejecutor del proyecto	144	\$374.000	Estudiante de enfermería	Diseño, recolección, análisis de la información y elaboración de informe final	5/horas semanales			Semillero de investigación	
Jairo Daniel Mateus Peña	Ejecutor del proyecto	144	\$374.000	Estudiante de enfermería	Diseño, recolección, análisis de la información y elaboración de informe final	5/horas semanales			Semillero de investigación	

EQUIPOS							
Descripción	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso USCO	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora

VIAJES											
Nombre	Justificación	Cant.	V. Unitario	Lugar a Viajar	Valor Pasajes	Valor Estadía	Total, Días	Recurso Usco	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora
Pasajes y Viáticos	Transporte para ponentes	2	\$105-000	Neiva-Bogotá-Neiva	\$210.000	\$115.000	3	\$900.000	\$0	\$0	USCO VIPS

	en evento científico										
--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SALIDAS DE CAMPO							
Nombre	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso Usco	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora
Inscripción en evento científico	Difusión de resultados de Investigación	2	\$150.000	\$300.000	\$0	\$0	USCO VIPS

MATERIALES, INSUMOS Y SERVICIOS TECNICOS							
Nombre	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso Usco	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora
Disco duro 1TB	Almacenar los datos bibliográficos	1	\$300.000	\$300.000	\$0	\$0	USCO VIPS

PUBLICACIONES Y PATENTES							
Nombre	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso Usco	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora
Traducción de artículo científico	Difusión de Resultados	1	\$1.500.000	\$1.500.000	\$0	\$0	USCO VIPS

MATERIAL BIBLIOGRAFICO							
Nombre	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso USCO	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora

SOFTWARE

Nombre	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso USCO	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora

MONITORIAS Y AUXILIARES

Nombre	Justificación	Cantidad	Valor Unitario	Recurso USCO	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora

INFRAESTRUCTURA

Nombre	Justificación	Cant.	Valor Unitario	Recurso USCO	Recurso Facultad	Recurso Contrapartida	Entidad Financiadora

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRIEME, OPS, OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. 2017.
2. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe Lect Crítica la Lit Médica. 2010;Cuaderno I:3–8.
3. Hernández-Espinosa CJ. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019;32(1):9–12.
4. 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.
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. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). nacimientos2020p-cuadro-acumulado-2020. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2020.
7. Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Melo MRA da C. A busca da competência do cuidado segundo Boff: uma nova perspectiva de conduta ética da enfermeira gerente. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(5):652–7.
8. Nababan HY, Islam R, Mostari S, Tariqujjaman M, Sarker M, Islam MT, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: A pre-post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–10.
9. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(2):136–47.
10. 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.
11. De Araújo BRO, Trezza MCSF, Dos Santos RM, De Oliveira LLF, Pinto LMTR. Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado. *Cult los Cuid*. 2019 Sep;23(54):206–16.

12. 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. Declaración de la OMS. 2014;1–4.
13. Gaúcha R, Camila R. The satisfaction of the normal delivery : finding oneself. 2018;
14. Marinela P-E. Parto Humanizado. Acta Médica Costarricense. 2020;62(2):52–3.
15. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Madrid: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2011. 52 p.
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Soc Española Ginecol y Obstet. 2008;(28036):9.
17. Cunningham G. Fisiología del Trabajo de Parto. In: Williams Obstetricia. 25th ed. McGraw-Hill; 2019. p. 1328.
18. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. CUIDARTE. 2016;7(1):1227–31.
19. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam. 2017;10(1):29–38.
20. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: Um desafio para enfermeiras nos serviços hospitalares. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):499–503.
21. González Aguña A, Santamaría García JM. El ciclo del cuidado: el modelo profesional de cuidado desde el enfoque del pensamiento. Rev Ene Enfermería. 2015;9(1).
22. Vásquez Truisi ML, Campos Quintero L. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. Rev Colomb Enfermería. 2021 Apr 30;20(1):e031.
23. COLOMBIA MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. LEY 2244 DEL 2022. 2022. p. 5.
24. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. Rev

Antropol Iberoam. 2012;7(2):225–47.

25. da Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres Assistidas e Profissionais de Saúde. *Psicol Reflex e Crit.* 2010;23(1):1–10.
26. Da Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Glob.* 2017;16(3):71–97.
27. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Comunicado S.E.G.O.: “Violencia Obstétrica.” Vol. 4. Madrid; 2021. p. 6.
28. Barbosa LDC, Fabbro MRC, Machado GP dos R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Av en Enfermería.* 2017;35(2):188–205.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta para mejorar la salud materna. 2017. p. 1.
30. Harris C. *Synthesizing research: A guide for literature reviews.* 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1998. 201 p.
31. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546–53.
32. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. Santafé de Bogotá D.C.; Oct, 1993 p. 19.
33. Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Ley 44 de 1993. Régimen Legal de Bogotá D.C. 1993.
34. Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Decreto 1474 de 2002. Régimen Legal de Bogotá D.C. 2002.
35. Miranda Bustamante M de los Á, Agudelo Vizcaíno MF. Mujer contra mujer: misoginia femenina en comentarios de noticias en Facebook. *Rev Comun.* 2021 Sep;20(2):243–57.
36. da Silva Rodrigues TFC, Monteschio LVC, Cismer E, Decesaro M das N, Serafim D, Marcon SS. Motivations for planned home birth: an exploratory descriptive study. *Online Brazilian J Nurs.* 2018 Jun;17(2):6–1.
37. Joanne de Paula Nascimento, Diego Vieira de Mattos, Maria Eliane Liégio Matão, Cleusa Alves Martins, Paula Ávila Moraes. Woman’s empowerment in planned childbirth at home. *Rev Enferm UFPE online.* 2016 Nov;10(5):4182–

7.

38. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ, Darj E, et al. "When helpers hurt": Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–12.
39. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):1–17.
40. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E de, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE online*. 2018 Jan;12(1):236–46.
41. Dwekat IMM, Tengku Ismail TA, Ibrahim MI, Ghayeb F. Exploring factors contributing to mistreatment of women during childbirth in West Bank, Palestine. *Women and Birth*. 2021;34(4):344–51.
42. Chattopadhyay S, Mishra A, Jacob S. 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Cult Heal Sex*. 2018 Jul;20(7):815–29.
43. Carvalho TDPM, Araújo CLF. Percepção das puérperas de parto normal sobre violência obstétrica. *Enferm Bras*. 2019 Jan;17(6):619–26.
44. 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).
45. Scarton J, Prates LA Iend., Wilhelm LA, Silva SC ru. da, Possati AB atist., Ilha CB olza., et al. "It was worth it when I saw his face": experiences of primiparous women during natural childbirth. *Rev gaúcha Enferm* . 2015;36:143–51.
46. Santos FSDR, Souza PA De, Lansky S, Oliveira BJ De, Matozinhos FP, Abreu ALN, et al. Meanings of the childbirth plan for women that participated in the Meanings of Childbirth Exhibit. *Cad Saude Publica*. 2019;35(6):1–11.
47. Silva FDC, Viana MRP, Amorim FCM, Veras JM de MF, Santos RDC, De Sousa LL. The knowledge of puerperal women on obstetric violence. *Rev Enferm UFPE online*. 2019 Oct;13(e242100):6.
48. Benet M, Escuriet R, Alcaraz-Quevedo M, Ezquerria S, Pla M. Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva (2008-

- 2017). *Gac Sanit.* 2019 Sep;33(5):472–9.
49. Oliveira VJ, Penna CM de M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto e Context Enferm.* 2017 Jan;26(2):1–10.
 50. Villela JP, Da Silva I de SR, Martins ERC, Ramos RC de A, Costa CMA, Spindola T. Episiotomy: Feelings experienced by mothers. *Rev Enferm.* 2016;24(5).
 51. Cordeiro T, De Barros X, Marron De Castro T, Rodrigues DP, Gueitcheny P, Moreira S, et al. Assistance to women for the Humanization of childbirth and birth. *Rev Enferm UFPE online.* 2018;12(2):554.
 52. Pereira MFR, Rodrigues S de S, Rodrigues M de SD, Rodrigues WFG, Batista MG, Braga LS, et al. Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. *Rev Rene.* 2020 Jul;21:e43948.
 53. Clews C, Church S, Ekberg M. Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies. *Women and Birth.* 2020;33(6):566–73.
 54. Happel-Parkins A, Azim KA. At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth. *Women and Birth.* 2016;29(4):310–20.
 55. Ortiz Andrade AF, Tejada Grijalva NS. Campaña de Mercadeo Social "Transforma la Norma microagresiones-macroimpactos." [Quito]: Universidad San Francisco de Quito; 2017.
 56. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2018 Oct;10(4):1118–22.
 57. Enderle C de F, Kerber NP da C, Susin LRO, Gonçalves BG. Delivery in adolescents: Qualitative factors of care. *Rev da Esc Enferm.* 2012 Apr;46(2):287–94.
 58. Campos VS, Morais AC, Do Nascimento Souza ZCS, De Araújo PO. Conventional practices of childbirth and obstetric violence under the perspective of puerperal women. *Rev Baiana Enferm.* 2020;34:11.
 59. Silva ALS, Nascimento ER do, Coelho E de AC. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. *Esc Anna Nery - Rev Enferm.* 2015;19(3).
 60. Logsdon K, Smith-Morris C. An ethnography on perceptions of pain in Dutch

“Natural” childbirth. *Midwifery*. 2017;55(September):67–74.

61. Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LH de SF, Faustino RC, Serafim D, Carreira L. The pregnancy and delivery process among Kaingang women. *Texto e Context Enferm*. 2013 Apr;22(2):293–301.
62. Torres DG, Garduño DM, Rojas GT, Bernardino E. Model maternity with exclusive care by nurses: social representations. *Online Brazilian J Nurs*. 2019 Dec;18(4):10.
63. Tomeleri Da Fonseca Pinto KR, Zani AV, Campaner C, Bernardy F, Garcia De Lima Parada CM. Representations of puerperal women facing the assistance provided to their delivery: a descriptive study. *Online Brazilian J Nurs*. 2020 Mar;19(4).

ANEXOS

Anexo A. Instrumento CASPe.

Instrumento CASPe				
Respuesta			Pregunta	Consideraciones
Sí	No sé	No	- ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? • ¿Se identifica con claridad el objetivo de investigación? • ¿Se justifica la relevancia de los mismos?
Sí	No sé	No	- ¿Es congruente la metodología cualitativa?	<ul style="list-style-type: none"> • Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. • ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?
Sí	No sé	No	- ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	<ul style="list-style-type: none"> • Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).
Sí	No sé	No	- ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	<ul style="list-style-type: none"> • Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. • Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. • El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.
Sí	No sé	No	- ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	<ul style="list-style-type: none"> • El ámbito de estudio está justificado. • Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). • Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). • Si se ha modificado la estrategia de recogida de

		<p>datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.). • Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 			
<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>No sé</td> <td>No</td> </tr> </table>	Sí	No sé	No	<p>- ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> ○ En la formulación de la pregunta de investigación. ○ En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. • Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).
Sí	No sé	No			
<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>No sé</td> <td>No</td> </tr> </table>	Sí	No sé	No	<p>7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> ○ El consentimiento informado. ○ La confidencialidad de los datos. ○ El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). • Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.
Sí	No sé	No			
<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>No sé</td> <td>No</td> </tr> </table>	Sí	No sé	No	<p>8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso.
Sí	No sé	No			

		<ul style="list-style-type: none"> • Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. • Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.). • Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). • Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 			
<table border="1" data-bbox="315 1062 677 1184"> <tr> <td data-bbox="315 1062 435 1184">Sí</td> <td data-bbox="435 1062 555 1184">No sé</td> <td data-bbox="555 1062 677 1184">No</td> </tr> </table>	Sí	No sé	No	<p>9. ¿Es clara la exposición de los Resultados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. • Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. • Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. • Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) • Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.
Sí	No sé	No			
<table border="1" data-bbox="315 1497 677 1619"> <tr> <td data-bbox="315 1497 435 1619">Sí</td> <td data-bbox="435 1497 555 1619">No sé</td> <td data-bbox="555 1497 677 1619">No</td> </tr> </table>	Sí	No sé	No	<p>10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. • Se identifican líneas futuras de investigación. • El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos
Sí	No sé	No			

Anexo B. Acuerdo de Confidencialidad de Jairo Daniel Mateus Peña.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERIA

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES

Yo, JAIRO DANIEL MATEUS PEÑA identificada con cédula de ciudadanía N° 1003865187 Expedida en RIVERA, como investigadora principal del proyecto: "EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN AL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA" que se realizará en la Facultad de Salud 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 los cuidadores hombres y 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 06 días, del mes de Junio del año 2022



JAIRO DANIEL MATEUS PEÑA
Investigador Principal

Anexo C. Acuerdo de Confidencialidad de Ana María Flórez González.

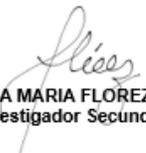
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES

Yo, ANA MARIA FLOREZ GONZALEZ identificada con cédula de ciudadanía N° 1010150167 Expedida en NEIVA (HUILA), como investigadora secundaria del proyecto: "EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN AL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA" que se realizará en la Facultad de Salud 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 los cuidadores hombres y 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 06 días, del mes de Junio del año 2022


ANA MARIA FLOREZ GONZALEZ
Investigador Secundaria