

Percepción del cuidado durante la transición a la maternidad en un grupo de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo en Puerto Rico

Perception of care during the transition to motherhood in a group of women with high-risk pregnancy and childbirth in Puerto Rico

Autoras: Angeliz Jamilet Rivera-Meléndez (1); Noemy Díaz-Ramos (2)

Categoría profesional: (1) RN, MSN. Maestría en Educación de Enfermería. Enfermera especialista en ciclo materno-cuidado de niños y adolescentes. Recinto de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Universidad de Puerto Rico; (2) EdD, MSN, RN. Doctorado en Educación. Enfermera especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Catedrática Auxiliar, Recinto de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Universidad de Puerto Rico (San Juan, Puerto Rico).

Dirección de contacto: angeliz.rivera@upr.edu

Fecha recepción: 21/03/2020

Aceptado para su publicación: 09/07/2020

Fecha de la versión definitiva: 08/09/2020

Resumen

Objetivos. Esta investigación tuvo el propósito de explorar la percepción del cuidado durante la transición a la maternidad, descrito desde la perspectiva de las experiencias de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo en una clínica del área metropolitana en Puerto Rico. **Metodología.** Utilizando un diseño cualitativo fenomenológico descriptivo, se realizó entrevistas individuales semiestructuradas a una muestra de ocho mujeres mayores de 21 años en su cita posparto. **Resultados.** Se categorizaron tres temas: 1) percepción del cuidado recibido, 2) experiencia del cuidado provisto y 3) sentimientos experimentados. Para las participantes, el tiempo excesivo, la exclusión en la toma de decisiones, estar sola en la sala de partos (entre otras) fueron acciones esperadas y hasta aceptadas. Estas acciones podrían incluirse en lo que la literatura denomina como "maltrato" obstétrico. La normalización de este "maltrato" fue el hallazgo más notable en nuestro estudio. **Conclusión.** El profesional de enfermería y de salud en general debe reconocer que cada mujer es única y diferente, por lo que no existen intervenciones universales que aseguren un cuidado de calidad. La única intención del cuidado de enfermería en el embarazo, parto y posparto debe ser intervenir exclusivamente con el ambiente de la mujer para crear las condiciones que propicien el logro de una transición saludable a la maternidad.

Palabras clave

Percepción; Experiencia de Cuidado; Embarazo; Transición a la Maternidad; Enfermería.

Abstract

Objective: This study was intended to explore the perception of care during the transition to motherhood, described from the perspective of the experiences of women with high-risk pregnancy and childbirth in a clinic in the metropolitan area of Puerto Rico. **Methodology:** Using a descriptive phenomenological qualitative design, semi-structured individual interviews were conducted with a sample of eight women over 21 in their postpartum appointment. **Results:** Three themes were categorized: 1) perception of received care, 2) experience of provided care and 3) experienced feelings. For participants, excessive time, exclusion in decision making, being alone in the delivery room (among others) were expected and even accepted actions. These actions could be included in what the literature calls obstetric "abuse." The normalization of this "abuse" was the most notable finding in our study. **Discussion:** Nurses and other health professionals must recognize that each woman is unique and different, so there are no universal interventions that ensure quality care. The only intention of nursing care in pregnancy, childbirth and postpartum should be to intervene exclusively with the woman's environment to create conditions that favor the achievement of a healthy transition to motherhood.

Key words

Perception; Experience of Care; Pregnancy; Transition to Motherhood; Nursing.

INTRODUCCIÓN

El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y puede llegar a ser tanto una experiencia de gran felicidad como una de sufrimiento (1, 2). De por sí, el embarazo conlleva grandes cambios en una de las etapas de mayor vulnerabilidad en la vida de una mujer (3, 4). La mayoría de las mujeres embarazadas presentan algún nivel de ansiedad por su embarazo (5). Sin embargo, un factor de riesgo en el embarazo puede añadir estrés adicional a la mujer y a su familia y ponerla a riesgo de enfermedades mentales severas (6). El Instituto Nacional de Salud (NIH por sus siglas en inglés) define un embarazo de alto riesgo como aquel embarazo que amenaza la salud o la vida de la madre o el feto desde el inicio o en algún momento durante su progreso aumentando la posibilidad de muerte o enfermedad grave (7). El profesional de enfermería debe considerar intervenciones basadas estrictamente en la evidencia más reciente para proveer un cuidado que favorezca las capacidades de la mujer y que esta logre una transición saludable a su nuevo rol de madre. Inclusive para un embarazo y parto de alto riesgo es sumamente importante proveer un cuidado apropiado que sea catalogado por la mujer como una experiencia positiva. En efecto, es esta percepción lo que determina si la mujer regresa a utilizar los servicios y los recomienda a otras. Según la literatura, no solamente la satisfacción materna con el cuidado obstétrico es factor determinante de la utilización de servicios, sino que se ha demostrado que puede potenciar los resultados del embarazo y el parto en la madre y el neonato (8). Esta investigación tuvo el propósito de explorar la percepción del cuidado durante la transición a la maternidad, descrito desde la perspectiva de las experiencias de parto de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo.

En 2015 se realizó una revisión sistemática de investigaciones cuantitativas en las que se medía los síntomas depresivos y niveles de ansiedad específica del embarazo reportados por las propias embarazadas. En la misma, factores como el historial de tratamiento o desórdenes mentales, embarazo adolescente, bajos ingresos y carencia de plan médico fueron algunas de las razones reportadas por las mujeres como el origen de su ansiedad. De igual forma, un factor de riesgo puede requerir hospitalizaciones frecuentes, lo cual impone limitaciones en las actividades diarias (el retiro temporal del trabajo, por ejemplo), inactividad y aislamiento de su círculo social. Esto tiene un efecto negativo en los aspectos psicológicos y fisiológicos de las embarazadas. Finalmente, los autores recomiendan la imple-

mentación de pruebas psicológicas a embarazadas de alto riesgo para estimar los niveles de ansiedad y el riesgo de depresión postparto y proveer servicios de consejería (6). Por otro lado, se estudiaron 54 artículos de investigación cualitativa y cuantitativa con el fin de puntualizar factores definitivos de la satisfacción de las mujeres en cuanto al cuidado obstétrico en países en desarrollo. Los autores mencionaron una serie de factores que definen la satisfacción materna e incluyeron: acceso, estructura, proceso de cuidado, costos y resultado. Como conclusión, puntualizaron la importancia de las experiencias y percepción de las mujeres en cuanto al cuidado y la atención que se le brinda durante el embarazo y el proceso de parto. Según advierten, estas son etapas de gran vulnerabilidad en las que el cuidado percibido como bueno aumenta la demanda de los servicios y los resultados positivos maternos y neonatales de manera significativa. Por consiguiente, es necesario responder a las necesidades de cada persona de manera individual (8).

Asimismo, en un hospital público terciario en Australia, se realizó una investigación de diseño mixto para explorar cómo experimentaban las mujeres el cuidado de maternidad y concretan su percepción de satisfacción. La muestra fue compuesta por 733 mujeres a las cuales se le envió un cuestionario al hogar dos semanas luego del parto. Sólo 399 participantes devolvieron por correo el cuestionario y 63 aceptaron una entrevista semiestructurada vía telefónica para el componente cualitativo del estudio. Los hallazgos de esta investigación sugieren que las mujeres evalúan sus experiencias de parto según se llenan sus expectativas y se cumplen sus deseos. Mayormente, estas expectativas envuelven un deseo de control que, si no es satisfecho, impide que la mujer se sienta empoderada, creando así una percepción negativa de la experiencia. Se encontró que el 96 por ciento de las participantes expresaron que recomendarían el hospital a sus amigos y familiares. Los autores sugieren promover la participación de las mujeres en las decisiones concernientes a su cuidado, que expresen sus deseos, dudas y temores. Atendiendo estos aspectos y brindando apoyo se puede lograr la satisfacción de la mujer hacia su experiencia de embarazo y parto (9).

En un estudio cualitativo realizado en Guinea, que también buscaba identificar experiencias y percepción de las mujeres en el parto, se llevaron a cabo 64 entrevistas y ocho grupos focales cuyos participantes dividieron en tres grupos: mujeres en edad reproductiva, profesionales de la salud (médicos, parteras y enfermeras) y administradores de facili-

dades de salud (persona que dirige el funcionamiento de hospitales y otras organizaciones que ofrecen servicios de salud). Según los datos recolectados, la mayoría de las mujeres percibieron de manera positiva su experiencia de parto, aunque muchas también reportaron circunstancias desagradables. En general, las participantes del estudio identificaron áreas a mejorar en la provisión del cuidado obstétrico y listaron acciones que podrían ayudar en el mejoramiento del cuidado a nivel personal, de proveedor y del sistema de salud. Los autores concuerdan con que el favorecimiento de un ambiente de apoyo puede mejorar la percepción del cuidado y las experiencias de las mujeres que atraviesan por el proceso de transición a la maternidad (10).

Por otra parte, se analizaron datos de una población en particular partiendo de la premisa de que las mujeres con embarazo y parto de alto riesgo exhiben mayor vulnerabilidad. En su búsqueda de evidencia encontraron que los cambios biológicos y psicológicos relacionados al embarazo se han probado responsables de un aumento en los síntomas de depresión y ansiedad. Por lo que realizaron una revisión sistemática en bases de datos electrónicas sobre medicina y psicología durante la cual analizaron siete artículos cuantitativos. El objetivo fue revisar la evidencia existente relacionada a las secuelas psicológicas de un embarazo con factores de riesgo, específicamente sobre ansiedad y depresión. Los resultados de su búsqueda apuntaron a que las embarazadas con factores de riesgo presentan mayores niveles de depresión relacionada al embarazo. Por ende, en sus recomendaciones mencionaron la implementación de un protocolo de tamizaje psicológico en pacientes con embarazo y parto de alto riesgo y proveer servicios de consejería según se estime necesario (6). Estos hallazgos subrayan la importancia de un cuidado de enfermería que preste especial atención a las mujeres cuyo embarazo o parto se puedan ver complicados por un factor de riesgo. Inclusive, la teoría de las transiciones de Meleis indica que es necesaria una interacción saludable entre la madre y su ambiente para determinar que efectivamente se logró una transición saludable (11).

Los profesionales de la salud en una investigación realizada en Kenya se mostraron conscientes de la necesidad de proveer un cuidado obstétrico que satisfaga las necesidades de las mujeres y que el parto sea percibido como una experiencia positiva. Se utilizó un diseño mixto para describir las percepciones, actitudes, conocimiento y prácticas de los proveedores de salud sobre su entorno laboral y los derechos de las pacientes. Los datos fueron co-

lectados luego de la implementación de un proyecto que pretendía promover la clarificación de valores y el cambio de actitudes mediante una serie de talleres en 13 facilidades de salud. Aunque la estrategia implementada logró un incremento de la conciencia profesional en torno a los derechos humanos y la ética profesional, se identificaron factores en el ambiente laboral que influyen negativamente en las actitudes. Los autores concluyeron que se debe atender las necesidades de los proveedores de salud para lograr un cambio de actitudes que permitan el establecimiento de un protocolo de cuidado basado en los derechos humanos (12).

Se ha identificado la insatisfacción materna hacia los servicios obstétricos como una de las mayores causas de la poca utilización de las facilidades de salud en diversos países, convirtiéndose en un gran problema de salud pública con resultados preocupantes (13). Aunque esto no es usual en países desarrollados, sí se puede vincular con resultados maternos-neonatales negativos y el desarrollo de condiciones de salud mental que pueden afectar el desempeño de la mujer en su nuevo rol de madre (6). El conjunto de estas y otras investigaciones reitera la importancia de la satisfacción de las mujeres con sus procesos de embarazo y parto y hacen manifiesta la necesidad de ampliar la investigación sobre el tema. Basándose en el dato de que el principal indicador de calidad de cuidado es la satisfacción de los pacientes, investigadores han creado instrumentos para medir la satisfacción del parto mediante escalas que han sido validadas y comprobada su confiabilidad, algunas de ellas, en varias investigaciones (14-16).

Con el propósito de garantizar la satisfacción y el cuidado íntegro a paciente, en el año 2018 se enmendó la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico, con el proyecto de la Cámara de Representantes número 1445, para constreñir a todo establecimiento donde se provee servicios de salud a tomar las medidas necesarias para asegurar a los pacientes el ser atendidos en una hora o menos (17). En la misma se define el respeto como "el derecho que tiene el paciente a ser atendido con consideración y reconocimiento de sus valores, dignidad, necesidades y preferencias manifestadas, por lo que es menester que todo proveedor de servicios de salud se conduzca de manera ética, con respeto a: la dignidad, autonomía, autoestima, derechos civiles y la participación del paciente en su cuidado, tratamiento y servicios". Por otro lado, la Ley 156 de Acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y posparto, provee para que la madre esté

acompañada durante todo el proceso y que el recién nacido la acompañe en la misma habitación durante su estadía en la institución (23). Sin embargo, las investigaciones citadas anteriormente muestran discrepancias entre las experiencias de las madres y lo establecido en las legislaciones.

Por ende, la literatura recomienda que se conozca sobre la experiencia de embarazo y parto de cada mujer para poder sentar las bases del establecimiento de políticas y protocolos de práctica basada en evidencia que potencien los resultados positivos para la mujer y el neonato, disminuyan el riesgo de alteraciones psicológicas en la madre y favorezcan la utilización de servicios (8). Esto permitiría a la paciente disfrutar de mejor salud emocional y física durante su periodo de puerperio y posterior postparto. Sin embargo, al momento de esta búsqueda de literatura no se encontró evidencia de investigación, estadísticas ni el uso de alguno de estos instrumentos para medir la satisfacción con el proceso de parto en Puerto Rico, lo que hizo necesario indagar sobre el particular desde una perspectiva cualitativa.

Para propósitos de esta investigación, se conceptualizó la maternidad bajo el marco de la Teoría de las Transiciones de Meleis (11). Según esta teorizante, una transición es un proceso de cambio de estatus desencadenado por diversos factores. En su teoría se describe la insuficiencia de rol como cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos objetivos asociados con la conducta del rol, percibida por uno mismo o por el cónyuge. Para prevenir o resolver la insuficiencia del rol es necesaria la suplementación por el profesional de enfermería. La suplementación del rol es un proceso deliberado por el que puede identificarse una insuficiencia real o potencial del rol propio y/o del cónyuge con el fin de lograr una transición saludable. Una transición saludable se define en esta teoría como el dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos. La transición puede causar cambios de identidad, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta. En el sistema de salud de Puerto Rico, las(os) enfermeras(os) son las(os) principales cuidadoras(es) de clientes y familias que sufren las transiciones. En caso de las parturientas, el profesional de enfermería es quien observa el progreso del trabajo de parto, identifica y refiere cualquier anomalía al(la) obstetra y le asiste durante el nacimiento.

La teoría de Meleis apunta a tres funciones esenciales del profesional de enfermería en el manejo

de la persona que atraviesa una transición: cuidado durante la transición, suplementación de rol y *debriefing*. Meleis denominó este proceso como "terapéutica de enfermería". El mismo consta de acciones preventivas y terapéuticas que promuevan un cambio en el ambiente para llevar a la persona a un estado de salud total. Estas medidas de intervención permiten valorar la preparación de la persona para afrontar la transición (mediante esfuerzo multidisciplinario), preparar a la persona mediante la educación para sobrellevar el proceso de transición y suplementar roles insuficientes hasta lograr una transición saludable. Utilizando este marco teórico se estableció en este estudio que el parto es una transición de desarrollo que comienza desde que la mujer sabe de su embarazo por primera vez. Mayormente, tiene un patrón múltiple, ya que es probable que la mujer esté atravesando por otros procesos de transición, y es secuencial porque el embarazo y parto se dan mediante una serie de procesos lineales (18).

A lo largo de la transición a la maternidad el profesional de enfermería debe valorar constantemente las condiciones del ambiente de la mujer, ya que estas influyen en su preparación para atravesar el proceso. Según las necesidades de cada persona, se utilizan medidas terapéuticas y/o preventivas para suplementar el rol y asegurar el surgimiento de indicadores de proceso como respuesta a la intervención. Los indicadores de proceso permiten al profesional de enfermería valorar e intervenir de manera oportuna si existe algún riesgo o vulnerabilidad que comprometa el transcurso de la transición. Sin embargo, la necesidad de conocer la manera en que las mujeres perciben su experiencia de cuidado surgió del concepto teórico "indicadores de resultado". Éstos son una serie de señales que constituyen la respuesta deseada al finalizar el proceso de transición. Entre los indicadores de resultado, a efectos de esta investigación, se destacó el bienestar percibido. Esto debido a que, según la Teoría de Transiciones de Meleis, si la mujer percibe una intervención inadecuada no podrá demostrar el logro de una transición saludable (18). En resumidas cuentas, son las acciones del profesional de enfermería las que promueven un ambiente de confianza y afrontamiento en el que la persona puede percibir bienestar y lograr, ella y su familia, adoptar de manera saludable sus nuevos roles en la transición a la maternidad. Esta investigación tuvo el propósito de explorar la percepción del cuidado durante la transición a la maternidad, descrito desde la perspectiva de las experiencias de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo en una clínica del área metropolitana en Puerto Rico.

METODOLOGÍA

Para este estudio se utilizó el método cualitativo con diseño fenomenológico descriptivo. El escenario utilizado fue una clínica para mujeres con embarazo de alto riesgo, en un hospital del área metropolitana en Puerto Rico. La muestra estuvo compuesta por mujeres embarazadas con algún factor de riesgo para su embarazo y/o parto, que hubiesen cumplido la mayoría de edad y que recibían su cuidado prenatal en la clínica. Por tanto, se consideraron criterios de inclusión los siguientes:

- a. Mujeres con embarazo y/o parto de alto riesgo.
- b. Ser mayor de edad (en Puerto Rico se considera mayor de edad todo individuo con 21 años o más).
- c. Haber asistido a dos o más visitas de cuidado prenatal en la clínica.
- d. Acudir a cita postparto antes de las cinco semanas luego del parto.
- e. Leer y firmar la hoja de consentimiento informado.
- f. Autorizar por escrito la grabación de la entrevista.

Por otra parte, fueron excluidas aquellas mujeres con un embarazo sano y parto saludable. También, aquellas menores de edad (en Puerto Rico se considera menor de edad todo individuo con menos de 21 años) o que tenían menos de dos visitas prenatales en la clínica. Esto último debido a que el cuidado provisto en la primera visita en la clínica es diferente al que se ofrece en las visitas de seguimiento, lo cual podría tener efecto en la percepción de la participante sobre el cuidado prenatal. De igual forma, el resultado neonatal es un fuerte determinante de la satisfacción materna y puede afectar los resultados. Por esta razón, se excluyó de participar a aquellas mujeres que tuvieron una pérdida intrauterina o neonatal (8).

En cuanto al tiempo, se determinó realizar las entrevistas en las citas postparto (mayormente entre las cuatro y cinco semanas luego del parto), y no durante la hospitalización, para evitar algún sesgo que pudiera surgir por miedo a recibir un mal trato por parte del personal como resultado de las expresiones de la participante. Aunque las entrevistas se podrían realizar en cualquier momento luego del alta, se tomó en consideración que la mayoría de las pacientes de la clínica recorren largas distancias desde su pueblo de residencia para asistir a la misma. Por ende, las participantes del estudio se reclutaron y entrevistaron el mismo día de su cita

postparto. Para asegurar que la informante retuviese el detalle de su experiencia, se estableció un tiempo máximo de cinco semanas luego del parto para participar del estudio. Se utilizó el método de muestreo por propósito, por lo que se seleccionaron aquellas participantes que demostraban la mayor disposición de comunicar sus experiencias.

Al ser un hospital público que ofrece cuidado su-
praterciario y sirve de escenario académico, la unidad de obstetricia se especializa en embarazo y parto de alto riesgo aunque recibe todo tipo de cliente embarazada de alrededor de la isla. La unidad de obstetricia incluye una clínica prenatal y salas de parto, postparto, emergencias obstétricas y recién nacidos, por tanto, reciben todo su cuidado de transición a la maternidad en el mismo lugar. Las participantes se reclutaron cuando asistían a cita postparto informándoles sobre el propósito del estudio luego de la evaluación médica. A las participantes que accedieron ser parte del estudio se les dirigió a un salón privado dentro del hospital donde se entregó y se discutió una hoja de consentimiento informado (ver anexo 1) que leyeron y firmaron antes de comenzar el proceso de entrevista. En el consentimiento informado se ofreció una descripción del propósito, los criterios de inclusión y exclusión, los procedimientos, la intención de grabar en audio la entrevista, los riesgos, beneficios, medidas de privacidad y confidencialidad, entre otros detalles.

Con el fin de recolectar información concerniente a la experiencia de cuidado obstétrico, luego de completar un formulario demográfico, se realizaron entrevistas semiestructuradas las cuales se grabaron en audio con la previa autorización de la participante. Este tipo de entrevista permite al participante hablar libremente de su experiencia proveyendo detalles del tema con un enfoque diferente al de otros entrevistados. Toda aquella participante que no autorizó la grabación de la entrevista fue excluida del estudio. Aunque no hubo beneficio directo por participar, las participantes pudieron sentirse beneficiadas al compartir información sobre su percepción del cuidado recibido durante su experiencia de embarazo y parto. Los riesgos previstos eran mínimos, no obstante, se estimó la posibilidad de que la participante reviviera recuerdos no agradables que podrían potenciar alguna incomodidad. Ante este riesgo, se desarrolló un plan para manejo de crisis que no tuvo que ser utilizado.

Durante las entrevistas se utilizó una guía de preguntas para garantizar la obtención de los datos de diversos tópicos de interés identificados en la li-

teratura (ver anexo 2). Se les pidió a las participantes que describieran su experiencia general desde el cuidado prenatal, parto y postparto en el hospital. De igual manera, que delinearán cuales eran sus expectativas de cuidado y qué factores (físicos, psicológicos, emocionales y sociales) consideran importantes durante la experiencia de embarazo y parto. Explicaron la influencia percibida, si alguna, del factor de riesgo en el cuidado recibido, su rol en la toma de decisiones y las acciones de los profesionales de enfermería que contribuyeron positiva y negativamente a la experiencia de cuidado (prenatal, intraparto y postparto). Dada la naturaleza sensitiva de la información que se deseaba obtener, las entrevistas se condujeron de manera individual y tuvieron una duración aproximada de entre 10 y 20 minutos. Cabe mencionar que se tomaron todas las medidas necesarias para proveer privacidad a la participante y proteger la confidencialidad de la información cerrando la puerta con llave, utilizando códigos para sustituir los nombres de las informantes en la identificación de éstas y asegurando los documentos de consentimiento, cuestionario demográfico y la grabadora en un apartado con llave hasta la transcripción.

La información obtenida fue transcrita al *verbatim* a manera de diálogo entre entrevistadora e informante en menos de 48 horas y borrada la grabación luego de ser transcrita y analizada. Luego de transcribir la grabación verbal de las entrevistas se utilizó el método de análisis descriptivo de Amadeo Giorgi utilizando la "reducción fenomenológica". Esto implica poner a un lado el conocimiento del investigador sobre el fenómeno de estudio para evitar un sesgo que impida describir la experiencia con precisión y considerar los datos tal y como son expuestos por el participante (19). En resumidas cuentas, el método de Fenomenología Científica Humana de Giorgi consiste en identificar los temas y subtemas en la transcripción de la experiencia para desarrollar un esquema de codificación que permita el análisis de la información sin regresar a los participantes

para validar los datos (20 p539-541). Se determinó saturación a medida que se observó la repetición de los temas y que no surgieron temas nuevos en las entrevistas. Esto ocurrió en la entrevista número cinco, pero se decidió entrevistar tres participantes adicionales para comprobar que verdaderamente se había alcanzado la saturación.

Para asegurar la credibilidad de los resultados se siguieron las sugerencias de los autores Guba y Lincoln. Estos refieren que para garantizar el rigor científico en cuanto a la credibilidad de los resultados de las investigaciones cualitativas se deben seguir los siguientes pasos:

1. El investigador establecerá una relación con el participante, esto con el propósito de crear un ambiente de confianza y compenetración (*rapport*) entre ambos.
2. Informe de pares (*peer debriefing*) entre la investigadora principal y el estudiante co-investigador. Esto ocurre inmediatamente después de cada entrevista. Capturando las primeras impresiones y destaca los resultados en contraste con los de otros participantes. Este paso ayuda al investigador a tomar conciencia de su postura hacia los datos y el análisis que estará llevando a cabo.
3. Amplia descripción (*thick description*). Este paso se refiere a proporcionar detalles específicos y complejos referentes al fenómeno de interés descritos por los participantes, con este también se garantiza la transferibilidad de los datos.

Por último y con respecto a la confirmabilidad, se utilizaron los siguientes pasos descritos por los mismos autores:

1. Reducción de data y productos de análisis, esto se logró con resúmenes de datos condensados y unificación de estos.
2. Datos sin procesar, lo cual se refiere a la unificación de las notas y entrevistas (21).

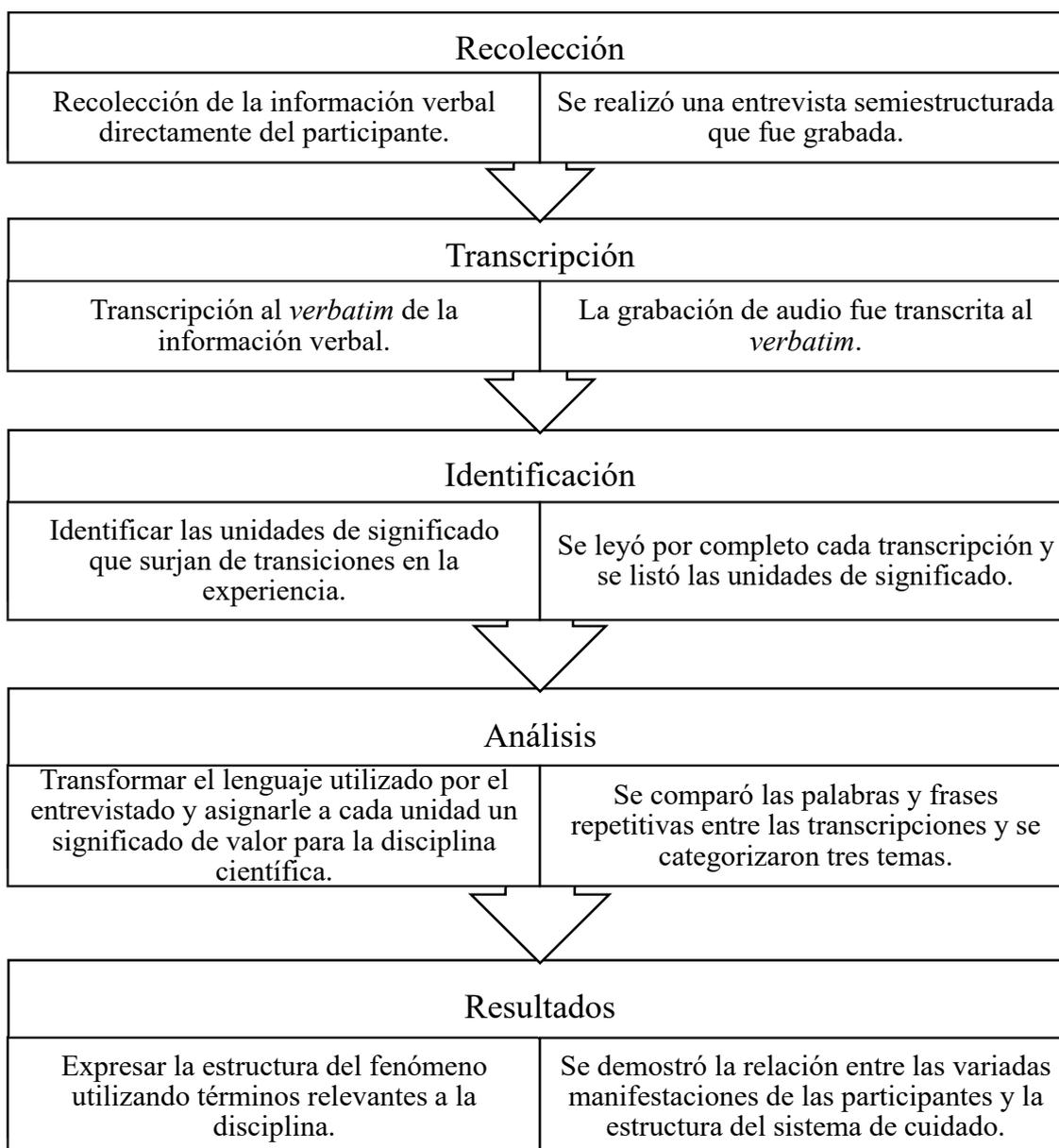


Figura 1. Aplicación del método de análisis descriptivo de Giorgi

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

La muestra constó de ocho participantes mujeres en su periodo posparto. Según demuestran los datos colectados en los cuestionarios demográficos, la mayoría de las participantes reportó 1-2 embarazos vivos (n=6), edad de entre 21 a 30 años (n=6), haber tenido una cesárea (n=6), nivel de escolaridad

mayor a escuela superior (n=7), residencia rural (n=5), conviven con su pareja (n=5) y mantienen un empleo (n=6). Al examinar los datos recopilados en las transcripciones, resaltan diversos aspectos que ponen al descubierto las percepciones de la muestra en cuanto al cuidado recibido durante su transición a la maternidad. Por las repeticiones identificadas se pudieron categorizar tres temas: (a)

percepción del cuidado recibido, (b) experiencia del cuidado provisto y (c) sentimientos experimentados durante el cuidado.

Percepción del cuidado recibido. La mayoría de las pacientes expresaron haberse sentido satisfechas con el cuidado recibido; describiendo el mismo como uno de calidad y de excelencia. Así mismo un gran número de ellas refirieron profesionalismo por parte del personal de enfermería y médico que las atendió. Sin embargo, parte de las participantes percibió que el cuidado no era individualizado, expresando disgusto por el hecho de que en cada visita prenatal eran atendidas por un médico diferente. Cada vez se encontraban repitiendo datos que habían proporcionado previamente. Por otra parte, todas las participantes manifestaron satisfacción porque los servicios que necesitaron a través de su cuidado estuvieron disponibles. La totalidad de las participantes verbalizó que su privacidad y confidencialidad fue siempre respetada por el personal médico y de enfermería en todas las áreas clínicas. En cuanto a factores económicos, ninguna de las participantes expresó haber tenido preocupaciones financieras durante su cuidado prenatal u hospitalización, aunque sí mencionaron algunos factores que pudieron presentar un reto económico. En otras palabras, aunque no les preocupaba no tener el dinero, encontraron excesivos los gastos por razón de estacionamiento. En lo que se refiere a prácticas específicas del parto, ninguna de las participantes expresó observar alguna práctica cultural o religiosa como parte de algún ritual de parto. La mitad de las participantes indicaron que fueron tratadas diferente debido a su condición de alto riesgo. La misma cantidad de ellas, dijeron que el cuidado debería ser igual para aquellas embarazadas con factor de riesgo y aquellas con embarazo de bajo riesgo, casi todas concordaron en que el cuidado debería ser personalizado.

P4: "Bueno mi cuidado prenatal para mí fue excelente los servicios." "...en cuestión de trato, digo que fue excelente porque no tengo ningún tipo de queja." "No tengo ninguna queja, ninguna mala experiencia. Esto... ni tan siquiera en NICU [Unidad de Intensivo Neonatal]. Ellos con mi bebé me trataron súper bien, también. No tengo nada malo que decir ni ningún tipo de mala experiencia tampoco."

P1: "O sea, no tienes a alguien que te siga tu caso. No hay seguimiento, por eso es que hay tanta repetición, porque... el otro residente que te atiende no conoce tu caso, y no tiene el tiempo para leer tu expediente tal vez. Y por eso es que,

pues, tienes que estar repitiendo lo mismo. Pero no hay como que ese seguimiento."

P5: "Pues mira, de verdad que todo lo que, obviamente, necesité y todo lo que me recomendaron, aquí mismo yo lo encontré, todo. Tanto el cardiólogo, etcétera... como el perinatólogo, el que brega con la azúcar y eso. Que todo lo encontré aquí. El laboratorio... de verdad que en esa parte no que quejeo."

P5: "Pues mira, la privacidad fue... de verdad que fue buena, porque, este... en sala de partos, aun siendo mi mamá, tu sabe [sic]... mi mamá preguntó y no le dieron la información. La enfermera fue y me preguntó: mira este... ella quiere información, ¿tú me dejas decirle o me dejas pasarla? Que eso yo lo encontré, pues fíjate, bastante bien. Que tampoco es que dan información así, como uno dice, a lo loco, y se enteró todo el mundo. No. Es como que, en eso son bien cautelosos. Que eso fue lo más que me gustó." "Mientras estuve sola en el cuarto, pues me dejaron las cortinas este... abiertas. Una vez entraron a otra muchacha al lado mío, rápido cerraron cortinas, la puerta cerrada... Que en eso sí son bien cuidadosos y bien pendientes."

P8: "No. Eso sí, en cuestión de parking [estacionamiento] sí, bastante caro [costoso] el parking. Y sí, es como que: diantre tengo el presupuesto contau [sic.] pa'l [sic.] parking y esto, y más cuando estás admitida. Más el nene también estuvo hospitalizado dos semanas, primero en el [hospital] y luego en el [hospital]. Y pues, ya es como que: quiero salir de [hospital] en general."

P1: "...yo creo que ahí no aplica porque realmente no tengo ninguna... tu sabe [sic.], yo soy cristiana, pero pues, este... no creo que hayan violentado nada de... de mis creencias."

P3: "...diferente sí, pero positivamente. Pues lo del... al ser diabética gestacional y todo eso pues me brindaron la información adecuada para el cuidado durante el embarazo." "Por lo menos las orientaciones y lo que puedan proveerle al paciente. Pues sí, porque no es igual, cada ser humano es diferente y todos los embarazos son diferentes."

Experiencia del cuidado provisto. Aunque anteriormente se mencionó que el cuidado en general fue calificado como excelente por parte de las participantes, estas relataron algunas experiencias vividas en el cuidado recibido por parte del personal de enfermería como uno no grato. Del mismo

modo, relataron cómo la ausencia del personal de enfermería por periodos prolongados afectó dicha experiencia. En relación con el tiempo de espera durante las citas prenatales, la mayoría de las participantes lo consideraron razonable. Si bien la mayoría de las participantes se sintió parte de la toma de decisiones, la práctica observada a través de las narraciones fue presentar un plan y obtener el consentimiento escrito. En lo que atañe al acompañamiento durante el parto, los argumentos para limitar la entrada a familiares fueron variados. La mayoría de las participantes no sabían la razón por la cual sus familiares permanecían afuera y no preguntaban por deducir que era protocolo del área. Cabe señalar que los acompañantes no permanecían de manera constante, sino que entraban y salían según el personal lo solicitaba, ya fuera para realizar algún procedimiento o simplemente porque indicaban que la paciente necesitaba descansar. En los momentos en que las participantes tuvieron la oportunidad de estar acompañadas indicaron que no había lugar adecuado para que sus acompañantes se recostaran. A los tales, se les proveía una silla común para sentarse y descansar.

P2: "...ya las enfermeras pues siempre estaban más serias como que de lo normal. Y pues, a veces como para dar las rondas de los medicamentos y eso, se tardaban más de la hora estipulada que nos tocaba. Decían que iban ya mismo y pasaban par de minutos o una hora o dos y nunca venían."

P4: "...las actitudes de algunas enfermeras... Pues, sí fueron como un poquito rush [apresuradas, bruscas]. Sabiendo que una mamá está recién operada, que tienen una cesárea. Pues, habían [sic.] unas enfermeras que te trataban como que medias hostiles, como uno dice. Y, pienso que debe de cambiar en cuestión de actitud personal contra... las mismas pacientes."

P1: "no eran tan atentas, es verdad. Ellas venían cada dos horas a chequear como yo estaba. Cada dos horas. Y mientras, pues yo... este... mirando el techo" "Que yo creo que sí, pudo... pudieron haber estado como que un poquito más ahí."

P6: "...porque de verdad yo no veía nada. Solamente cuando llegaba la ginecóloga o cuando iban a coger vitales, más na' [sic.]. A veces yo decía, tu sabe [sic.]... ¿se harán los sordos, los que no escuchan? porque a la verdad que gritaba, pero no, yo esperaba ya al momento que fuera la ginecóloga de nuevo."

P7: "... por lo menos, no tardaba más de seis horas, tu sabe [sic.]. No sé si eso a unas personas les desespera demasiado." "Si llego a las siete, y por lo menos salgo a la una, pues hasta ahí ese range [rango] entiendo que está bien."

P6: "Por lo menos, ellos me comunicaban, eh... todo y el por qué la tomaban, y ... eh, prácticamente, qué me iban a hacer, todo. Me comunicaban todo." "Prácticamente, escogerlas como tal pues no... ellos siempre buscaban la manera de que yo estuviera bien también. Que por lo menos ahí, pues, me pareció bien."

P8: "Yo siempre le dije a los médicos que yo no quería cesárea porque es un proceso bien difícil, que yo quería parir natural. Pues le dije: okey [sic.], está bien. Porque ya llevaba mucho tiempo de trabajo de parto, desde el lunes hasta ya era miércoles sin comer y sin nada. Uno se cansa y dice: ay, quiero salir de eso ya. Eh, y pues, le dije que sí y llegué a firmar y todo, pero ahí tuve la suerte que llegó una emergencia y me dejaron esperando. Las contracciones me vinieron más seguidas, de cada seis minutos. Luego me volvieron a poner pitusina [sic.], me vinieron de cada tres minutos y pues la doctora me dijo que sí, que iba a parir natural que no había ningún inconveniente en eso. Y, pues, mi parto fue bien rápido, fue como en cuestión de 15 minutos."

P2: "Supuestamente tenía que estar sola en el cuarto en ese proceso y no podía haber nadie conmigo hasta que fuera a entrar a sala de operaciones." "[las enfermeras] me decían que también era por la privacidad, pero de ahí afuera no explicaban más ná [sic.]."

P7: "Pues, estuve en momentos sola y en momentos dejaban pasar a mi mamá o a mi pareja, pero no era todo el tiempo, era en momentos." "Porque no se permiten, entiendo yo." "...y ya en cierto punto me decían como que: "ya, okey", pero no sé." "[El papá del bebé] estuvo en el parto, como tal... si fue una cesárea que dura unos 20 minutos, estuvo alrededor de unos 10 a 15. Ya que, en el principio, en lo que lo entraban y luego en lo que terminan, lo sacan." "...el apoyo emocional siempre es importante. Pero ya pasó, so. (expresó mientras secaba sus ojos llorosos)"

P4: "...pues las sillas son... son sillas normales, no son butacas como en otros sitios que un acompañante se puede quedar contigo, puede descansar."

P7: "Bueno, el área donde duermen los acompañantes es incómodo. Es bien incómodo porque no tienen realmente un área más que para sentarse, técnicamente. Entonces, si la estadía de paciente son tres días mínimo [postparto], sin complicaciones, en una silla que, aunque tiene dos cojines duros, pues, igual sigue siendo una silla. Pues, es un poco incómodo, eso sí."

Sentimientos experimentados durante el cuidado. Con relación a las expectativas en el cuidado la mayoría de las pacientes expresaron haber sentido miedo e incertidumbre relacionada a qué esperar. Así pues, la mayoría de las participantes también expresaron sentimientos de frustración, angustia y estrés durante el proceso, esto debido a la falta de empatía de parte de algunos miembros del personal de enfermería. En cambio, podemos apreciar cómo otras acciones de enfermería parecen haber afectado positivamente el aspecto emocional de las participantes, brindando el sentimiento de apoyo que necesitaban en esos momentos. El acompañamiento durante el trabajo de parto fue el tema de mayor énfasis entre las participantes. Según se encontró en las transcripciones, al estar las participantes solas durante el trabajo de parto, experimentaron sentimientos de ansiedad y temor/miedo. Aunque algunas de las participantes verbalizaron sentir apoyo emocional por parte de algún familiar o persona de apoyo, ninguna de ellas tuvo compañía constante durante el proceso previo al nacimiento de su bebé y algunas de ellas tuvieron a su bebé sin su acompañante presente. Se pudo observar a las participantes ansiosas al hablar del primer encuentro con sus bebés. La gran mayoría hizo pausas para evitar el llanto, algunas no pudieron contenerlo. Para muchas de ellas pasaron horas antes de ver a su bebé, por lo que expresaron haber sentido desespero y angustia. De igual forma, el bienestar del bebé fue la razón por la que muchas de las participantes verbalizaron preferir acatar las decisiones del equipo de salud sin preguntas u oportunidad para cuestionar. Precisamente, las participantes se basaron en su percepción de la experiencia, el cuidado que recibieron y los sentimientos que experimentaron para exponer recomendaciones variadas en las que se repitieron con constancia temas como el mejoramiento de las actitudes de las enfermeras y el cumplimiento de la ley de acompañamiento en el parto.

P4: "Mira, cuando me hablaron de [hospital], que tenía que venir a una clínica donde me iban a atender porque era alto riesgo, sí sentí temor, miedo. Porque, pues, como te dije nunca había venido aquí y no sabía, exactamente, a lo que me iba a enfrentar."

P5: "... fue tan chocante el ella decirme: no, te tienes que pasar sola. Tu sabe [sic.]... fue como tan duro que realmente hasta lloré porque... tenía el dolor de la cesárea; las piernas las sentía, pero no completas y, como que, el tú tener que pasar ese trabajo, de poderme mover como ella quería pues, lloré, tu sabe [sic.]. Porque como que no tenía la fuerza para poderlo hacer. La otra fue la que me ayudó a pararme para bañarme. Era como bien rough [actitud fuerte, brusca], como que, ... te tienes que bañar y necesito bañar a otras pacientes y, como que, ajorando [apurándome]. Que eso fueron, como que, las dos más experiencias que... que yo las miro y lloré, pero de... de rabia, de indignación, tu sabe [sic.]... encuentro que nosotras no somos, como que, perras ahí que parimos perritos, tu sabe [sic.]. Somos seres humanos que necesitamos, como que, un trato bastante cordial. Diría yo". (expresó conteniendo el llanto)

P1: "O sea, cuestiones de que la atención sea personalizada. De que sea como que... que tú te sientas que te están atendiendo a ti. Y que simplemente no eres como que, un número más o algo más. Que eres... que eres alguien, no algo."

P4: "Pero sí mejoró en cuestión de que ellos me brindaron el apoyo, me atendieron súper bien. Esto... estuvieron todo el tiempo hablándome pa' [sic.] que estuviese más tranquila."

P5: "Y entró esa enfermera y me notó ansiosa y me dijo: ay, yo me voy a quedar contigo aquí, vamos a ver la hora, tu mamá viene ya mismo, si tú quieres la llamamos y le preguntamos por dónde viene... siempre como que buscó la vuelta y a lo que llegó mi mamá pues entraba al cuarto y decía: ¿estás bien?" "Que eso pues, me motivó como que a relajarme un poquito más y pues coger las cosas con más calma." "La otra fue la del turno de por la noche, que cuando entraba a cogernos la presión, pues entraba cantando o bailando como que, te voy a despertar al son del baile pa' [sic.] cogerte la presión." "Ellas llegaban y le alegraban el día a uno cuando ellas entraban por esa puerta."

P4: "Sí, me creó miedo cuando entré a sala de partos porque entré sola y en sala de operaciones también porque mi esposo no pudo estar, porque, pues... si sucedía algo con el nene pues ellos tenían que tomar acción." "Yo pienso que a lo mejor no me hubiese puesto tan nerviosa, ni hubiese llorado. Porque, pues, pa' [sic.] la cesárea de mi nena... mi esposo estuvo conmigo y él me dio el apoyo."

P8: "Pues en realidad a mí nadie me dio apoyo porque estaba sola. Casualmente al lado, la paciente de al lado tenía una doula..." "Y pues, la doula a veces ponía, creo que puso una vela aromática y yo soy ansiosa y pues eso me ayudó a respirar hondo, inhalar y exhalar y eso."

P1: "Ay, Dios mío. Un día completo. Tú sabe [sic.], yo di a luz sábado y yo vine a ver a mi bebé domingo. Y fue, como que... (irrumpió en llanto) lo puedes escribir." "Fue un poquito... Fue desesperante, porque era como que... (hizo pausa para contener el llanto) Ay, Es que recuerdo la sensación y era tan desesperante. Pero fue tan bello cuando lo vi. (verbalizó mientras secaba sus lágrimas)"

P3: "Él [bebé] estuvo en intensivo. So [así que], yo tuve que esperar las visitas para entonces ir al... al otro hospital [hospital donde se encontraba el neonato recluso] pa' [sic.] verlo." "Las enfermeras ponían alguna excusa, o... algún inconveniente..." "tuvimos que... pelear un poquito pa' [sic.] que me dieran el permiso porque... pues quince minutos son quince minutos. (dijo con ojos llorosos)" "Pa' [sic.] ellas serán diez minutos, pero para uno que es mamá, significa mucho. (secando sus lágrimas)"

P6: "...saliendo y me lo pusieron en el pecho y me sentía... de verdad, tenía tantas emociones que quería llorar, quería reír, ¿que no tenía yo? (expresó sonriente)"

P1: "...Y yo escucho cuando dice [hace pausa] y esto es una descripción gráfica: prepárame la sala de operaciones que hay que hacer una cesárea de emergencia..." "Se lo dijo a los otros doctores. Y yo, obviamente, empecé a temblar. Me puse nerviosa porque, yo me quedé como que: ¿qué paso aquí?" "...me pasan a la camilla de operaciones. Me ponen... el papel para yo no ver. Yo siento que me están poniendo el papel para hacerme la incisión y yo lo único que digo, lo único que pasó por mi mente fue: ¡me van a rajar sin ponerme anestesia! (expresó con asombro) Y ahí mismo sale el que yo asumo que era el anesthesiólogo, y me dice: calma mamá, calma, todo está bien. Y me ponen la mascarilla y cuando yo despierto, tengo ya la raja, estoy ya en el cuarto, en Recovery [Sala de Recuperación]. Y yo como que: ok, me hicieron cesárea, me sacaron el bebé." [hace una larga pausa] "No me explicaron. Solamente sé que bebé nació y nació bien. Y eso es lo más que me importa."

P2: "Quizás no siempre uno va a estar de buenas, pero como que ese apoyo a la embarazadas, pues, sería una ayuda porque es... un proceso un poquito difícil y tedioso." "Pienso que todos son difíciles, por que las mujeres estamos más emocionales en ese proceso. Como que necesitamos también atención, no solamente es para el bebé. Y como que siempre la atención es más para el bebé y la parte de la mujer se ve un poquito afectada y se sienten solas a veces."

P8: "Y de la ley de acompañamiento, que no se debería violar." "Que deberían ser más flexibles en eso..." "...porque nadie quiere estar solo con contracciones y más si uno es primeriza."

DISCUSIÓN

En Puerto Rico existen múltiples legislaciones que buscan proteger los derechos de los pacientes y las embarazadas (17, 22-24). No obstante, para las participantes de este estudio, el tiempo excesivo, la exclusión en la toma de decisiones, estar sola en la Sala de Partos y el incumplimiento del alojamiento en conjunto entre madre y bebé, fueron acciones esperadas y aceptadas, aun cuando estas acciones van en contra de lo que se definió anteriormente. La normalización de esta práctica que, según la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico, constituye una falta al respeto del individuo, fue el hallazgo más notable en el estudio; resultados congruentes con los obtenidos en la investigación realizada por Rangel y Martínez en México (25). Esta normalización no meramente surge del desconocimiento de la población en cuanto a las leyes y derechos que les cobijan, pues, haciendo prioridad el bienestar de sus bebés, la mayoría de las entrevistadas renunciaron a su derecho a la autonomía poniendo en mayor conflicto el bienestar propio sin hacer las debidas preguntas para tomar una decisión informada y así formar parte del proceso de toma de decisiones.

Se debe considerar de igual forma la "cultura general", pero errada, de que el profesional de la salud es quien posee el conocimiento y sabe lo que es mejor para los pacientes. Este pensamiento, acrecentado por los avances de la tecnología y la medicina, ha traspasado el protagonismo de la mujer sobre los procesos concernientes al curso de su embarazo y parto a manos del personal que ofrece el cuidado. Según Borges, la patologización del embarazo es el factor principal que ha llevado a la medicalización excesiva del parto, ya que no se considera el embarazo

y parto como el proceso natural que es (26). El mismo se ha convertido en un problema clínico para los proveedores de salud obstétrica, por lo que estiman necesario privar a la mujer de su autonomía con el fin de minimizar los riesgos al feto. Como resultado, quizás de manera inconsciente, se ha desvirtuado a la mujer de su humanidad, por lo que el cuidado esencial que se le provee durante su embarazo y parto no cumple con los estándares de calidad esperados según los principios de ética, derechos humanos y políticas de salud pública (27). Esta deshumanización de la embarazada ha provocado que en los últimos años se levanten movimientos a favor de los derechos de la mujer y en contra de lo que se ha denominado el "maltrato" o "falta de respeto y abuso" de la mujer durante el embarazo (28).

Aunque la mayoría de los investigadores prefieren términos como "falta de respeto y abuso" o "maltrato en el parto", el término legal que abarca toda práctica irrespetuosa y abusiva contra la mujer en su proceso embarazo, parto y postparto es "violencia obstétrica" y fue definido por primera vez en latino américa (29). Según la Ley 38,668 de Venezuela, la violencia obstétrica se define como la "apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el profesional de la salud; la cual se expresa como trato jerárquico deshumanizador, abuso de la medicación y convertir los procesos naturales en patológicos, trayendo consigo pérdida de la autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; impactando negativamente la calidad de vida de las mujeres" (26). Tal como describe esta definición, las acciones del profesional de salud a cargo de los procesos de embarazo y parto de la mujer pueden atentar contra los derechos humanos universales y afectar los procesos de salud de la mujer. Esto hace necesario un plan de acción que resuelva este problema.

Países de Latinoamérica como Venezuela, Argentina, Bolivia, Panamá y México fueron los primeros en desarrollar un marco legal para manejar el problema de la violencia obstétrica con leyes específicas que intentan garantizar el derecho de la mujer a una vida libre de violencia (29). El 16 de junio de 2014 se presentó en Puerto Rico el proyecto del Senado 1158 el cual reconocía los derechos de las mujeres concernientes a la reproducción y pretendía establecer una política pública de Parto Humanizado que garantizara el respeto hacia la mujer antes, durante y después del parto (30). En el mismo se definió el parto humanizado como "el principio de que cada mujer tiene el derecho de recibir atención prenatal apropiada y tener un papel central en todos

los aspectos de dicha atención; a participar en la planificación, realización y evaluación de la atención prenatal; y ser orientada sobre los factores sociales, emocionales y psicológicos que son decisivos en la instrumentación de la atención prenatal apropiada". Sin embargo, el proyecto se enfoca en la disminución de la alta tasa de cesáreas y no en la calidad del cuidado obstétrico que se les brinda a las mujeres durante el proceso de transición a la maternidad. Hasta este momento, en Puerto Rico no se ha reconocido la violencia obstétrica, por lo que se desconoce su impacto en la salud de la mujer y repercusiones en la salud pública.

Durante las transiciones, los nuevos roles pueden ser difíciles de asumir y la maternidad no es la excepción (11, 18). Meleis definió su concepto de terapéutica de enfermería como un proceso en el que acciones preventivas y terapéuticas promueven un cambio en el ambiente para llevar a la persona a un estado de salud total. Estas medidas de intervención permiten valorar la preparación de la persona para afrontar la transición (mediante esfuerzo multidisciplinario), preparar a la persona mediante la educación para sobrellevar el proceso de transición y suplementar roles insuficientes hasta lograr una transición saludable. Meleis considera de gran importancia el proceso de "debriefing" (informe, recapitulación) como parte de la terapéutica de enfermería y explica que compartir las experiencias vividas permite a la mujer entender su proceso para identificar áreas que necesiten suplementación. Además, permite a terceros entender la experiencia y formar una red de apoyo que se movilice para proveer las condiciones apropiadas para el desarrollo de confianza y afrontamiento que permitan a la mujer percibir bienestar y lograr una transición saludable.

Un meta-análisis realizado en 2018 concluyó que, aunque hay una disminución significativa de la función cognitiva en muchas embarazadas, las mismas mantienen su desempeño en un rango normal (31). Por consiguiente, una mujer embarazada es apta para tomar todas las decisiones concernientes a su cuidado como cualquier otra persona, mientras ella así lo prefiera. Todas las decisiones que toma una mujer en este estado son estudiadas, hasta donde su bagaje de conocimientos le permite, de manera que el bienestar de su bebé no sea trastocado. Por lo tanto, concierne a los profesionales de la salud, aumentar ese bagaje de conocimientos con información íntegra respaldada enteramente por la literatura más reciente y vigilar que se provea con el tono adecuado. Esto, para permitir a la mujer identificar la mejor evidencia al tomar sus decisiones, sin sentir la más

mínima coacción. Al momento, quienes han investigado el fenómeno de la violencia obstétrica coinciden con la cuarta recomendación de la Organización Mundial de la Salud (por sus siglas, OMS) sobre la necesidad de producir mayor evidencia que permita conocer a profundidad el fenómeno e identificar patrones que propicien el desarrollo de herramientas y planes de acción para su manejo (13, 27, 32).

El propósito de esta investigación fue explorar la percepción del cuidado durante la transición a la maternidad, descrito desde la perspectiva de las experiencias de parto de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo. Según la experiencia materna, tanto las acciones positivas como las negativas de los profesionales de enfermería fueron altamente influyentes en la percepción del cuidado prenatal, intraparto y postparto. La comunicación asertiva y constante, sentido de pertenencia y la sensibilidad de los profesionales fueron algunos de los factores que las participantes consideraron esenciales. También, aquellas que tuvieron la oportunidad de ver a su bebé momentos luego del parto manifestaron extrema satisfacción, resaltando la vitalidad que las participantes atribuían a ese momento en el que una madre ve a su bebé por primera vez al nacer. No obstante, la inmensa mayoría de las entrevistadas sufrió la separación de su bebé por horas. Un ambiente ya descrito como estresante se vio agravado por la indiferencia de algunos miembros del personal de enfermería, ante los sentimientos y necesidades de las participantes, que hizo del proceso de transición a la maternidad uno estresante, frustrante y angustiante. En general, las participantes obtuvieron un cuidado inconsistente, desorganizado, desentendido y en ocasiones desinteresado, que pudo haber afectado su salud emocional.

Al declarar sentimientos de ansiedad y temor ante la soledad que experimentaron las entrevistadas, se demuestra la importancia de estar acompañada por una persona de apoyo en todo momento durante el trabajo de parto. Sin lugar a duda, la cultura y las facilidades en la Sala de Partos y en las habitaciones del área de Ginecología y Obstetricia no son adecuadas para permitir a las parturientas mantener la compañía constante de la persona de su elección durante su proceso de transición a la maternidad (23). Para lograr una percepción positiva, según Horn y D'Angelo, es sumamente importante la intervención del personal de enfermería que permita el apoyo continuo de la mujer durante su proceso de embarazo y parto. Asimismo, enfatizan la importancia de la presencia humana refiriéndose a la compañía continua de los profesionales de

enfermería para brindar apoyo holístico (emocional, físico, informacional y abogacía) a la mujer, según ésta lo requiera. De hecho, en su investigación se lee la siguiente frase: "...las enfermeras de Sala de Partos tienen la oportunidad única para crear una experiencia positiva y disminuir las intervenciones... el cuidado de enfermería uno a uno es vital" (33).

Considerando las experiencias narradas por las participantes de este estudio, se pudo identificar una deficiencia marcada en el proceso de suplementación del rol y una terapéutica de enfermería casi nula. El profesional de enfermería y de salud en general, debe reconocer que cada parto y cada mujer es única y diferente, por lo tanto, no existen intervenciones universales que aseguren un cuidado de calidad. Los profesionales de la salud son responsables de educar a sus pacientes y guiarles para que puedan hacer uso de su autonomía al tomar decisiones informadas. Por consiguiente, como principales proveedores de cuidado directo, es sumamente importante educarse en aspectos legales, estrategias educativas y diversos métodos de cuidado para el parto y aprender a estimar cada caso por separado antes de escoger una intervención. Siendo que el entorno incide en el grado de susceptibilidad a lesiones físicas y psicológicas de una persona, la única intención del cuidado de enfermería en el embarazo, parto y posparto debe ser intervenir exclusivamente con el ambiente de la mujer para crear las condiciones que propicien el logro de una transición saludable a la maternidad (3).

La información obtenida de esta investigación puede ser utilizada para los siguientes propósitos:

1. Servir de base para futuras investigaciones sobre el cuidado de salud que se ofrece a la mujer en Puerto Rico.
2. Facilitar diversidad de alternativas para suplir sus necesidades físicas individuales, singularmente las de manejo del dolor.
3. Evitar el sufrimiento emocional y minimizar el riesgo a daños psicológicos apoyando la compañía continua de personas de apoyo y seres significativos, según lo solicite la mujer.
4. Fomentar la presencia constante del profesional de enfermería que proporcione apoyo holístico, aclare dudas e identifique necesidades particulares de manera temprana durante la transición a la maternidad.
5. Promover la educación de los profesionales de la salud obstétrica en aquellos conocimientos y experiencias que les permitan validar y respetar las necesidades especiales y los derechos inalienables de la población a la que brindan sus servicios.
6. Favorecer la educación a la población en general sobre temas relacionados al mejoramiento de la salud psicológica y emocional de la embarazada.

Algunas de las limitaciones de este estudio fueron las siguientes: 1. El estudio fue realizado en una sola institución que provee cuidados a mujeres embarazadas con algún factor de riesgo en su periodo prenatal y durante el parto; por lo que no se obtuvo la perspectiva de mujeres con embarazo y parto de bajo riesgo. 2. Por ser una institución supraterciaria especializada en salud materno-infantil, las participantes son referidas y la mayoría viene en contra de su voluntad, esto pudo haber representado un sesgo, ya que existe la posibilidad de reflejar una percepción predeterminada. 3. Aunque los resultados podrían ser transferibles a otro escenario clínico donde pudiese estar ocurriendo la misma situación, los datos no pueden ser generalizados, toda vez que no es el fin de los estudios cualitativos.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Making childbirth a positive experience [Internet]. Geneva; 2018. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
- Zager R. Psychological aspects of high-risk pregnancy. *Glob Libr Women's Med* [Internet]. 2009;(1756-2228). Available from: https://www.glowm.com/section_view/heading/Psychological Aspects of High-Risk Pregnancy/item/155
- Feito L. Vulnerabilidad. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(3):7-22.
- Ruiz Rivera N. La definición y medición de la vulnerabilidad social: un enfoque normativo. *Investig Geográficas*. 2012;77(0188-4611):63-74.
- Canaval GE, Jaramillo CD, Rosero DH, Valencia MG. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Rev Aquichan* [Internet]. 2007;7(1):8-24. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/94>
- Gourounti K, Karpathiotaki N, Vaslamatzis G. Psychosocial stress in high risk pregnancy. *Int Arch Med*. 2015;8(1755-7682):1-9.
- Instituto Nacional de Salud. (2017). Qué es un embarazo de alto riesgo? NIH. Obtenido de <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/riesgo.aspx>
- Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(97):1-12.
- Lewis L, Hauck YL, Ronchi F, Crichton C, Waller L. Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: western australian women's perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(29):9.
- Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, et al. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reprod Health*. 2017;14(3):1-13.
- Meleis A. *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- Ndwiga C, Warren CE, Ritter J, Sripad P, Abuya T. Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: work with what you have. *Reprod Health*. 2017;14(99):13.
- Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(3):1-17.
- Caballero P, Delgado B, Orts I, Moncho J, Pereyra P, Nolasco A. Validation of the spanish version of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(78):10.
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2010;10(81):8. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81>
- Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaiz-Fontestad L, Escriba V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *SESPAS*. 2012;26(3):236-42.
- Charbonier-Laureano M. Proyecto de la Cámara 1445 [Internet]. San Juan, PR: Cámara de Representantes; 2018. Available from: <https://www.cfpr.org>

18. Im EO, Allgood MR, Tomey AM. Afaf Ibrahim Meleis: Teoría de las transiciones. In: Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. España: Elsevier; 2011. p. 416–33.
19. Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenomenol Psychol* [Internet]. 1997;28(2):235–52. Available from: <http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=google&auinit=A&aulast=Giorgi&atitle=The+theory%2C+practice%2C+and+evaluation+of+the+phenomenological+methodology>
20. Polit D, Beck CT. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. 539-541 p.
21. Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
22. Ley para prohibir el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos [Internet]. Puerto Rico: Lexjuris; 2004. Available from: www.lexjuris.com/lexlex/leyes2004/lexl2004079.htm
23. Ley de acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y postparto [Internet]. Lexjuris; 2016. Available from: www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2016/lexl2016200.htm
24. Parrilla A. Resumen de la legislación para la protección de la lactancia en Puerto Rico [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 4]. Available from: https://www.draparrilla.com/politica_legislacion.html
25. Rangel-Flores YY, Martínez-Ledesma AG. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Rev CONAMED*. 2017;22(4):166–9.
26. Borges MT. A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law J*. 2018;827–62.
27. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra, SUI; 2014. Available from: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
28. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2016;65–73.
29. Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125:1208–11.
30. González MT. Proyecto del Senado 1158 [Internet]. 1158 Puerto Rico: Senado de Puerto Rico; 2014. Available from: <https://senado.pr.gov>
31. Davies SJ, Lum JA, Skouteris H, Byrne LK, Hayden MJ. Cognitive impairment during pregnancy: a meta-analysis. *MJA*. 2018;208(1):35–40.
32. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 2017;14(138):1–27.
33. Horn G, D'Angelo D. Does coping assessment for laboring moms (CALM) scale enhance perception of nursing presence? *Nurs Womens Health* [Internet]. 2017;360–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2017.07.002>

ANEXOS

Anexo 1. Formulario de consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

TÍTULO DEL ESTUDIO: Percepción del cuidado durante la transición a la maternidad en un grupo de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo

NÚMERO DE PROTOCOLO:

INVESTIGADOR:

Dra. Noemy Díaz-Ramos, RN, MSN, EdD

Investigadora Principal

Sra. Angeliz J. Rivera Meléndez RN, MSN(s)

Co-Investigadora

LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO: Clínica Prenatal de Alto Riesgo del Hospital Universitario de Adultos, San Juan, PR

NÚMEROS DE TELÉFONOS ASOCIADOS AL ESTUDIO: (787) 758-2525 ext. 2148

Este formulario de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor, solicite al investigador que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse a casa una copia de este formulario de consentimiento para pensar sobre su participación en este estudio o para discutirlo con la familia o amigos antes de tomar su decisión.

I. INTRODUCCIÓN

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este formulario cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Este proyecto de investigación tiene el propósito de explorar la percepción del cuidado durante la transición a la maternidad, descrito desde la perspectiva de las experiencias de parto de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo. La mayoría de las mujeres embarazadas suelen presentar algún nivel de ansiedad por su embarazo, sin embargo, la identificación un factor de riesgo puede acrecentar este sentimiento, acentuando la vulnerabilidad de la mujer al momento de la toma de decisiones. Investigaciones refieren que esto podría provocar insatisfacción en su proceso de transición a la maternidad. Un cuidado holístico en los servicios de salud, debe tomar en consideración acciones que promuevan una experiencia satisfactoria, independientemente de las condiciones médicas de la paciente y/o su bebé.

III. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

En este estudio participarán aproximadamente 10 mujeres, embarazadas con algún factor de riesgo para su embarazo y reciban su cuidado prenatal en la Clínica Prenatal de Alto Riesgo del Hospital Universitario de Adultos.

¿Quién puede formar parte del estudio?

Criterios de inclusión

- a. Mujeres con embarazo y/o parto de alto riesgo.
- b. Mayores de 20 años.
- c. Que asistan a dos o más visitas de cuidado prenatal en la Clínica Prenatal de Alto Riesgo del Hospital Universitario de Adultos.
- d. Que acuda a cita postparto entre las cuatro y cinco semanas luego del parto en la Clínica Prenatal de Alto Riesgo del Hospital Universitario de Adultos.

¿Quiénes NO puedes formar parte de este estudio?

Criterios de exclusión

- Mujer con embarazo y parto saludable.
- Menor de 21 años.
- Que no haya recibido su cuidado prenatal en la clínica.
- Que haya asistido a menos de dos citas de cuidado prenatal en la clínica donde se realizará la investigación.
- Que acuda a cita postparto antes de las cuatro o después de las cinco semanas luego del parto en la clínica donde se realizará la investigación.
- Si la persona no está capacitada para consentir.

IV. PROCEDIMIENTOS:

Con el fin de recolectar información concerniente a su experiencia de cuidado obstétrico, se le pedirá que participe en una entrevista individual que podrá tener una duración de 45 minutos a una hora. Se acordará el día y la hora de la entrevista a conveniencia de usted, en un periodo de cuatro a 5 semanas luego del parto. La entrevista se llevará a cabo en un lugar privado y libre de ruidos e interrupciones. La misma será grabada en audio para mantener toda la atención en la participante y facilitar el análisis de la información. La estudiante investigadora podrá realizar notas escritas durante la entrevista. Al finalizar la misma, la grabación será transcrita al *verbatim*.

Una vez se concluya con la transcripción de los datos, de ser estrictamente necesario, se contactará a la participante para corroborar alguna información que la investigadora desee aclarar. Una vez corroborada la información, se borrará la entrevista de la memoria de la grabadora digital y culminará su participación en el estudio.

¿Está usted de acuerdo con que se grabe la entrevista?

Por favor, marque con una X su contestación en el lado izquierdo y escriba sus iniciales al lado derecho en el siguiente espacio provisto.

_____ **SÍ autorizo** _____ **iniciales** _____ **NO autorizo** _____ **iniciales**

¿Está usted de acuerdo con que se le contacte vía telefónica para coordinar una cita para revisar el manuscrito, de ser necesario? Por favor, marque con una X su contestación en el lado izquierdo y escriba sus iniciales al lado derecho en el siguiente espacio provisto.

_____ **SÍ autorizo** _____ **iniciales** _____ **NO autorizo** _____ **iniciales**

V. RIESGOS O INCOMODIDADES:

Los riesgos o incomodidades que pudiese experimentar como parte de esta investigación se considerarán mínimos. Sin embargo, usted podría sentir incomodidad al tener que compartir información sobre sus experiencias personales en relación al cuidado durante la transición a la maternidad, reviviendo recuerdos que puedan potenciar alguna incomodidad, o por el tiempo de duración de la entrevista.

Para minimizar estas posibles incomodidades que pudieran ocurrir, mantendremos un ambiente cómodo, una comunicación amable y respetuosa. Además, tomar un tiempo de descanso, si es necesario. Se ofrecerá también una merienda ligera. De igual forma, se cuenta con un plan para manejar cualquier situación que se presente.

VI. BENEFICIOS:

Es probable que usted no reciba beneficio directo por participar en este estudio. No obstante, podría sentirse beneficiada al compartir información que ayude a mejorar la provisión del cuidado en el futuro.

VII. COSTOS:

No hay ningún costo por participar en este estudio.

VIII. INCENTIVO PARA LA PARTICIPANTE

No se le pagará nada por ser parte de este estudio.

IX. Privacidad y Confidencialidad:

Si usted elige participar en esta investigación, la investigadora y su equipo de trabajo obtendrán información sobre usted que podría identificarle mediante el uso de su número telefónico que nos permitan comunicarnos con usted para coordinar las entrevistas grupales dentro del Recinto de Ciencias Médicas en la Escuela de Enfermería.

Toda información recopilada se protegerá siguiendo la reglamentación de HIPAA (siglas en inglés). Los resultados de esta investigación podrían ser publicados en revistas científicas o presentados en reuniones académicas, pero su identidad no será divulgada. La información grabada será borrada de la memoria de la grabadora digital, una vez sea transcrita y analizada por la estudiante investigadora o su asistente de investigación.

Las transcripciones de las grabaciones, los cuestionarios demográficos y la entrevista guiada serán guardados en un archivo con llave en el Centro de Investigación y Práctica

Basada en Evidencia de la Escuela de Enfermería del Recinto de Ciencias Médicas, y solo el equipo de investigación tendrá acceso a esta, excepto si es requerido por la ley.

Al finalizar la investigación; el análisis de la información, los cuestionarios de preguntas personales y todo documento que pueda identificarle, serán guardados por tres (3) años y luego destruidos utilizando una trituradora de papel. Esta autorización estará vigente hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la investigadora principal o la estudiante investigadora a la siguiente dirección:

Noemy Diaz-Ramos, RN, MSN, EdD - Investigadora Principal
Angeliz J. Rivera Meléndez RN, MSN(s) - Estudiante Co-investigadora

Teléfono: 787-669-9530

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

PO Box 365067

San Juan, PR 00936-5067

787-758-2525, Ext. 2148

Fax: 787-759-3644

Si usted cancela esta autorización, el equipo de investigación no usará ni divulgará su información personal de salud bajo la autorización para este estudio, a menos que necesite utilizar o divulgar algo de la información personal que preserve la integridad científica del estudio. La información sometida antes de que usted cancele esta autorización podrá ser utilizada por el equipo de investigación.

La autorización para el uso y acceso a información para propósitos de investigación es totalmente voluntaria. Sin embargo, si usted no firma este documento, no podrá participar en esta investigación. Si en el futuro, usted cancela esta autorización, no podrá continuar participando de esta investigación.

X. Compensación en caso de daño:

La Universidad de Puerto Rico no prevé ofrecerle ninguna otra forma de compensación o remuneración directamente a usted. Sin embargo, por firmar este formulario de consentimiento, usted no renuncia a ningún derecho legal que pudiera tener.

XI. Participación de retiro voluntario:

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse de la investigación en cualquier momento. Esta decisión no resultará en ninguna penalidad o pérdida de beneficios para los cuales tenga derecho, y su información será removida de la investigación y destruida. De ser necesario, su participación en esta investigación puede ser detenida en cualquier momento por los investigadores del estudio sin su consentimiento.

XII. Fondos para pagar el estudio:

Esta investigación no recibe fondos de ninguna institución.

XIII. Preguntas:

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta investigación o sobre su participación en el mismo, o si piensa que ha sufrido algún daño relacionado con la investigación, usted puede contactar a:

Angeliz J. Rivera Meléndez RN, MSN(s) - Estudiante Co-investigadora
Noemy Diaz-Ramos, RN, MSN, EdD - Investigadora Principal

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de la investigación, usted puede contactar a la:

Oficina para la Protección de Participantes Humanos en la Investigación (IRB)

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas. Si usted firma aceptando participar en esta investigación, usted recibirá una copia firmada y fechada de este documento con el sello de aprobación del IRB en cada página.

XVI. Consentimiento:

He leído la información provista en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre la investigación y mi participación en este estudio han sido atendidas. Libremente consiento a participar en esta investigación.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del participante (en letra de molde)

Firma del participante

Fecha

Nombre del Testigo (en letra de molde) para participantes asistidos

Firma del testigo para participantes asistidos

Fecha

Firma de la Investigadora Principal

Fecha

Estudiante Investigadora

Fecha

Anexo 2. Guion de la entrevista

Título del proyecto de investigación: Percepción del cuidado durante la transición a la maternidad en un grupo de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo (Protocolo B1630119)

Guía de Entrevista

Tema principal: Experiencia del cuidado de salud durante la transición a la maternidad

Pregunta Central:

1. Hábleme sobre su experiencia con el cuidado recibido durante la transición a la maternidad.

Ejemplo de preguntas para explorar el tema:

- a. Cuénteme sobre su experiencia al recibir cuidado prenatal, de parto y postparto.

Preguntas secundarias:

1. Hábleme sobre sus expectativas al recibir cuidado prenatal y el parto.
2. Dígame sobre los factores que usted considera importantes durante la experiencia de embarazo y parto.

Ejemplo factores para explorar el tema:

- a. Factores físicos:
 - Hábleme sobre las facilidades físicas del área.
 - Dígame sobre la disponibilidad de servicios y del personal de salud.
 - Cuénteme sobre el tiempo transcurido al solicitar los servicios.
 - b. Factores psicológicos
 - Hábleme del personal que la atendió.
 - Cuénteme cómo sus necesidades individuales fueron validadas, en cuanto a:
 - Privacidad
 - Respeto a sus prácticas culturales y/o religiosas
 - c. Factores emocionales y sociales
 - Hábleme sobre el apoyo emocional recibido.
 - Cuénteme sobre las personas que la acompañaron durante los procesos.
 - Cuéteme si el factor económico fue una preocupación durante este tiempo.
3. Cuénteme si usted piensa que el haber tenido un embarazo de alto riesgo pudo haber influenciado en su experiencia durante la fase de transición.

Ejemplo de preguntas para explorar el tema:

- a. ¿Piensa que el cuidado debe ser diferente cuando hay un factor de riesgo en el embarazo y parto?
4. Cuénteme si se sintió parte de la toma de decisiones durante su cuidado prenatal, intraparto y postparto.
 5. Cuénteme cómo las acciones de los profesionales de enfermería contribuyeron a la experiencia de cuidado (prenatal, intraparto y postparto).