



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Percepciones de las pacientes sobre la atención del parto en el servicio de ginecología de Clínica Universitaria Colombia en el marco del programa: política de humanización, 2017

**Mayra Johanna Floriano Parra
José David Rojas Hernández**

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2017

Percepciones de las pacientes sobre la atención del parto en el servicio de ginecología de Clínica Universitaria Colombia en el marco del programa: política de humanización, 2017

**Mayra Johanna Floriano Parra
José David Rojas Hernández**

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Directora:

Rocío Robledo Martínez Od., M. Sc., PH.D. (C)

Codirectora:

Carolina Villalba Md. MSc

Línea de Investigación:

Administración en Salud Pública

Grupo de Investigación:

Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia

2017

Mayra...

A ellos, por ser el más grande motivo para alcanzar mis metas; Adith, Claudia, Daniel y Luciana por su apoyo y sus sonrisas, por crecer conmigo, esta nueva meta alcanzada es de ustedes.

A ti, por demostrarme que amor se traduce en muchas formas, por ser mi soporte, porque en este camino pude sentirme de mil maneras, pero nunca sola.

A mis amigas a quienes admiro por lo que son en mi vida y por lo que han alcanzado en las suyas, porque con su ejemplo de dedicación y esfuerzo me alentaron a iniciar y terminar este nuevo reto.

David...

A mi familia Ingrid, Hernando y Laura, con quienes no hubiese sido posible seguir recorriendo esta senda que se logró forjar, y sin quienes no podría continuar fortaleciendo e ideando nuevos caminos.

A mis amig@s y compañer@s (Er.Ru.Ed.Ev.Ju.Al.Ma.) con quienes el recorrido ha sido a través de una estructura potente, inmensa, brutal, que nunca ha dejado de enseñar y siempre ha estado para soportar.

“Vivimos para trabajar, para pensar, para cambiar, eso es la vida” *Rodolfo Llinás*

Agradecimientos

A nuestra directora Dra. Rocío Robledo por los conocimientos transmitidos, su dedicación y entrega, con la cual logramos fortalecer, aprender y desarrollar todo un proceso cargado de conocimientos y avances.

A Clínica Universitaria Colombia, los jefes de las áreas de Salud Pública, Ginecología y Atención al Usuario por su apoyo y participación en este proyecto.

A nuestra universidad, nuestra Alma mater, en donde forjamos sueños cargados de conocimiento, ávidos de experiencia y propios para un mañana.

Resumen

Objetivos: Identificar la percepción de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología de la Clínica Universitaria Colombia (CUC) en el marco del programa: "Política de Humanización", durante el proceso de atención del parto en el mes marzo de 2017.

Métodos: La presente investigación es de corte cualitativo, cuyo abordaje se realizó desde el campo de las percepciones. El instrumento recolector de datos utilizado fueron entrevistas estructuradas a mujeres que durante marzo o abril del 2017 tuvieron su parto en el servicio de ginecología de CUC, así como diarios de campos. Para la muestra se utilizó el método de selección intencional a conveniencia, de acuerdo a los parámetros y estándares de realización del estudio.

El análisis se basó en el deber ser de las cuatro estrategias que integran esta política: La construcción de experiencias memorables, el brindar orientación e información, generar ambientes restauradores, y el acompañamiento y proximidad, estrategias señaladas como medidas que viabilizan una calidad diferenciada en la atención prestada por la institución.

Resultados: De acuerdo las pacientes entrevistadas, el programa: "política de humanización" tiene una percepción positiva. Algunas situaciones generan molestias e insatisfacción, pero estas tienen menos valoración en relación con aquellas dirigidas a una atención que contribuye al alcance del parto humanizado.

Conclusiones: Los resultados muestran como las pacientes, desde su percepción, consideran haber tenido un parto humanizado en relación a lo establecido por el programa: "Política de Humanización" propuesto por la institución.

Palabras clave: Parto Humanizado, Humanización de la Atención, Atención Perinatal, Recién Nacido y Percepción.

Abstract

Objectives: Identify the perception of pregnant women treated at the gynecology's department of Clínica Universitaria Colombia (CUC) under the program: "Política de Humanización" during the delivery process in March 2017.

Methods: The present investigation is qualitative, whose approach was carried out from the field of perceptions. The data collection instrument used were structured interviews with women who during March or April of 2017 had their delivery in the gynecology service of CUC, as well as field diaries. For the sample, the intentional selection method was used according to the parameters and standards of the study.

The analysis is based on the four strategies that integrate this policy: Building memorable experiences, providing guidance and information, generating restorative environments, and accompaniment and proximity; strategies identified as measures that enable a differentiated quality in the provided service by the institution.

Results: According to the patients interviewed, the program: "Política de Humanización" has a positive perception. Some situations generate discomfort and dissatisfaction, but these are less valued in relation to those which are directed to attention that contributes to the extent of humanized delivery.

Conclusions: The results show that the patients interviewed, from their perception, consider having had a humanized delivery in relation to what was established by the program: "Política de Humanización" proposed by the institution.

Keywords: Humanized Delivery, Humanization of Care, Perinatal Care, Newborn, and Perception.

Contenido

Pág.

Contenido

1. Valoración de la investigación.....	3
1.1 Objetivo general.....	3
1.2 Objetivos específicos.....	3
1.3 Justificación.....	3
2. Marco teórico.....	5
2.1 Humanización en Salud.....	5
2.2 Humanización en el Parto.....	7
2.3 Concepto de Percepción.....	9
2.4 Principio Teórico.....	10
2.5 Percepción Social.....	11
2.6 Hermenéutica.....	12
2.7 Evidencia previa.....	13
2.8 Programa: "Política de Humanización".....	16
3. Metodología.....	19
3.1 Tipo de Estudio.....	19
3.2 Población de Estudio.....	19
3.3 Recolección de Información.....	19
3.4 Categorías de Análisis.....	20
3.5 Análisis de Información.....	20
3.6 Consideraciones Éticas.....	20
4. Resultados.....	23
4.1 Información de los diarios de campo.....	23
4.2 Datos de Identificación.....	24
4.2.1 Personales.....	24
4.2.2 Del embarazo.....	25
4.3 Recolección de información: Relatos de las pacientes.....	25
5. Discusión y recomendaciones.....	33
5.1 Discusión.....	33
5.2 Recomendaciones.....	35

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Conceptualización parto normal, natural y humanizado	8
Tabla 2. Programa “Política de humanización”, Revista Bienestar Sanitas N°150	17
Tabla 3. Dimensión 1: Experiencias memorables	25
Tabla 4. Dimensión 2: Orientación e información	27
Tabla 5. Dimensión 3: Generación de ambientes restauradores	28
Tabla 6. Dimensión 4: Acompañamiento y proximidad	29

Introducción

La humanización en salud más allá de ser un tema de interés público es una estrategia que permite incrementar el bienestar de los pacientes. Uno de los alcances de la humanización es la atención del parto, proceso de interés y constante mejora para el sector salud. En él, madre e hijo están expuestos a situaciones de vulnerabilidad, en las cuales requieren especial cuidado con el fin de preservar en todo momento la integridad emocional y afectiva de ambos.

El parto representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer. Por un lado, constituye para algunas un momento de decisión y cambio, pero a la vez puede ser un evento doloroso que implica una experiencia psicosocial profunda permeada de factores externos. Las culturas indígenas reconocían la intensidad y la magia del parto, incluso, asimilaban a la mujer en su papel procreador a guerreros, y les ofrecían la posibilidad de habitar entre los dioses. Es necesario apreciar el nacimiento en su verdadero sentido, restituir a la mujer la seguridad perdida, rodeándola de un ambiente cálido y dejándola asumir la tarea de acuerdo a sus propias convicciones y necesidades.

La Organización Mundial de la Salud en la declaración de Fortaleza (1985), enfatiza en la especial atención a los procedimientos de parto y nacimiento, así como en el reconocimiento, empoderamiento y participación activa de las madres gestantes como parte de la creación de experiencias significativas (Sánchez, et al., 2012). La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Ceará, pone de manifiesto su trascendental importancia: *“El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de*

la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que su humanización constituya una necesidad urgente y evidente" (Ceará, 2000).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, establece en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, lineamientos de calidad y humanización de la atención, especialmente en mujeres gestantes, niños y adolescentes, como estrategia para el correcto ejercicio de la salud (Decreto 1011, 2006). Para el año 2009 el Congreso de la República decreta el proyecto de ley 172, el cual tiene como objeto asegurar el ejercicio de los derechos de la mujer embarazada y del recién nacido, garantizar una maternidad digna, saludable, deseada, segura y sin riesgos, mediante la prestación oportuna, eficiente y de buena calidad de los servicios de atención prenatal, del parto y posparto con el fin de reducir la morbilidad materna y perinatal y lograr un verdadero desarrollo humano de la familia (Proyecto de Ley 172, 2009).

De acuerdo con esta realidad, la Clínica Universitaria Colombia (CUC), reconoce la necesidad de implementar programas que garanticen que tanto paciente como familiares reciban un servicio digno, confiable y con relaciones médico-pacientes fortalecidas; por tal razón en el año 2016 diseña e implementa el Programa: "Política de Humanización". El programa se fundamenta en cuatro estrategias: construcción de experiencias memorables, orientación e información, generación de ambientes restauradores y acompañamiento, proximidad.

A la fecha se desconoce específicamente como las mujeres gestantes que asisten al servicio de ginecología perciben este programa, es por ello, que el problema de investigación se centra en el reconocimiento de las percepciones de las gestantes que han tenido su proceso de parto en las instalaciones de la CUC.

1. Valoración de la investigación

1.1 Objetivo general

Identificar la percepción de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología de la Clínica Universitaria Colombia en el marco del programa: “Política de Humanización”, durante el proceso de atención del parto en el mes marzo de 2017.

1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a las pacientes del estudio de acuerdo a la información recolectada por medio de las entrevistas.
- Describir la percepción de las gestantes con relación al proceso de atención de parto recibido en la Clínica Universitaria Colombia.
- Sistematizar y analizar la información, según las categorías de abordaje del estudio.

1.3 Justificación

La administración en salud pública exige evaluar y monitorear constantemente el impacto de los programas dirigidos a los pacientes y sus familias, esperando evidenciar resultados positivos en relación a los objetivos propuestos. La importancia de revelar a la luz los resultados de estos programas radica en identificar las acciones de mejora necesarias y construir nuevas estrategias, contrastando las actividades propuestas versus las actividades cumplidas, haciendo énfasis en los logros alcanzados y enumerando las dificultades que se tuvieron para no llegar a las metas previstas.

2.Marco teórico

2.1 Humanización en Salud

Los cambios en el contexto de salud han generado fuertes cuestionamientos relacionados con la humanización en la atención, existen diversas perspectivas y formas de concebirla. Estas aproximaciones, en su mayoría, han sido teóricas y se han enfocado en una definición conceptual de esta temática.

La humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia. De esta manera, se encuentra asociada con las relaciones que se establecen al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo (Gil, 2001).

En el ámbito de la salud influyen factores económicos, sociales y educativos, los cuales se relacionan entre sí y llevan a entornos más o menos humanizados (Nizama, 2002), entre los cuales el autor resalta, las características socio-económicas que influyen, como la inadecuada remuneración y/o sobrecarga laboral a la cual está expuesto el personal asistencial, lo que llega a afectar sus niveles de autoestima, motivación, expectativas de superación personal y competitividad. Los aspectos educativos relacionados con la humanización hacen referencia a la formación académica que reciben los profesionales de la salud, generalmente enfocada más en aspectos técnico y tecnológico. Así mismo, la concepción de ser humano que subyace a la formación es cada vez más reduccionista, privilegiando al órgano enfermo, lo que contribuye a que el profesional descentralice la relación interpersonal. Aunque a los profesionales en formación se les instruye teóricamente sobre la integridad del ser humano, en la práctica encuentran modelos y referentes de atención deshumanizada. A nivel organizacional, los factores que influyen de manera negativa en la humanización en salud son la falta de la estabilidad laboral, la

fragmentación del ser humano, el recorte de personal, el aumento en el volumen de pacientes, entre otros. Humanizar exige unas ciertas condiciones básicas, que si no se poseen pueden generar lo contrario de lo que se busca, es decir, procesos de deshumanización (Gracia, 2004).

El rol de la profesión médica en las sociedades humanas, y la relación médico- paciente han cambiado sustancialmente. Desde los tiempos antiguos, el encuentro entre el curador y el paciente ha constituido el principal medio por el que la medicina logra sus objetivos. Esta continuidad extraordinaria tiene su solidez en el hecho de que la medicina responde a una necesidad humana universal e invariable: ayudar a los pacientes. Es más, la mayor parte de la ayuda médica se proporciona en el encuentro directo entre paciente y médico esto es, en la relación doctor-paciente (Siegler, 2000). Para humanizar la práctica médica, el profesional debe actuar como humano, haciendo uso del diálogo, como el vehículo a través del cual se pondrán en juego los valores del enfermo. El respeto a los valores asumidos por el enfermo implica la obligación de presentar los dictámenes de modo que estos puedan ser interpretados desde el sistema axiológico concreto que presenta el paciente. Es necesario también el desarrollo de habilidades específicas de comunicación y empatía (Callahan, 2004).

Las definiciones anteriores abren paso al concepto de humanización, el cual propicia un choque entre dos enfoques distintos. Por un lado, una que privilegia los avances y resultados tecnológico – administrativos, y, por otra parte, la que da prioridad al individuo, su autonomía y la defensa de sus derechos. Así surge la necesidad de propiciar ambientes restauradores que influyan positivamente en la relación profesional - paciente, bajo la mirada ética, la calidez y los valores humanos, atendiendo las necesidades físicas, emocionales, intelectuales, psicológicas y sociales de cada uno (Correa, 2016).

A nivel nacional es posible reconocer el trabajo realizado por del Ministerio de Salud y Protección Social del país, frente a los procesos de mejora de la calidad, específicamente la humanización de los servicios de salud, entendida como la obligación que tienen los actores que intervienen en la atención de salud de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención de todas las personas

independientemente del ciclo vital en el que se encuentren, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial. Por otra parte, se considerará la Resolución 13437 (1991), por la cual se constituyeron los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes.

2.1.1 Humanización en el Parto

En el marco de atención en salud, específicamente gestantes, existen diferentes políticas integrales de atención, declaraciones y orientaciones que apuntan a la mejor atención posible, a través de la humanización de procesos y procedimientos. De acuerdo con la Declaración de Ceará (2000), en torno a la Humanización del parto: *“El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”*.

Desde la concepción de política de salud, es posible señalar en Colombia la Ley 100 de 1993, propone una serie de cambios pensados a favor del sistema de salud, pero que, con su puesta en marcha mostró dificultades para asumir dicho reto. La inclusión de condiciones como la calidad, eficiencia y equidad sumó cobertura en la población, que, a su vez, redujeron la humanización en el servicio. Al implementar este modelo de atención, los tiempos de intervención disminuyeron, aumentando la cantidad de pacientes atendidos. Dado esto, se afecta la comunicación y calidez en las relaciones interpersonales entre profesional y paciente (Hernández, Ramírez, Sánchez, 2008).

Pese a estas dificultades, en la actualidad existen instituciones que trabajan constantemente en la humanización de los servicios de salud implementando políticas de humanización en la atención hospitalaria las cuales pretenden mejorar la atención en el servicio, así como la generación de experiencias que contribuyan con la formación en salud, el favorecimiento de los procesos de prevención y disminución de la carga de la enfermedad (Brusco, Gol, Marchesi y Redrado, 2003). Un ejemplo de estas instituciones es la Clínica Universitaria Colombia, la cual implementó su Programa: "Política de humanización" en marzo de 2016.

En relación con la atención del parto, la Organización Mundial de la Salud (1985) fijó su atención en todos los procedimientos y prácticas que aquí se incluyen, recomendando y ajustando los estándares de atención para así propiciar un servicio basado en el reconocimiento, empoderamiento y participación activa de las usuarias, a través de estrategias de inclusión en la planificación, información, ejecución y evaluación de la misma. Posicionando a la mujer gestante en todas sus dimensiones familiar, psicológica, social, ecológica y espiritual, reconociendo así sus emociones, valores, creencias, sentido de la dignidad y autonomía durante el parto (Sánchez, et al., 2012a). Estas concepciones sugieren que el proceso de parto empiece a ser redefinido desde las características propias de cada caso, tal como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 1. Conceptualización parto normal, natural y humanizado

PARTO NORMAL	“El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones (O.M.S, 1996: 6; M.S.S.S.I., 2010: 37).
PARTO NATURAL	“Parto no intervenido, atendido por la obstetricia convencional, en el cual la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios para la madre” (Blázquez, 2009: 251).
PARTO HUMANIZADO	“Implica inicialmente dos aspectos, uno el deber de las unidades prestadoras del servicio, de dar un trato digno, en la acogida, trato, acompañamiento y creación de climas agradables. El otro opta por la adopción de medidas y procedimientos beneficiosos en el parto, evitando así, intervenciones innecesarias que le afecten, teniendo en cuenta sus necesidades y deseos, para aumentar así, el grado de satisfacción” (Iglesias Casás et al., 2009)

(Sánchez, et al., 2012b)

El principio de humanización es la empatía, entendiéndose como la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas del otro, ponerse en su lugar, y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales. La empatía se logra al combinar a nivel intelectual la escucha activa, a nivel emocional la comprensión y a nivel interpersonal, el asertividad (Balart, 2013).

2.2 Concepto de Percepción

Al involucrar el concepto de percepción es necesario reconocer cual ha sido parte de su formación epistemológica, así como su postura más acertada y próxima al objeto de estudio de esta investigación. Se tomará su formalización teórica, así como la línea epistémica que se plantea desde la filosofía Kantiana, en la teoría de forma o Gestalt, hasta la inclusión del modelo de percepción social.

Entre los diferentes esfuerzos para explicar el contenido de la percepción, así como sus teorías explicativas es posible considerar el movimiento Gestalt como uno de los más rigurosos y sistemáticos, en la generación de principios explicativos. Dicho movimiento se forjó en Alemania a mano de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, durante el siglo XX. Considerando la percepción como un proceso fundamental de la actividad mental, de donde se supone dependen las otras actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, la experiencia, emoción, entre otras, dependerán del adecuado funcionamiento de éste proceso organizativo (Carterette, Friedman, 1982). Esta teoría centrada en la filosofía Kantiana propuso la percepción como un estado subjetivo, por medio del cual se realizan una serie de abstracciones del mundo externo o de situaciones relevantes para cada individuo. Entre los aportes primordiales de la Gestalt, se encuentra el desligamiento de la percepción y la actividad fisiológica, antes concebida como un derivado cerebral de estados sensoriales y logrando proponerla como un proceso inicial de la actividad mental.

Uno de los primeros supuestos acerca de la percepción indica que, de la enorme cantidad de datos recopilados por la experiencia sensorial *p. ej.* luz, calor, sonido, impresión táctil, entre otros, los individuos toman sólo la información necesaria para ser agrupada en la conciencia y generar así una representación mental. Según la Gestalt, la percepción no está sometida a la información que proviene de los órganos sensoriales, sino es ésta la encargada de regular y modular la sensorialidad. En resumen, la percepción es quien determina la entrada de información y garantiza que dicha información tomada permita la construcción de abstracciones juicios, categorías, conceptos.

De acuerdo con la Gestalt, para Bartley (1969, citado por Mayorga), la percepción acompaña de manera inmediata la impresión realizada por los sentidos, filtrando y seleccionando de manera ágil la información necesaria para la construcción de los demás

estados psicológicos. De acuerdo a esto, al estudiar la percepción se estudia lo que el organismo experimenta durante el cruce de la información recibida, con la anteriormente contenida. En este proceso se define el orden de los estímulos existentes, determinando la entrada de la información, para así formar abstracciones de la realidad juicios, categorías y conceptos, que posteriormente implicarán una serie de comportamientos favorables o desfavorables para el individuo y sus contextos de aprendizaje.

2.2.1 Principio Teórico

De acuerdo al objeto de estudio determinado para el desarrollo de esta investigación, se tomarán la teoría de la percepción y su línea epistémica desde el construccionismo, la filosofía Kantiana y teoría de la Gestalt, se identifica el principio de forma como uno de los ejes principales para el desarrollo del trabajo. A continuación, se desarrollará el principio de forma, desde la teoría de la Gestalt, sumando la aproximación de Bartley en la concepción de su teoría de núcleo y contexto.

En la teoría de la Gestalt y su principio de forma, en la relación sujeto – objeto, el sujeto es quien extrae la información relevante, información que salva la composición del objeto, es decir lo esencial para hacerlo parte de la experiencia, y permitir una diferenciación de otros. En esta relación el concepto de forma parte de una serie de categorías mentales ya asumidas o percibidas, construidas con anterioridad, es decir, un objeto plenamente identificado, aproximado a una categoría *p*. *ej.* Una silla, forma parte de una serie de elementos identificables, agrupables, ordenables, y con lo cual es posible relacionar mentalmente con una serie de funciones. En síntesis, dar forma a un objeto equivale a darle sentido, hacerlo propio y presentarle como un objeto inconfundible, discriminable, y a su vez, intercambiar estados imaginativos en donde es posible contrastarlo, transferirlo a otros contextos y relacionarlo a diferentes momentos de su historia de aprendizaje (Oviedo, 2004).

Finalmente, para Bartley (1969), con la aproximación a la teoría de núcleo y contexto, en donde expone que la percepción es el conjunto de información interrelacionada a la cual se les brinda un significado en el proceso de interpretación individual, asociadas a

experiencias pasadas, estas imágenes e ideas conforman el núcleo y el resto de información el contexto.

2.2.2 Percepción Social

En el campo de la percepción, se han construido una serie de teorías estructuradas de acuerdo a los alcances e investigaciones logradas en diferentes campos, facilitando así la comprensión de éstos fenómenos y logrando una explicación de las experiencias alrededor de los diferentes eventos externos de los individuos. Si bien, el contexto se compone de estímulos encaminados a generar en cada individuo una serie aprendizajes, no se puede obviar la carga social en estos. Por esta razón, en el siguiente apartado se incluirá la conceptualización del aspecto social en la conformación de la percepción.

La percepción social involucra elementos, entre los cuales se produce la configuración perceptual del contexto frente al cual cada persona se expone y aprende a lo largo de su vida. Características culturales, políticas, espirituales, de entorno, familiares, étnicas, entre otras, hacen que la percepción de base que cada individuo logra se module e intérprete de distintas formas.

Las relaciones interpersonales son esenciales para el análisis de la percepción, pues toman el papel de estímulos circundantes, los cuales se organizan e interpretan de manera similar al contexto, sin embargo, existen ciertas características que los diferencian, dicho de otra manera, se perciben características de forma, figura, color sumado al significado y contenido de dicha experiencia.

Entre las características de la teoría, es posible encontrar que las personas funcionan como agentes causales, los cuales modulan la información que presentan de sí mismas, de acuerdo a sus intereses individuales. El objeto y sujeto de percepción son individuos, de acuerdo a esto, quien percibe es capaz de hacer inferencias acerca de emociones y/o actitudes del evento, con base a su historia de aprendizaje. La complejidad de las relaciones interpersonales implica la presencia de intereses individuales, los cuales a su vez pueden afectar el contenido de la percepción, así como cambiarlo de acuerdo a variables extrínsecas (Barra, 1998). En el campo social de la percepción, se destaca la teoría de la espera o hipótesis del percibir, desarrollada en un ciclo de tres partes, la primera una etapa de espera o hipótesis en donde el perceptor se prepara activamente p. ej. Ver, oír. La segunda etapa se compone de la información presente en el contexto, de

acuerdo a esta se pasa a la tercera etapa donde se confirma o rechaza lo adquirido en la primera (Mann, 2004).

2.2.3 Hermenéutica

La hermenéutica se ocupa del significado de un texto; el dar sentido a un objeto de estudio que es confuso e incompleto. La interpretación pretende iluminar un vínculo o un sentido subyacente (Taylor 1976, citado por Myers).

La idea circundante de la hermenéutica se refiere a la dialéctica del entendimiento del texto en su conjunto y la interpretación de sus partes, en donde la explicación se guía por la descripción anticipada. Teniendo expectativas en el significado dado el conocimiento previo de su contexto. Como explica Ricoeur (1974 citado por Myers) la interpretación a través de la hermenéutica es el trabajo del pensamiento que consiste en el descifrar el significado oculto en el sentido aparente, dicho de otra forma, desplegar los niveles de conocimiento implicados en el sentido.

Existen diferentes formas de análisis hermenéutico, entre las cuáles tomará la narrativa y metáfora, la cual se relaciona con el método de análisis de este trabajo. La Narrativa se define por el Concise Oxford English Dictionary como un "cuento, historia, recital de los hechos, especialmente la historia contada en la primera persona". Hay muchos tipos de narrativa, desde la narrativa oral hasta la narrativa histórica. La metáfora es la aplicación de un nombre o término descriptivo o frase a un objeto o acción a la cual no está literalmente aplicable. La narrativa y la metáfora han sido durante mucho tiempo términos clave en la discusión y análisis literario. La evidencia científica presenta con gran utilidad el uso de la metáfora y el simbolismo en las investigaciones de culturas indígenas a través de la narrativa oral, narrativa y metáfora en las organizaciones, metáfora y medicina, metáfora y psiquiatría, etc. Este enfoque se ha centrado principalmente en la comprensión del lenguaje, la comunicación y la escritura entre desarrolladores de sistemas y miembros de la organización (Myers, 1997).

2.2.4 Evidencia previa

Se identifican diferentes autores que han representado a través de la recolección de información, estudios previos y hallazgos en el campo de la humanización del parto, avances y conocimientos que indican la necesidad de implementar programas de humanización, y la efectividad de los mismos, como posible método de intervención para la reducción de dolores y malestar asociado al parto (Quintana, Torrado, Núñez, Bouchacourt y Álvarez, 2013).

Vela y Zavaleta (2015), realizan un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. El objetivo fue reconocer la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado. Ésta se definió por medio de cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor. En el desarrollo de éstas categorías, fue posible evidenciar porcentajes cercanos a un 80% y los más bajos del 35% relacionados con la percepción de dolor. En conclusión, más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto.

Para Castellanos, Gonzáles, Ramos y Terán (2013), en su estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal, por medio de una encuesta anónima a 425 puérperas atendidas entre mayo y agosto de 2011, aspectos relativos a violencia obstétrica arrojaron en los resultados encontrados el 66,8 % manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, 49,4 % fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante, solo 20,5 % percibió trato no violento. Entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz (23,8%). Este maltrato fue percibido con más frecuencia por las gestantes tardías y las adolescentes. En conclusión, existió una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.

En Coral (2008), se logró reconocer la importancia de implementar procesos de fortalecimiento en temas de humanización en salud, la investigación se llevó a cabo en el Departamento de Cundinamarca (Colombia), El estudio fue de tipo descriptivo, se tomó

una muestra de 80 mujeres a quienes se les aplicó una encuesta en la etapa de posparto. Los resultados indicaron que, del total de la muestra analizada, el 41% reconocieron a la enfermera, el 38% no la reconocieron y el 11%, a pesar de haberla identificado no tuvieron ningún contacto con ella. De las 33 mujeres que identificaron a la enfermera, solo 24 recibieron algún tipo de cuidado, hecho que justificó la elaboración del modelo de humanización, que aplica más específicamente a la institución donde se realizó el estudio.

A nivel nacional Saavedra (2013), en un estudio similar denominado: Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo, donde más de la mitad de madres participantes del estudio calificaron de forma favorable los comportamientos de cuidado y trato. La percepción de los comportamientos de cuidado del profesional de enfermería por parte de las gestantes en trabajo de parto, y posparto inmediato, en la Clínica Palermo, mostró en su mayoría ser favorable en un 75% de las madres incluidas en el estudio, seguida por la valoración medianamente favorable en un 22%, así mismo se evidenció menor percepción en los comportamientos de cuidado que tienen que ver con las interrelaciones enfermera mujer gestante. El estudio recomienda para que se pueda dar un mejor acercamiento entre ellas se requiere contar con una relación de enfermeras-pacientes más alta, por otro lado, sugiere a las enfermeras motivarse a innovar en técnicas alternativas en el manejo del dolor y los síntomas desagradables de las mujeres en trabajo de parto y parto. Por último, propone fortalecer la relación interpersonal enfermera-gestante en donde la enfermera tenga la capacidad de abrir su espíritu y de tener presencia auténtica permitiendo también que las personas hagan elecciones.

En Sampaio (2008), se realizó un estudio exploratorio descriptivo que tuvo por objetivo analizar la atención al parto bajo la mirada de embarazadas adolescentes, en la perspectiva de la humanización. Con una muestra de 30 adolescentes, por medio de una encuesta semiestructurada. La mayoría de las embarazadas desconoció y/o confundió la categoría de los profesionales que la asiste, aspecto negativo para la adecuada representación social en cuanto a la identidad profesional de los mismos. Con relación a esto refiere que las necesidades y expectativas de las gestantes acerca de la atención de parto giran en torno a necesidades afectivas como cariño, atención, afecto y comprensión, dichas necesidades deben ser satisfechas por el profesional de la salud o por el contrario permitiendo la compañía de familiares o acompañante emocionalmente significativo.

Finalmente, los cambios fueron sugeridos partiendo de una nueva política a ser implementada en las maternidades, con profesionales sensibilizados y comprometidos con la cuestión de la mejoría de la calidad de la atención del parto y su humanización, promoviendo efectivamente una atención humanizada, para la autonomía de las embarazadas, sin sumisiones, ofreciendo el cuidado que las mujeres necesitan, esperan y sueñan.

En otros hallazgos Hodnett, Gates, Hofmeyr y Sakala, (2008), lograron indicar como el proceso de atención materna acogedora (humanización), logra asegurar y disminuir la necesidad de recibir manejo analgésico farmacológico e incrementa las posibilidades de manifestar satisfacción en la experiencia del parto. En relación a ello, la percepción sobre el manejo del dolor de parto en el parto humanizado evidenció que la mayoría de pacientes tuvieron una percepción casi nunca favorable, pues solo en el 35% de pacientes percibieron que siempre se les explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor, solo a 14% percibieron que siempre se les ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto y solo el 14% percibió que siempre las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto, estos resultados son sumamente importantes pues estudios revelan que las alternativas para el manejo de dolor de parto ha contribuido de forma significativa a cambiar la percepción negativa del parto.

Por último, en Quintana et al. (2013), se desarrolló un estudio con el objetivo de medir la satisfacción de las pacientes asociada a la aplicación de analgésicos durante el parto y analizar las características demográficas de la población obstétrica. Para ello, utilizó un estudio descriptivo prospectivo a las parturientas, mediante una encuesta a cada paciente. La satisfacción materna fue medida en forma cualitativa y el dolor mediante la escala visual análoga, al inicio y luego de la analgesia para medir la eficacia de la misma, en los resultados se recogieron un total de 151 encuestas, de estas 151 pacientes, un altísimo porcentaje estuvieron satisfechas y calmadas, 98.01% recomendarían la técnica y 93.37% volverían a solicitarla en un futuro parto. Finalmente se concluyó que la satisfacción materna está fuertemente determinada por la efectividad de la técnica (alivio del dolor), no dependiendo solo de éste sino también de otros factores como son el apoyo percibido durante el trabajo de parto y experiencias previas.

2.3 Programa: "Política de Humanización"

El presente proyecto se desarrolló en la Clínica Universitaria Colombia (CUC), institución hospitalaria de cuarto nivel que presta sus servicios a usuarios afiliados a la EPS Sanitas, y compañías de medicinas prepagada Colsanitas y Medisanitas, con el objetivo de consolidar todos los procesos dirigidos a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para sus pacientes.

La atención en salud que brinda la CUC tiene como finalidad el alcance de óptimos resultados al introducir métodos estadísticos y herramientas gerenciales que buscan reducir la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario, adopta además los requisitos estipulados en el Decreto 1011 (2006) desarrollado por el Ministerio de Protección Social, como herramientas de apoyo en su gestión de la calidad.

Frente a la atención de pacientes gestantes, la institución tiene, en cuanto a su infraestructura, 12 habitaciones para trabajo de parto y recuperación, 5 cubículos de observación y atiende por mes un promedio de 540 gestantes de alto riesgo. En relación a esto es importante señalar que para el año 2013 le fue otorgado un reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud de Bogotá al Programa de Atención Integral a la Gestante por el altísimo porcentaje de cumplimiento de los mínimos establecidos, al obtener 93 puntos sobre 100 posibles, y por culminar el año sin casos de mortalidad materna.

En el año 2016, Clínica Colsanitas a cuyo grupo pertenece la Clínica Universitaria Colombia establece su Programa: "Política de humanización", la cual garantiza, mediante el modelo de servicio, un trato amable, respetuoso, cálido y seguro al paciente, su familia y grupo de colaboradores, cuyo fin último es fortalecer las relaciones durante el proceso de atención. El Programa propone cuatro categorías esenciales, sobre las cuales plantean acciones específicas que demarcan el grado de cumplimiento, estas son

Tabla 2. Programa “Política de humanización”, Revista Bienestar Sanitas N°150

PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DE CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLITICA DE ATENCIÓN HUMANIZADA, 2017	CATEGORIA	ACCIONES QUE LA COMPENEN
	CONSTRUCCIÓN DE EXPERIENCIAS MEMORABLES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecemos un trato amable, respetuoso y cálido ✓ Mostramos buena actitud ✓ Saludamos, nos despedimos y llamamos al paciente por su nombre ✓ Escuchamos atentamente y ofrecemos ayuda espontánea
	ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientamos al paciente y su familia de manera amable, cálida, precisa y segura ante las necesidades identificadas ✓ Manejamos un lenguaje verbal y no verbal excelente, claro y sencillo, demostrando empatía y confianza. ✓ Guardamos a la confidencialidad de a información. ✓ Informamos a nuestros pacientes y familiares permanentemente sobre su proceso de atención.
	AMBIENTES RESTAURADORES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reducimos los agentes generadores de estrés ambiental a través de nuestras políticas institucionales de hospital silencioso, ambientes libres de humo, reducción de la contaminación visual, seguridad del paciente y buen uso de los recursos. ✓ Ofrecemos al paciente y su familia espacios confortables y agradables, que contribuyen a la tranquilidad emocional y con ellos facilitan su proceso de recuperación.
	ACOMPAÑAMIENTO Y PROXIMIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contamos con grupos que apoyan y acompañan a los pacientes, familiares y colaboradores. ✓ Fomentamos el parto humanizado para fortalecer el vínculo entre el recién nacido, sus padres, su familia y el equipo médico-asistencial.

3. Metodología

3.1 Tipo de Estudio

La investigación tipo cualitativa, cuyo abordaje al objetivo de estudio se realiza desde el campo de las percepciones, a través de la teoría de la Gestalt de forma, asociada a la formalización perceptual en contexto de interacción social.

3.2 Población de Estudio

Mujeres que durante el mes de marzo o abril del 2017 tuvieron su parto en el servicio de ginecología de CUC. Para la muestra se utilizó el método de selección intencional a conveniencia, de acuerdo a los parámetros y estándares de realización del estudio, se tendrá en cuenta el parámetro de saturación de la información.

3.3 Recolección de Información

Como técnica de recolección de información se utilizó la entrevista estructurada, aplicada al día siguiente del parto, al considerar que de esta forma aportará una visión integral de los hechos ocurridos. Además, se privilegiarán las voces de las protagonistas en los resultados, como forma de confrontar las apreciaciones teóricas iniciales con los hallazgos alcanzados.

Durante el proceso, se tuvieron en cuenta dos parámetros sobre los cuales reposa la información y a través de los cuales se realizó todo el análisis a la luz de las categorías. El primero parte del análisis del material teórico disponible, tema específico, contexto mundial, nacional y local. Para el segundo parámetro se realizaron diarios de campo con un observador participante, quien recolectó la mayor información posible durante las entrevistas.

3.4 Categorías de Análisis

Las categorías de abordaje corresponden a las cuatro estrategias planteadas por la institución dentro de su Programa: "Política de Humanización", las cuales están anteriormente descritas.

Para la documentación, seguimiento y soporte se realizó firma de consentimiento informado de las participantes, audio grabación y notas de campo.

3.5 Análisis de Información

La información recolectada fue sistematizada teniendo en cuenta las categorías de abordaje, su análisis posterior se realizó desde el enfoque hermenéutico con la herramienta de análisis de discurso.

3.6 Consideraciones Éticas

Para el desarrollo del proyecto investigativo: *"PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017"*, el cual se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica Universitaria Colombia, durante la sexta cohorte de la Especialización en Administración Salud Pública, se dispuso como parámetros legales los presentes en el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano, este estudio se clasifica dentro de la categoría "sin riesgo", donde se menciona: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta". Por lo anterior, no se pondrá en riesgo la vida de las gestantes, ni del recién nacido, además prevalecerá el criterio del respeto y la protección de sus derechos y su bienestar. Todo con el fin de

reconocer la correcta implementación de las políticas de humanización en el servicio de atención.

De acuerdo al *ARTÍCULO 15*. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. Se propone un consentimiento informado para personas mayores de edad, en donde se establecen los diferentes parámetros de información, así como de no maleficencia y participación voluntaria.

Es necesario resaltar los controles éticos y legales, frente a la privacidad, resguardo de la información, principios de no maleficencia, participación voluntaria, entre otros. Con el objetivo de resguardar la privacidad del paciente.

Por último, se señala que esta investigación contó con el permiso de la institución, los investigadores tenían plena autorización, acompañamiento y supervisión por parte del Departamento de Salud Pública a cargo de la Doctora Carolina Villalba, jefe del área.

4.Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la investigación a través de matrices en las que se consignaron las unidades de análisis clasificadas y ordenadas en relación con las categorías: construcción de experiencias memorables, Orientación e información, ambientes restauradores y acompañamiento y proximidad. Dotando de sentido tanto el análisis, como el interés mismo de esta investigación.

4.1 Información de los diarios de campo

Como herramientas para la verificación, control y seguimiento de la información, se usaron los diarios de campo. A través de éstos se dio registro de tipo descriptivo, de todo aquello que se evidenció durante los espacios con las usuarias, obteniendo un resultado favorable para el curso de dicho espacio e información que aporta a la validación de los datos encontrados durante el análisis.

En el curso de la investigación, fue posible encontrar instalaciones en adecuadas condiciones, con ausencia de ruidos, óptima iluminación, espacios aptos para el descanso y reposo de las usuarias. Adicionalmente no se evidenciaron contaminaciones de tipo ambiental y una importante reducción de todos los agentes generadores de estrés, acciones que reflejan el cumplimiento en cuanto a las acciones de la dimensión de ambientes restauradores propuesta en el programa “política de atención humanizada” de la CUC.

4.2 Datos de Identificación

4.2.1 Personales

EDAD ACTUAL					LECTURA DE LOS DATOS
Número de entrevistas	De 18 a 20 años	De 21 a 23 años	De 24 a 26 años	Mayor de 30 años	Las pacientes entrevistadas se encuentran entre los dieciocho y cuarenta años
8	1	2	2	3	
Total	8				De las ocho entrevistadas una está entre los 18 y 20 años, dos entre los 21 y 23 años, dos entre los 24 y 26 años y tres son mayores de 30 años, sin superar los 40.

NIVEL ESCOLAR			ESTUDIA ACTUALMENTE		LECTURA DE LOS DATOS
Bachiller	Técnico	Universitario	SI	NO	La escolaridad en las pacientes participantes se presenta de la siguiente manera: Cuatro de ellas cuenta con bachillerato, tres han realizado alguna carrera técnica, solo una tiene estudios universitarios. Por otra parte, frente a la pregunta si estudian actualmente dos respondieron de forma afirmativa, las seis restantes indicaron no estar estudiando.
4	3	1	2	6	
8			8		

OCUPACIÓN		ESTADO CIVIL			ENTIDAD DE AFILIACIÓN		LECTURA DE LOS DATOS
Ama de casa	Empleada	Soltera	Unión libre	casada	EPS Sanitas	Medicina prepagada	En relación con la ocupación se identifica que dos de las pacientes entrevistadas se dedican a las labores del hogar, mientras los seis restantes tienen empleos formales.
2	6	2	5	1	7	1	En cuanto a su estado civil, dos refieren estar solteras, cinco convivir en unión libre con su pareja y solo una está casada.
8		8			8		Por ultimo de las ocho entrevistadas, siete tuvieron su parto por la EPS Sanitas y solo una por medicina prepagada.

4.2.2 Del embarazo

NÚMERO DE EMBARAZO				SEMANAS DE GESTACIÓN		TIPO DE PARTO		LECTURA DE LOS DATOS
Prime ro	Segund o	Terce ro	Cuart o	De 35 a 37 Seman as	De 38 a 40 Seman as	Norm al	Cesá rea	
4	2	1	1	5	3	3	5	<p>El número de embarazo de las pacientes entrevistadas correspondían a: Para cuatro de ellas fue su primer embarazo, para dos el segundo, y para las restantes fue el tercero y cuarto embarazo respectivamente.</p> <p>Las semanas de gestación estaban entre la 35 y 40 semanas, distribuidas así: cinco estaban entre la semana 35 a 37 y tres entre la semana.</p> <p>Por ultimo de las 8 entrevistadas tres tuvieron su embarazo de forma normal y cinco por cesárea.</p>
	8			8		8		

4.3 Recolección de información: Relatos de las pacientes

En este apartado se presentan tablas que contienen los relatos textuales por parte de las pacientes entrevistadas, los cuales incluyen la información recolectada a partir de los procedimientos ejecutados y contenidos en la metodología de la presente investigación:

Tabla 3. Dimensión 1: Experiencias memorables

GESTANTES	CONSTRUCCIÓN DE EXPERIENCIAS MEMORABLES
G1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Pues en general me ha ido muy bien”</i> ✓ <i>“las enfermeras han sido amables, aunque no todas, unas se presentan, me dicen que medicamento me van a colocar”</i>

G2	✓ <i>“Al principio bien, pero como mi bebé venía con complicaciones cardíaco... ¿Cómo se dice eso? Del corazón, entonces esa parte fue bien difícil (...) pues unos médicos si tuvieron como esa delicadeza de, de, de dar una información correcta, pero otros médicos no, de la unidad materno fetal, no fueron tan asertivos, como una paciente más, como, como te digo yo... no se dedicaron a ver que mi preocupación era el bebé si no que, que era un parto más, como o una cesárea más”</i>
G3	✓ <i>“Desde el momento que tengo los controles prenatales, me ha parecido muy buena la atención de Sanitas, (...) la atención de las enfermeras, muy buenas, los doctores también estuvieron muy pendientes, la canalización no me dolió ni siquiera, muchas veces las enfermeras tienen la mano muy pesada (risas)”</i>
G4	✓ <i>“Los aspectos tanto en atención como, como te digo, si en atención, si muy bueno, siempre ha sido muy bueno, uno se siente bien de estar aquí, mas seguro”</i>
G5	✓ <i>“Excelente, me atendieron muy bien para qué” “Bien, bien, muy bien” “Muy atentos, tanto como en la atención, como prestar el servicio a uno, muy bien.” “pues ellos si le hablan a uno y están muy pendientes ahí de uno” “todos los doctores bien, estuvieron pendientes, las enfermeras excelentes.” “Bien, tienen una atención para mí, una atención muy bonita...” “pues si, muy bien la atención, la atención muy bien prestada.” “Si, la ginecóloga creo, la que me está revisando la parte de heridas, las enfermeras, la, la, la que le hace canguro a la bebé, han estado muy atentos”</i>
G6	✓ <i>“De resto, pues fue bueno,” “Pero de resto... bueno” “Personal asistencial súper querido, sobre todo las, las jefes de la sala de extensión de PPR, muy agradecida con la jefe del día de ayer de la tarde, súper querida conmigo, estuvo muy pendiente de mí, de mis monitorías, ella estaba todo el tiempo preguntándole al médico, si mis monitorías estaban muy planas, efectivamente si estaban mal, y ella fue la que me ayudó para que pues pudieran avisarle rápido al médico que había algo mal. La jefe Mary Luz, creo que se llama de la jornada de la tarde del día de ayer, un sol de persona, una bendición... súper querida. ¡No! y todas se portaron muy queridas conmigo ahí en la extensión de PPR. ”</i>
G7	✓ <i>“¡Ella nació pesando 2830, 2330 que pena sí, 2330, y él 2390, no! Ella 2380 y él 2330, y súper bien, no salieron tan chilloncitos (risas), nos los arreglaron, nos los mostraron, fue súper bonito, increíble, me pareció una atención muy buena, como sentir que todos en la sala estaban tan felices como nosotros de que las cosas hubieran salido bien pese a la preclamsia”</i>
G8	✓ <i>“no me puedo quejar, no me fue nada mal, muy bien, el ginecólogo, las doctoras, las que atendieron a la bebé... súper”</i> ✓ <i>“me tenían paciencia, ehh... eran muy cálidos y sensibles a la situación que uno está pasando, que a veces uno ni escucha, pero entonces ellas entendían, fueron muy amables conmigo, con mi bebé, el ginecólogo también. Ehh.... Cuando después me pasaron</i>

a cirugía porque la placenta se me pegó también la gente de cirugía también fue muy amable.

Tabla 4. Dimensión 2: Orientación e información

GESTANTES ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN	
G1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Me han dejado que mi familia este pendiente de mí y me visite todo el día”</i> ✓ <i>“Todo el mundo le pregunta a uno: ¿Cómo estás?, se presentan, aunque uno no recuerda los nombres (...) le dicen a uno que tiene, como va evolucionando (...) Ellos, los médicos son bastantes claros, me han generado confianza, tranquilidad porque mi bebe está bien atendida y yo también”</i>
G2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“El trato con mi familia fue muy respetuosos, de pronto los felos (residentes) noo, no dieron la información que mi familia quería, ¿si? Porque preguntaron varias veces que si habían cosas contraproducentes que el bebé se viniera antes por lo del corazón, y no me supieron dar una información clara”</i>
G3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“ellos hacían el tacto, y decían vas en 9, vas en 7, así, , y ya, y me, me decían más o menos en 10 minutos vas a tener la bebé, y, pues la atención fue muy buena la verdad”</i> ✓ <i>“ellos preguntaban, Cindy, vamos a mirarte, vamos a hacerte tacto, puedo tomarte monitoria, durante el proceso de parto, tuve monitoria, para mirar cómo estaba la bebé, ehmm... y no ellos siempre estuvieron muy pendientes”</i>
G4	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“muy dolorosa (risa), pero todo me salió bien, los doctores me tuvieron paciencia, me explicaban cada paso que iban a hacer (...) tenía muchos nervios, entonces, ya al final la doctora me ayudó mucho y me decían que tranquila, pero si siempre fue durito”</i> ✓ <i>“Los de mi casas, mi familia me estuvieron acompañando y pendientes siempre de mí (...) Los médicos le iban contando a ellos que pasaba conmigo”</i>
G5	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Muy atentos, tanto como en la atención, como prestar el servicio a uno, muy bien”</i> ✓ <i>“Cuando me entraron a operación pues me aplicaron la anestesia, y ellos (personal asistencial) le hablan a uno de cómo van las cosas y que le están haciendo a uno”</i>
G6	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Un cuello de botella en el proceso que los médicos mandaban a sus residentes, entonces no al mismo felo le decían “mire usted tiene esto”, “le vamos a hacer esto” “a seguir el tratamiento”</i> ✓ <i>“Hasta que yo iba a preguntar, entonces era como “ayy doctor dígame, cuénteme que pasa” “dígame que voy hacer, “hasta donde voy” “como voy a llegar”, entonces si hasta ayer sentí, después de que me monitorizaran la última vez, hasta ayer sentí que los médicos me decían “mire va a pasar esto, usted le va a pasar”... o sea los especialistas, los felos porque los residentes siempre están ahí, porque son residentes, no... es el que toma la decisión”</i>

G7	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Se presentaron todas las personas que estuvieron en la cesárea, me hablaban, me dieron como la confianza de yo decir estoy siendo atendida por un muy buen personal, y en todo el transcurso de la cesárea muy muy muy muuuuuy buenos conmigo, hasta el final ya cuando nos sacaron y todo, fueron muy chéveres”</i> ✓ <i>“Pensé que de pronto no lo iban dejar entrar a él, porque la mayoría de EPS uno ve y escucha muchas cosas, y pues más yo siendo enfermera se entera de muchas cosas y dije noo, para él también fue una excelente atención. Todo fue muy chévere, la verdad me gustó, mucho, mucho”</i>
G8	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Excelente, excelente con mi esposo, porque él estuvo ahí en la habitación conmigo todo el tiempo y lo incluían en la información que me iban dando (...) él se iba a salir y el ginecólogo no lo dejó y le dijeron que no se podía salir o si no contaminaba la habitación, ¡Oh por Dios! esa sí que fue la sorpresa, el en el parto”</i>

Tabla 5. Dimensión 3: Generación de ambientes restauradores

GESTANTES	AMBIENTES RESTAURADORES
G1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“En el momento que me toman unos exámenes de laboratorio, se demoran mucho, mucho, más de 5 horas en darme una respuesta”</i> ✓ <i>“La parte de cómo es la clínica, la infraestructura es buenísima, excelente, por eso me gusto más que mi bebe naciera acá y no en Tunal”</i>
G2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“La clínica... pues está acorde con lo que necesitamos nosotros en el momento, mm como, como de salud (...) las cosas, los médicos y enfermeras , si, si estaba como adecuado”</i>
G3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“(...) A mi me pusieron en una habitación para mí sola, y ahí tuve a mi bebé, yo no tuve que salir de ahí para nada, y entonces en otros hospitales, lo ponen a uno con un reguero de mamás, ahí a mirarse todas con todas, a ver como todas tienen el bebé, pues es más organizado y es más privado, y uno también se siente más cómodo”</i> ✓ <i>“Ingrese como a las 9 de la mañana, y la enfermera que estaba en ese turno, dejó todo preparado, de una vez para el momento que la niña naciera, o sea el momento que ellos entraron y ya todo estaba listo, no estuvieron que ¡ay me falta esto, o corran por esto!, nada, ya de una vez ellos tenían todo ahí listo para el momento del parto.</i>
G4	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Desde un principio quise tener a mi bebé acá, porque es un, dicen que es una clínica especializada y muy completa, entonces me llamaba mucho la atención”</i>

G5	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“tienen una atención para mí, una atención muy bonita... La estructura, Excelente. (...) a veces uno va a otro lado, y la verdad dicen no es que no hay tal cosa, o no hay, ¿sí? Pero no, acá todo lo que se necesitó ahí estuvo, y, si, porque pues yo también analizo mucho eso, pues si, muy bien la atención, la atención muy bien prestada”</i> ✓ <i>“Yo apenas llegue estuve en el pasillo porque no había cuartos. Y, pues ahí no duré mucho tampoco, ¿sabes? Por ahí si acaso una hora, hora y media algo así le pongo y, me dieron camilla, pero no deja de ser incomodo ver a todo el mundo pasar y uno ahí en medio de la nada... me pasaron ahí a la sala”</i>
G6	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Estuve mucho tiempo en recuperación de cirugía, entonces digamos que esa permanencia en un área que no era apta para mí, si no me parece (...) yo tenía que estar hospitalizada nuevamente, entonces si sentí que se demoraron muchísimo en otorgarme una habitación, yo sé que hay acumulación de pacientes y que la red está congestionada, pero pues fue demasiado tiempo, porque yo duré ahí desde las 8... no... desde la 9:30 de la noche, hasta las 2, 3 de la tarde y uno quiere estar en una habitación con su hijo y esposo”</i>
G7	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Todo, me pareció muy bueno porque digamos tú vas a otro hospital, digamos yo nunca he ido de hospitalización, es mi primera hospitalización, pero digamos tú vas a otros hospitales a ver, horrible... como que no hay nada”</i> ✓ <i>“Todo lo tiene aquí Sanitas, que si tu estas malo cansada nada más oprimes el botón y los especialistas, la enfermera, el doctor, el que esté a la mano, llega lo más rápido posible para poder colaborarte en lo que tu necesites, así sea ir al baño. Ellos están ahí. Y las camas, todo, o sea no, todo, todo... hasta las máquinas que ponen dispensadoras, todo muy bien repartido.</i>
G8	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“la habitación en la que yo estuve es completísima, para mí y para mi bebé. Tenían todo y ellos son muy organizados, porque no es que va a nacer el bebé y empiezan a entrar todo, no... ya empiezan a ver que va llegando el alumbramiento y entrando las cosas. No lo cogen así de imprevisto, traen los equipos los insumos, todo... y la infraestructura está perfecta”</i>

Tabla 6. Dimensión 4: Acompañamiento y proximidad

GESTANTES	ACOMPAÑAMIENTO Y APROXIMIDAD
G1	<i>No reporta información.</i>
G2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Él (Esposo) estuvo en la cesárea y súper bonita, hicieron una conexión muy bonita con el bebé, es más, y la pediatra, fue muy, ehh muy, buena con nosotros y nos dejó el bebé un rato, antes de llevárselo a la unidad materno fetal, digo, a la unidad de neonatos”</i>

G3	✓ <i>“en el parto, dejaron entrar a un familiar mío, el papá de mi bebé estuvo en el parto y uno se siente como más apoyado, no se siente uno tan solo y, con más confianza, para el... para el parto”</i>
G4	No reporta información.
G5	✓ <i>“Yo entre sola acá en la clínica, porque venía a una ecografía y ya luego me dijeron tenemos que pasarte a cesárea, pero no me he sentido sola, los médicos, las enfermeras y otras personas han estado muy pendientes de mí, de lo que mi bebe y yo necesitamos, hasta viene la del plan canguro a mirar mi bebe”</i>
G6	<p>✓ <i>“Con todos los problemas de mi embarazo, estar aquí contribuyo a la mejora porque, primero me sentía más segura que mi bebé estaba monitorizado, a pesar que no estaban encima mío, yo me sentía segura porque me estaban monitorizando al bebé (...) Entonces si agradezco que se pudieron hacer varias cosas para que no pasara a un mal término el parto”</i></p> <p>✓ <i>“No me dejaron entrar al papá, me dijeron que él no podía ingresar conmigo, solamente a trabajo de parto, pero yo no iba a tener trabajo de parto por mi condición, pero si me hubiese gustado que él hubiese entrado a la cesárea, esa es como de las cosas más bonitas que tiene esta clínica”</i></p>
G7	<p>✓ <i>“cuando ingresamos a él lo dejaron ingresar, hasta cuando yo ya iba entrar allá, hasta ahí lo dejaron ingresar a él, y cuando nacieron, salieron y le confirmaron que ya habían nacido, que estaban bien, lo dejaron ingresar de una vez a que él los conociera, y estuviera un rato con ellos, y fue hermoso, y ahorita lo que te digo: de una vez vamos, que papito, el cuarto, no sé qué... muy buena la atención, para que, fue excelente”</i></p> <p>✓ <i>“Aquí no es como esos lados que para entrar primero eso parece una cárcel, para que lo dejaran entrar a uno, le tocaba inventar que va para urgencias para una cita médica, y adentro uno solo, o sea no, no, horrible”</i></p>
G8	<p>✓ <i>“Que él haya estado en el parto hace todo el momento diferente, acompañada, pues siempre le da a uno como más ... no voy a decir que tranquilidad. pero si se siente uno mejor, escuchar esa voz de aliento, de amor, lo hace aterrizar a uno, porque en ese momento el dolor es tan fuerte, que uno dice “ya no quiero hacer nada” y ya las palabras que me decía me daban como más fuerza para seguir pujando”.</i></p> <p>✓ <i>“oh sorpresa que le tocó quedarse”, entonces es un momento único para todos, hasta valoran más el esfuerzo que uno hace, además es compartir con el algo tan bonito y que finalmente es de ambos”</i></p>

Los hallazgos encontrados en la presente investigación, con relación a las categorías: construcción de experiencias memorables, orientación e información, ambientes restauradores y acompañamiento y proximidad, en general, muestran una percepción positiva por parte las gestantes objeto de estudio.

De acuerdo a la escolaridad de las entrevistadas el 50% contaba con educación secundaria, 37.5% con nivel técnico, el 12.5% restante con estudios universitarios, es decir todas las entrevistadas tenían un nivel de escolaridad, hecho que sumado al manejo de lenguaje sencillo por parte del personal sanitario no limita la comunicación y por lo tanto favorece la participación de la usuaria durante el trabajo de parto.

Frases como: *“La jefe Mary Luz, es un sol de persona, una bendición... “entre otras, logran dar evidencia de lo que es una adecuada construcción partiendo de la experiencia previa de cada individuo. De tal forma se deduce que el programa cumple en cuanto se refiere a la dimensión de construcción de experiencias memorables*

Las declaraciones además muestran una conexión y transmisión de emociones: *“Todos en la sala estaban tan felices como nosotros de que las cosas hubieran salido bien”, “Eran muy cálidas y sensibles a la situación que uno está pasando”. Es decir, al contrastar las acciones específicas que la política propone para esta categoría es evidente el alcance de la misma. Por otra parte, en cuanto a ambientes restauradores se evidencia el alto grado de reconocimiento que tiene la CUC en sus procesos de atención, “Desde un principio quise tener a mi bebé acá, porque es un, dicen que es una clínica especializada y muy completa, entonces me llamaba mucho la atención”.*

La orientación e información, son acciones que resaltan la importancia de la atención y actitud del personal de salud durante todo el proceso de parto, la necesidad de orientación y flujo de información entre el personal médico, la paciente y su familia, una comunicación que debe ser integral y de buena calidad. La sensibilidad, calidez, familiaridad, tono de voz y expresión corporal por parte del profesional, es un gran aliado para crear una relación de confianza que posibilite la expresión por parte de la gestante y su familia al transmitir sus necesidades reales.

En cuanto al acompañamiento y proximidad tienen como principal atributo el fomentar el parto humanizado para fortalecer el vínculo entre el recién nacido y sus padres, acción que definitivamente hace una diferenciación entre las pacientes que tuvieron el

acompañamiento de su esposo en el momento del parto y quienes no, " *Que él haya estado en el parto hace todo el momento diferente*", " *Él se iba a salir y el ginecólogo no lo dejó y le dijeron que no se podía salir o si no contaminaba la habitación, ¡Oh por Dios! esa sí que fue la sorpresa, el en el parto*".

"*Todo el mundo le pregunta a uno: ¿Cómo estás?, se presentan, aunque uno no recuerda los nombres (...) le dicen a uno que tiene, como va evolucionando (...) Ellos, los médicos son bastantes claros, me han generado confianza, tranquilidad porque mi bebé está bien atendida y yo también*". Llama la atención que en esta categoría dos pacientes hacen mención a fallas por parte del "Felo" o residente de ginecología, situación que debe ser una oportunidad de mejora para la CUC, al considerar que se trata de personal que no está vinculado directamente con ellos, si no, en formación en rol de estudiantes. Este aspecto debe ser tomado como muestra frente a la importancia de las instituciones universitarias y de salud, quienes además de transmitir los conocimientos científicos, están llamadas a inculcar los valores morales y éticos como eje transversal a través de todo el proceso formativo.

A pesar de que las gestantes reconocen haberse sentido cómodas durante su parto, algunos relatos manifiestan lo que adicionarían o cambiarían para mejorarlo, de acuerdo a su percepción, estos aspectos están relacionados con los tiempos de espera tanto para consulta con el ginecólogo, la realización de procedimientos o entrega de resultados y la asignación de habitación, tomando por base lo señalado por las gestantes G1, G5 y G6 en la Tabla 5. Dimensión 3: Generación de ambientes restauradores.

El diseño de los ambientes hospitalarios, además, de alcanzar los requerimientos espaciales y funcionales, debe considerar algunos criterios básicos que colaboran con la humanización de esos ambientes, como son la seguridad y la privacidad, de tal forma, la investigación revela la necesidad de la institución por generar mejoras en cuanto a capacidad, entendiendo que el espacio físico es un aspecto que debe programarse para alcanzar un fin, el de mejorar la calidad de atención de los pacientes y mejorar la calidad de los espacios donde se desenvuelven los prestadores de esa atención.

5. Discusión y recomendaciones

5.1 Discusión

Las cuatro categorías propuestas fueron evidenciadas en los relatos de las pacientes, aquellas que no tuvieron ninguna valoración podrían plantearse como categorías sin oportunidad de ser atendidas, con posibles carencias y/o bloqueos en la consecución de dichos comportamientos humanizados y serán tomadas como oportunidades de mejora.

La construcción de experiencias memorables, es quizás la categoría con mayores valoraciones positivas en el anterior estudio, en donde se reconoció como valor agregado cada una de las acciones por parte del personal asistencial, la comunicación e interacción social influyó recíprocamente en la relación entre enfermera/médico y paciente. Es por esta razón, que las gestantes valoran el hecho de conocer paso a paso como está siendo atendido su parto, los procedimientos y medicamentos a los que serán sometidas, pero aún más que cada encuentro con el personal tratante sea un espacio de escucha y diálogo. Tal como lo señala Vela y Zavaleta (2015), más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado, a través de la comunicación enfática, el acompañamiento, la explicación de los procedimientos y el respeto a la intimidad, los cuales fueron reconocidos como percepciones positivas que evidenciaban el cumplimiento de los objetivos de los programas de humanización del parto.

Con relación a los sentimientos de seguridad y tranquilidad, los cuales fueron constantes en los discursos de las pacientes, ellas desean además de ser atendidas con respeto y dignidad, tener la certeza de que todas sus necesidades serán satisfechas en el mayor grado posible, tal como lo aseguraron Castellanos, Gonzales, Ramos y Terán (2013) quienes en su estudio señalan como en varios de los procedimientos médicos, los pacientes desconocen la mayoría de acciones realizadas por parte del profesional, así como de posibles consecuencias presentes por dichas intervenciones. El artículo resalta la necesidad integrar al paciente a su misma experiencia a través de la orientación y

acceso a toda la información que lo involucra. El evadir o evitar dicha participación es considerado como un trato deshumanizante que cada dificulta los procesos de atención y adherencia a los servicios hospitalarios.

En el momento del nacimiento, entran en juego diferentes contextos, por un lado, la percepción profesional del equipo médico, la individual de la usuaria e incluyente la pareja de la usuaria. En Abad et. al (1999) se evidenció como un 57% de la muestra cotejada realizaba acompañamiento por decisión propia, frente a un 18% que lo hacía por decisión conjunta, dejando el excedente 25% en manos de la decisión del personal médico. En relación a esto, los padres inciden en la respuesta emocional y forma de afrontamiento que pueda tener la mujer durante el parto, la invitación formal facilita la aceptabilidad de la pareja para el acompañamiento, eliminando situaciones de incomodidad presentes en el proceso, la inclusión de pareja en el proceso de parto permea al personal médico para la generación de vínculos y adecuadas relaciones interpersonales. De acuerdo a los resultados obtenidos, fue posible evidenciar como en los distintos procesos de parto se realizó invitación directa, en otros no se mencionó y finalmente en algunas de las respuestas se encontró como algunas de las usuarias querían contar con la presencia de la pareja, sin embargo, esto no fue posible por diferentes situaciones adversas del proceso.

Para cada mujer, el parto y su proceso de maduración, se compone de una serie de situaciones que definen idóneamente el rol a tener durante el mismo, adecuando respuestas que a su vez serán de gran aporte para cada una de ellas. Según esto, entre más variables favorables y próximas a su entorno de gestación podrá empoderar y dirigir un muy buen proceso de parto incluyente y que fortalezca las diferentes relaciones que del mismo se devengan, sea pareja, hijo, familia. Dicho esto, en Sampaio, De Vasconcelos y Ferreira (2008) se logró afirmar como la necesidad de generar espacios con alta carga emocional favorece el proceso de parto, reconociendo y concluyendo que, en ausencia de un núcleo familiar estructurado, el personal médico debe ser quien brinde y satisfaga dichas necesidades, favoreciendo el desarrollo y vínculos creados a partir del nacimiento.

Se reconoce científicamente que, en la especie humana, antropológicamente, el apoyo emocional siempre existió. Esta compañía permite que la mamá se relaje, disminuyendo

las posibilidades de tener problemas producto de la adrenalina. En la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología Pugin et al. (2008), publicaron un estudio donde se demostró que las madres acompañadas tuvieron menos sensación de dolor y de temor en el parto, el que además les fue más fácil afrontar todos los procedimientos que este les implicó. De acuerdo con este estudio, aquellas pacientes que no estuvieron acompañadas de su pareja, encontraron en la institución el apoyo necesario para no sentirse solas durante su parto; *“Yo entre sola acá en la clínica, porque venía a una ecografía y ya luego me dijeron tenemos que pasarte a cesárea, pero no me he sentido sola, los médicos, las enfermeras y otras personas han estado muy pendientes de mí, de lo que mi bebe y yo necesitamos, hasta viene la del plan canguro a mirar mi bebe”*, logrando aproximarse a este nivel de respuesta, en donde en ausencia de una figura de emocional fuerte, el personal médico logra hacer parte de este proceso fortaleciendo las respuestas en las usuarias.

Respecto a esta categoría se debe señalar que, de las ocho pacientes entrevistadas, dos no reportaron información, tal como se mencionó al principio de esta discusión es necesario, validar porque razón se presentó esta ausencia, considerando dentro posibles hipótesis la no existencia de información o que las acciones propuestas desde la política se encuentren inmersas en otras categorías y eso genere omisión por parte del programa.

En general, después de haber validado cada uno de los relatos de las pacientes se puede considerar que el programa: "política de humanización" de Clínica Universitaria Colombia tiene una percepción positiva por parte de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología. A pesar de que algunas situaciones generan molestias e insatisfacción, estas tienen menor valoración en relación con aquellas dirigidas a una atención integral para hacer más satisfactoria la experiencia y la calidad del cuidado brindado, al alcance del parto humanizado.

5.2 Recomendaciones

A continuación, se presentan las recomendaciones, partiendo de dos percepciones convergentes entre sí, la primera de ellas es desde la percepción de las pacientes y la segunda desde los profesionales encargados de la investigación.

Las acciones específicas establecidas por la política para cada uno de las categorías se están llevando a cabo, sin embargo, no hay evidencia de que las pacientes reconozcan

que hacen parte de todo un programa propuesto desde la institución, no es reconocido como un valor agregado por parte de la misma. Situación que puede deberse a no haberse suficientemente visible, lo cual hace necesario enfatizar en su socialización como un atributo de la institución.

Por otra parte, en relación a los resultados alcanzados se considera importante capacitar en humanización y que dichas temáticas sean fundamentadas en la atención y formación del personal y estudiantes que realizan sus prácticas, así lograr que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global y evitar una afectación negativa en la imagen y prestación del servicio de la CUC frente a los pacientes y sus familias.

El presentarse vacíos en los resultados puede deberse a que el planteamiento de las categorías no es lo suficientemente claro, es posible que se puedan replantar e integrarlas de forma que faciliten y muestren por sí solas cuál es su intencionalidad y contribución a generar una atención humanizada.

A. Anexo: Diarios de campo

29/03/12

Estante # 1

La entrevista se realiza en el espacio hospitalario, unas horas después del parto, con previo consentimiento de la usuaria. Se hace el ingreso a la habitación se prepara el espacio, presentando la estructura de la entrevista, presentando al entrevistador y quien tomará notas para el diario de campo. La usuaria se muestra amable, dispuesta y participativa durante el primer contacto.

En el inicio la usuaria no amplía mucho la información entregada, mantiene respuestas cortas, sin profundizar más allá de la petición. Al continuar con la narrativa de la experiencia percibida durante el proceso de parto, la usuaria profundiza sin mayor presión por parte del entrevistador, narra con detalle la experiencia, el detalle utilizado resalta la temporalidad del evento, logrando resaltar hasta comportamientos de terceros. La usuaria se ve en comodidad durante la entrevista, el giro de la cabeza con dirección del entrevistador resalta durante la conversación. Es sonriente y complaciente, manteniendo una postura crítica en el discurso. Se da cierre al espacio con normalidad.

30/02/17

Gestante #2

En el inicio del espacio la gestante #2 se encuentra recostada en su cama, recibe cordialmente al equipo entrevistador y responde activamente ante el saludo inicial. Se ve serena, tranquila, el desgaste es evidente en su apocamiento, así como el cansancio, sin embargo mantiene postura receptiva.

Mantiene atención directa al entrevistador, respondiendo casi inmediatamente a cada pregunta, mantiene sonrisa y contacto visual. Al desarrollar la narrativa acerca de la experiencia en el parto resalta cierto malestar al modular tono de voz y cambiar expresión facial, dado que la experiencia significativa acerca al bebé, presenta ciertos momentos relacionados al personal que brinda el servicio.

Presenta inquietud referente al personal de atención, brindándose respuesta inmediata a dicha situación.

A pesar de dicha situación, mantiene respuesta activa y constante interacción con el entrevistador.

31/03/14

Gestante #3

En el momento de ingreso a la habitación la gestante se muestra sonriente, algo dispersa aunque manteniendo atención centrada en el equipo entrevistador.

La usuaria presenta interés en el desarrollo de la entrevista, respondiendo de manera inmediata a las preguntas, sin embargo hace uso constante de verbalizadores de latencia como "eesh..." "ummh..." que dilatan el tiempo entre respuestas.

Lo cuesta profundizar en el contenido para obtener una adecuada descripción es necesario la interacción gestual y validación por parte del entrevistador. Presenta la información de adecuada manera, mantiene adecuado tono y energética respuesta, durante su narración resaltan sonrisas que acompañan los frases. El espacio finaliza en normalidad y adecuada atención.

1/09/14

Costante #4

El primer encuentro la usuaria se muestra desgastada, cansada, con poca energía frente al espacio de información, presenta atención hacia el entrevistador, disponiendo de la información de manera inercial, sin embargo no presenta mayor información, no profundiza, ni responde hacia las intenciones del entrevistador. Hace falta profundizar en las respuestas, sin embargo no obtiene mayor opinión. Las entrevistas se finalizan concretas y dirigidas a terminar con el cuestionamiento. Finaliza el espacio con normalidad.

2/04/17

Costante #5

En el primer contacto fue posible reconocer a una persona orgánica, amable e incluyente a su espacio. Fue receptiva durante el primer contacto y presenta atención constante. La respuesta es casi inmediata durante la entrevista, se va constantemente y profundiza en la respuesta sin mayor dificultad. Presenta movimiento corporal bueno en tránsito, demostrando interés. En la información entregada mantiene un tono altamente descriptivo, presenta adecuadamente y en orden la información, resaltar los detalles y se afiebo al describir la experiencia percibida. Se extiende con normalidad, mantiene tono en las verbalizaciones y es constante con el contacto visual.

El espacio también con normalidad y sin mayor novedad.

03/04/17

Constante # 6

Desde el primer contacto la joven se mostró receptiva al espacio de entrevista, fue crítica con las respuestas y mantuvo atención constante al entrevistador. Es notoria el manejo de lenguaje complejo y la construcción de oraciones más estructuradas, extiende las respuestas hasta donde se le permite, mantiene adecuado nivel descriptivo. Hace uso de símbolos y en tercera persona, al interior de su discurso. Algunos aspectos mantienen un tono validante, sin embargo no evita presentar información que le resultó negativa durante el curso de su proceso de parto. Las descripciones utilizadas dan cuenta de la temporalidad de la expl. Hay sustitución en el tono afectivo manejado y tranquilidad emocional durante el discurso, la voz es amable y afable en el desarrollo de la entrevista. El espacio termina con normalidad.

04/04/14

Gerente # 7

Usaria que dispore de su espacio personal para poder atender al equipo entrevistador (verbaliza esto antes de iniciar). Se dispone físicamente hacia el entrevistador, sentándose sobre su cama, la usaria se muestra activa verbalmente, mantiene discurso de alto contenido descriptivo, no obvia detalles relacionados con la atención, la respuesta interpersonal, las demandas, entre otras. Es indigente con la corporalización y minimista de ruidos, así mismo se vea gestual es demostrativa. Presenta afecto positivo y receptivo. Mantiene constante postura hacia entrevistador, evita contacto visual. La usaria realiza descripciones de alto contenido, presenta la información ordenadamente y se muestra complaciente. Mantiene sonrisas y tono moderado. El espacio termina con normalidad.

05/04/17

caso #8

La usuaria se muestra cansada, desgastada y con poca energía, se mantiene recostada con giro en la cabeza para mirar al anestesista. Las respuestas se dan en un tono bajo, con carencia en el afecto. La usuaria responde lo necesario, durante su narrativa presenta descripciones sin mayor profundidad y no amplía la información. Presenta adecuadas respuestas acerca de la atención recibida, mantiene valoración del servicio percibido, hace gran énfasis en el acompañamiento del familiar durante el parto, manifestando altamente ansiosa y riguroso afecto, resultan situaciones (de) a nivel experiencial y adecuada actitud en este aspecto. Se da cierre al espacio sin mayor novedad.

B. Anexo: Consentimientos

Bogotá D.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Diana Helen Cobrea Gomez identificado con C.C. 52.798.817 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado "PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017", a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma,

Diana Helen Cobrea Gomez
52.798.817

Mayra Johanna Floriano Parra
Mayra Johanna Floriano Parra
Trabajadora Social

José David Rojas Hernández
José David Rojas Hernández
Psicólogo

Bogotá D.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo María Zulcma Posquera identificada con C.C. 1007248898 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado "PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017", a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma

Mayra Johanna Floriano Parra

Trabajadora Social

José David Rojas Hernández

Psicólogo

Bogotá D.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Angie Paola Mechán R. identificado con C.C. 7072716856 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado *“PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017”*, a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma,

Angie Paola Mechán R.

Mayra Johanna Floriano Parra
Trabajadora Social

José David Rojas Hernández
Psicólogo

Bogotá D.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Cindy Lorena Romero Forero identificado con C.C. 1015070919 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado "PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017", a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma,

Lorena Romero

Mayra Johanna Floriano Parra
Mayra Johanna Floriano Parra
Trabajadora Social

José David Rojas Hernández
José David Rojas Hernández
Psicólogo

Bogotá D.C.

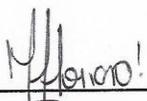
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Mayra Rojas M. identificado con C.C. 1012383001 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado *“PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017”*, a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma,

Mayra Rojas M.



Mayra Johanna Floriano Parra
Trabajadora Social



José David Rojas Hernández
Psicólogo

Bogotá D.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Giro Paolo Ochoa Belmonte identificado con C.C. 1015392659 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado "PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017", a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma,

Giro Paolo Ochoa Belmonte

Mayra Johanna Floriano Parra
Trabajadora Social

José David Rojas Hernández
Psicólogo

Bogotá D.C. Abril 3, 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Rodriguez Vargas Beatriz Lorena identificado con C.C. 7070475751 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado *“PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017”*, a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma,

Corona Rodriguez

Mayra Johanna Floriano Parra
Trabajadora Social

José David Rojas Hernández
Psicólogo

Bogotá D.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ana María Alfonso V. identificado con C.C. 1032359454 certifico que he sido informada acerca de los alcances del proyecto investigativo denominado "PERCEPCIONES DE LAS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA: POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN, 2017", a cargo de los profesionales MAYRA JOHANNA FLORIANO PARRA y JOSÉ DAVID ROJAS HERNÁNDEZ.

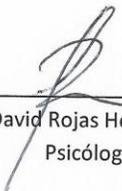
Teniendo en cuenta lo anterior, acepto participar en dicho proyecto, autorizando la recolección de la información a través de medios de grabación voz y registro fotográfico. Así mismo, reconozco que la información entregada es sólo para fines de la investigación la cual está ligada al contexto académico, por ende, no representa ningún riesgo para mi integridad física ni mental.

Firma,

Ana María Alfonso V.



Mayra Johanna Floriano Parra
Trabajadora Social



José David Rojas Hernández
Psicólogo

Bibliografía

- Abad, M., Serrano, J., Garcia, C., Bruno, A., Ortega, M., Ríos, A., García, M. (1999) El Padre en la Experiencia del Parto: Valoración del Acompañamiento a su Pareja. Revista De Enfermería. Núm.10. Pp.5 – 10. Recuperado: 07/05/17 De [Https://Previa.Uclm.Es/Ab/Enfermeria/Revista/Numero%2010/Revista10.Pdf#Page](https://Previa.Uclm.Es/Ab/Enfermeria/Revista/Numero%2010/Revista10.Pdf#Page)
- Balart, M. (2013) La Empatía: La Clave para Conectar con los Demás. Revista Rh Observatorio de Recursos Humanos, Núm. 79. Pp. 86/87.
- Barra E. (1998) Psicología Social. Ed. Concepción: Vicerrectoría Académica, Dirección de Docencia. Segunda Ed. Universidad De Concepción.
- Bartley, S. (1969) Principios De Percepción. Ed. Trillas S.A. México.
- Bogdan, R., Taylor, S. (1987) Introducción A Los Métodos Cualitativos De Investigación. Barcelona. Paidós. Citado Por Hernández, Reyes, Opazo. (2010) Apuntes De Análisis Cualitativo En Educación. Madrid.
- Brusco, A., Gol, J., Marchesi, P., Redrado L. (2003) Humanicemos El Hospital. Humanización En Salud. Ed. Selare. P.P.63-67.
- Callahan, D. (2004) Los Fines De La Medicina. Cuadernos De La Fundación Víctor Grifolsi Lucas. Nº 11. Barcelona.
- Carterette, E. Y Friedman, M. (1982) Manual De Percepción. Raíces Históricas Y Filosóficas. México: Trillas
- Castellanos, C., Gonzáles, M., Ramos, D., Terán P. (2013) Violencia Obstétrica: Percepción De Las Usuaris. Revista De Obstetricia Y Ginecología De Venezuela, 73(3), 171-180. Recuperado: 07 de mayo de 2017, [Http://Www.Scielo.Org.Ve/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0048-77322013000300004&Lng=Es&Tlng=Es](http://Www.Scielo.Org.Ve/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0048-77322013000300004&Lng=Es&Tlng=Es).

- Clínica Colsanitas S.A (2017). Política de Humanización. Revista Bienestar Sanitas. Volumen 149.P. 10
- Congreso De La Republica De Colombia (7 De octubre, 2009) Proyecto De Ley 172 De 2009, Por La Cual Se Protege La Maternidad, El Parto Digno Y Se Dictan Otras Disposiciones
- Coral, R. (2008) Humanización Del Cuidado De Enfermería Durante El Parto. Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica 11 (1): 47-56
- Correa, M. (2016) La Humanización De La Atención En Los Servicios De Salud: Un Asunto De Cuidado. Revista Cuidarte, Vol. 7, Núm. 1, 2016, Pp. 1227-1231.
- Declaración De Ceará En Torno A La Humanización Del Parto (2000) La Conferencia Internacional Sobre La Humanización Del Parto. 2/4 noviembre De 2000 En Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Gil, M. (2001) Bioética: Una Propuesta De Humanización Y Actitud Frente A La Vida. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Pp. 3-9.
- Hernández, A., Ramírez, M., Sánchez, D. (2008) Humanizar Los Contextos De Salud, Cuestión De Liderazgo Investigación Y Educación En Enfermería, Vol. Xxvi, Núm. 2, septiembre, 2008, Pp. 218-225.
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. (2008) Apoyo Continuo Para Las Mujeres Durante El Parto (Revisión Cochrane Traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, Número 3. Oxford. Disponible En: [Http://Www.Updateoftware.Com](http://www.updateoftware.com). 43 (Traducida De The Cochrane Library, Issue. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.). Pág.5
- Mann, L. (2004) Elementos De La Psicología Social. Ed. Limusa
- Mayorga, A. (2012) Percepción Sobre El Control Prenatal De Las Gestantes Adolescentes En La E.S.E San Cristóbal. Bogotá. (Tesis De Maestría). Universidad Nacional De Colombia. Bogotá, Colombia.
- Martínez, M. (2002) Hermenéutica Y Análisis Del Discurso Como Método De Investigación Social. Revista Paradigma, Vol. Xxiii Nº 1, junio De 2002 / 1-13

- Ministerio De Protección Social. (3 De abril 2006) Decreto 1011, Por El Cual Se Establece El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Del Sistema General De Seguridad Social En Salud. Bogotá D.C.
- Ministerio De Salud (1 De noviembre, 1991) Resolución 13437, Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los pacientes. Recuperado De [Http://Www.Fecoer.Org/Download/Resolucion_13437_De_1991.Pdf](http://www.fecoer.org/download/resolucion_13437_de_1991.pdf).
- Ministerio De Salud. (4 De octubre 1993) Resolución Número 8430 Por El Cual Se Establecen Las Normas Científicas, Técnicas Y Administrativas Para La Investigación En Salud.
- Ministerio De La Protección Social. (3 De abril 2006) Decreto 1011 De 2006 Por El Cual Se Establece El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Del Sistema General De Seguridad Social En Salud.
- Morales B., Munárriz, L. (2012) Los Conceptos Del Parto Normal, Natural Y Humanizado. Revista De Antropología Iberoamericana, Vol. 7, Núm. 2, mayo-agosto, 2012, Pp. 225-247. Organización Mundial De La Salud (1985) Tecnología Apropiaada Para El Parto. Lancet, 1985; 2:436-437
- Ministerio De Salud. (1 De noviembre De 1991). Resolución 13437 De 1991 Por La Cual Se Constituyen Los Comités De Ética Hospitalaria Y Se Adoptan El Decálogo De Los Derechos De Los Pacientes.
- Myers, D. (1997) "Qualitative Research In Information Systems," *Mis Quarterly* (21:2), June 1997, Pp. 241-242. *Misq Discovery*, Archival Version, Recuperado El 15 De marzo 2017 De [Http://Www.Qual.Auckland.Ac.Nz/#Citation Information](http://www.qual.auckland.ac.nz/#CitationInformation)
- Nizama, M. (2002) Humanismo Médico. *Rev Soc Peru Med Interna* Recuperado El 17 De marzo De 2017;15(1). Disponible En: [Http://Www.Scielo.Org.Pe](http://www.scielo.org.pe)
- Pugin, E., Kopplin, E., Larraín C., Gallego, V., Aramayo M., Ortiz, J.* (2008) Una Experiencia De Acompañamiento Con Doula A Adolescentes En Trabajo De Parto. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. Vol. 73(4): P.p. 250 - 256
- Quintana, M., Torrado, M., Núñez, M., Bouchacourt, J., & Álvarez, E. (2013). Satisfacción Y Calidad En Analgesia Del Parto. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 26(2), 6. Recuperado En 07 De mayo De 2017, De

[Http://Www.Scielo.Edu.Uy/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1688-12732013000200006&Lng=Es&Tlng=Es.](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732013000200006&lng=es&tlng=es)

- Ricoeur, P. (1974) *The Conflict Of Interpretations: Essays In Hermeneutics*, Northwestern University Press, Evanston.
- Saavedra, D. (2013) *Comportamientos De Cuidado Del Profesional De Enfermería Que Percibe La Gestante En Trabajo De Parto Y Parto En La Clínica Palermo*. (Tesis De Maestría). Bogotá-Colombia: Universidad Nacional De Colombia.
- Sampaio, A., De Vasconcelos, A., Ferreira, E. (2008) *Atención Humanizada Del Parto De Adolescentes: ¿Norma, Deseo O Realidad?* *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, Vol. 73 (3). P.p. 185-191.
- Sandoval C., Carlos. *Especialización En Teoría, Métodos Y Técnicas De Investigación Social*. Bogotá: Icfes. 1996. Isbn: 958-9329-09-08. Pág. 144.
- Sánchez, A., Martínez, J., Roche, E., Viguera, N., Dolores, M., Peña,
- Siegler, M. (2000) *Professional Values In Modern Clinical Practice*. *The Hastings Center Report*; Jul/Aug; 30, 4; Health Module. Pp. S19-S22.
- Taylor, C. "Hermeneutics And Politics," In *Critical Sociology, Selected Readings*, P. Connerton (Ed.), Penguin Books Ltd, Harmondsworth, 1976, Pp. 153-193.
- Vela, G., Zavaleta, J. (2015) *Percepción De La Paciente Sobre La Atención Del Parto Humanizado En El Servicio De Centro Obstétrico Del Instituto Nacional Materno Perinatal Durante El Periodo marzo-abril De 2015 (Tesis De Pregrado)* Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima, Perú.