

**MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO PARA LA MUJER GESTANTE,  
PARTO Y PUERPERIO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA  
ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO



**MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO PARA LA MUJER GESTANTE,  
PARTO Y PUERPERIO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA**

**Autor (a): Marianela Marcano**

**Tutor (a): Dra. Nelly Arenas**

**Valencia, Octubre 2021**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA  
ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO



**MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO PARA LA MUJER GESTANTE,  
PARTO Y PUERPERIO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA**

**Autor (a): Marianela Marcano**  
Trabajo que se presenta ante la  
Dirección de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias de la Salud de  
la Universidad de Carabobo para  
optar al Título de Doctora en  
Enfermería Salud y Cuidado  
Humano

## **AVAL DEL TUTOR**

Yo **Nelly Arenas**, CI: 1338943, en mi carácter de Tutora del Trabajo Doctoral  
Titulado: **MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO PARA LAMUJER  
GESTANTE, PARTO Y PUERPERIO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA.**  
**Presentada por la ciudadana Mgs. Marianela Marcano; titular de la cedula de  
identidad N° 14.120.686; para optar al titulo de Doctor en Enfermeria, Area de  
Concentracion: Salud y Cuidado Humano. Considero que dicha tesis reúne los  
requisitos y meritos suficiente para ser sometida a la presentación pública y  
evaluación por parte del juradoexaminador que se le asigne.**

En Valencia, a los \_\_\_\_\_ del mes de Octubre del año Dos Mil Veintiuno.

Nelly Arenas. CI: 1338943

---

## **DEDICATORIA**

*A Dios.*

*A Tito, mi amado esposo.*

*A Tito, Camila y Karla, mis amados hijos.*

*A Othoniel y Romelis, mis queridos padres.*

*A todas mis colegas y gestantes, informantes clave en la recolección de datos.*

*A mis sueños y luchas por construir un mundo más humano, en donde todos y todas podamos convivir en paz, justicia y felicidad*

## **AGRADECIMIENTO**

Ante todo, quiero agradecer a mi **Dios Todopoderoso** y a su **Hijo Jesucristo**, por permitirme la vida para iniciar este trabajo de investigación, pues sólo Dios pone tanto el querer como el hacer.

Agradecer el apoyo incondicional de mi esposo **Tito Oviedo**, en motivarme a continuar mis metas y crecimiento como profesional del área de enfermería.

Agradecer a mis hijos **Tito, Camila y Karla**, quienes, con su entusiasmo, alegrías, solidaridad siempre estuvieron a mi lado respaldándome.

Agradecer a **mis padres, hermanos y amigos** que también fueron pilares fundamentales en este largo proceso de formación.

Agradezco a la **Universidad de Carabobo**, a la Facultad de Ciencias de la Salud área posgrado, casa de estudio que me permitió aceptar la propuesta de investigación y me formó tanto teórica como practica en el desarrollo de mi Tesis Doctoral.

Agradezco a **todas y todos los profesores** que con esmero, tesón, paciencia y amor me ayudaron a fortalecer mi formación como investigadora durante el curso del doctorado.

Agradezco a las enfermeras y gestantes informantes clave, quienes de buena voluntad desde su hacer y su decir, me permitieron cumplir con la etapa de recolección de datos.

Y en especial, quiero agradecer a mi Tutora profesora **Dra. Nelly Arenas**, por sus conocimientos, profesionalismo, enseñanzas, experiencia de gran trayectoria, tolerancia y guía durante todo el desarrollo del trabajo de investigación.

A todos y todas.. mil gracias. Dios les bendiga.

Marianela Marcano.

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> -----	xii
<b>INTRODUCCION</b> -----	1-5
<b>CAPITULO I: ABORDANDO EL PROBLEMA Y LA PROPUESTA DE ESTUDIO</b>	
Porqué estudiar el problema?-----	6-10
Dimensiones conceptuales de la temática a estudiar-----	10
El origen cuidado-----	10
Visión epistemológica y filosófica del cuidado-----	11-16
Cuidado Humano-----	17-21
Cuidado Humanizado-----	22-23
Mujer gestante-----	23-25
Cuidados pre-natal-----	25-27
Cuidados del parto-----	27-28
Cuidados del puerperio-----	28-29
Enfermería-----	29-32
Modelos de Cuidado de enfermería-----	32-33
Motivaciones del investigador-----	33-37

Propósito del estudio-----	38
Objetivos de la investigación-----	38
Justificación e importancia de la Investigación-----	38-40
Factibilidad y viabilidad de la investigación-----	41
<b>CAPITULO II: ABORDANDO EL REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
Estado del arte-----	42
Referentes nacionales-----	42-46
Referentes internacionales-----	47-64
Referentes teóricos de modelo-----	64-65
Modelos de enfermería y sus tendencias-----	65-77
Epistemología del cuidado-----	77-80
Diferentes perspectivas teórico-filosóficas del cuidado-----	80
Los terapeutas de Alejandría-----	80-82
Foucault y el Cuidado de Si-----	83-87
Heidegger y el Dasein como cuidado-----	87-90
La Fabula-Mito de Higinio-----	90-94
Boff L y Saber Cuidar-----	94-105
Mayeroff, el Cuidado Ayuda al Otro a Crecer-----	105-112
Teoría del Cuidado Humano de Watson .J -----	112-119

### **CAPITULO III: ABORDANDO EL REFERENCIAL**

#### **TEORICO METODOLOGICO**

Preliminar-----	120-122
Referencial epistemologico-----	122
Interaccionismo Simbolico-----	122-125
Teoría Fundamentada en los Datos-----	126
La interrogante de investigación-----	126-127
El muestreo teórico-----	127-128
El método de recolección de datos-----	128-129
El Análisis Comparativo de los Datos-----	129-130
Referencial metodologico-----	131
Contexto de la investigación-----	131-132
Aspectos éticos -----	132
Criterios de selección-----	132-133
Entrevista en profundidad-----	133
Vía de recolección de la información-----	134

### **CAPITULO IV: ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN**

#### **DE LOS DATOS**

Camino metodológico-----	135-136
--------------------------	---------

Procedimiento para iniciar la investigación y la recolección de datos-----	136-137
Reducción de la información-----	138
Categorías encontradas-----	138
<b>CATEGORIA 1: EL CUIDADO DESDE LA PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS</b>	
El mejor cuidado es el buen trato-----	138-149
Cuidando sin discriminación-----	150-157
<b>CATEGORIA 2: SIGNIFICADO DE CUIDADO HUMANO DE LAS ENFERMERAS</b>	
El cuidado humano es retomar nuestra condición humana-----	157-166
Barreras del cuidado humano en su entorno real-----	166-186
<b>CATEGORIA 3: CUIDADO PRENATAL SEGÚN PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS</b>	
Cuidado prenatal preventivo-----	186-192
Cuidando a la embarazada desde la motivación-----	192-200
<b>CATEGORIA 4: CUIDADO PRENATAL DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA GESTANTE.</b>	
El cuidado consiste en agarrar la tarjeta, pesar y tomar la tensión-----	200-207
Conocimiento de cuidado de la embarazada recibido del personal	

de salud-----207-211

Conocimiento de cuidado de la embarazada por vía intergeneracional-----211-216

**CATEGORIA 5: EL CUIDADO DEL PARTO SEGÚN PERCEPCION  
DE LAS ENFERMERAS.**

El cuidado de la parturienta en el contexto real-----217-224

El cuidado humanizado que debe recibir la parturienta-----224-235

**CATEGORIA 6: CUIDADO DEL PARTO EN LA PERCEPCION DE  
LAS PARTURIENTAS.**

Percibes y te sientes cuidada por las enfermeras?-----235-243

**CATEGORIA 7: EL CUIDADO PUERPERAL SEGÚN PERCEPCION  
DE LAS ENFERMERAS.**

Cuidado puerperal en el contexto real de la práctica de las enfermeras-----244-248

Cuidado puerperal humanizado es cuidar las pacientes, como seres humanos,  
con amor, respeto y solidaridad----- 248-264

**CATEGORIA 8: CUIDADO DE ENFERMERIA PUERPERAL,  
SEGÚN PERCEPCION DE LAS PUERPERAS.**

Percibiendo el cuidado de la enfermera en puerperio-----264-275

**CATEGORIA 9: EL CUIDADO Y SUS PERSPECTIVAS DE CAMBIO**

Describiendo la necesidad de humanizar el cuidado en obstetricia-----275-282

Sugiriendo las estrategias de cambio para dar cuidado humanizado-----282-305

**CAPITULO V: PRESENTACION DE LOS RESULTADOS: MODELO  
DE CUIDADO**

Preámbulo-----	306
Resultados encontrados-----	307
Datos socio demográficos de las enfermeras (anexos 2) -----	307
Datos socio demográficos de las gestantes (anexos 3) -----	308
Construcción del modelo teórico: Modelo de Cuidado Humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería.-----	309
Fases para la construcción del modelo teórico (cuadro N° 1) -----	309-312
Matriz condicional/consecuencial (cuadro N° 2) -----	312-316
Explicación teórica del modelo.-----	316-319
Definición de supuestos teóricos.-----	319-328
Consideraciones finales.-----	328-334
Bibliografía.-----	335-344
Anexos.-----	345-348

# **MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO PARA LA MUJER GESTANTE, PARTO Y PUERPERIO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA**

Autor (a): Mgsc. Marianela Marcano

Tutora: Dra. Nelly Arenas

Año: 2021

## **RESUMEN**

Durante mis años de experiencia en la práctica asistencial pública como profesional de Enfermería e integrante del equipo de salud, he venido observando cada día una especie de deshumanización del cuidado específicamente en el área de obstetricia, me he dado cuenta que el uso de la tecnología por sí sola no es suficiente para dar cuidado humanizado. El contexto de la investigación fue el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Municipio Heres de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela, donde llevé a cabo momentos de la investigación como la recolección de la información y la observación interpretativa. El propósito del estudio fue construir un modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio, una mirada de Enfermería, centrado en la condición humana y sustentado en los valores del cuidado humano como resultado de los hallazgos de la investigación. El abordaje fue el paradigma cualitativo con la orientación filosófica del Interaccionismo Simbólico, utilizando el método de la Teoría Fundamentada en los Datos. La técnica de recolección fue la entrevista en profundidad. Participaron catorce informantes: nueve enfermeras y cinco gestantes de las áreas de consulta prenatal y salas de parto y puerperio. Del análisis e interpretación de los datos emergieron nueve categorías que permitieron la construcción del modelo de cuidado. Tuve la oportunidad de percibir que debe existir un ambiente de trabajo familiar, agradable y favorable, para dar cuidado humanizado y sobre todo, por ser un lugar donde vienen al mundo nuevas vidas. El apoyo emocional de la enfermera y el acompañamiento familiar son elementos esenciales que disminuyen los temores y la ansiedad muy frecuentes en las mujeres embarazadas, en parto y puerperio

**PALABRAS CLAVE:** Modelo de Cuidado, cuidado humano, enfermería.

# **HUMANIZED CARE MODEL FOR PREGNANT WOMEN, LABOR AND PUERPERIUM: A NURSING LOOK**

Author: Mgsc. Marianela Marcano

Tutor: Dra. Nelly Arenas

Year: 2021

## **ABSTRACT**

During my years of experience in public care practice as a nursing professional and member of the health team, I have been observing every day a kind of dehumanization of care specifically in the area of obstetrics, I have realized that the use of technology by itself it is not enough to provide humanized care. The context of the research was the Ruiz y Páez University Hospital Complex, Heres Municipality of Ciudad Bolívar, Bolívar State, Venezuela, where I carried out research moments such as information gathering and interpretive observation. The purpose of the study was to build a model of humanized care for pregnant women, childbirth and puerperium, a nursing perspective, focused on the human condition and based on the values of human care as a result of the research findings. The approach was the qualitative paradigm with the philosophical orientation of Symbolic Interactionism, using the Grounded Theory method. The collection technique was the in-depth interview. Fourteen informants participated: nine nurses and five pregnant women from the prenatal consultation areas, delivery rooms and the puerperium. From the analysis and interpretation of the data, nine categories emerged that allowed the construction of the care model. I had the opportunity to perceive that there must be a familiar, pleasant and favorable work environment, to give humanized care and above all, because it is a place where new lives come into the world. The emotional support of the nurse and family support are essential elements that reduce the fears and anxiety that are very frequent in pregnant women, in childbirth and the puerperium.

**KEY WORDS:** Model of Care, human care, nursing.

## INTRODUCCION

El trabajo que presento es un diseño de investigación de abordaje cualitativo por ser un estudio del fenómeno en su entorno natural de trabajo, donde el investigador no solo está interesado en observar para conocer el fenómeno, sino que va más allá, en virtud de que mantiene una conversación abierta, cara a cara con los actores sociales para comprender el significado que desde su percepción, estos le asignan al fenómeno en base a lo que dicen y hacen, siendo el investigador el principal instrumento de la recolección de la información con la cual interactúa para la generación de teoría a partir de los datos en bruto.

El investigador como instrumento principal de su investigación, va en busca de la experiencia del otro a través del diálogo para indagar aspectos que no pueden ser medidos en números absolutos, tales como, sentimientos, valores, creencias, ideas, emociones y todo aquello que guarda relación con la interacción humana. El interés es descubrir, interpretar y comprender cuales de estos aspectos que se dicen en las teorías del cuidado humano como ciencia y arte, tienen significado y son aplicados en la práctica de interacción enfermera-persona cuidada.

Guiados por la orientación filosófica del Interaccionismo Simbólico, el abordaje con el método de la Teoría Fundamentada en los Datos, tiene como propósito construir un Modelo de Cuidado Humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería. Los datos se recolectaron por la

técnica de entrevista en profundidad y la observación interpretativa del discurso de las enfermeras y gestantes de los servicios de consulta prenatal, salas de parto y puerperio del Complejo hospitalario Ruiz y Páez del municipio Heres de Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Venezuela.

Ante los problemas psicosociales que trae el paciente cuando se siente enfermo, que al ser hospitalizado vive una experiencia de salud que en su condición humana la percibe como única, exponiendo su fragilidad humana, la cual lo hace más sensible al entorno que lo rodea y por lo tanto es el más fiel observador del cuidado enfermero que recibe.

La humanización del cuidado lleva consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por lo tanto, se deben tener en cuenta las individualidades para la atención.

Actualmente se percibe cada vez más, la necesidad de humanizar el cuidado del paciente, para ello, es imperativo sensibilizar al profesional de la salud, en especial al profesional de enfermería por ser el más cercano y quien generalmente recibe a la persona cuando llega por primera vez en busca de los servicios de salud.

Desde otro ángulo es preciso visualizar cómo influye el avance de la ciencia y la tecnología en el rol de la enfermera cuidadora, donde es evidente una preponderancia de lo tecnológico de sus acciones, dejando de lado la actitud humana, de presencia auténtica, de interacción enfermera-paciente, situación que es intensamente percibida por los pacientes como una debilidad en el cuidado de enfermería que reciben, lo cual

requiere una actitud de cambio dirigido a modificar esta percepción negativa por una acogida más cálida y humanizada hacia el paciente.

Al respecto Colliere afirma: “el cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado. Su importancia reside en la presencia auténtica y constante y no en la competencia técnica. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro”(1).

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología en salud, han conducido a que la práctica de la enfermera(o) se manifieste más impersonal y deshumanizada, lo cual impone la necesidad de una reformulación del cuidado enfermero, hacia una orientación más humana, concordante con el respeto a los derechos de los pacientes como personas y centrada en el, no desde la visión de los proveedores de la asistencia sanitaria o de las instituciones, sino de una forma individual, considerando que los pacientes son seres únicos y diferentes a la vez, haciéndolos merecedores de recibir un cuidado personalizado y humano, en ello consiste el concepto de enfermería como ciencia y arte, en crear un cuidado personal para cada persona que es atendida por ella.

Es bueno aclarar, que desde el punto de vista de enfermería el cuidado humanizado se apoya en tres elementos: en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, que supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y

de óptima calidad que implica el cuidado humanizado; que en nuestro caso, como lo demuestran los resultados, no siempre es percibido con satisfacción por la propia enfermera y por la gestante.

En ese sentido la doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene, que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de la salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería; no solo como un imperativo profesional sino principalmente llevando a la práctica el cuidado humanizado, y que este sea percibido por el paciente, como un beneficio importante para la recuperación de su salud. (2).

El trabajo está adscrito a la línea de investigación Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación del Doctorado en Enfermería, área de concentración salud y cuidado humano de la Universidad de Carabobo y consta de cinco capítulos, el capítulo I contiene: Abordando el problema y la propuesta de estudio, Dimensiones conceptuales de la temática a estudiar: Cuidado, visión epistemológica y filosófica del cuidado, Cuidado Humano, mujer gestante, Cuidado prenatal, Cuidado del parto, Cuidado puerperal, Enfermería, Modelos de cuidado de Enfermería, Motivaciones del investigador, propósito y objetivos, Justificación e importancia de la Investigación, Factibilidad y viabilidad. Capítulo II: estado del arte, referentes nacionales e internacionales, Referentes teóricos relacionados con el tema objeto de estudio, Modelos de enfermería y sus tendencias, Bases que guían la práctica de

enfermería, Diferentes perspectivas teórico-filosóficas del cuidado, Epistemología del cuidado, los terapeutas de Alejandría, Foucault, el Cuidado de Si, Heidegger y el Dasein como cuidado, La Fabula-Mito de Higinio, Boff L y Saber Cuidar, Mayeroff, el Cuidado Ayuda al Otro a Crecer, Teoría del Cuidado Humano de Watson J.

Capítulo III: Abordando el referencial teórico metodológico. Interaccionismo Simbolico, Teoría Fundamentada en los Datos, La interrogante de investigación, El muestreo teórico y el método de recolección de datos. Referencial metodológico: Contexto de la investigación. Aspectos éticos, Criterios de selección, Entrevista en profundidad, Procedimiento de recolección de la información.

Capítulo IV: Metodología de análisis, interpretación y discusión de los datos: Categoría 1: El cuidado desde la percepción de las enfermeras. Categoría 2: Significado de cuidado humano de las enfermeras. Categoría 3: Cuidado prenatal según percepción de las enfermeras. Categoría 4: Cuidado prenatal desde la percepción de la gestante. Categoría 5: El cuidado del parto según percepción de las enfermeras. Categoría 6: Cuidado del parto en la percepción de las parturientas. Categoría 7: El cuidado puerperal según percepción de las enfermeras. Categoría 8: Cuidado de Enfermería puerperal, según percepción de las puérperas. Categoría 9: El cuidado y sus perspectivas de cambio.

Capítulo V: Presentación de los resultados, Modelo de cuidado. Bibliografía y anexos.

## CAPITULO I

### ABORDANDO EL PROBLEMA Y LA PROPUESTA DE ESTUDIO

Desde el tiempo en que comencé a realizar mi tesis doctoral tenía claridad del tema que quería estudiar, ya que a través de mi experiencia profesional y mi desarrollo personal, me he dado cuenta que *la práctica tecnológica por sí sola no es suficiente para dar cuidado humanizado*. El cuidado es la esencia de Enfermería, este debe estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración(2)

Sin embargo, las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado.

Los aspectos biomédicos y curativos han tenido una influencia por siglos en los servicios de salud, el curar asumido por la medicina moderna, se funda en una perspectiva analítica, empírica y experimental, adecuada para el estudio de los procesos biológicos y fisiopatológicos, que como fenómenos naturales presentan estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia de contexto, algo que ha reducido lo humano a lo biológico; situación que viene desde el siglo XVIII, en

que el cuerpo humano pasa a ser objeto específico de la aplicación de la medicina, y el enfermo pasa a ser una enfermedad.

El cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto dificultado por esta visión biomédica de la salud, logrando que enfermería conciba la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud.

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se ve menguado por las múltiples tareas delegadas de tipo biomédico, quedando relegadas acciones como la eficacia y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana, denominado por Watson como cuidado transpersonal, dichas acciones son muy valoradas por los usuarios(2).

La humanización del cuidado es un tema complejo y multidimensional, de allí que alrededor de él se teje un amplio debate ya que está muy influenciado por el paradigma positivista y biomédico del cuidado, siendo de gran relevancia las actividades altamente tecnificadas en situaciones eminentemente fisiológicas, entre las que se encuentran el embarazo, parto y puerperio.

El estudio es una investigación de porte cualitativo y tiene como propósito generar un: **modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería**, tomando en cuenta la percepción expresada en el

discurso de las entrevistadas, utilizando el método de la Teoría Fundamentada en los Datos y orientado por los principios filosóficos del Interaccionismo Simbólico, esta corriente está dirigida para el conocimiento de la percepción y/o significado, con el objetivo de captar los aspectos intersubjetivos de las experiencias sociales del ser humano e incrementar nuevas perspectivas para reflexionar sobre el fenómeno.

El trabajo busca profundizar en los conceptos de la Teoría de Cuidado Humano y su aplicabilidad en la experiencia obstétrica. Por esa razón está orientado por algunos conceptos, premisas y factores que contempla la teoría del Cuidado Humano sustentado por la Dra Watson. J y las relaciones interpersonales de Travelbee. J, como una propuesta innovadora del rol de enfermería en el área obstétrica.

Esta teoría, fundamenta que el cuidado humano es parte del ser, que fortalece a la persona cuidada, promueve su crecimiento y favorece sus potencialidades, puesto que la enfermera asume el compromiso de cuidar y debe empeñarse en comprenderlo, ejecutarlo y absorberlo en su quehacer diario, respetando su autonomía y derecho a decidir y a consentir las intervenciones de tratamiento que se realizaran en su cuerpo, dentro del cuidado holístico. **(2)**

Vista la necesidad de humanizar el cuidado de enfermería, vemos que esta teoría promueve el humanismo, la salud y la calidad de vida. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos; por lo tanto, los seres humanos dentro de esta visión, son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida; a la salud se la concibe como un

estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad, el ser humano encuentra significado para vivir. **(3)**

Esta propuesta responde a la problemática actual de nuestras instituciones de salud, considerando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evidencias científicas, investigaciones relacionadas con el tema, los derechos humanos suscritos por Venezuela y la normativa vigente.

En la investigación nos fijamos el propósito de recopilar información de fuente primaria: enfermeras y gestantes; para responder a estas inquietudes nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Que percepción del Cuidado de enfermería, tienen las enfermeras del área de obstetricia?

¿Que significado le asignan las enfermeras del área de obstetricia al cuidado humano?

¿Que comportamientos de Cuidado Humano de enfermería, perciben las enfermeras del área de obstetricia?

¿Qué percepción tienen las enfermeras y las gestantes del cuidado prenatal, parto y puerperio, brindado por la enfermera en el área de obstetricia?

¿Perciben las enfermeras que en el ambiente de trabajo se da cuidado humanizado?

¿Perciben las enfermeras y las usuarias la necesidad de un aporte teórico para el diseño de un modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio?

## **Dimensiones conceptuales de la temática a estudiar**

### **El origen del cuidado**

Haciendo una revisión bibliográfica sobre el origen y fundamentos teórico filosóficos del cuidado, encontramos que desde sus orígenes el cuidado se perfila alrededor de dos vertientes que en un principio coexistieron y se complementaron: el bien y el mal. Luego con la aparición del pensamiento dialéctico, que denuncia el MAL como todo lo que provoca malestar, para separarlo del BIEN, como todo aquello que permite vivir. Desde esta perspectiva, el bien se asocia con la vida y el mal se asocia con la muerte, de donde se deduce el ideal que el bien debe triunfar sobre el mal. Así lo encontramos en la obra de una estudiosa en la materia Collieri.M, quien afirma “los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que esta continúe y se desarrolle, “prácticas cuidadoras” ligadas a la conservación de la especie humana”.(1)

En ese mismo orden de ideas, el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el

mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad.

**(1).**

### **Visión epistemológica y filosófica del cuidado.**

El cuidado tiene un origen bastante remoto y vemos que es en la filosofía donde se encuentran sus más importantes raíces y fundamentos teóricos, nos conmueve también la preocupación que en estos tiempos críticos, esta investigación puede fortalecer el conocimiento ya adquirido, por lo cual consideramos que sirve como escenario de reflexión y base de sustentación para hacer de la práctica cotidiana de los trabajadores de la salud, particularmente de Enfermería, una acción de cuidado más humanizada.

Etimológicamente el término cuidado procede del latín que significa *cura* que en otra época se escribía *coera* y se usaba en un contexto relacional de amor y amistad. También hay una derivación epistemológica del término cuidado desde *cogitare-cogitatus* y de su corruptela *coyedar, coidas, cuidar*.

El sentido de *cogitare-cogitatus* es el mismo de *cura* y cuidado, y por su propia naturaleza, posee significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí como: pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucramiento y afectividad **(4)**. Dice Boff, la actitud del cuidado solamente ocurre cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro, entonces se dispone a participar de la vida de este, nunca como acto enteramente consciente, intencional o controlable, pero siempre como

resultado de auto comprensión y acción transformadora(4).El cuidado es inherente a la vida, ningún tipo de vida puede subsistir sin cuidado. El cuidado esencial, describe el cuidado como un constituyente de presencia ininterrumpida, en cada momento y siempre en la existencia humana. Es la energía que continuamente hace surgir el ser humano.

Continuando la revisión de los fundamentos filosóficos del cuidado, encontramos que el cuidado es para Heidegger, llamado por muchos como el filósofo del cuidado, un elemento intrínseco al ser humano, es decir, reconoce que el ser humano es cuidado, y en esta perspectiva, el cuidado puede ser caracterizado como fenómeno vital en la construcción ontológica y epistemológica del desarrollo humano, el cuidado es interpretado como la estructura fundamental del ser y la cotidianidad. Señala que el cuidado de sí es una característica distintiva del ser humano. Esto es cierto, y lo es porque en la naturaleza, el ser humano presenta un déficit de auto cuidado (5).

Es de entender que este déficit no es casual, circunstancial o únicamente transitorio, sino que pertenece a nuestra propia forma de ser. En otras palabras, somos por naturaleza seres dependientes,necesitados de cuidados.Por esoHeidegger reafirma que el cuidado se constituye en la esencia de la existencia humana y determina la estructura de su práctica. Para el autor, el cuidado es subyacente a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace; siendo este el fundamento para cualquier interpretación que se dé del ser humano. Destaca que una de las características del cuidado, es que el cuidado es libertador, es proteger, emancipar al individuo como

ciudadano. El cuidado implica entonces la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad.

Otro de los fundamentos filosóficos del cuidado que hemos revisado es el de Mayeroff, quien inicia su disertación del cuidado con estas palabras:

Cuidar de otra persona, en sentido más significativo es ayudarla a crecer y a realizarse (6). La concepción de cuidado en Mayeroff tiene un sentido muy amplio, basado en el crecimiento del que cuida y del que es cuidado, pero además, basado en el respeto de la vida del otro. No es un cuidado parasitario, de posesión ni de dominación, es que el cuidador sienta que el crecimiento del otro ocurre por sí mismo, que sea el mismo.

Para Mayeroff, esta actitud de cuidado se da en una relación donde el cuidador sienta el crecimiento de la persona cuidada como una interacción ligada a la sensación de su propio bienestar. Significa que para que se de ese crecimiento, debe verse el cuidado del otro como un convivir, como una coexistencia entre el que cuida y el que es cuidado. En el caso de la cotidianidad de la relación enfermera-paciente, es deshacerse de la relación de dominio del saber de la enfermera.

En el cuidado del otro, yo no veo la necesidad de que el otro vea en mí una relación que me da poderes sobre él, que no me perciba como una persona poseedora de poder, por el contrario, quiero que me vea como una persona de confianza. Yo debo ver al otro como un ser que tiene sus propias potencialidades y necesidades de crecer.

El significado de la palabra cuidado refleja un sentido estoico y de inspiración, atención y solicitud, lo cual resulta el lado positivo del cuidado y nos da un profundo

significado del mito del mismo. La característica fundamental del cuidado es el origen de la vida, la dignidad de la misma que conlleva al respeto, a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer, cualquiera sea ese otro, una persona, una idea, un hijo, una mata, un ideal.(6).

En la concepción de Mayeroff, sobre el cuidado que ayuda al otro a crecer, no debe ser confundida con “ser dirigida por el otro”, pues esto se refiere a un tipo de resignación en el que yo cuidador pierdo el contacto consigo mismo y con el otro. Cualquiera orientación debe ser dirigida por mi respeto a su integridad. Como en el caso que nos ocupa, por mi respeto a la mujer gestante.

Mayeroff pone gran énfasis a la dedicación, es un elemento que puede estar o no estar presente, como si yo cuidase y también me dedicase. Cuando acaba la dedicación, acaba el cuidado. Es una especie de convergencia entre lo que yo siento que debo hacer y lo que yo quiero hacer. Esa forma de dedicación constituye el patrón básico del cuidado, y debe entenderse como ayudar al otro a crecer, viéndolo como una extensión de mi mismo, pero también, como un ser independiente con sus propias necesidades de crecer y que yo las siento como mi propia sensación de bienestar.

Mayeroff para resaltar la generalidad del patrón básico del cuidado, habla en muchas ocasiones del cuidado del otro para aclarar que en cualquier circunstancia real del cuidado, siempre es alguien o alguna cosa específica que se cuida, puede ser el escritor que cuida una idea, el padre que cuida de su hijo, el maestro que cuida de su alumno, el cuidado de una comunidad o la enfermera que cuida del enfermo.

Crecimiento para Mayeroff, es un concepto filosófico, es una forma de ver el cuidado como el vehículo que ayuda el crecimiento de una persona o de una idea, expresado así:

Ayudar a otra persona a crecer es por lo menos ayudarla a cuidar de alguna cosa o de alguien más allá de sí misma, implica darle coraje y ayudarla a descubrir y crear áreas propias de las cuales ella sea capaz de cuidar. Es también ayudar a otra persona a llegar a cuidar de sí misma a través del reconocimiento de su propia necesidad de cuidar y de volverse responsable de su propia vida(6).

Principales componentes del cuidado según Mayeroff.

**Conocimiento** Conocer explícitamente e implícitamente, saber que algo es y saber hacer algo y por último, conocer directamente e indirectamente alguna cosa.

Para cuidar de otro, es preciso conocer principalmente quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

**Ritmos alternados** “No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo a cuanto alcanzan mis acciones, si ayude o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de manera de poder ayudarme mejor al otro” (6).

**Paciencia:** es un componente del cuidado tan importante que yo dejo al otro crecer a su propio tiempo y a su propia manera. Con paciencia yo le doy tiempo de

encontrarse a sí mismo. El hombre impaciente no da tiempo de nada, muchas veces hace perder el tiempo al otro.

**Sinceridad:** componente que debe estar presente en el cuidado como algo positivo y no como una cuestión de no engañar deliberadamente a los otros. Al cuidar del otro debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese o como yo siento que debe ser.

**Confianza:** al cuidar de otra persona yo confío en que ella va a errar y va a aprender de sus errores. Al descubrir que esa persona confía en mí, tengo a esa persona como su propio medio para cuidarse en el sentido de justificar su confianza, de confiar en sí misma para crecer.

**La humildad:** en el cuidado la humildad se presenta de diversas maneras, en el cuidado del otro siempre hay algo que aprender. El hombre que cuida es sinceramente humilde, se dispone a aprender más sobre el otro, sobre sí mismo y sobre todo aquello que comprende el cuidado. Una actitud de no tener más nada que aprender es incompatible con el cuidado.

**La esperanza:** significa para Mayeroff, que el otro crezca a través del cuidado, la cual es más genérica que la esperanza como expectativa determinada, es semejante en algunos aspectos, como la esperanza que acompaña la llegada de la primavera. La esperanza no debe ser confundida con esperanzas irrealizables.

**El coraje:** también debe estar presente en el cuidado, se refiere al coraje, metafóricamente lo presenta como un acompañante a un viaje a lo desconocido,

porque no sabemos con qué situaciones nos podemos encontrar, no obstante hay que afrontarlas con coraje. La investidura de coraje no es a ciegas, siempre está orientado por las experiencias pasadas y es sensible al presente.

### **Cuidado Humano**

La Teoría del Cuidado Humano, cuya autora es la doctora Watson, J, quien sostiene “que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la granreestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”(7). Watson, ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial- fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

En su visión filosófica vuelca su mirada hacia las propiedades místicas y ancestrales donde se originan los cuidados y en los aspectos éticos que involucra el cuidar. Profundiza el acto de cuidar en los aspectos éticos y humanos que implica cuidar de otros, plantea que el acto de cuidar va más allá de una técnica, de una rutina, de una norma, es estar ahí con el otro, con el enfermo, con el que sufre. En el

caso que nos ocupa, es estar acompañando a la mujer gestante para ayudarla en el cuidado de todas sus etapas: embarazo, parto y puerperio.

Para Watson, el componente ético es muy importante, señala que el ser responsable de otro ser humano, en situación de vulnerabilidad (enfermo), sea cual sea su situación de salud, la persona se entrega en nuestras manos, solicitando ayuda a veces tan simple y pequeña como pedir un vaso de agua, pedir la chata, o que estemos ahí, invitándonos a quedarnos con una mirada, es así que el encuentro con el otro transforma muchas veces la vida de la enfermera en un evento particular, significativo y excepcional.(7).

En su propuesta teórica para Watson, la enfermería también se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de las personas. Las enfermeras tienen el compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia, la persona a su cuidado aprenderá a valorar y cuidar su propia salud; en consecuencia, la enfermera podrá administrar su tiempo, para otorgarlo a otras personas que más lo necesitan, además, menciona que los cuidados enfermeros consisten en un proceso ínter subjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el caring, este constituye su ideal moral, y debe basarse en sólidos conocimientos (7).

Postula, que el objetivo de los cuidados enfermeros, es ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. El

cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o pensamientos que el otro siempre ha soñado en exteriorizar; esta experiencia facilita la armonía; en este enfoque teórico, la persona es “un ser en el mundo”, que percibe, que vive experiencias y que está en continuidad en el tiempo y en el espacio. (7). Las tres esferas del ser en el mundo, el cuerpo, el alma y espíritu son influenciados por un cambio en el auto concepto.

La salud en este enfoque teórico es la percepción de la armonía del cuerpo, alma y espíritu. La salud está asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo vivido. La armonía “cuerpo, alma y espíritu” engendra un auto respeto, autoconocimiento, auto cuidado y auto curación.

El entorno está constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual. El entorno representa todas las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona; por tanto la enfermera cuando brinda el cuidado enfermero, lo debe hacer con esta perspectiva: más humana, más cálida, más profunda en su interpretación de la persona, que demanda sus cuidados.

Por último, la teoría de Watson considera que el foco principal de la Enfermería está en sus diez factores de cuidado, derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos; ellos son: 1) Formación de un sistema humanístico-altruista de valores; 2) Inculcación de la fe-esperanza; 3) Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás; 4) Desarrollo de una relación de ayuda-confianza; 5) Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y

negativos; 6) Uso sistémico del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones;7) Promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal;8) Promoción de un entorno de apoyo;9) Asistencia en la gratificación de necesidades humanas;10) Permision de fuerzas existenciales-fenomenológicas. (7)

Es por ello que el personal de enfermería debe tener ciertas actitudes para brindar cuidado humanizado; por medio de sus vivencias, logros e interacción con los pacientes, adquiere la capacidad de saber que el cuidado humanizado no solamente son procedimientos técnicos, sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones, frágil y sensible en su condición psicofísica, multidimensional a sus limitaciones con riesgo a la dependencia, en actitud de pérdida de su autonomía, que la enfermera está obligada a fortalecer con su cuidado Humano.

La vulnerabilidad del ser humano enfermo, sufriente y frágil, despierta valores humanos como empatía, ternura, dolor, compasión y permite a la enfermera responder con el cuidado como un acto de humanidad. Interpretando el pensamiento Watsoniano, coincidimos en que todo eso es una realidad en la cotidianidad del cuidado de enfermería, porque la enfermera diariamente es un ser humano de encuentro con otros seres humanos.

Lo descrito arriba le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, en conjunto con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, esas premisas son:

**Premisa 1.** “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una

forma única de hacer frente al entorno”. La oportunidad que han tenido las enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar a un nivel superior los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

**Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

**Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales y espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

1-Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma. 2- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico. 3-El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.4-El espíritu, lo

más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.5-Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.6-Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.7-La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.(7)

### **Cuidado humanizado**

Cuidado Humanizado, es el conjunto de acciones fundamentadas en la relación paciente-enfermera, además del dominio técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve. Humanización es también “El primer acto del tratamiento de la enfermedad, es dar la mano y una muestra de cariño al paciente”; este cuidado humanizado reúne actos como: pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto al ser cuidado, como el profesional que cuida, sin tener en cuenta el significado de cuidado sino la esencia del ser humano, como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger; es la comprensión del ser humano como un ser integral.

De ahí la necesidad de este tipo de cuidado, que promueve el humanismo, la salud y la calidad de vida. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales de enfermería hacia aspectos más humanos; pues los seres humanos dentro de esta visión, son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida; y en la salud.

El cuidado humanizado se refiere a la esencia en la profesión de enfermería y es la manera de cómo cada enfermera (o) demuestra lo humano al brindar los cuidados a través de su actitud, valores y principios tanto profesionales como personales, es una interacción entre los conocimientos y sentimientos por cada enfermo, que permite establecer una relación asistencial de calidad como expresión humana manifestada durante el cuidado ofrecido por enfermería al paciente. El cuidado humanizado comienza cuando el profesional entra en el campo fenomenológico del paciente y es capaz de detectar, sentir e interactuar con él, es decir, es capaz de establecer una relación de empatía centrada en la atención al cliente y en un ambiente para percibir la experiencia del otro y como él la vive(7). Este cuidado compromete, además del paciente, a todos los profesionales involucrados en el proceso.

### **Mujer gestante**

El término se aplica a la mujer que está embarazada. También se define como una mujer embarazada, durante el periodo de 280 días, es decir, 10 meses lunares. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En rigor, y bien expresado, la gestación se refiere al desarrollo del feto y el embarazo se refiere a los cambios en la mujer que lo hacen posible, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

Para la Organización Mundial de la Salud Organización (OMS), el embarazo comienza cuando termina la implantación del embrión en el útero, ya que, en muchos casos, el óvulo es fecundado pero no llega a implantarse y el embarazo no comienza. La implantación es un proceso que comienza unos 5 o 6 días después de la fecundación y que consiste en la adherencia del blastocito a la pared del útero, cuando el blastocito atraviesa el endometrio e invade el estroma, luego la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo.(8)

Comenzaremos por aseverar que el embarazo, parto y puerperio constituyen una etapa fisiológica muy importante de la vida sexual y reproductiva de la mujer, que en la mayoría de los casos se desarrolla de forma espontánea y sin complicaciones, cuando esto ocurre así, solamente es necesario la vigilancia y el apoyo de los profesionales implicados. Por lo cual el objetivo de este trabajo es el profundizar en el estudio, con el propósito de construir un **Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería** para fundamentar el cuidado del embarazo, parto y puerperio sobre prácticas de cuidado humanizado necesarios, seguros y eficientes, al mismo tiempo respetuosos con la fisiología de estos procesos, con la dignidad humana y sensibles con los deseos y expectativas de la mujer, su hijo, su pareja y entorno familiar.

El cuidado de la mujer gestante está encaminado a vigilar la evolución del proceso de la gestación, de forma que sea posible prevenir y controlar los factores de riesgo

biosicosociales que puedan desencadenar complicaciones en el embarazo; así como brindar un cuidado de calidad que le permita animar y concientizar a la gestante para que asista al programa de control prenatal para orientarla en su auto cuidado(8).

La educación es la mejor herramienta de atención primaria para transmitir información a las mujeres acerca de sus embarazos. Es indiscutible la importancia de la educación y orientación a la mujer y su pareja o familia durante el proceso del embarazo, por lo que esta estrategia debe implementarse en todo lugar donde concurren estas mujeres.

Toda mujer embarazada tiene una serie de derechos que le son indispensables para poder desarrollar bien su embarazo y su parto. En este sentido, en Venezuela en el año 2006, se aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Esta nueva Ley tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, siendo una de ellas la violencia obstétrica (9).

### **Cuidado pre-natal**

La asistencia de Enfermería a la embarazada es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo, el parto y el puerperio con molestias mínimas, salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible. En el sentido más amplio, la asistencia de la maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres. No sólo se debe interesar por su salud física y bienestar, sino que debe fomentar el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares.

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucran una serie de visitas de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica y de enfermería, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, maternidad y crianza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.(10)

Es importante que la futura madre reciba cuidado prenatal tan pronto sepa que está embarazada (o si es posible antes de concebir); las visitas médicas periódicas durante el curso del embarazo son vitales tanto para la madre como para el bebé. Por lo general, durante el primer trimestre se requiere un chequeo médico mensual. Un buen cuidado prenatal incluye una buena alimentación y buenos hábitos de salud antes y durante el embarazo.

Toda la vida de la mujer es modificada por el embarazo: dieta, vestido, aspecto y sentimientos, respuestas y deseos sexuales, trabajo, actividades sociales y recreativas, descanso y sueño, relaciones con su familia y sus amistades, vida diaria y planes a largo plazo. Por esa razón las acciones educativas que Enfermería desempeña se deben dar dentro de todas las áreas de consultorios externos, salas de internado (salas de embarazo, de pre-parto, parto, y puerperio).

El Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, asume el compromiso de disminuir la mortalidad materna, mediante el equipamiento y creación de servicios

especializados para garantizar a todas las mujeres embarazadas una atención de calidad, integral y humanizada. En el artículo 76 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, establece: la maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio y asegurar servicio de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos.(11)

### **Cuidado del parto.**

La actual organización del proceso del nacimiento demuestra que el modelo tradicional de atención a la mujer gestante está demasiado orientado a curar el embarazo y el parto como una enfermedad, más que cuidarlo para mantener y promover el potencial de salud y la autonomía de la mujer, es decir, los proyectos aptos para describir y efectuar los balances de salud desde el punto de vista de la prevención en sentido holístico. Por lo tanto, considerar el parto como un proceso biológico, psicológico y social en su totalidad se vuelve básico para una asistencia obstétrica de calidad. (12)

La atención en las salas de parto está influenciada por el proceso de deshumanización que viven hoy en día nuestras instituciones de salud, observándose una asistencia

mecanizada por parte de todo el equipo de salud, desprovista de respeto hacia la parturienta cuando se le impide tomar posiciones cómodas que ayuden a aminorar los dolores de parto; a la vez, no identificándola por su nombre sino por símbolos o sobrenombres, como por ejemplo, la china, la flaca, la chillona, la llorona, entre otros que entrarían en el campo de la agresión verbal. El personal de enfermería debe retractarse de estas acciones deshumanizadoras y que son constitutivas de violencia obstétrica.

La enfermera debe conocer, saber, recopilar y describir con competencia los fenómenos biológicos del nacimiento y paralelamente los fenómenos psicoemocionales y socioculturales. Ha de promover la participación activa de la parturienta en el proceso de parto. La participación de la mujer, de la pareja y de la familia en las decisiones relativas a la salud, es un elemento imprescindible de un proyecto en el marco de la gestión obstétrica. La visión total de la persona de la mujer gestante resulta básica en el proceso de parto, fenómeno en el que los sujetos de asistencia son distintos, vinculados física, psíquica y socialmente, que necesitan más que nunca una asistencia integrada y coherente.

Para la enfermera cuidar a la mujer en trabajo de parto significa reconocer y aceptar las diversidades y variabilidades de la misma como elemento fundamental de una asistencia equilibrada, sin excederse con intervenciones estandarizadas deshumanizadas, que en ciertas ocasiones podrían forzar los fenómenos fisiológicos y causar daños iatrogénicos.

## **Cuidados del puerperio**

El enfoque principal en el puerperio es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades de la usuaria, la familia y sociedad y reinsertarla a las actividades básicas de la vida. Los cuidados de enfermería tienen repercusiones sobre la profesión, la mujer y la enfermera, quien debe garantizar la calidad de los cuidados así como la profesionalidad, basada en el respeto al otro.

La mujer una vez que culmina su etapa del proceso de parto inicia la etapa fisiológica del puerperio en donde requiere por parte del personal de salud, principalmente de enfermería, un agente promotor, cuidador y educador de la salud proporcionando cuidados con bases éticas y científicas que la ayuden a mantener y propulsar su calidad de vida. Sin embargo, muchas veces los cuidados de enfermería a la puérpera sólo van orientados a la promoción de la lactancia materna, obviando aspectos importantes para la mujer y su grupo familiar, como los cuidados de sí de la puérpera, identificación de factores de riesgo, signos de alarma y posibles complicaciones en ella y su recién nacido; sexualidad de la puérpera y la valoración de datos objetivos y subjetivos que puedan interrumpir la fisiología puerperal.

Durante el seguimiento es responsabilidad ética y profesional de enfermería enseñarle a cuidarse y cuidar al bebé, evitando conflictos culturales, teniendo en cuenta sus creencias, valores y prácticas para descubrir y predecir sus condiciones de salud y bienestar, así lo dice Madeleine Leininger en su teoría de los cuidados culturales. **(12)**

También es importante que el profesional de enfermería acompañe a la mujer en el proceso de asumir su rol maternal. Cada hijo lo vive la mujer como una experiencia nueva, que implica un proceso único, interactivo y evolutivo en el que la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y satisfacción. Consecuente con los planteamientos de Ramona Mercer en su teoría del rol maternal, el profesional de enfermería acompaña a la puérpera y su familia para lograr que ella se sienta madre, al tiempo que fortalece el vínculo madre-hijo-padre. (12)

## **Enfermería**

En Enfermería el cuidado se refiere fundamentalmente al humano. Se define como la actividad de ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona, de manera que el cuidado forma parte del ser humano desde sus orígenes hasta la muerte; podríamos decir, que la enfermera da cuidado humano a las personas desde su entrada hasta su salida de la condición humana y como ésta es adquirida, en transcurso del tiempo, adopta formas y expresiones de cuidar artísticas, algo que lo diferencia de los animales.

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, a su vez, sea capaz de darle significado y expresarlos de forma semejante como la otra persona los experimenta.(7).

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experienciaSalud–enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica,estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimientoespiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendenciay la auto curación.(7).

Actualmente vivimos una crisis de despersonalización del ser humano en todos los ámbitos, de lo cual no escapa lo atinente al cuidado que se brinda en nuestras instituciones de salud, tal vez inducido por el frenesí de la tecnología, pareciera más bien que se trabaja de manera deshumanizada como algo relacionado con el descuido. Sin embargo las enfermeras de hoy, tienen la oportunidad y la autonomía profesional de cumplir objetivos mediante herramientas de cuidado humano para dar seguridad, proteger la salud física, psicológica y espiritual, en aras de evitar problemas más complejos para la persona cuidada.

Hoy más que nunca tenemos que mostrar comportamientos de cuidado que generen empatía, confianza, y socialización, con acciones basadas en conocimientos, con pericia en la comunicación, orientación, información, respeto y educación al paciente, estas son cualidades indispensables para manejar con arte, más allá de la técnica y del conocimiento un contexto de cuidado integral que respeta la dignidad humana de la persona. Wrubel y Benner afirman: “El cuidado es básico ya que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado” el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de

la enfermería. La enfermería no puede reducirse a la mera técnica y al conocimiento científico, porque el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos e incluso la enseñanza del paciente tienen distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es **(13)**.

Las autoras en su concepción contemplan otros componentes del cuidado como una característica inherente a la práctica de enfermería en la cual las enfermeras ayudan a las personas de manera integral a recuperarse frente a la enfermedad, a darle sentido a esa situación para mantener la conexión con un contexto cuidador. El cuidar permite dar cuidado, hace que las enfermeras detecten cuáles son las intervenciones que tienen éxito y esta detección la asumen como un compromiso cotidiano que le sirve de guía en la selección de cuidados presentes y futuros.

Frente a estas concepciones es evidente que estas características son poco consideradas en el modelo de atención tradicional, que incluso en cierta forma lo desestiman cuando observamos la praxis de nuestros profesionales de la salud. No obstante, esto no quiere decir que sea el modo estereotipado de cuidar de todas las enfermeras, porque he visto también muchas enfermeras que respetan la dignidad humana y se dedican con entrega a dar cuidado humanizado.

El cuidado como condición natural del ser humano no puede ser relegado de la praxis de atención de salud y menos aún de la enfermera, quien está llamada hasta podría decirse, por orden natural a brindar cuidado, con compasión, materialización del amor hacia el prójimo. La enfermera es la custodia del cuidado, ya que el cuidado es

continuo y por eso su contrato de trabajo es por turnos, razón por la cual los servicios permanecen las 24 horas con presencia de enfermeras. Esa es una de las razones de que cuando una persona se hospitaliza, es porque requiere cuidados especiales, necesita cuidados de Enfermería.

### **Modelos de Cuidado de enfermería**

Un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, al mismo tiempo que estimula el conocimiento y el desarrollo de la Enfermería. De esa manera, los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos que califican y perfeccionan la praxis de la Enfermería. Para Marriner Tomey, un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. La autora afirma que “en cualquier caso, los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos”. En esa dirección, para la autora el modelo conceptual está constituido por conceptos y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

En ese sentido, para aclarar algo más de lo que es un modelo de cuidado de enfermería la autora lo define como sigue: “un modelo conceptual para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos”. (12)

Dentro de este marco de ideas, un modelo de enfermería incluye los conceptos de: a) Descripción de la persona que recibe la atención de enfermería (usuario), en nuestro caso en referencia, la mujer gestante y la familia. b) Descripción general del medio ambiente, área de obstetricia del Complejo hospitalario Ruiz y Páez, Municipio Heres del estado Bolívar, c) Un detalle de la naturaleza de enfermería en sus roles de orientación, educación y promoción de la salud, y d) Un concepto de articulación para los tres conceptos anteriores que incluya el concepto de salud. En nuestro caso, el cuidado de la salud y del bienestar de la mujer gestante y los beneficios que ofrece a todos los miembros de la familia el aporte teórico-práctico del cuidado humanizado en el control y evolución del embarazo, parto y puerperio natural desde una visión fisiológica.

### **Motivaciones del investigador**

Descritas las dimensiones conceptuales del tema en estudio, paso a exponer las inquietudes que en mis experiencias vividas como profesional de enfermería me llevaron a investigar el problema. Han sido muchas las percepciones profesionales y personales que me motivaron a estudiar la temática: Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería. Debo expresar que las motivaciones que me llevaron a estudiar el tema no son nada nuevo, durante mucho tiempo he sentido gran preocupación porque he

observado algunas asimetrías en las áreas donde he trabajado, tanto en la consulta prenatal como la sala de partos y en puerperio.

Cuestión que ha dejado en mí cierta preocupación como profesional de largos años en el área de obstetricia que me ha llevado a buscar más allá de la práctica cotidiana, los referentes empíricos y teóricos del cuidado de enfermería que debe recibir la mujer gestante, congruente con su condición humana y convencida en mis experiencias vividas, me he dado cuenta que la práctica tecnológica por sí sola no es suficiente para dar cuidado humanizado.

En esa vía he sentido la necesidad de hacer una revisión del modelo de atención a la mujer en estado de gestación. En el diario vivir se evidencia que el modelo tradicional no respeta los procesos naturales y fisiológicos reproductivos de la mujer, catalogándola como “paciente” desde el inicio de su estado de gravidez y, como ya sabemos el embarazo es un proceso fisiológico.

En oportunidades he percibido que no se fomenta la participación activa y protagónica de la futura madre, más aún, nuestras consultas prenatales sufren de una extraña discapacidad referente a la educación para la preparación de la mujer a fin de que pueda afrontar el trabajo de parto de manera natural, acto donde la participación de la mujer es muy importante, exacerbando el miedo, desconcierto y temores que padece la mujer gestante. Principalmente no se dan las charlas de educación para la salud a las gestantes, lo cual es una estrategia fundamental de información para la futura madre.

Otras experiencias vividas como profesional, me han permitido observar ciertas incongruencias en la interacción enfermera-usuario que se manifiesta en ciertos procedimientos estereotipados de algunas enfermeras. Un ejemplo concreto de incongruencia es que al dirigirse a la mujer, en muchos casos no se le llama por su nombre, sino por diagnóstico, por ej. (la del aborto de la sala 5) por número de cama o de cuarto, eso a mi entender constituye una falta de ética profesional y falta de respeto a la dignidad humana de la persona.

Tampoco la profesional se identifica por su nombre con la gestante, como consecuencia, también la gestante la llama por apodosos por ej. la catira, la chica, la flaca. La enfermera no le da una explicación del tratamiento que se le va a administrar y para que lo tiene indicado, en oportunidades hasta se dice un nombre incompleto del medicamento, lo cual produce dudas a la mujer, asunto que es un derecho de los pacientes a recibir información clara y precisa relacionada con su situación de salud y su tratamiento indicado.

Dentro del mismo contexto como enfermera de atención directa en el área de sala de parto, he podido observar algunas asimetrías entre lo que es el parto normal como el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (de 37 a 42 semanas) y las rutinas médicas aplicadas durante el proceso de parto. Vemos con frecuencia como conductas agresivas e intervencionistas convierten un momento de felicidad familiar en un evento quirúrgico, cargado de preocupación para la parturienta y el grupo familiar.

Dentro de la situación que vengo describiendo es de conocimiento de todos la importancia del apoyo familiar en las etapas de gestación, la mujer desea y necesita de la cercanía de sus familiares más allegados, vale decir, la familia juega un gran papel en la dimensión afectiva y psicológica de la mujer como ser humano en situación (embarazo, parto y puerperio); sin embargo en las instituciones de salud este rol de apoyo es imposible ofrecerlo, pues las normas institucionales no lo permiten. Tal situación la encontramos sustentada en el Seminario Internacional Equidad de Género en acción, La participación activa de la familia se ve interrumpida, gracias a esta brecha impuesta por el centro de salud, en consecuencia se inhibe o retrasa el vínculo afectivo padre e hijo. **(14)**.

En la actualidad existe un proceder de falta de respeto a la persona muy común, es el caso de muchas enfermeras de nueva generación o sea recién graduadas que al atender a la mujer embarazada o cualquier otro paciente, lo hacen hablando por el celular pegado al oído, esto constituye una falta de respeto a la persona, además está comprobado que la atención no se puede dividir. En otras ocasiones se observa un trato despótico, carente de sentido humano, regañones, gritos, es decir, maltrato, algo considerado una falta de respeto a la dignidad humana de la persona. Además de las condiciones precarias de la infraestructura del hospital. A todo lo anterior descrito, no podemos dejar de reconocer que a ello se suma deterioro mayor de algunas aéreas, la carencia de recursos materiales que existe en las instituciones de salud del país, por ejemplo falta de agua, la cual es el líquido principal para la higiene del entorno y de

las personas, esto se convierte en una barrera para ofrecer cuidado humano integral a la mujer.

Partiendo de todas estas experiencias, considero necesario y oportuno que la institución y los profesionales de enfermería debemos realizar una profunda reflexión de nuestro rol dentro del programa de atención integral de la salud sexual y reproductiva de la mujer, en especial a la atención prenatal, parto y puerperio. Consideramos que somos un recurso humano muy valioso que puede representar un agente de cambios y transformaciones en pro del bienestar biopsicosocial de la mujer. Por todas estas razones y motivaciones me permito concluir el planteamiento del problema titulado: **Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería.**

Considero como doctoranda que este es el momento oportuno para despejar esas incógnitas y ofrecer un aporte teórico, tomando en cuenta los relatos de la percepción de los informantes (enfermera-gestantes), la observación en las áreas de atención, las revisiones e interpretaciones de los referentes teóricos e investigaciones afines al tema que permitan lograr el propósito de la investigación.

**Propósito del estudio:**

Construir un modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería.

### **Objetivos de la investigación:**

1-Descubrir la percepción de cuidado que tienen las enfermeras del área de obstetricia.

2- Interpretar el significado que le asignan las enfermeras del área de obstetricia al cuidado humano que debe recibir la mujer gestante.

3-Contrastar el significado que la enfermera le asigna a su hacer y su decir con los supuestos teóricos de los autores que han estudiado la temática.

4-Interpretar la percepción que tiene la mujer gestante del cuidado que recibe de enfermería y de su grupo familiar en relación a la gestación en todas sus etapas.

### **Justificación e importancia de la Investigación.**

La promoción de la salud se constituye en una de las principales estrategias que involucra individuos, familia, comunidades y sociedad en general, que permite transmitir información y conocimientos que favorezcan cambios de comportamientos deseables para mejorar la salud de cada uno de sus actores, como en el caso que nos ocupa, el cuidado de la mujer gestante en todas sus etapas, razones por demás que avalan su justificación e importancia desde varios puntos de vista y contextos:

Desde el punto de vista profesional, las profesiones se fortalecen y consolidan cuando sus miembros se preocupan por mejorar su imagen ante la sociedad, esto se logra a través del conocimiento que respalde su práctica, en el entendido de que el conocimiento es producto de la investigación, en tal sentido, la investigación se

justifica, porque aportará nuevos conocimientos a la enfermería obstétrica venezolana que fortalecen su práctica de ciencia y arte de cuidar, en este caso a la mujer gestante en todas sus etapas como el objeto material de Enfermería en beneficio de la humanidad.

La eficacia de una institución ante la sociedad es el reflejo de los servicios que ofrezca, a su vez, el servicio es producto del esfuerzo de sus trabajadores, por consiguiente, si las enfermeras de una institución hacen de su práctica acciones eficientes y humanitarias con la comunidad gestante que asisten a la institución, estas y la institución recobrarán confianza y prestigio social.

Institucionalmente los servicios de salud tanto en lo administrativo como desde su misión y orientación de la atención, es importante y se justifica que se visualice a toda la población usuaria como sujetos con derechos a recibir cuidados de la salud de calidad que le garantice el bienestar y satisfacción de los ciudadanos, particularmente a la mujer gestante en todas sus etapas, lo cual a su vez contribuye a elevar el prestigio de nuestras instituciones de salud, en el entendido de que la investigación siempre tiene algo nuevo que ofrecer.

Desde el punto de vista profesional, las enfermeras (os) somos valioso recurso como agentes de cambio, de formación con visión humanista del cuidado, que ante la crisis actual que viven las instituciones de salud y de la filosofía del modelo de atención tradicional, muchas veces cae en la invisibilidad de su labor.

De allí que la propuesta de trabajo se ha desarrollado desde la visión de enfermería con la convicción de que el cuidado humanizado es un reto asumido, como un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente y no un simple procedimiento o una acción técnica, lo cual aportará prestigio a la profesión. La participación que tiene el personal de enfermería para proveer soporte continuo, información, apoyo emocional y físico a la mujer antes, durante y después del parto, debido a que el personal de enfermería está capacitado para asistir a la mujer durante el mismo, brindando un cuidado humanizado durante todo el proceso el cual mejora y facilita todas las fases del mismo.

Desde el punto de vista metodológico, mediante el abordaje cualitativo, donde el investigador es el instrumento de su investigación y el sujeto informante juega un papel estelar, porque a través de lo que piensa, dice y hace se hará la interpretación para producir conocimientos teóricos que afiancen la práctica para su propio beneficio, como es el caso del cuidado humanizado a la mujer gestante, parto y puerperio.

Epistemológicamente el conocimiento de esta investigación servirá de antecedente a otras investigaciones que quieran continuar estudiando sobre el mismo tema o de referencia a otras investigaciones afines.

### **Factibilidad y viabilidad de la investigación.**

El trabajo es considerable, porque cuento con la voluntad y con los recursos humanos y materiales necesarios: dispongo de buena acogida y de colaboración por parte de las enfermeras y de las gestantes, informantes clave en la etapa de recolección de la información, dispongo de los recursos técnicos como mi propia computadora, grabadora, papelería, lápices y otros. Por otra parte, cuento con medios de transporte para trasladarme hacia los informantes, dispongo de bibliografía propia, de mi tutora, y de las bibliotecas de la Universidad de Carabobo: la Biblioteca de la Vida, la del postgrado, de la Escuela de Enfermería y de otras facultades.

## CAPITULO II

### ABORDANDO EL REFERENCIAL TEORICO

#### Estado del arte

Es de entenderse que todo investigador debe conocer el *estado del arte* de su trabajo, en este caso, indagarlo relacionado a experiencias en investigaciones previas que se han hecho hasta el presente respecto de los cuidados a la mujer gestante que incluyan embarazo, parto y puerperio. Así mismo, hacer una revisión de la literatura acerca del tema que estamos investigando: **modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería**, de allí que este apartado tiene como objetivo actualizar la información para saber: ¿qué investigaciones se han hecho relacionadas con el tema que estamos investigando?, ¿quienes lo han hecho y a qué nivel, nacional o internacional?, que se está haciendo actualmente, que se espera a futuro sobre el tema una profunda revisión de los teóricos estudiosos del tema.

#### Referentes nacionales.

En Venezuela, Edo Lara. Mediomundo S., en 2010 realizó un trabajo titulado: Unidad de captación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, puerperio y su recién nacido del área de influencia del ambulatorio “Dr. Ramón Gualdrón” Barquisimeto.

La investigación fue un diseño en la modalidad de Proyecto Factible, con el Objetivo General de proponer la creación de una Unidad de captación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, puerperio y del recién nacido del área de influencia del Ambulatorio Urbano tipo II “Dr. Ramón Gualdrón” Barquisimeto. Los objetivos específicos fueron: Diagnosticar la necesidad de la Unidad de captación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, puerperio y su recién nacido del área de influencia del Ambulatorio mencionado. Determinar el conocimiento que tiene el personal de salud encargado de la atención materna sobre control, captación y seguimiento del binomio Madre-hijo. Determinar la factibilidad técnica, administrativa, política, económica y social para la implementación de la Unidad. Diseñar la Unidad de captación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, puerperio y su recién nacido en el área de influencia del Ambulatorio Urbano tipo II “Dr. Ramón Gualdrón”. La muestra de embarazadas y puérperas se realizó por un procedimiento de selección de tipo probabilístico y clase de conglomerados.

Los resultados evidenciaron que existe una necesidad percibida de las madres y del personal de salud como “muy necesaria” para la creación de la unidad. Es necesario mejorar la atención sanitaria de la mujer con énfasis en la prevención de embarazos no planificados, educación sexual y reproductiva, fomentar el control prenatal precoz en las madres menores o igual a 19 años, por ser este grupo el que predominó entre las primigestas, al igual que en las que no iniciaron el control prenatal. Para crear la

Unidad de captación y seguimiento existe factibilidad técnica, administrativa, económica, política y social para implementar la Unidad con la disposición por parte de la gerencia de la dirección general sectorial de salud, coordinación del programa de Salud sexual y Reproductiva y la gerencia del centro Ambulatorio. Además se cuenta con recursos humanos, calificados y preparados en la atención materna y neonatal, infraestructura, mobiliarios y materiales necesarios para garantizar el derecho a la salud contemplado en el artículo 83 de la Constitución Bolivariana de Venezuela.(15)

Cárdenas. M. H y Arenas. N. En Venezuela, año 2011, realizaron una investigación de tipo cualitativo titulada: Aproximación de un Modelo de Cuidado de Enfermería y Familiar para la práctica de la Lactancia Materna. El contexto de la investigación fue el municipio San Carlos. Estado Cojedes, específicamente el Hospital Dr. Egor Nucette, los Centros Clínicos Coromoto y Nazaret y el Ambulatorio Urbano Blanca de Pérez, donde se desarrollaron los momentos de la investigación, especialmente la recolección de datos y la observación interpretativa en el período Septiembre del 2009 hasta diciembre del 2011.

Los objetivos de la Investigación fueron: -Valorar la importancia que le otorga la madre a la lactancia materna exclusiva. Descubrir los significados sobre los cuidados en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva de madres de un contexto social determinado. Analizar e interpretar los objetivos de la liga defensora de la lactancia

materna en el Estado Cojedes que permita complementar la información final de la investigación, con el Propósito de: Construir la aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna exclusiva fundamentado en los hallazgos de los datos recolectados, ya que la metodología utilizada fue La Teoría Fundamentada en los Datos y la técnica de recolección de la información fue la entrevista en profundidad y la observación interpretativa. Participaron del estudio siete puérperas con sus respectivas familias que vivían la experiencia de amamantar a su hijo, asimismo una enfermera del área de puerperio del sector público y privado. Resultados: la matriz condicional/consecuencial originada de todo el análisis realizado dio origen a la construcción del modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna, basado en las cinco categorías elaboradas: Prácticas alimentarias del recién nacido, Indagando sobre lactancia materna, Barreras y dilemas del amamantamiento, Promoción y ventajas de la lactancia materna y Grupos de apoyo a la lactancia materna. **(16)**

Sanmiguel.F y Guerra A, 2013, en su trabajo titulado: Modelo teórico con enfoque de enfermería cultural sobre lactancia materna en mujeres con diabetes. Unidad de Diabetes y Embarazo. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. La identificación de la realidad vivida por las mujeres diabéticas en su experiencia de cuidado a otro ser humano, su hijo (a), permitió la construcción de la aproximación teórica, tomando en cuenta, la integralidad ontológica, epistemológica y axiológica, no definitivo. Se

distinguió en el discurso de las informantes que el significado que otorgan a la práctica de la Lactancia Materna es necesariamente provisional, no definitivo. Dicho discurso está fuertemente influenciado no sólo por el grupo familiar de las diabéticas, sino por el contexto donde ellas se encuentran.

Las mujeres diabéticas consideraron importante contar con el apoyo y comprensión de las personas que conforman su entorno social y familiar. Se visualizó en las narraciones la necesidad de Consejería en LM, lo cual les permitirá incrementar su autoestima y el empoderamiento de los contenidos no sólo sobre la LM, sino además con acciones de prevención, cuidado y auto cuidado sobre la DM. Además del establecimiento de grupos de apoyo necesarios para la promoción, protección de la LM como método exclusivo de alimentación infantil, dando cumplimiento a Ley de Promoción. (17)

Colmenares Z y col, En Venezuela, Estado Guárico, para el año 2010 realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la embarazada sobre los riesgos fisiológicos. Fue un estudio de campo descriptivo correlacionar. La muestra fueron 16 enfermeras de los ambulatorios y 41 adolescentes embarazadas. Usaron dos instrumentos, uno aplicado a las enfermeras con 42 ítems y el otro para las adolescentes con 29 ítems, para ambos instrumentos se les aplicó como índice de

confiabilidad el Alfa de Crombach, el cual arrojó un coeficiente de 0,93 y 0,79 respectivamente, lo que demostró un alto índice de confiabilidad para ser aplicado a la muestra final antes descrita.

Concluyeron que no existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos; que no existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en su función asistencial y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos; pero existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en sus función docente y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos.(18)

### **Referentes internacionales**

Carvalho1.A P, Vera L, Pamplona T, García de Lima C, Parada M, en Brasil, 2010, realizaron un trabajo titulado: Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. La investigación fue de tipo cualitativa, siendo el Discurso del Sujeto Colectivo el referencial metodológico. Fueron entrevistadas 16 mujeres que experimentaron morbilidad materna grave.

Los resultados fueron discutidos a partir de cuatro temas: 1) describiendo el deseo y la planificación para tener un hijo; 2) percibiendo su problema de salud, su influencia en la gestación y en el concepto; 3) pasando por el choque inicial del post-parto; y 4) experimentando la situación de riesgo: deseos, frustraciones y superación. Esto es un aporte para calificar la asistencia de enfermería, especialmente para reconocer la diversidad y amplitud de necesidades que las mujeres presentan en situaciones de morbosidad grave durante el ciclo de embarazo y puerperio.(19)

Linares da Silva. G D. en 2008, realizo una investigación titulada: Competencia para el auto cuidado de la mujer que vivencia el proceso de gestar: contribuciones para enfermería. Fue una pesquisa Convergente-Asistencial, de tipo cualitativa desarrollada en el contexto de la Unidad de salud de la familia (USF) del barrio Centenario, abarcando cuatro barrios de Municipio Lages. S.C: San Antonio, San Luis, Centenario y Morro Grande. Brasil. Tuvo como objetivos desenvolver un proceso asistencial con base en la identificación de competencia para el auto cuidado de la mujer que vivencia el proceso de gestar e identificar de qué modo la enfermera puede contribuir durante el proceso de cuidar, para el fortalecimiento de competencia para el auto cuidado de las mujeres que viven el proceso de gestar, adoptando como referencial teórico la teoría del auto cuidado de Dorothea E. Orem. El estudio se realizo en dos momentos: el primero en el periodo de octubre a noviembre de 2007 y el segundo momento de abril a inicios de junio de 2008

.Participaron cuatro mujeres vivían el proceso de gestar. La información fue recolectada durante el proceso de cuidar siguiendo los pasos del proceso de enfermería conforme a lo propuesto por Orem,, utilizando las técnicas de observación y la entrevista semi-estructurada, abordando los requisitos de auto cuidado.

Los resultados muestran que las mujeres, presentan bajo nivel socioeconómico, contextos vivenciales, familiares, culturales y educacionales distintos, demuestran capacidades para involucrarse en acciones de auto cuidado para satisfacer sus necesidades, en busca de autonomía en el proceso de auto cuidarse, de desempeñar el papel de protagonista de su cuidado, sintiéndose seguras en optar por los cuidados que planean conjuntamente con la enfermera. Este proceso es facilitado por las contribuciones de la Enfermera en el sentido de crecimiento y la conquista de mejor calidad en su proceso de vivir.(20)

Alacoque. L. Macedo. De Sousa. F, Backes .S, Schaefer. F .M.ana. L. En 2007 realizaron un trabajo titulado: Construyendo un modelo de Sistema de cuidados, con el objetivo de construir un modelo explicativo de sistema de cuidados, apoyado en las premisas de la Teoría Fundamentada en los datos. Participaron en el estudio 15 profesionales de la salud que trabajaban en dos unidades hospitalarias en dos barrios del sur y nordeste de Brasil, seleccionados intencionalmente.

La muestra teórica fue obtenida durante la recolección de datos y agrupados en cuatro grupos, según lo propuesto por la teoría fundamentada. Resultados, el modelo teórico de sistema de cuidados fue delimitado a partir del fenómeno central construyendo un modelo complejo de sistema de cuidado, determinado por las categorías: Conviviendo con la dinamicidad del sistema de cuidados y organización del sistema de cuidados a partir de múltiples interacciones.

El modelo teórico conduce a un debate de los determinismos estructurales y reduccionistas que empobrecen la complejidad de lo humano y se orienta al principio de transdisciplinaridad como posibilidad de convivencia y de enfrentamiento de una lógica disciplinar fragmentada y ruptura con la linealidad de leer e interpretar al mundo, las acciones y las practicas de cuidado. (21)

Montes M, Argote. L, ÁlvarezG, Osorio. En 2011, realizaron un trabajo titulado: Aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el Centro de Salud Cristóbal Colón, Cali, Colombia. El estudio se hizo para aplicar un modelo teórico, cuyo concepto central es el amor y sus componentes; y sub-conceptos (sensibilidad, percepción, interacción y comunicación), a fin de vislumbrar nuevos alcances en las prácticas de salud, que se relacionan con el cuidado de la adolescente, qué significa la gravidez para ella, su familia y el equipo de salud a partir del amor a sí misma y a los otros. Las adolescentes -entre 14 y 19 años, se seleccionaron a partir del cuarto mes de gestación, obteniéndose datos sobre aspectos socio-demográficos,

factores de riesgo y protectores y medición de la escala de autoestima de Janda. Los hallazgos confirmaron los factores de riesgo y los factores protectores propios de las adolescentes en este nivel socio económico, pues hubo aumento en los valores de auto-estima con respecto a la medición inicial. Las entrevistas en profundidad revelaron cinco categorías relacionadas con el proceso de embarazo vivido por las adolescentes: búsqueda de identidad, expectativas familiares y sociales interrumpidas, amor y desamor en las relaciones interpersonales, influencia de la figura femenina en las decisiones, y el desafío amoroso como rescate de autoestima y expresión de sentimientos. (22)

Prieto Bocanegra. B M. En 2014 presento su trabajo titulado: el cuidado durante la gestación: un reto para enfermería, tuvo como objetivo identificar el cuidado que realiza la mujer gestante para sí y la de su hijo por nacer en la ciudad de Tunja, Colombia. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo exploratorio de tipo transversal, la muestra estuvo conformada por 130 gestantes primigestantes y multigestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo, sin patología asociada.

Para la recolección de la información se utilizó una ficha de caracterización socio demográfico y el instrumento de prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer. Se respetaron los principios éticos durante toda la realización de la investigación. La media de la edad de la muestra, fue de 23 años. Los hallazgos encontrados en la dimensión de estimulación prenatal revelan como solo el 38% de la

muestra evaluada, estimula al feto colocándole música. Esta es una de las prácticas que menos realizan las gestantes.

El 80% de las gestantes nunca estimula al hijo con luz a través del abdomen sin embargo la estimulación táctil si mostró una buena práctica al hablar y acariciar al hijo. La actividad física constituye una buena práctica que ayuda a mantener un peso adecuado y a prepararse para el trabajo de parto, sin embargo en el presente estudio únicamente el 50%, realiza actividad física 30 minutos a la semana. En la dimensión de prácticas de alimentación se encontró como hay un déficit en el consumo de alimentos esenciales durante el embarazo. Este estudio evidencia como hay déficit en la realización de prácticas necesarias para el adecuado crecimiento y desarrollo del feto, lo que exige la necesidad de trabajar más en las estrategias de cuidado que se deben dar desde Enfermería. **(23)**

Sorgatto. CV, en 2013, realizó su trabajo de tesis doctoral titulada: Parir e Nascer num Novo Tempo: o Significado para o Casal do Parto domiciliar Planejado Atendido por Enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami. Florianópolis/SC. Brasil. El “parir y nacer en un nuevo tiempo”, incorpora un escenario urbano contemporáneo, que valora el protagonismo de los participantes y el contexto ambiental, promoviendo empoderamiento de la pareja y de la enfermera obstétrica. Es una Investigación Cualitativa Convergente-Asistencial (PCA).

Objetivos: conocer el significado atribuido por la pareja sobre la experiencia del parto en la casa planeado y atendido por la enfermera obstétrica del Equipo Hanami. Analizar como la pareja nota el proceso de cuidar en prenatal, trabajo de parto, /nacimiento y puerperio, utilizado por las enfermeras obstétricas del Equipo Hanami en el partoplaneado en la casa. Participaron del estudio 30 parejas, en el periodo de octubre de 2011 a noviembre de 2012, en La Practica-Asistencial (PCA). Los datos fueron obtenidos en la observación participante y entrevista semiestructurada. El análisis de los datos comprendió las etapas del proceso de incautación, síntesis, teorización y traslado, informadas en la Teoría de La Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Leininger y en los Modelos de Atención al Parto de Robie Davis-Floyd. La revisión de La literatura es el primer manuscrito.

Los resultados fueron presentados en cinco manuscritos. El segundo manuscrito identifico las características sociodemográficas y obstétricas de las parejas cuidadas por el Equipo Hanami. El tercer manuscrito mostró el significado dado por la pareja sobre la experiencia del parto en la casa planeado y cuidado por la enfermera obstétrica del Equipo Hanami. El cuarto manuscrito analizó la percepción de la pareja sobre el proceso de cuidar del equipo Hanami en el parto en la casa planeado en el prenatal. El quinto manuscrito analizó la percepción de la pareja sobre el proceso de cuidar del Equipo Hanami en la casa planeado en el trabajo de parto. El sexto

manuscrito analizó la percepción de la pareja cuidada por el Equipo Hanami en el parto en la casa planeado sobre la metodología de cuidado utilizada en el puerperio.

Consideraciones finales: las parejas que buscan el Equipo Hanami para el parto, muestran un cambio de paradigma que se acerca a la cultura parturitiva holística del “parir y nacer en un nuevo tiempo” como oportunidad única de contacto simultáneo con la naturaleza humana interior y el medio ambiente. La experiencia positiva de las parejas concretiza el significado de que el parto en la casa es un ideal. La seguridad cultural está unida a la privacidad, la libertad de expresión de sentimientos que respecta la cultura de la pareja. El hogar es sagrado para el parto en familia, pero es un desafío a la discriminación sociocultural. El cuidado en el prenatal marca la decisión por el parto en la casa. El acompañamiento continuado en el último trimestre favorece una transición tranquila entre el embarazo y el parto. Las parejas valoran el proceso de cuidar en el parto que considere la competencia cultural, profesional y las evidencias científicas que generan la seguridad cultural.

La nueva familia vivencia la contemplación y celebración de la vida como ápice de la emoción familiar. Quedó evidenciada la importancia del cuidado cultural respetuoso y sensible con la salud de la mamá y del bebé en el puerperio, así como, el apoyo, la atención y cuidados con la lactancia materna. Frente a situaciones de dificultad la

competencia cultural profesional ayudó a superarlos. Las prácticas de cuidados se respaldan en construcciones culturales y en el cuidado holístico. **(24)**

Coral.R para el 2008 en Colombia, realizó un estudio cuyo objetivo general fue el de elaborar un modelo de atención de enfermería, con énfasis en el aspecto humanístico del cuidado a la mujer durante el trabajo de parto y parto, basado en fundamentos teóricos, resultados de un proceso de investigación y experiencias del investigador en esta área. 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.

Concluyéndose que la planeación del cuidado de enfermería a las mujeres durante el parto debe ser individualizado, las mujeres que ingresan a una sala requieren acompañamiento durante el parto; sin embargo, existen diferencias dependiendo de su propia percepción acerca del parto. La humanización en el cuidado de enfermería implica la aplicación de conocimientos científico técnico, un trato amable y actitudes que permitan el crecimiento en el cuidado, a través de la interacción y la comunicación con los otros.

La familia de la mujer que se encuentra en trabajo de parto también necesita de apoyo, de educación y de comprensión, enfermería debe participar en la intervención de estos cuidados. La enfermera debe estar siempre atenta al mantenimiento del respeto y la privacidad de las personas a quien dirige el cuidado, no sólo por parte de ella, sino de todo el personal que entra en contacto con una mujer durante el trabajo de parto. **(25)**

Shimizu y Lima, en el 2009, en Brasil realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue analizar las representaciones sociales de las gestantes acerca de la atención recibida en la consulta de enfermería de prenatal. Realizaron entrevistas semi-estructuradas y analizadas con auxilio del software ALCEST, a gestantes atendidas en la consulta de enfermería del programa de prenatal. Identificaron tres ejes temáticos: la vivencia del embarazo, constituida por las clases: el impacto y los cambios provocados por el embarazo; las orientaciones recibidas sobre el embarazo, con las clases: percepción de la consulta de enfermería y del planeamiento familiar; y los cuidados del bebé, con las clases: cómo cuidar al recién nacido y cómo garantizar un buen amamantamiento.

Concluyeron que la consulta de enfermería abarca diversas dimensiones psicosocial tanto de los cuidados durante la gestación como con el recién nacido. Las mujeres embarazadas presentaron representaciones positivas de la consulta de enfermería prenatal, principalmente la comunicación enfermera-embarazada. La consulta de

enfermería contribuye a la mujer embarazada comprender y expresar las diversas sensaciones experimentadas. Sin embargo, las actividades educativas, entendidas como actividades contigua a la consulta, incluyendo orientación sobre la planificación la familia y el cuidado de los recién nacidos que cubre la práctica y la lactancia materna, son guiados en el modelo tradicional de transmisión de la información en la que se coloca a la mujer en una posición pasiva, lo que impide la explotación de sus conocimientos previos. **(26)**.

Hernández. M y Cols, en México para el año 2011, realizaron un estudio cuyo objetivo construir el concepto cuidado profesional de enfermería. Fue un estudio cualitativo con enfoque Hermenéutico, en 20 enfermeras, mediante entrevistas semiestructuradas a profundidad. El análisis fue de contenido. Los resultaron arrojaron que el cuidado profesional lo conceptualizan como el cuidado de la vida de las personas que solicitan sus servicios. Con ello, el hacer de la enfermera viene a ser un acto profesional y no un acto de buenas intenciones, con la obligación de asumir conductas de cuidado, que conlleva principios y normas establecidas por la disciplina. Las enfermeras entienden que se requiere de conocimientos constantes. La conceptualización del cuidado profesional que se apoya en la práctica, ofrece un acercamiento a la construcción de la Ciencia de la Enfermería. **(27)**

En Colombia, Cáceres.Fy Cols, en el año 2012, realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender los significados que tiene la atención prenatal (AP) para los

profesionales de la salud (PS) que atienden a las embarazadas en control prenatal. Se sustentaron teóricamente en el interaccionismo simbólico y métodos de la teoría fundamentada (TF). Realizaron entrevistas en profundidad a 17 profesionales de la salud: médicos, ginecólogos, perinatólogos, enfermeras y psicólogas, quienes realizaban AP en instituciones públicas (centros de salud de atención primaria) y privadas (centros médicos y consultorios). En estos escenarios también observaron las interacciones de los profesionales y las gestantes.

La información la analizaron simultáneamente con su recolección, usando razonamiento lógico inductivo y métodos propios de la TF para generar categorías, y muestreo teórico hasta lograr saturación de las categorías emergentes: 1) atención centrada en el manejo del riesgo, 2) dualidad entre las fallas del sistema y la calidad de la atención y 3) atención prenatal como un espacio de interacción y satisfacción. Concluyeron que los participantes percibieron la Atención Prenatal en tres sentidos: como escenario técnico, como oportunidad de interacción y satisfacción, y como una preocupación por lograr franquear las barreras que impone el sistema y brindar atención de buena calidad a las gestantes. **(28)**

Duarte. S y Cols, para el año 2014 realizaron un estudio titulado: El papel del enfermero del programa de salud de la familia en la atención prenatal. La revisión de la literatura tuvo como objetivo describir las acciones de las enfermeras en el cuidado prenatal insertados en el Programa de Salud Familiar y discutir el cuidado de

enfermería como fundamental a la atención prenatal adecuada. Utilizaron bases de LILACS, SciELO, en el período de 2004 2010.

Se utilizaron los descriptores de enfermería, atención prenatal y programa de salud familiar. Encontraron 42 artículos, sin embargo, sólo se seleccionaron 10 de ellos y 2 manuales del Ministerio de Salud. Los resultados mostraron que la enfermera desarrolla acciones clínicas de consulta de enfermería; contribuir a la autonomía de la atención mediante la educación sanitaria y participar en la atención a la mujer embarazada y su familia, cuestiones consideradas esenciales para la atención especializada a la atención prenatal.(29)

López.R.en México en el 2014 realizo un estudio para explorar la percepción de las embarazadas sobre la interacción con el personal de enfermería en el control prenatal. De carácter fenomenológico, se entrevistó a 23 embarazadas, con una edad mínima de 13 años y máxima de 35, que asistieron al control prenatal en un centro de salud.

Obtuvo 3 categorías de análisis: 1) características de la relación de ayuda: inadecuada, las enfermeras carecen de calidez en su trato y no brindan información sobre el proceso del embarazo; refirieron desear un trato amable y respetuoso; 2) proyección del rol profesional: el rol del profesional de enfermería es de ayudante del médico, sin funciones relacionadas con la atención materno infantil específicas; 3) valor y significación de la relación de ayuda: una de las funciones del personal de

enfermería debió ser la orientación y aclaración de las dudas y temores, aspecto que no se está cubriendo.

Concluyendo que los diálogos obtenidos muestran la percepción de la interacción de la usuaria de las consultas prenatales con el personal de enfermería puede favorecer tensión en las interacciones, dado que no hay una claridad entre lo que se debería hacer y lo que se hace. El supuesto de investigación no se cumplió, dado que el clima general de atención es de no satisfacción. **(30)**

Vasconcelos. M y Cols, en Brasil para el año 2014, realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la visión de las embarazadas acerca de la calidad de la asistencia de enfermería en el periodo prenatal e identificar las expectativas y necesidades de las mujeres en esa perspectiva. La investigación fue cualitativa, exploratoria. Participaron veinte embarazadas. Se utilizó la entrevista abierta e individual; el referencial metodológico fue el análisis del contenido de Bardin.

Los sujetos fueron las mujeres embarazadas en su mayoría casadas y con la enseñanza media completa. Como resultados satisfactorios emergieron aquellos referentes por la atención recibida por parte de los enfermeros en el prenatal, mientras la insatisfacción se dio por la infraestructura, los recursos materiales y la falta de una unidad materna para la atención del parto.

Concluyendo que la visión de las madres frente a la atención prestada en el prenatal fue positiva en cuanto a sus expectativas y necesidades. La calidad de la asistencia está centrada en la interacción de los profesionales de enfermería durante los momentos de verdad donde las embarazadas entran en contacto con la atención, desde la admisión hasta el alta. **(31)**

Hernández.C, en el año 2016, realizó en México un estudio cuyo objetivo fue describir el desempeño exitoso del modelo obstétrico por profesionales de enfermería, a fin de aportar evidencias para el diseño de políticas en salud materna y perinatal. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se revisaron el total de partos atendidos entre agosto 2008 y diciembre 2011, por personal médico y de enfermería, así como los registros de productividad, en relación al desempeño de las competencias establecidas en el modelo de atención obstétrica por enfermeras y enfermeros obstetras y perinatales. Estas incluyen: atención de parto, valoración obstétrica, inducción y conducción de trabajo de parto, atención inmediata al recién nacido, anticoncepción posevento obstétrico, educación para la salud y cuidados en el puerperio.

Los resultados fueron que del total de partos, 25.82% fue atendido por profesionales de enfermería, sin complicaciones en 97%; valoraciones obstétricas 5,112; 1,826 mujeres obtuvieron un método anticonceptivo. Se realizaron 11,727 pláticas de educación para la salud durante el puerperio inmediato. Concluyendo que integrar a

las políticas de salud la intervención del profesional de enfermería en el cuidado del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, transforma positivamente el paradigma en la atención obstétrica y perinatal. **(32)**

Zúñiga. O y Cols, en España, para el año 2016, realizaron un estudio cuantitativo cuyo objetivo fue identificar los cuidados que brinda el personal de Enfermería en el Control Prenatal a usuarias que acuden a instituciones del Primer Nivel de Atención.

La muestra fueron 91 Enfermeras que atendieron a gestantes asistentes a instituciones del Primer Nivel de Atención para Consulta Prenatal. El análisis descriptivo utilizó las Medidas de frecuencia y porcentaje. Obtuvieron que los cuidados brindados destacan por su cumplimiento (20.9- 86.8 %) proporcionar Ácido Fólico y aplicación de Toxoide Tetánico, promoción y orientación sobre planificación familiar; los cuidados menos practicados son la exploración de la vagina (20.9 %), exploración física de las glándulas mamarias (35.2 %), visita domiciliaria (40.7%) y maniobras de Leopold (44.0 %).

Concluyeron que el personal de Enfermería debe empeñarse en desarrollar y aplicar las competencias obstétricas esenciales que se requiere para la valoración clínica con la finalidad de detectar oportunamente situaciones de riesgo del embarazo en el Primer Nivel de Atención y ampliar el quehacer profesional de Enfermería. **(33)**

De León. V, para 2015 en Guatemala, realizó una investigación titulada: Humanización del Cuidado de Enfermería en la atención del parto en el hospital regional de occidente, quetzaltenango, Guatemala enero-febrero 2015. Tuvo como objetivo determinar la humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo, de corte retrospectivo. La información se recolectó a través de una boleta con 13 preguntas utilizando una escala de Likert, tomando como sujeto de estudio a 87 pacientes que se encontraban en puerperio inmediato. Los resultados fueron que entre las características de los sujetos de estudio la mayoría de las mujeres están comprendidas en las edades de 20 a 24 años, el grado de escolaridad que prevalece es la primaria seguido del nivel básico. El 52% de las encuestadas son casadas y un 48% son solteras. Con respecto a la paridad la mayoría son primigestas, 32% secundigestas y el 23% multíparas. En el factor religioso el 63% son evangélicas y el resto católicas. En el grupo étnico 69% son indígenas y 31% mestizas. Son datos importantes para brindar un cuidado integral a la usuaria.

Concluyendo que el cuidado humanizado se ve interrumpido debido a la deficiencia de la comunicación entre enfermera-paciente el cual interfiere en la identificación de las necesidades de las usuarias en el servicio. Otro factor es la falta de información acerca del trabajo de parto y los procedimientos a realizar, ya que el 44% de las usuarias indicaron que nunca recibieron información, lo que disminuye la

participación de la usuaria, aumentando el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto. **(34)**

Frade. J y Cols, para 2013 en España, realizaron un estudio cuyo objetivo fue explorar la percepción de los cuidados posnatales bajo la vivencia de los padres e identificar las necesidades de apoyo y orientación por parte de los profesionales de enfermería durante la experiencia reciente de maternidad/paternidad. Se desarrolló un estudio cualitativo sobre la base de los supuestos de la teoría de Bogdan y Biklen, entrevistando a 10 parejas (familias nucleares), en sus casas, con un hijo nacido menos de 15 días atrás. Como resultados, la transición a la maternidad/paternidad es una fase de generación de estrés. Las parejas revelan una insatisfacción general con los cuidados de salud y el ambiente organizativo. A su vez, el padre quiere, cada vez más, tener un papel activo en esta fase de la familia.

Concluyendo que ser padre y ser madre en la actualidad es una tarea exigente para las parejas. El papel de las matronas que acompañan a las parejas en el puerperio debe satisfacer las necesidades específicas de cada familia. Estas profesionales deben desarrollar una intervención dirigida a apoyar a la pareja en la adquisición de conocimientos operativos que faciliten la maternidad/paternidad, la búsqueda de confianza en sí mismos y la vivencia de su propio crecimiento (individual y de pareja) como padres. **(35)**

Rodríguez, D y Cols, en 2014 en Brasil, realizaron un estudio con el objetivo de conocer las percepciones de usuarias acerca del cuidado ofrecido a ellas y a sus recién nacidos en el puerperio inmediato. La investigación fue descriptiva, con abordaje cualitativo, realizado con 20 puérperas internadas en un Hospital Público de nivel secundario de Fortaleza-CE, por medio de entrevista semiestructurada, analizadas por la técnica de análisis de contenido de Bardin. Se evidenciaron tres categorías: Cuidados con el recién-nacido; El (des)cuidado con la puérpera; y fallas estructurales de la maternidad.

Discusión: El cuidado en el puerperio inmediato estaba enfocado principalmente para orientaciones sobre la lactancia materna, sin contemplar otras demandas de la mujer, como: necesidad de mayor atención por parte del equipo de salud, comportamiento más humanizado de algunos profesionales de salud y orientaciones sobre el autocuidado. Concluyendo que la asistencia al puerperio aún es limitada, necesitando de mayor atención y compromiso de los profesionales de salud, bien como adaptaciones en las condiciones estructurales y organizacionales de la maternidad para un cuidado digno y humano. **(36)**

Valenzuela A M. en España 2015, realizo una investigación de su tesis doctoral titulada ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencia? Con los objetivos de describir el concepto de humanización y de cuidado humanizado que poseen los profesionales de enfermería del servicio de urgencias y

describir la percepción de los enfermeros del servicio de urgencias ante la situación actual de las relaciones que se dan en el momento del cuidado entre enfermera-paciente.

La investigación es de abordaje cualitativo, con el método fenomenológico, con la técnica de recolección de datos de entrevista en profundidad y observación participativa, orientada por el Interaccionismo Simbólico. Los sujetos de estudio fueron enfermeras profesionales de tres hospitales con servicios de urgencia de la región de Murcia, España. La muestra fue obtenida por muestreo teórico. Del análisis e interpretación de datos, resultaron 4 categorías: Humanización del cuidado de enfermería. Factores que deshumanizan el cuidado de enfermería. Formación en humanización. Mejoras identificadas para humanizar los cuidados de enfermería.

Como conclusión refieren que el proceso de humanización del cuidado de enfermería se encuentra influenciado por paradigma positivista del cuidado con predominio de la visión biomédica, la supremacía de la técnica y la fragmentación de la persona lo que produce un contexto deshumanizado que afecta a profesionales y las relaciones interpersonales dentro del ámbito laboral, con el equipo de salud, con el paciente y familia lo cual favorece la deshumanización de los cuidados. El concepto de cuidado humanizado es complejo y subjetivo. La humanización del cuidado quedo definido como “la relación que se establece entre los profesionales de enfermería, el paciente y

la familia”. Un servicio de urgencias humanizado debe tener como premisas: La persona como ser total y único.

La relación interpersonal como eje. Ser un servicio abierto y transparente. Estar en continua formación, dando valor tanto a los aspectos técnicos como relacionales. La humanización del cuidado de enfermería debe girar en cuatro dimensiones interrelacionadas y dependientes la una de la otra: la humanización del profesional. La humanización de la relación humana dentro del encuentro terapéutico. La humanización del entorno laboral. La humanización de la institución.(37).

Los estudios revisados hasta aquí, tanto nacionales como internacionales, guardan relación con el problema que nos ocupa aproximación de un: **modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante: una mirada de Enfermería**, ya sea con la naturaleza de la temática en estudio, con los objetivos y propósito o metodológicamente.

### **Referentes teóricos de modelo**

**Modelo:** esquema teórico que representa una realidad compleja o un proceso complicado y que sirve para facilitar su comprensión. (38)

Según Benavent G. M A y cols, Modelo, es la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados. Los modelos son especialmente útiles en el desarrollo teórico, ya que ayudan a seleccionar los

conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y determinar las relaciones entre esos conceptos. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría.(39)

**Modelo de cuidado** es la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano.

### **Modelos de enfermería y sus tendencias**

Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Los modelos de enfermería son la representación resultante de las distintas miradas que las enfermeras dirigimos hacia el proceso de cuidar.(39)

Este proceso contiene una serie de elementos, que son considerados por J. Fawcett como metaparadigma, y que en cada mirada una enfermera interpreta y describe de modo diferente, transformando lo que hemos denominado como hecho enfermero, en fenómeno enfermero.

Los modelos son el producto de la investigación acerca de ¿qué es la enfermería?, ¿quién hace la enfermería? o ¿qué es aquello que aporta, específicamente, la enfermera a la atención de salud? El análisis y discusión acerca de los modelos y el

proceso mismo de su elaboración son el componente básico de la disciplina enfermera.

### **Cuál es el significado de modelos de cuidado?**

Los modelos de enfermería tienen un doble significado:

Por una parte son la representación de una realidad que podemos nombrar como hecho enfermero y que no es más que la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería. Por otra parte son propuestas para llevar a cabo dicho proceso desde las aportaciones de la disciplina enfermería. Podríamos decir que los modelos nos muestran qué es la enfermería y a la vez nos permiten llegar a desarrollar, a aumentar y a modificar su contenido disciplinar.

Si entendemos los modelos como meras representaciones de la realidad de la enfermería sin más, su estudio tan sólo nos permite llegar a obtener un álbum fotográfico que nos mostrará los distintos momentos por los que ha ido transcurriendo el desarrollo de la disciplina enfermera. Los modelos adquieren su verdadero significado cuando somos capaces de trasladarlos a nuestra práctica y probarlos.

Cuando esto ocurra, estaremos en situación de demostrar que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiada por un modelo de enfermería, nos permite obtener una mayor calidad de vida en las personas a las que atendemos contribuyendo a mejorar su nivel de salud. En definitiva, estaremos en situación de poder llegar a mostrar cuál es esa aportación específica que hacemos las enfermeras y que es necesaria para certificar nuestra consideración como disciplina científica y como actividad profesional.

La prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados nos permitirán llegar a desarrollar una teoría de enfermería como afirma Marriner: *“nos ayudará a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”* (39)

### **Bases que guían la práctica de enfermería**

Un objetivo: ¿cuál es? , en nuestro caso (humanizar el cuidado en el área de obstetricia).

Un sujeto al que va dirigida nuestra actuación: ¿quién es? y ¿cómo es? (mujer gestante)

Un instrumento metodológico que nos permite llevar a cabo la acción: ¿se trata de un instrumento propio?, ¿cómo es ese instrumento? (acciones de cuidado humanizadas centradas en la persona, que reconozcan la condición humana)

Unos procedimientos: ¿cómo son?, ¿está validada su efectividad en la consecución del objetivo? (Cuidado interactivo centrado en la persona, comunicación afectiva de humano a humano).

Si enlazamos las respuestas a todas estas preguntas aparecerá una propuesta de modelo, puede que sea un modelo de enfermería o puede que se trate de un modelo biomédico, pero seguro que nuestras respuestas tienen un referente o modelo. Por tanto, los modelos del tipo que sean están presentes en nuestra actuación profesional y por ello, no puede obviarse su conocimiento, estudio y análisis. Los modelos de enfermería y su posible evolución hacia la consecución de una teoría de enfermería son por tanto ventajosos para la disciplina. Su utilización puede llevarnos a: explicar aquello que es esencial en la actuación de la enfermera.(39)

Además, los modelos nos permiten: representar teóricamente la intervención práctica. Circunscribir la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad. Identificar y clarificar la relación de la enfermera con otros profesionales de salud. Diferenciar su actuación de las acciones que llevan a cabo los distintos profesionales sanitarios.

**Conceptos propios del lenguaje de los modelos y las teorías.**

Los modelos y teorías de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacemos las enfermeras de los fenómenos y hechos que conforman la práctica enfermera, utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por supuestos y paradigmas.(39)

### **Lenguaje de los modelos de enfermería.**

**Concepto:** como idea que concibe o forma el entendimiento; pensamiento expresado en palabras; aspecto, calidad, título. Podríamos decir que un “concepto” es una etiqueta que utilizamos para poder comunicar un pensamiento o como afirma A. Marriner (39) *“los conceptos ponen nombre a los fenómenos”*.

**Hecho:** cosa que sucede.

**Fenómeno:** toda apariencia (verosimilitud y probabilidad; cosa que parece y no es) o manifestación.

**Supuesto:** suposición, hipótesis. Suposición: lo que se supone o da por sentado. Aceptación de un término en lugar de otro. Marriner identifica los supuestos como: *“enunciados que se admiten como ciertos sin ninguna prueba o demostración”*.

**El paradigma** es el referente en la construcción de un modelo o teoría. Para T. Khun, un paradigma es el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referente para el desarrollo de la ciencia(39).Un

modelo o teoría sólo podrá alcanzar la universalización mientras se encuentre dentro del paradigma predominante.

### **Clasificación de los modelos y teorías de enfermería, partiendo del paradigma referente.**

Como hemos dicho, los modelos de enfermería son una manifestación de las distintas miradas de las enfermeras al proceso de cuidar. Como afirma McFarlane: *“son una imagen mental o privada de la práctica de la enfermería, y cada uno de nosotros tiene el suyo propio”* (39)

Según Fawcet, todos los modelos se encuentran vinculados entre sí, por lo que esta autora denomina metaparadigma, es decir, unos conceptos comunes a partir de los cuales se desarrollará cada modelo o teoría. Además del metaparadigma, los modelos y teorías presentan otros aspectos comunes que pueden identificarse a partir del análisis comparativo de sus propuestas. (39)

Existen varias propuestas para agruparlos, así encontramos varios autores y su clasificación, para ello los presentamos de manera resumida en un cuadro tomado de Benavent. G. M A y cols.

CLASIFICACION DE LOS MODELOS Y TEORIAS					
PAUL BECK,	UNED 1981	ANN MARRINER	MARRINER Y RAILE	SUZANNE KEROUAC	KEROUAC Y COLS.
1976		1989	1994	1996*	1996*
Tendencia Ecologista	Tendencia Naturalista	Tendencia humanista	Filosofías	Paradigma de Categorización	Escuela de Necesidades
Tendencia Existencialista	Tendencia de Suplencia y ayuda	Tendencia de relaciones interpersonales	Modelos conceptuales	Paradigma de integración	Escuela de Interacción
Tendencia Cósmica	Tendencia de interrelación	Tendencia de sistemas	Teorías de nivel medio	Paradigma de transformación	Escuela de efectos Deseables
Tendencia Sociológica		Tendencia de campos energéticos			Escuela de promoción de la salud
					Escuela del ser humano unitario
					Escuela del caring

Las primeras cuatro tendencias de modelos de la columna 1, en latendenciaEcologista, establecen que existe una relación entre la naturaleza y el medio ambiente con la salud, influyendo esta relación en el proceso de cuidar, el autor considera que quien reúne estas condiciones es el modelo de Florence Nightingale.(39) En la tendencia existencialista están los modelos que establecen relación entre la salud y las características preferentemente psicológicas de los

individuos. Como referentes de esta tendencia P. Beck cita a H. Peplau, M. Levine, N. Roper, C. Roy e I. King.

En la tendencia cósmica están modelos que muestran una clara relación entre la salud y el medioambiente que rodea al sujeto, entendido este medioambiente como un sistema abierto que comunica con el sujeto al cual puede influir, a la vez que éste influye en él. Como representante de esta tendencia de modelo está el de M. Rogers.

**(39)** La tendencia sociológica, considera la existencia de modelos que hacen referencia a la relación entre la salud y la dinámica social, representantes de esta tendencia D. Orem y A. Meleis.

En la segunda columna están los autores que consideran tres tendencias. Tendencia naturalista, aquella que considera la relación que el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él. El modelo de referencia es el de Florence Nightingale.

La tendencia de suplencia y ayuda, la enfermera en estos modelos, tiene como misión sustituir al sujeto a la vez que le ayuda a conseguir el máximo nivel de independencia posible. Representante de este modelo son, V. Henderson y D. Orem. La tendencia de interrelación, considera que el papel de la enfermera es el de un profesional que establece una relación con la persona a la que cuida, de esta relación se obtienen

beneficios para la enfermera y para la persona cuidada. Representantes de esta tendencia son, H. Peplau, M. Rogers y C. Roy.

Ann Marriner, clasifica los modelos en cuatro tendencias. El criterio de esta agrupación es la identificación del significado que la enfermería tiene en cada uno de los modelos. Tendencia humanista. Identifica los modelos que consideran la enfermería como un arte y una ciencia. Incluye en esta tendencia los modelos de F. Nightingale, V. Henderson, F.G. Abdellah, L. Hall, D. Orem, M. Leininger y J. Watson. **(39)**

Tendencia de relaciones interpersonales, en esta tendencia están los modelos que definen la enfermería como una relación interpersonal, siendo ésta el elemento clave en el proceso de cuidar. Se incluyen en esta tendencia los modelos de C. Roy y J. Travelbee. Tendencia de sistemas.

A. Marriner incluye en esta tendencia los modelos que consideran la enfermería como un sistema explicando el proceso de cuidar a través de la Teoría de Sistemas. Se incluyen en esta tendencia los modelos de B. Neuman y D.E. Johnson. Tendencia de campos energéticos, en esta tendencia se agrupan los modelos que definen la enfermería en términos de intercambio y conservación de la energía, siendo ésta el elemento clave en el proceso de cuidar. Se incluyen en esta tendencia el modelo de M. Rogers.

Marriner A. y M Raile, agrupan los modelos en tres categorías y se refieren a Filosofías, Modelos conceptuales y Teorías de enfermería. Los modelos considerados filosofías nos muestran la enfermería como una combinación de arte y ciencia. Se consideran filosofías los modelos propuestos por F. Nightingale, V. Henderson, E. Wiedenbach, F.G. Abdellah, L.E. Hall, J. Watson y P. Benner.

Modelos conceptuales, son todos los trabajos donde aparecen identificados y definidos los conceptos involucrados en el proceso de cuidar, a la vez hay cierto nivel de relación entre ellos, dejando abierta una vía directa para el desarrollo de teorías. Bajo esta denominación se agrupan las propuestas de D.E. Orem, M. Levine, M. Rogers, D.E. Johnson, C. Roy, B. Neuman e I. King.

Teorías de enfermería, son los modelos en los que se muestran las relaciones entre los conceptos implicados en el proceso de cuidar “*desarrollando enunciados teóricos que responden a las preguntas planteadas en el campo de la enfermería*”. Las propuestas que incluye en este grupo son las de: H. Peplau, I. Orlando, J. Travelbee, J. Riehl-Sisca, H.C. Erickson, E.M. Tomlin, A.P. Swain, R.T. Mercer, K.E. Barnard, M. Leininger, R. Parse, Rizzo, J.J. Fitzpatrick, M.A. Newman, E. Adam y N. Pender. **(39)**.

En la columna 5 aparecen clasificados, partiendo de la existencia de los paradigmas, S. Kérouac analiza los modelos y teorías de enfermería identificando en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que tienen en común unos con otros clasificándolos en tres paradigmas: **categorización**, de **integración** y de **transformación**.

Dentro del paradigma de categorización S. Kérouac distingue dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica. Desde la línea que marca este paradigma podemos comprender el interés por el control del medio ambiente demostrado por F. Nightingale. La persona, paciente según su criterio, es un compuesto de partes físicas, intelectuales, emocionales y espirituales. El entorno queda definido por una serie de factores tales como el aire, la luz, el agua, la limpieza, el calor, que influyen de manera decisiva sobre la salud de la persona actuando también como agente en la prevención de las enfermedades.

Centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica. Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas. Esta evolución social que se produce en estos momentos marca fuertemente los modelos y teorías de enfermería y comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina enfermera y la disciplina médica.

Los trabajos de enfermeras como V. Henderson, H. Peplau o D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Los conceptos del metaparadigma enfermero tienen, en los modelos y teorías características del paradigma de integración, un significado resumido así:

La persona es considerada una unidad resultante de la suma de las partes. La persona tiene una esfera física, otra psicológica y espiritual. La interacción de estas tres partes da como resultado a la persona.

El entorno donde vive la persona interactúa, resultando en unos efectos positivos y otros negativos.

La salud adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son entidades distintas que coexisten e interactúan de manera dinámica.

El cuidado amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones.

El mantenimiento de la salud significa que el cuidado se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad y fomentar su salud.

La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona, considerando sus percepciones y su globalidad.

Paradigma de transformación. S. Kéruc afirma que el paradigma de transformación representa un cambio sin precedentes. Desde este paradigma, un fenómeno es único y,

por tanto, no puede parecerse totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido como una estructura siendo, una unidad global que resultará ser más y diferente de la suma de sus partes. Esta unidad global interactúa recíproca y simultáneamente con una unidad global más grande que es el mundo que le rodea.

La disciplina enfermera, al incorporar los principios de este paradigma en su desarrollo a través de los modelos y teorías, queda abierta al mundo de la ciencia. En este paradigma encontramos los modelos y teorías propuestos por R. Parse, M. Newman, M. Rogers y J. Watson (39). Los conceptos del metaparadigma enfermero de transformación tienen el siguiente significado:

**La persona** es considerada como un ser único, entendiéndose que sus múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser entero y único es indisoluble de su universo y es mayor y diferente que la suma de sus partes.

**El entorno** es ilimitado, es el conjunto del universo.

**La salud** es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

**El cuidado** se orienta hacia la consecución del bienestar de la persona tal y como ella lo define. De este modo cuidar a la persona implica reconocer sus valores culturales, sus creencias y sus convicciones.

Por último, en la sexta columna. Kérouac agrupa los modelos y teorías en seis escuelas: escuela de necesidades, escuela de interacción, escuela de los efectos

deseables, escuela de la promoción de salud, escuela del ser humano unitario y escuela del *caring*.

**Escuela de necesidades:** La característica fundamental de los modelos de esta escuela es que definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado. Los representantes de esta escuela son V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah.

**Escuela de la interacción:** La característica fundamental de los modelos y teorías de esta categoría es que coinciden en la descripción del modo en que desarrolla su acción la enfermera, se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera. A esta escuela pertenecen los modelos H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King.

**Escuela de los efectos deseables:** La característica de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación. Es decir “*este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados en enfermeros*”. En esta escuela se encontrarían D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.

**Escuela de la promoción de la salud:** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. La representante de esta escuela es M. Allen.

**Escuela del ser humano unitario:** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería. A esta escuela pertenecen M. Rogers, M. Newman y R.R. Parse.

**Escuela del *caring*:** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denominan *caring*. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se encuentran M. Leininger y J. Watson.

En resumen, los modelos de enfermería son la representación resultante de las distintas miradas que las enfermeras dirigimos hacia el proceso de cuidar, de esta consideración el modelo es una mirada enfermera y por tanto pueden existir tantos modelos como enfermeras, encontrando en todos ellos elementos comunes: El metaparadigma del que parten contiene los conceptos: persona, entorno, salud y cuidado. Entre ellos existen relaciones en función del paradigma de referencia del que

parten. Estas relaciones nos permiten identificar las diferencias y semejanzas existentes entre ellos.

### **Epistemología del cuidado**

Comenzaremos por aclarar lo que etimológicamente significa el término cuidado, cuidado procede del latín que significa *cura* que en otra época se escribía *coera* y se usaba en un contexto relacional de amor y amistad. También hay una derivación del término cuidado desde *cogitare-cogitatus* y de su corruptela *coyedar, coidas, cuidar*.

El sentido de *cogitare-cogitatus* es el mismo de *cura* y cuidado, y por su propia naturaleza, posee significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí como: pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucramiento y afectividad (4). Dice Boff, la actitud del cuidado solamente ocurre cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro, entonces se dispone a participar de la vida de este, nunca como acto enteramente consciente, intencional o controlable, pero siempre como resultado de la auto comprensión y acción transformadora(4).

El cuidado es inherente a la vida, ningún tipo de vida puede subsistir sin cuidado. En el cuidado esencial, describe el cuidado como un constituyente de presencia ininterrumpida, en cada momento y siempre en la existencia humana. Es la energía que continuamente hace surgir el ser humano. Cuidar es una actividad humana que se

define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Por su parte, Swanson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en un hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte. Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y

permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado.

Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica. Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que, de acuerdo con Levinas(40) las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos.

Entonces, la relación enfermera(o)-paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizado, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería. Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio.

## **Diferentes perspectivas teórico-filosóficas del cuidado**

Hemos dicho que el cuidado tiene un origen bastante remoto y vemos que es en la filosofía donde se encuentran sus más profundas e importantes raíces y fundamentos teóricos. Entre las perspectivas teórico-filosóficas del cuidado trataremos como referentes:

### **Los terapeutas de Alejandría**

“Ellos se llaman terapeutas porque recibieron una educación conforme a la naturaleza, a las sagradas leyes y porque cuidan del Ser” (Filón de Alejandría). El filósofo Filón escribe sobre los terapeutas como aquellos que vivían en comunidades y eran hospitalarios. En el tratamiento con los pacientes tenían un enfoque multidimensional del ser humano. El ser humano era para ellos una Integralidad inmersa en la Integralidad. Es decir, tenían una visión holística **(41)**.

Eran llamados los Padres o Monjes del desierto y Filón los describe poéticamente como “los Jardineros del Jardín”, donde cada cual puede florecer en su plenitud. El Ser Humano es visto como un todo, una creación divina integral: Cuerpo-Alma-Espíritu. Esto implica que todas las dimensiones del ser están relacionadas. El tratamiento de algún desequilibrio el ser integral es tenido en cuenta. Para Filón la fe

de los terapeutas en Dios, el Creador, era fundamental. Esta fe valorizaba las escrituras como al Ser Humano(41).

Leloup, refiere que podemos encontrar también una tradición occidental greco-judaica-cristiana, contraria de lo que muchas personas afirman, una visión holística que centra su perspectiva en una comunicación entre arte, ciencia y mística. Se trata de la tradición de los terapeutas, comentado por Filón de Alejandría, cuyos escritos tradujo y comentó.

Según esa tradición, la totalidad humana se basaba en un “cuarteto”: la dimensión corporal (soma), la dimensión psíquica (alma), la dimensión noética de conciencia en paz (nous) y la dimensión espiritual (soplo). Salud plena para esa tradición es la transparencia esencial de la vida cotidiana, como lo expresa esa totalidad (42).

La tarea de los terapeutas, depositarios de la misión de encontrar los caminos para el ser saludable era “cuidar” antes que todo, de que no enferme, lo que nos inspira como seres humanos a cuidar del cuerpo y de los deseos, reorientándolos para lo esencial, cuidar lo imaginario, para una conciencia plena de vida y por fin cuidar del otro, como servicio a la comunidad.

En la tradición griega había una diferencia entre (terapia), cuidar del propio ser y cuidar del propio cuerpo (medicina). Según Leloup, terapia es aquello que de algún modo cuida de manera integral al ser humano (42). Tiene por determinación: **Cuidar**

**del cuerpo:** la ropa, el clima, la habitación, la alimentación. **Cuidar lo imaginario:** las grandes imágenes que habitan en nosotros, los valores que nos guían para una vida saludable, alimentándola con imágenes estructurantes de nuestra integridad.

**Cuidar los deseos:** eran el fin según deseos egoístas y una enfermedad, una desorientación de la finalidad, cuando el ser humano se vuelve juguete de cualquier manipulación. **Cuidar del otro:** cuando alguien cuida de otra persona, la une a su fuente de vida, sino la puede curar, al menos podrá relativizar su sufrimiento, encontrando sentido para su experiencia. Significaba ocuparse de las dimensiones no exclusivamente objetivas dentro de una perspectiva, viene a ser hoy, la interdisciplinariedad, en razón de nuestra competencia limitada profesionalmente.

La dimensión de totalidad del ser humano, no es algo que se pueda traducir en una actuación integral como se pretende, es una comprensión más dinámica y flexible del sujeto que busca asistencia para recuperar o mantener su salud. El arte de cuidar incluye el reconocimiento de una interrelación entre sí y el otro, condición de la terapéutica, o sea, cuidado de mí y del otro con el mismo empeño y busco ayuda cuando no tengo los medios para todo el cuidado(42).

**Foucault y el Cuidado de Sí**

M. Foucault, en su obra “La Hermenéutica del Sujeto” trata de explicar y aclarar la interpretación del significado de la noción “Inquietud de sí mismo” que tuvo entre los griegos una gran vigencia con la frase *epimeleia heautou*, traducida al latín como *cura su*. El autor refiere que la *epimeleia heautou* es la inquietud de sí mismo, el hecho de ocuparse de sí mismo o preocuparse por sí mismo. Argumenta Foucault, es un poco paradójico y sofisticado elegir esta noción cuando todo el mundo sabe, dice y repite desde hace mucho tiempo que la cuestión del conocimiento del sujeto por sí mismo se planteo originariamente en una fórmula y un precepto muy distintos: la famosa prescripción délfica del *gnothi seauton* (“conócete a ti mismo”).

En la historia de la filosofía, y más ampliamente en la historia del pensamiento occidental, todo indica que el *gnothi seauton*, es sin duda la fórmula fundadora de la relación entre el sujeto y la verdad (43). Hay que tener presente que tal como se formuló de manera tan resplandeciente el grabado sobre la piedra del templo, el *gnothi seauton*, no tenía en su origen el valor atribuido más adelante.

En el texto de Epicteto dice que el precepto *gnothi seauton* se escribió allí en el centro de la comunidad humana y se escogió ese lugar porque era uno de los centros de la vida griega y luego un centro de comunidad humana, pero con una significación que no era la del “conócete a ti mismo” en el sentido filosófico de la expresión, más adelante se propuso otra serie de interpretaciones.

En otra de las obras de Foucault también encontramos “El Cuidado de Si” que caracteriza “el cuidado” como un “arte” porque el cultivo de sí para los griegos era un arte, el autor parte del “arte de la existencia” *la techné tou biou* bajo sus diferentes formas, aquí se encuentra dominando el principio de que hay que “*cuidar de uno mismo*”, es el principio del cuidado de sí, el que se funda en la necesidad, el que gobierna su desarrollo y organiza su práctica, es un tema muy antiguo en la cultura griega que apareció como un imperativo y luego fue ampliamente difundido **(43)**.

Según Foucault, Plutarco afirmó que la razón por la que los cuidados de la tierra habían sido confiados a los Ilotes, era porque los ciudadanos de Esparta querían “ocuparse de sí”, pero en un sentido muy diferente de cómo se utiliza la expresión en el Alcibiades, donde el diálogo constituye un tema esencial. Sócrates le dice al joven ambicioso que tiene que saber previamente lo que es necesario para gobernar: es preciso primero, “ocuparse de sí mismo”.

En la Apología, Sócrates es ciertamente un maestro del cuidado de sí cuando se presenta a los jueces y le dice: es preciso ocuparse, no de sus riquezas, no de su honor, sino de sí mismos y de sus almas. El tema del cuidado de sí consagrado por Sócrates y que la filosofía ulterior reanudó colocándolo en el corazón del “arte de la existencia” posteriormente tomó todas las dimensiones del “cultivo de sí” **(43)**.

Con esta frase hay que entender que el principio de cuidado de sí, ha adquirido un alcance general y ha tomado también la forma de una actitud, de una manera de comportarse, ha impregnado las formas de vivir, se ha desarrollado en procedimientos, en prácticas y en recetas que se meditan, que se perfeccionan y se enseñan; ha constituido una práctica social, dando lugar a las relaciones interindividuales, intercambios y comunicaciones, incluso a las instituciones y finalmente a dado lugar a cierto modo de conocimiento y la elaboración de un saber.

La *epimeleia heautou* o *la cura sui*, es una conminación que volvemos a encontrar en las doctrinas filosóficas, entre los platónicos: Albino quiere que se aborde el estudio de la filosofía por la lectura del Alcibíades “con vistas a replegarse y volverse hacia uno mismo”. Los hombres tienen todo el deseo de llevar una mejor vida. Decían, quien quiere tener una vista penetrante, debe cuidar sus ojos. Si todos los hombres entienden eso, entonces porque no cuidan también su alma con ayuda de la razón (43). Entre los epicúreos, la carta a Maneceo se abre el principio de que la filosofía debía considerarse como ejercicio permanente del cuidado de uno mismo.

Foucault señala, que en Epiceto es donde se encuentra la más alta elaboración filosófica de este tema: El ser humano es definido, en las Conversaciones, como el ser que ha sido confiado al cuidado de sí. Ahí reside su diferencia fundamental con los otros seres vivos; los animales encuentran “perfectamente listo” lo que le es necesario para vivir, pues la naturaleza ha dispuesto que puedan estar a nuestra disposición sin

que tengan que ocuparse de sí mismos y sin que nosotros tengamos que ocuparnos de ellos.

El hombre en cambio, debe velar por sí mismo, no sin embargo a consecuencia de algún defecto que lo pusiera en una situación de carencia y lo hiciese desde el punto de vista inferior a los animales, sino porque el humano Dios ha querido deliberadamente que pueda usar libremente de sí mismo y para ese fin lo ha dotado de la razón, facultad que le permite valerse cuando y como es preciso de otras facultades.

Según Foucault, el término *epimeleia* no designa simplemente una preocupación, sino todo un conjunto de ocupaciones; es de *epimeleia* de lo que se habla para designar las actividades del amo de casa, las tareas del príncipe que vela por su súbditos y los cuidados que deben dedicarse a un enfermo o herido, también los deberes que se consagran a los dioses o a los muertos para dirigir y aconsejar, se hace uso de un derecho, y es un deber lo que se cumple cuando se prodiga ayuda a otro.

Foucault refiere que en el texto de Galeno sobre la curación de las pasiones, es significativo desde ese punto de vista porque: “aconseja a quien desee cuidar de sí mismo buscar la ayuda de otro, no recomienda sin embargo un técnico conocido por su competencia y su saber, sino simplemente un hombre de buena reputación cuya franqueza podamos tener la oportunidad de experimentar. “El cuidado de sí o el

cuidado que se dedica al cuidado que los demás deben tener de sí mismos, aparece entonces como una intensificación de las relaciones sociales” (43).

Según esta tradición de la cultura griega, el cuidado de sí está en correlación estrecha con el pensamiento y práctica de la medicina, y es tan estrecha que Plutarco dice al principio de los *Preceptos de salud*, que filosofía y medicina tratan en un “solo mismo campo”.

Disponen en efecto del concepto de “Pathos” que se aplica lo mismo a la pasión que a la enfermedad física, a la perturbación del cuerpo que al movimiento involuntario del alma, y en un caso como en el otro, se refiere a un estado de pasividad que para el cuerpo toma la forma de una afección que perturba el equilibrio de sus humores o de sus cualidades, y que para el alma toma forma de un movimiento capaz de arrastrarla a su pesar.

Séneca aplica una serie de metáforas médicas tanto a los cuidados del alma como a los cuidados del cuerpo, aplica el escalpelo a la herida, para abrir un absceso, amputar, evacuar, dar medicamentos, prescribir pociones amargas, calmantes o tonificantes.

### **Heidegger y el Dasein como cuidado**

Heidegger, quizás sea el filósofo que mejor significación le ha dado al cuidado, lo encontramos en la interpretación del “*Dasein*” como cuidado, donde su objetivo es explicar el sentido ontológico del ser del *Dasein* como temporalidad. El análisis preparatorio es saber, la determinación del sentido existencial de la estructura fundamental del *Dasein* como cuidado.

Los caracteres ontológicos fundamentales del *Dasein* son: la existencialidad, la facticidad y el ser caído. Estas tres determinaciones existenciales son el resultado del análisis del ser cotidiano del *Dasein*, cuya estructura fundamental es *el ser-en-el-mundo*, su esencia reside en su *tener que ser*, es decir, en su existencia. No debe confundirse con una cosa extra mundana que ya ha sido dada (*vorhanden*). Razón por la cual el mundo no está en una relación de exterioridad con el *Dasein*, sino que es un constituyente de este (44).

Las tres estructuras del *ser- en- el- mundo arrojado*, serán comprendidas como estructuras de cuidado. Porque el *Dasein* no es indiferente a su propio ser y lo “comprende”, existe en el modo de proyección de su propio ser, él es en vista de su propio poder-ser, lo mismo que en cada una de sus tareas mundanas, a sí mismo su propia finalidad, es lo que Heidegger llama “*el objetivo de su querer*”

Es por esto que podemos decir que el está *antesí mismo* y que se precede siempre a sí mismo como proyecto de sí. Este ser *ante sí mismo* concierne al *Dasein* ya-en-el-

mundo, que ha sido arrojado y es este ser arrojado, un proyecto arrojado, lo que le angustia, y en esta existencia angustiada, de hecho se cumple el principio de preocupación. Sin embargo, lo que problematiza es que en las estructuras del cuidado junto a la facticidad y la existencialidad, está el *sercaído*, que solo caracteriza la preocupación cotidiana del ser en el mundo e inauténtico(44).

La fórmula por la cual Heidegger explicita el ser del Dasein como cuidado “*ser-ante-sí mismo-ya-en-(el-mundo)*, este en el mundo, no consiste de ningún modo en una pura relación consigo mismo que haga abstracción del mundo sino en otra manera de ser-en-el-mundo. Es lo que subraya Heidegger cuando precisa que el cuidado no designa un comportamiento aislado del yo a la vista de sí mismo porque los otros dos momentos estructurales, el-ser-ya-en...y el-ser-cabe...están siempre conjuntamente incluidos (44). Esta estructura que articula los tres existenciales de un fenómeno unitario, Heidegger le da el nombre de cuidado, en alemán *Sorge*, pero con la voluntad de darle una connotación exclusivamente ontológica y existencial.

Esta elección no es arbitraria ya que el Dasein se considera a sí mismo como cuidado por fuera de toda interpretación teórica. Este testimonio de Heidegger se encuentra en la obra poética *La Fábula de Higino*, donde el cuidado es considerado no solamente como lo que posee el hombre durante toda su vida, sino donde aparece también en conexión con la concepción de que en el hombre hay un compuesto de materia (de tierra) y de espíritu. Además, el latín *cura* presenta el mismo doble

sentido de cuidado y de cura que el alemán Sorge. Heidegger ve aquí en la designación de la constitución una estructura esencialmente doble de proyecto arrojado.

En este testimonio pre ontológico, la definición tradicional de hombre como *animal racional* no es originaria, ya que Heidegger concibe al hombre como un compuesto de lo sensible y lo inteligible y no como un “todo”. Heidegger, se propone mostrar que el cuidado es pre ontológicamente anterior al querer, al desear, al impulso y a la inclinación, a estas funciones características del viviente en general.

El resultado del análisis fundamental del Dasein es la interpretación del ser del Dasein como cuidado. La resolución precursora en tanto modo de “cuidado auténtico” no se vuelve posible si no es por la temporalidad, lo que implica que el cuidado en general se funda en la temporalidad y esta constituye el sentido ontológico del cuidado. La temporalidad es la que hace posible la unidad de la existencialidad, la facticidad y la caída, en tanto, estas constituyen esos momentos estructurados del cuidado (44).

La facticidad dice Heidegger, es el hecho de pre-sencia hallar-se siempre lanzado, sin conocimiento previo o escuela personal, en el mundo, este que ya estaba ahí delante del humano y que estará después de él. Así mismo siendo la pre-sencia entregado a un ahí, es siempre *un ser en un estar en situación*.

Como bien señala Arenas. N, en atención a la interpretación de la problemática de la vida empírica del hombre, resulta claro que un ser en situación es toda la existencia del hombre, del ser humano, y como proyecto de vida, lo más seguro es estar en situación, “porque el ser humano sale de una situación para entrar en otra y en cualquier momento de su vida en su “estar en el mundo” requiere del cuidado de sí o del otro, de allí que se puede establecer que existe una sinonimia entre el término *ser-ahí* con el cuidado (45).

### **La Fabula-Mito de Higinio**

El cuidado es algo tan esencial para la humanidad, que son muchas las fuentes que nos pueden dar a conocer algún aspecto sobre sus raíces. Así lo encontramos en la narrativa, La Fábula-Mito del cuidado o la Fábula-Mito de Higinio o la Fábula 220 como también se le conoce, porque así aparece en su obra Fábulas o Genealogías de Higinio (4).

Refiere Boff, que la palabra fábula-mito es de origen latino con base griega, cuya expresión literaria ocurrió el año 44 a.C. reelaborada por Higinio en términos de la cultura romana. La fábula es una narrativa imaginaria cuyos personajes son por regla general, animales, plantas o la personificación de personalidades, virtudes y vicios con el objeto de transmitir lecciones morales o volver concreta una verdad abstracta.

El mito, es algo muy complejo por las ambigüedades que encierra. En el lenguaje común de la comunicación de masas, el mito puede ser vehículo de una visión reducida, ocultadora e interesada de la realidad, equivale a una ideología. Designa por tanto clichés o creencias colectivas acerca de temas relevantes que circulen en la cultura.

Algo parecido ocurre con el cuidado. Este, es tan importante para la vida humana y para la preservación de todo tipo de vida que dio origen a una fábula-mito. Fue personalizado y se transformo en un ser concreto y como tal, el cuidado moldea la arcilla. En la narrativa, Cuidado conversa con el cielo (Júpiter) y con la tierra (Tellus). Convoca la autoridad suprema del cielo y de la tierra que fundó la edad de oro y la utopía absoluta del ser humano (Saturno)

La fábula-mito reelaborada por Higino quiere explicar el sentido del cuidado para la vida humana, esta surgió de la actuación de las fuerzas universales más importantes. Por eso, más que presentar el texto literal completo, hemos preferido ir al significado y contexto del texto específicamente en su último párrafo: *“pero como usted Cuidado fue quien primero moldeo la criatura, quedará bajo su cuidado en cuanto ella viva”*(4). A partir de aquí veremos el cuidado como la verdadera esencia del ser humano, la fábula-mito nos testimonia como el ser humano no puede ser interpretado apenas a partir de la tierra, porque la tierra no permaneció inerte (Tellus), ella le imprime un sentido muy profundo:

“Él posee algo del cielo, de lo divino, (Júpiter) el recibió de la divinidad la vida y el espíritu, solo así es realmente un ser humano completo. Júpiter es el dios creador del cielo y de la tierra. Por detrás de la palabra Júpiter se esconde la partícula Jou extraída del sánscrito dyew que significa luz, brillo, claridad. Júpiter significa entonces el padre y señor de la luz” (4).

La luz con brillo y calor constituye una de las experiencias de la fuente de la psique. Ella clarifica el sentido y la alegría de vivir, de discernir en la multitud el rostro de la persona amada, de ver el esplendor de la naturaleza y de las estrellas, de identificar el camino y de librarse de la angustia de la oscuridad. De allí que desearle un “buen día” a alguien significa originalmente, desearle un buen dios y mucha luz en su camino del día. Júpiter se manifiesta en la vivencia religiosa de los romanos por el resplandor del día y también por los rayos, relámpagos y truenos en las tempestades.

La agricultura depende mucho de luz y de los fenómenos atmosféricos, por eso Júpiter era venerado como el protector y promotor de la agricultura. De la agricultura ayer como hoy proviene la alimentación para la vida. Júpiter tiene que ver con la producción del misterio de la vida. Viene representado como el creador y donador de la vida y del espíritu.

La tierra es otra dimensión en la fábula-mito de Higino, representa la diosa Tellus/Tierra. En todas las culturas como también en la tradición greco-romana, la

tierra constituye uno de los mitos centrales. Ella recibe muchos nombres: Gaya/Tellus, Demeter/Ceres, Hestia/Vesta. En los más antiguos testimonios del periodo paleolítico cuando reinaba el matriarcado hace más de 40 siglos se representaba el universo como una gran madre. Mater Mundi. Ella por sí misma y sin competencia de nadie generaba todo.

En un estado posterior bajo el mandato del patriarcado, a partir del neolítico, se elabora una representación más reducida. La tierra no es más sentida como la realidad total. Ella es una parte de la realidad junto con otra, el cielo. Representa aquí abajo la gran Madre (Magna Mater, Bona Mater), y allá arriba en el cielo la esposa del gran padre. Como toda madre ella genera, nutre, defiende y continuamente da vida. Luego del matrimonio entre el cielo y la tierra se originan todas las cosas. El cielo representa el principio masculino, el semen, la siembra y el elemento organizador. La tierra es el principio femenino, el útero que recibe, el elemento acogedor.

Tres figuras mitológicas representaban en el imaginario greco-romano que infundieron en nuestra cultura occidental el misterio de la tierra: en la versión griega, Gaya, Demeter y Hestia y sus correspondientes romanos, Tellus, Ceres y Vesta. La Gran Madre, representa el planeta tierra como un todo vivo y productor de vida.

Demeter/Ceres representa la parte cultivada de la tierra, aquí entra la colaboración humana con el trabajo y el arte del cultivo. Era la diosa del sembrado. De Ceres viene

la palabra seriales. En la fábula-mito de Higino la tierra surge reivindicando sus más altas ancestralidades. Ella otorgó a Cuidado el material donde moldeó al ser humano, la arcilla. En la Fábula-mito de Higino para poner fin al conflicto entre el cielo (Júpiter) y la tierra (Tellus), es convocado Saturno. ¿Por qué Saturno y no otro? Se supone que está por encima de Júpiter pues debe mediar por él.

El mito de Saturno es de los más complejos en la mitología antigua, en el se sobreponen muchas vertientes mitológicas: itálicas, etruscas, griegas, órfico, pitagóricas y romanas. Saturno viene de Satus que significa sembrado, del verbo serere, sembrar y plantar. Saturno es el dios de la siembra y de la agricultura, dios típicamente itálico y mediterráneo. Su importancia se traduce por la mayor de todas las fiestas romanas, las Saturnales. Según el mito de la edad de oro y del paraíso perdido, originariamente no habían clases, ni leyes, ni crímenes, ni prisiones, todos vivían en plena libertad, en justicia, paz, abundancia y alegría, como hermanos y hermanas en casa.

Resuena en la fábula-mito del cuidado esencial otro elemento, la identificación de Saturno/cronos con el tiempo. De hecho, Chronos con “h” significa en griego tiempo. Esa semejanza de las palabras Cronos y Chronos hizo que el dios Crono personalizara el tiempo. Esto significa que el ser humano se encuentra enredado en el tiempo, está lanzado en la duración temporal, es un ser histórico que tiene pasado, presente y futuro y que construye su identidad en el transcurso del tiempo (4).

El ser humano es simultáneamente, utópico e histórico-temporal. El carga en si la dimensión Saturno junto con el impulso para el cielo, para la trascendencia, para el vuelo del águila (Júpiter). En él se revela también el paso de la tierra de la inmanencia, el cacarear de la gallina (Tellus). Es por el cuidado que el mantiene esas polaridades unidas y hace de ellas material de construcción de su existencia en el mundo y en la historia.

### **Leonardo Boff y el Saber Cuidar**

Otro gran estudioso del cuidado, Leonardo Boff en su obra Saber Cuidar nos habla de muchos aspectos del origen del cuidado, entre ellos de su naturaleza y tal vez el sentido central del cuidado se encuentra en su filología: “las palabras están llenas de significados existenciales, en ellas los seres humanos acumulan infinidad de experiencias positivas y negativas, experiencias de búsqueda, de encuentro, de certeza, de perplejidad y de profundidad en el ser”. Eso parece ocurrir con la palabra cuidado.(4).

En los diccionarios clásicos de filología, alguno derivan cuidado del latín *cura*. Esta palabra es sinónimo de cuidado, usada en la traducción de Ser y Tiempo de Heidegger. En su forma más antigua, cura en latín se escribía *coera* y era usada en los contextos de relaciones de amor y amistad, expresaba la actitud de cuidado, de

desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por un objeto de estimación.

Otros derivan cuidado de *cogitare-cogitatus* y *coyedar, cuidar-cuidar*. El sentido de *cogitare-cogitatus* es el mismo de *cura*. Pensar, prestar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación. Dice Boff:“El cuidado solamente surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mi, paso entonces a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y sucesos, en fin de su vida”(4).

Al decir de Boff, el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Estamos ante una actitud fundamental donde la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Por su propia naturaleza, el cuidado encierra dos significados básicos ligados entre sí. El primero, la solicitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Y, segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro.

El cuidado es un modo de ser, es la forma como la persona humana se estructura y se realiza en el mundo con los otros. Decir ser en el mundo no expresa una determinación geográfica como estar en la naturaleza, junto con las plantas, animales y otros seres humanos, estar en el mundo, significa una forma de existir y de

coexistir, de estar presente y de navegar por la realidad y de relacionarse con todas las cosas del mundo.

En esa coexistencia y convivencia, en ese juego de relaciones, el ser humano va construyendo su propio ser, su autoconciencia y su propia identidad. Según Boff, hay dos modos básicos de ser en el mundo, el trabajo y el cuidado. Ahí emerge el proceso de construcción de la realidad humana.

El modo de ser en el mundo por el trabajo se da en forma de interacción e intervención, el ser humano interactúa con la naturaleza, procura conocer sus leyes y ritmos y con su intervención torna su vida más cómoda y construye su “habidad”, adapta el medio a su deseo y conforma su deseo al medio. Primitivamente el ser humano tenía veneración por la naturaleza, solo utilizaba aquello que era necesario para sobrevivir y volver más segura y placentera la existencia (4).

El trabajo está presente en el dinamismo de la propia naturaleza, una planta, un animal también trabajan en la medida en que interactúan con el medio intercambiando información, se muestran flexibles y se adaptan en vista de la supervivencia. En el ser humano el trabajo se transforma en un modo de ser consciente y asume el carácter de proyecto.

El proceso de intervención empezó con el homo habilis, unos dos mil años atrás, cuando se inventó el instrumento, el cual se volvió constante a partir del homo

sapiens, del cual descendemos directamente. Instituyéndose como proceso orgánico a partir del neolítico, hasta cerca de diez mil años, cuando el ser humano empezó a construir casas y villas, a domesticar animales y plantas, proceso que culminó con la tecnología de nuestros días.

Argumenta Boff, que fue por el trabajo que los seres humanos formaron las culturas como modelación de sí mismos y de la naturaleza, abriéndose así el camino para la voluntad de poder y dominación sobre la naturaleza. El ser humano comenzó a utilizar la razón instrumental analítica. Este tipo de razón es más eficaz y exige “objetividad” e impone cierto distanciamiento de la realidad para estudiarla como un objeto para acumular experiencia de ella y asesorarse.

La lógica del ser en el mundo en el modo de trabajo configura el situarse sobre las cosas para dominarlas y colocarlas al servicio de los intereses personales y colectivos. En el centro de todo se colocó el ser humano, dando origen al antropocentrismo. Este insta una actitud centrada en el ser humano y las cosas tienen sentido solamente en la medida en que a él se ordenan y satisfacen sus deseos, niega la relativa autonomía de las cosas.

Para Boff, el otro modo de ser en el mundo se realiza por el cuidado. El cuidado no se opone al trabajo, pero le confiere una tonalidad diferente. Por el cuidado no vemos la naturaleza y todo lo que en ella existe como objetos. La relación no es sujeto-

objeto, sino sujeto-sujeto. La naturaleza no es muda, habla y evoca, emite mensajes de grandeza, belleza, perplejidad y fuerza. El ser humano puede escuchar e interpretar esas señales. No existe, coexiste con todos los otros, la relación no es de dominio sobre, sino de convivencia, no es pura intervención, sino interacción y comunión.

Cuidar de las cosas implica tener intimidad, sentir las dentro, acogerlas, respetarlas, darles sosiego y reposo. Cuidar es entrar en sintonía, es auscultarle el ritmo y afinarse con él. La razón analítico-instrumental abre camino para la razón cordial, el espíritu de delicadeza, el sentimiento profundo. Esta forma de ser en el mundo, en forma de cuidado, permite al ser humano vivir la experiencia fundamental del valor, de aquello que tiene importancia.

A partir de ese valor sustantivo emerge la dimensión alteridad, de respeto, de reciprocidad y de complementar. En el modo de ser cuidado ocurren resistencias y emergen perplejidades, pero ellas son superadas por la paciencia perseverante. En lugar de agresividad, hay convivencia amorosa. En vez de dominación, hay una compañía afectuosa al lado y junto al otro.

En el modo de ser cuidado se revela la dimensión del femenino en el hombre y en la mujer el masculino. Sabemos que el femenino estuvo siempre presente en la historia, pero en el paleolítico gana visibilidad histórica cuando las culturas eran matrifocales y se vivía una fusión con la naturaleza. Eran sociedades marcadas por un profundo

sentido de lo sagrado del universo, las mujeres detenían la hegemonía histórico-social y daban al femenino una expresión tan profunda que quedó en la memoria de la humanidad a través de grandes símbolos presentes en la cultura y en el inconsciente colectivo. Esta concepción del cuidado que mantiene Boff, comulga con la temática en estudio, cuando expresa:

Es necesario el rescate del cuidado, pero este no se puede hacer a espaldas del trabajo, sino mediante una forma diferente de entender y de realizar el trabajo. Pero el ser humano para poder hacer eso tiene que volverse sobre sí mismo y descubrir su modo de ser cuidado(4).

Si volvemos la mirada hacia la naturaleza del cuidado esencial, la puerta de entrada no puede ser la razón calculadora, analítica y objetiva, pues eso nos llevaría al trabajo-intervención-producción y allí nos aprisionaría, pues las máquinas y las computadoras son más eficaces que nosotros en la utilización de este tipo de razón-trabajo.

Pero hay algo en los seres humanos que no se encuentra en las máquinas y que surgió hace millones de años del proceso de evolución cuando emergieron los mamíferos, a cuya especie pertenecemos: el sentimiento, la capacidad de emocionarse, de involucrarse, de afectar y de sentirse afectados. Un computador y un robot no tienen condiciones de cuidar del medio ambiente, de llorar por las desgracias de los otros y

de regocijarse con las alegrías del amigo. En otras palabras, un computador no tiene corazón.

Solo nosotros los humanos podemos sentarnos a la mesa con el amigo frustrado, colocarle la mano en el hombro, tomarnos un café y darle esperanzas. Nosotros los humanos construimos el mundo a partir de lazos afectivos. Tomamos tiempo para dedicarnos a las personas. La categoría cuidado recoge todo ese modo de ser, muestra como funcionamos en cuanto a seres humanos.

Se evidencia así que el dato originario no es el logos, la razón o las estructuras de comprensión, sino el phatos, el sentido, la capacidad de simpatía y empatía, la dedicación, el cuidado y la comunicación con lo diferente. Todo comienza con el sentimiento. Es el sentimiento el que nos hace sensibles al otro, nos une a las cosas y nos envuelve con las personas. Ese sentimiento profundo es lo que se llama cuidado, solo aquello que paso por una emoción que evoco un sentimiento profundo provoca cuidado en nosotros **(4)**.

Boff, nos dice que el cuidado es tan esencial que es anterior al espíritu infundido por Júpiter y al cuerpo fornecido por la tierra, de lo que se deduce que la concepción de ser humano compuesto de espíritu-cuerpo no es originaria. La fábula de Higinio nos enseña que “el cuidado fue quien primero moldeó al ser humano” **(4)**. Por lo tanto, el

cuidado se encuentra antes, es un *a priori* ontológico está en el origen de la existencia del ser humano y ese origen no es un comienzo temporal.

Su origen tiene un sentido filosófico de la fuente de donde brota permanentemente el ser. Significa que el cuidado constituye en la existencia humana una fuente de energía en todo momento y situación en que se encuentre el ser humano. El cuidado constituye una fuerza originaria en el ser humano, sin la cual continuaría siendo apenas una porción de arcilla como cualquier otra al margen del río.

Interpretando a Boff, podemos decir que los seres humanos no debemos ver el cuidado con “descuido”, tenemos que poseer la conciencia verdadera y tenerlo presente en todos nuestros pensamientos, sentimientos, actitudes, acciones y todo lo que involucre nuestra vida cotidiana; porque fue con cuidado, que “Cuidado” moldeó al ser humano, poniéndole todo su corazón, empeño, dedicación, ternura, sentimiento y devoción. Con eso provocó la responsabilidad e hizo surgir la preocupación como verdaderos principios que entran en la composición del ser humano, sin esas dimensiones, el ser humano jamás sería humano. La fábula-mito de Higino lo deja claro en esta frase “*el cuidado acompañará al ser humano a lo largo de toda su vida, a lo largo de todo su curso temporal en el mundo*”. (4)

Boff, refiere en su tesis del saber cuidar unos conceptos que él clasifica como las siete resonancias del cuidado y añade otros que él considera que están implícitos en

los mismos. Los siete clasificados son: el amor, la justa medida, la ternura, la caricia, la cordialidad, la convivencia y la compasión. A estos añade la sinergia, la hospitalidad, la cortesía y la gentileza (Implícitos) (4).

El amor, enfocado como fenómeno biológico desde la óptica del biólogo contemporáneo, MarturanaH, quien considera que el amor se da dentro del dinamismo de la vida, desde sus realizaciones más primarias desde hace billones de años, hasta las más complejas en el nivel humano. En la naturaleza se da entre los seres con su medio, dos tipos de acoplamiento: el necesario y el espontáneo. El necesario hace que todos los seres estén interconectados unos a otros y acoplados a sus respectivos ecosistemas como garantía a su supervivencia. En el espontáneo, los seres actúan sin razones de supervivencia, lo hacen por puro placer, son encajes dinámicos y recíprocos entre los seres vivos y los sistemas orgánicos, un evento original de la vida, es pura gratitud(46).

Se dice que cuando uno acoge al otro, se realiza la co-existencia, surge el amor biológico, el tiende a expandirse y a ganar una forma más compleja, una de estas formas es la humana, ella más que simplemente espontánea como ocurre en los demás seres vivos, se hace proyecto de libertad que acoge conscientemente al otro y crea las condiciones para que el amor habite como el más alto valor de la vida.

Alguien se pregunta Cómo se caracteriza el amor? A lo que Marturana responde “lo que es especialmente humano en el amor, no es el amor, sino lo que hacemos en el amor los humanos...en nuestra manera particular de vivir junto con seres sociales en el lenguaje...sin amor nosotros no somos seres sociales” (46).

El amor es un fenómeno cósmico y biológico, al llegar a el nivel humano, el se revela como la gran fuerza de agresión, de simpatía, de solidaridad, las personas se unen y se recrean por el lenguaje amoroso, el sentimiento de buenaventura y pertenencia a un mismodestino y a una misma historia. Si en el cuidado esencial, el encaje del amor no ocurre, no se conserva, no se expande ni permite el consorte entre los seres humanos, sin cuidado no hay un clima que propicie el florecimiento de aquello que verdaderamente humaniza, lo cual para Boff, es el sentimiento profundo, la voluntad de compartir(4).

La justa medida, hoy podemos decir que estamos convencidos de que nada puede ser reducido a una única causa, pues nada es lineal y simple, todo es complejo y viene cargado de inter-retro relaciones y de redes de inclusiones para articular aquellos pilares que sustenten un puente que nos lleve a soluciones más integras que comunican alguna luz y comunican alguna verdad a fin de ver cada porción dentro del todo.

Para Boff, en la medida justa y el pathos, no basta el saber racional, ni la voluntad obediente de identificar regularidades, dispensando la creatividad humana y el ejercicio de la libertad propias del ser humano, importa una actitud atenta de escucha, un sentimiento profundo de identificación con la naturaleza, con sus cambios y cuando debe conservar en su vida y en sus relaciones. La actitud de sentir con cuidado debe transformarse en cultura y demanda un proceso pedagógico, además de la escuela formal de las instituciones, hace surgir un nuevo estado de conciencia y de conexión con la tierra y con todo lo que en ella vive.

La ternura vital, es sinónimo de cuidado esencial, la ternura es el afecto que devotamos a las personas y el cuidado que aplicamos a situaciones existenciales, es un conocimiento que va más allá de la razón. La ternura es el cuidado sin obsesión, incluye también el trabajo, no como mera producción utilitaria sino como obra que expresa la creatividad y la autorrealización de la persona. La ternura emerge del propio acto de existir con los otros, no existimos, co-existimos, convivimos, comulgamos con las realidades más inmediatas. La relación de ternura no envuelve angustia porque es libre, el entendimiento es la fuerza propia del corazón, es el deseo profundo de compartir caminos. Las angustias del otro son mis angustias, su suceso es mi suceso y su salvación o perdición también son mías.

La caricia esencial, constituye una de las expresiones máximas del cuidado. La caricia esencial es la que se transforma en una actitud, en un modo de ser que

cualifica la persona en su totalidad, en su psique, en el pensamiento, en la voluntad, en la interioridad, en las relaciones que establece. El órgano de la caricia es fundamentalmente la mano, la mano que toca, la que roza, la mano que establece relación, la mano que calienta, la que trae quietud, pero la mano no es simplemente mano, es la persona humana que a través de ella y en ella revela un modo de ser cariñoso. La caricia toca lo profundo del ser humano su centro personal. La caricia verdaderamente esencial tiene que llegar al yo profundo y no solo el ego superficial de la conciencia. “La caricia es una mano revestida de paciencia que toca sin herir y suelta para permitir la movilidad del ser con quien estamos en contacto”

La cordialidad fundamental, la justa medida, la ternura vital, la caricia esencial y la convivencia y la compasión son cualidades existenciales, son formas de estructuración del ser humano en aquello que lo hace humano, el cuidado con el corte de sus resonancias, es el artesano de nuestra humanidad. Eso también es válido para la cordialidad. Cuando hablamos de cordialidad como resonancia del cuidado pensamos en otra dirección, vemos el corazón como una dimensión del espíritu de finura, como la capacidad de captar la dimensión del valor presente en las personas y en las cosas..

La convivencia necesaria, el concepto de convivencia fue puesto en práctica por Iván Illich, uno de los grandes profetas latinoamericanos. Por medio de la convivencia,

intentó responder a las dos crisis de la actualidad: la crisis del proceso industrial y la crisis ecológica.

¿Que entendemos por convivencia? Es la capacidad de hacer convivir las dimensiones de producción y de cuidado, de afectividad y de compasión, de modelaje cuidadoso de todo lo que producimos, usando la creatividad, la libertad y la fantasía, la actitud para mantener el equilibrio multidimensional entre la sociedad y la naturaleza, su mutua pertenencia. Los valores humanos de la sensibilidad, del cuidado, de la convivencia y de la veneración imponen límites a la voracidad del poder, dominación, la producción y explotación.

La compasión radical, es la virtud personal de Buda, cuyo nombre real es Siddharta Gautama que vivió entre el siglo V-VI antes de nuestra era. La compasión se inserta dentro de la experiencia básica del budismo. Articulando dos movimientos diferentes pero complementarios: el desapego total del mundo mediante la inserción y el cuidado con el mundo mediante la comprensión. Por el desapego el ser humano se libera de la esclavitud del deseo de poseer y de acumulación, por el cuidado se religa al mundo, responsabilizándose por él.

La compasión no es un sentimiento menor de “piedad” para con el que sufre, no es pasiva sino activa. Compasión como la filología latina de la palabra lo sugiere, es la capacidad de compartir la pasión del otro con y en el otro, se trata de salir de su

propio círculo y entrar en la galaxia del otro en cuanto al otro para sufrir con él, siempre con él, caminar junto con él y construir la vida en sinergia con él.

### **Mayeroff, el Cuidado Ayuda al Otro a Crecer**

Mayeroff, M., filósofo norteamericano hace su enfoque del cuidado, desde la perspectiva del mundo, época en la que el hombre se encuentra en un proceso de desenvolvimiento de una nueva conciencia, la cual a pesar de su aparente cautiverio moral y espiritual puede un día erigir la raza humana por encima y lejos del miedo, de la ignorancia y del aislamiento que hoy lo cercan. En ese marco de perspectivas del mundo, Mayeroff plantea el cuidado del hombre en comunión con el universo.

El autor plantea el cuidado como una manera de ordenar la vida del hombre y de otros valores y actividades de ese hombre. Cuando este orden abarca su ser y su cuidado hay una estabilidad básica en la vida del hombre y el tiene “su lugar en el mundo” (47).

Mayeroff en su enfoque del cuidado lo hace desde dos ideas básicas. *El cuidado del hombre y su lugar en el mundo*. Al cuidar de otras personas entendemos que a través del cuidado el hombre vive el significado de su vida. Cuando se dice que el hombre siente voluntad de estar en cualquier lugar del mundo, en este decir lo que él siente es la voluntad, no por medio de la dominación sino por la justificación del juicio de estar cuidando y siendo cuidado: “cuidado” del ser y “su lugar”(47). Estos dos conceptos

proporcionan medios fuertes para meditar sobre la condición humana y nos pueden ayudar a comprender mejor nuestras propias vidas y el respeto por el hombre.

La concepción de cuidado en Mayeroff tiene un sentido muy amplio, basado en el crecimiento del que cuida y del que es cuidado, pero además, basado en el respeto de la vida del otro. No es un cuidado parasitario, de posesión ni de dominación, es que el cuidador sienta que el crecimiento del otro ocurre por sí mismo, que sea el mismo.

Para Mayeroff, esta actitud de cuidado se da en una relación donde el cuidador sienta el crecimiento de la persona cuidada como una interacción ligada a la sensación de su propio bienestar. Significa que para que se de ese crecimiento, debe verse el cuidado del otro como un convivir, como una coexistencia entre el que cuida y el que es cuidado. En el caso de la cotidianidad de la relación enfermera-paciente, es deshacerse de la relación de dominio del saber de la enfermera

En el cuidado del otro, yo no veo la necesidad de que el otro vea en mí una relación que me de poderes sobre él, que no me perciba como una persona poseedora de poder, por el contrario, quiero que me vea como una persona de confianza. Yo debo ver al otro como un ser que tiene sus propias potencialidades y necesidades de crecer.

En la concepción de Mayeroff, sobre el cuidado que ayuda al otro a crecer, no debe ser confundida con “ser dirigida por el otro”, pues esto se refiere a un tipo de

resignación en el que yo cuidador pierdo el contacto consigo mismo y con el otro. Cualquiera orientación debe ser dirigida por mi respeto a su integridad.

Mayeroff pone gran énfasis a la dedicación, es un elemento que puede estar o no estar presente, como si yo cuidase y también me dedicase. Cuando acaba la dedicación, acaba el cuidado. Es una especie de convergencia entre lo que yo siento que debo hacer y lo que yo quiero hacer. Esa forma de dedicación constituye el patrón básico del cuidado, y debe entenderse como ayudar al otro a crecer, viéndolo como una extensión de mi mismo, pero también, como un ser independiente con sus propias necesidades de crecer y que yo las siento como mi propia sensación de bienestar.

Mayeroff para resaltar el patrón básico del cuidado, habla en muchas ocasiones del cuidado del otro para aclarar que en cualquier circunstancia real del cuidado, siempre es alguien o alguna cosa específica que se cuida, puede ser el escritor que cuida una idea, el padre que cuida de su hijo, el maestro que cuida de su alumno, el cuidado de una comunidad o la enfermera que cuida del enfermo. Crecimiento para Mayeroff, es un concepto filosófico, es una forma de ver el cuidado como el vehículo que ayuda el crecimiento de una persona o de una idea, expresado así:

Ayudar a otra persona a crecer es por lo menos ayudarla a cuidar de alguna cosa o de alguien más allá de sí misma, implica darle coraje y ayudarla a descubrir y crear áreas propias de las cuales ella sea capaz de cuidar. Es también ayudar a otra persona a llegar a cuidar de sí misma a través del reconocimiento de su propia

necesidad de cuidar y de volverse responsable de su propia vida  
(47).

Mayeroff, dice se ayuda a crecer una idea filosófica como el “Cuidado” descubriendo y explorando sus características esenciales, cuando se esclarece su campo de aplicación y sus actividades por dispares que sean, siempre y cuando se demuestre que proporcionan cuidado. El “cuidar” se da cuando se revela sus relaciones con otros conceptos significativos como la confianza, honestidad y humanidad.

Principales componentes del cuidado según Mayeroff.

**Conocimiento:** conocer explícitamente e implícitamente, saber que algo es y saber hacer algo y conocer directamente e indirectamente alguna cosa. Para cuidar de otro, es preciso conocer principalmente quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones. Ese conocimiento tiene que ser general y específico, ambos conocimiento andan de las manos. Lo que conocemos de cuidar, lo conocemos de diferentes maneras, conocemos algunas cosas explícitamente y otras implícitamente. Si conocemos algo explícitamente somos capaces de traducirlo en palabras, y al contrario, conocer algo implícito, es ser incapaz de articularlo.

El cuidado incluye por lo tanto el conocimiento explícito e implícito; saber lo que es saber, así como el conocimiento directo e indirecto, todas las formas relacionadas con las diversas maneras de ayudar al otro a crecer.

**Ritmos alternados:** “No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo a cuanto alcanzan mis acciones, si ayude o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento para ayudar mejor al otro”.

Según Mayeroff, al hacer debe dársele un sentido más amplio y no solamente en sentido activo, como si yo estuviese siempre haciendo sobre el otro. Puede darse el caso en que yo no haga nada. Al cuidar de una persona, hay ocasiones que no nos proyectamos en una situación, no hago nada por esta o aquella solución, quiere decir, no hago nada. Cuando tomo esta actitud, veo a ver cuáles son los resultados y según esos resultados, cambio de comportamiento. En el caso del cuidado de la enfermera se dan los ritmos alternados, muchas veces, la enfermera no está haciendo nada sobre el enfermo, pero anda en otros quehaceres en algunos servicios o en la farmacia en la búsqueda de un medicamento o de algún material médico-quirúrgico que necesita esa persona.

**Paciencia:** es un componente del cuidado tan importante que yo dejo al otro crecer a su propio tiempo y a su propia manera. Con paciencia yo le doy tiempo de encontrarse a sí mismo. El hombre impaciente no da tiempo de nada, muchas veces

hace perder el tiempo al otro. Para Mayeroff, “Tener paciencia no es esperar pasivamente que acontezca alguna cosa, es más bien un modo de participar con el otro por el cual nos entregamos totalmente.”

La paciencia debe interpretarse en términos de tiempo y espacio. Oyendo con paciencia al hombre atormentado, estando presentes, a su lado le damos espacio para pensar y sentir. Podemos decir que el hombre paciente le da su espacio al otro para vivir, mientras que el hombre impaciente se lo restringe. La paciencia incluye la tolerancia en cierto grado, al ser paciente con el otro, yo debo ser tolerante conmigo mismo. Debo darme la oportunidad de aprender, de observar y descubrir tanto al otro como a mí mismo.

**Sinceridad:** debe estar presente en el cuidado como algo positivo y no como una cuestión de no engañar deliberadamente a los otros. Al cuidar del otro debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese o como yo siento que debe ser. Si voy a ayudar al otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades. Ver al otro como él es y verme como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado. Debo ser auténtico al cuidar de otro, debo “parecer auténtico”. No debe haber diferencia entre mi modo de hacer y lo que realmente siento.

**Confianza:** al cuidar de otra persona yo confío en que ella va a errar y va a aprender de sus errores. Al descubrir que esa persona confía en mí, tengo a esa persona como su propio medio para cuidarse en el sentido de justificar su confianza, de confiar en sí misma para crecer. La confianza en el crecimiento del otro no es indiscriminada, se fundamenta en la promoción activa de aquellas condiciones que garanticen tal confianza. Al confiar en el otro, debo confiar también en mi propia capacidad de cuidar. Es preciso confiar en mis criterios y en mi capacidad de aprender de mis errores, debo confiar en mis instintos.

**La humildad:** en el cuidado la humildad se presenta de diversas maneras, en el cuidado del otro siempre hay algo que aprender. El hombre que cuida es sinceramente humilde, se dispone a aprender más sobre el otro, sobre sí mismo y sobre todo aquello del cuidado. Una actitud de no tener más nada que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también se demuestra al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es privilegiado de alguna forma, lo que es significativo, no es si mi cuidado es más importante que el suyo, sino que el hombre sea capaz de cuidar y que tenga algo que cuidar.

Humildad significa también superar la pretensión, debo ser capaz de presentarme como soy, sin exhibicionismo ni falsas modestias, sin aparentar y disimular. Por medio del cuidado alcanzo una validación más verdadera tanto de mis limitaciones

como de mis poderes, mis limitaciones no son motivo de resentimiento ni de exaltación y puedo sentir orgullo cuando utilizo con éxito mis poderes

**La esperanza:**significa para Mayeroff, que el otro crezca a través del cuidado, la cual es más genérica que la esperanza como expectativa determinada, es semejante en algunos aspectos.La esperanza no debe ser confundida con esperanzas irrealizables. La esperanza como expresión de un presente lleno de posibilidades hace revivir las energías y activa nuestros poderes, no en una espera pasiva de algo que va a ocurrir de afuera hacia dentro, es la esperanza de la realización del otro a través de mi cuidado.

**El coraje:**debe estar presente en el cuidado, metafóricamente lo presenta como un acompañante a un viaje a lo desconocido, porque no sabemos con qué situaciones nos podemos encontrar, no obstante hay que afrontarlas con coraje. La investidura de coraje no es a ciegas, siempre está orientado por las experiencias pasadas y es sensible al presente.

### **Teoría del Cuidado Humano de Watson J.**

La teoría del cuidado humano de Watson, destacada teórica contemporánea de enfermería,tiene sus soportes en los trabajos de Nightingale, Henderson, Krueter y Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow. Atribuye su interés a las cualidades interpersonales y transpersonales de congruencia, empatía y afecto a las opiniones de

Carl Rogers. La Dra Watson considera que el estudio de las Humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, de allí que se le considera pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias(7).

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial–fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y éticode la enfermería, para ella, el cuidado humano es una relación terapéuticabásica entre los seres humanos relacional, transpersonal e intersubjetivo. Todo esto le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas,conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería.

**Premisa 1.** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinarsu orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

**Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión se ha logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es

definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

**Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.

El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.

El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.

El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.

Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.

Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.

La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo Fenomenológico.(7).

### **Meta paradigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Watson.**

**Persona.** Watson desde la mirada existencialista, considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente–cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *gestalt*, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería (7).

**Medio ambiente.** Es la realidad objetiva y externa, además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

**Salud.** De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado” (7)

**Enfermería.** La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos

sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”(7)

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación.

### **Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Watson.**

Los conceptos de la teoría de Jean Watson son cuatro: Interacción enfermera-paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado.

**Interacción enfermera-paciente.** Para Watson el ideal moral de Enfermería es la preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. La dimensión intersubjetiva del cuidado responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimiento del proceso cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en

la relación de cuidado. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas con dimensión transpersonal (enfermera-paciente).

**Campo fenomenológico.** El cuidado se inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (realidad subjetiva de la persona compuesta en su totalidad por la experiencia humana) lo cual responde a la condición humana del ser paciente (espíritu, alma) de la manera que el paciente expone sus sentimientos.

**Relación de cuidado transpersonal.** El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. Esta trascendencia permite a la enfermera y al paciente entrar en el campo fenomenológico del otro. Para Watson la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por proteger y realzar la condición humana de la persona.

El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado no puede reducir a la persona al estado moral de un objeto. Esta relación describe como la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona cuidada como de la enfermera y la mutualidad entre los dos individuos, fundamental en la relación en la búsqueda del significado para la trascendencia espiritual del sufrimiento.

El termino transpersonal quiere decir ir más allá del propio ego y del propio aquí y ahora, permite alcanzar conexiones espirituales profundas en la promoción de la comodidad y curación del paciente. El objetivo de una relación transpersonal del cuidado responde a proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta un reconocimiento de la dimensión espiritual y una profunda creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. La ayuda a las personas para conseguir autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto curación independientemente de la condición externa de salud.

**Momento del cuidado.** Según la autora, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de vivir juntos una transacción humana humano(7).

Según Watson el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y

sentido/significado de las percepciones de uno mismo, todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado. Insiste en que la enfermera como dador de cuidado también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y autentica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, permite el descubrimiento de sí mismo, estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, capacidad para el crecimiento y el cambio, respeto y aprecio por la vida de la persona humana, libertad de decidir y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre la enfermera y el paciente. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de cuidado de la Dra Watson, utilizados por las enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el “fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia”. Watson expone en su primer libro, Nursing. The Philosophy and Science of Caring los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería. (7)

El cuidado solo se puede demostrar y practicar eficazmente en forma interpersonal.

El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.

El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.

Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no solo por lo que son, sino por lo que pueden llegar a ser.

Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes, a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.

El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y de la conducta humana para producir y promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación. El cuidado es el eje central de la enfermería.

## **CAPITULO III**

### **ABORDANDO EL REFERENCIAL TEORICO METODOLOGICO**

#### **Preliminar.**

En este capítulo abordaremos los aspectos de la vía metodológica seguida, en el trabajo de investigación, el cual se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, porque estudia la realidad en su contexto natural tal y como suceden los hechos, intentando darle sentido e interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que le asignan las personas implicadas. Lo cual es de un aporte valioso para el desarrollo de la formación en enfermería.

Además, que involucra la utilización y recogida de una gran cantidad de información, variedad de materiales, entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas, de acuerdo al objeto de estudio(48).

Al respecto Minayo, argumenta que la investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa por las ciencias sociales y la realidad que no puede ser cuantificada, responde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos de los fenómenos, que no pueden ser reducidos a una Operacionalización de variables

(49).El estudio se abordó en profundidad para poder contemplar los subjetivos–mentales (la percepción) que tienen las enfermeras y las usuarias del cuidado que ofrecen y quereciben en el área de obstetricia, servicios de: consulta prenatal, sala de parto y hospitalización de púerperas, para a través de sus manifestaciones, caracterizar la percepción que ellas le asignan al cuidado humano, como protagonistas principales de este estudio.

Esta investigación tiene como fin dar respuesta al propósito del estudio titulado construir un: **Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería**, que contribuya a incentivar, sensibilizar, fortalecer y asumir en la práctica de enfermería el cuidado humanizado en el control prenatal, parto y puerperio como antesala para preparar a la mujer a comprender y vivir el proceso como un acto natural humanizado y fisiológico.

Para tal fin nos decidimos por seguir la orientación filosófica del Interaccionismo Simbólico (IS), el cual es una corriente filosófica o una perspectiva de ciencia formada por un conjunto de ideas sobre la naturaleza de las personas y la sociedad, como el centro de la interacción humana. Esta corriente sostiene que a través del proceso de interacción es que los seres humanos forman los significados.

Para procesar la información, utilizamos el método Teoría Fundamentada en los Datos y como técnica de recolección la entrevista en profundidad y la observación

interpretativa. Para comprender la acción de cuidar de la mujer gestante, parto y puerperio como fenómeno en estudio, decidimos seguir el método interpretativo ya que se trata de comprender el significado de las experiencias vividas de acuerdo a lo que las personas piensan, dicen y hacen. Para ello dedicamos todo un esfuerzo en obtener la información cara a cara de un grupo de gestantes que acuden a la consulta prenatal, sala de parto y sala de hospitalización de puerperio y enfermeras que trabajan en esas unidades del área de Gineco-obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, del municipio Heres de Ciudad Bolívar.

### **Referencial epistemológico:**

#### **Interaccionismo Simbolico.**

A fin de conocer las orientaciones filosóficas del Interaccionismo Simbólico, iremos a su origen para entender algunas ideas de sus pensadores y su influencia en el desenvolvimiento del mismo. Su origen está fundamentado en el pragmatismo, un movimiento filosófico que surgió a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX y que influyó profundamente la sociología de la escuela de Chicago.(50).

Dentro de este llamado pragmatismo anglo-norteamericano están las ideas de pensadores como John Dewey, Charles Peirce, William James, William Thomas, pero quien ejerció gran influencia y lo desarrolló principalmente fue George Herbert Mead, quien presenta una amplia perspectiva en las teorías. Entre otros autores que contribuyeron, aunque en menor grado a su fundamentación están: Charles Horton Cooley y F. Znanieck.

Los alumnos de Mead, entre ellos Herbert Blumer, vertieron la “tradicción oral” para construir su obra *Mind, Self and Society*, publicado en 1934 después de su muerte en 1931, y traducida como: *Espíritu, persona y Sociedad*. Herbert Blumer, es el representante del interaccionismo simbólico tradicional, fue Blumer quien le asignó el nombre de Interaccionismo Simbólico en 1937 y quien hizo una de las mejores interpretaciones e integración de sus ideas escritas, dando así una explicación teórica y empírica de la obra de Mead(50). El núcleo de IS se encuentra principalmente en la obra de Mead y Blumer.

El Interaccionismo Simbólico subraya la naturaleza simbólica de la vida social: las significaciones sociales deben ser consideradas como producidas por las actividades interactuantes de los actores. Surge al interior de la corriente sociológica, donde Mead en sus ideas dio siempre prioridad al mundo social para comprender la experiencia social y explicar la conducta del individuo en términos de la conducta organizada del grupo social.

Para Mead el individuo consciente y pensante es lógicamente imposible sin un grupo social que le preceda. Para él la “actividad más primitiva” de su teoría, es la base de donde emergen todos los demás aspectos de su análisis, de donde surge el “significado de acción”, considera a las personas actores sociales. Señala que el gesto vocal cumple la función de medio para la organización social de la sociedad humana (50).

Mead afirma que un símbolo significativo es una suerte de gesto vocal que

solo los humanos son capaces de realizar(50). Los gestos se convierten en símbolos significantes cuando surgen de un individuo para que constituya el mismo tipo de respuesta que se supone provocará en aquellas personas a quienes se dirige. Solo logramos comunicarnos cuando empleamos símbolos significantes: El conjunto de gestos vocales que tiene mayor probabilidad de significado en la experiencia de un primer individuo y que también evoca ese significado a convertirse en símbolos significantes es el lenguaje, un símbolo que responde a un segundo individuo, es un símbolo significativo. Cuando el gesto llega a esa situación se ha convertido en lo que llamamos “lenguaje”. El lenguaje implica la comunicación tanto de gestos como de sus significados.

El símbolo es utilizado para pensar, comunicar, representar y es un símbolo cuando posee significado e intencionalidad, pueden ser descritos a través del uso de las palabras o el lenguaje; por medio del lenguaje es que el ser humano se integra a la sociedad, creando una interdependencia entre sus miembros.

El lenguaje es un gran sistema de símbolos, donde las palabras hacen posibles todos los demás símbolos. Los actos, los objetos y las mismas palabras tienen significado solo porque pueden ser descritos por las mismas palabras. La interacción humana, por lo tanto, es mediada por el uso de los símbolos, por su interpretación del significado de una acción con otra, o sea, que la acción humana se constituye con base a los significados que la persona le atribuye a través del proceso interpretativo.

En enfermería los símbolos se manifiestan en normas y procedimientos que la enfermera pone en práctica a través de sus palabras y acciones para preservar la integridad de las personas cuidadas y su red de relaciones con los demás miembros del equipo de salud.

Para Blumer, la esencia de la sociedad se busca en los actores y en la acción: “la sociedad humana ha de considerarse como un conjunto de personas que actúa”. Los significados comúnmente aceptados son el proceso social, la vida grupal, es lo que crea y mantiene las normas, y no las normas las que crean y mantienen la vida grupal.

El interés primordial de los Interaccionistas Simbólicos está centrado en la influencia de los significados y de los símbolos sobre la acción e interacción humana. La acción social es aquella en la que el individuo “actúa teniendo en cuenta a los otros”.(50)

Blumer, desarrolló un conjunto de ideas básicas sobre la sociedad y la conducta humana, denominadas “raíces” que constituyen la estructura de la naturaleza de los siguientes elementos: sociedad o grupo humano, interacción social, objeto, ser humano como actor, acción humana e interacción.(50)

Principios básicos del interaccionismo simbólico:

- Los seres humanos están dotados de la capacidad de pensamiento.
- La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
- En la interacción social las personas aprenden significados y símbolos que le permiten ejercer su capacidad de pensamiento humano.
- Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y símbolos que usan

en la acción e interacción de acuerdo a la interpretación de la situación.

-Las personas son capaces de introducir estas modificaciones debido a su capacidad para interactuar consigo mismas, lo cual le permite examinar los posibles cursos de la acción, valorar sus ventajas y desventajas, para luego elegir.

### **Teoría Fundamentada en los Datos.**

La teoría fundamentada es una metodología para descubrir teorías que dormitan en los datos” Straus y Glaser y Strauss.A, desarrollaron la Teoría Fundamentada como un método de investigación proveniente del interaccionismo simbólico y como un método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social, con una base empírica.

En la Teoría Fundamentada en los Datos es muy importante tener claro ciertos conceptos para comprender el procedimiento del método. El método empleado comprende un conjunto de procedimientos que tengan como punto principal el análisis comparativo(51). Los siguientes conceptos son los que sus autores recomiendan:

### **La interrogante de investigación**

El objetivo principal de este método es generar teoría, para eso se necesita de una interrogante de investigación que de flexibilidad y libertad para explorar el fenómeno.

En nuestro caso concreto ¿Que percepción tienen las enfermeras y la mujer gestante del cuidado del embarazo, parto y puerperio del área de obstetricia? Con esa y otras

interrogantes avanzamos hacia la focalización del tema: Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería.

Strauss y Corbin (52) dicen, la cuestión inicial es amplia, y se va haciendo progresivamente más focalizada a medida que los conceptos y sus relaciones van siendo descubiertos a través del proceso de investigación. Para los autores la cuestión de investigación para un estudio es una declaración que identifica el fenómeno a ser estudiado y lo que se quiere focalizar o conocer sobre el objeto de estudio. Para ellos el investigador no comienza con una teoría, en vez de eso, comienza con un área de estudio que emerge o que es relevante para esa área, teniendo como principal característica el análisis comparativo y constante de los datos.

En palabras de Glaser: en la TF “todo es datos”. Su entendimiento no es solamente “lo que está siendo, ni cómo se está haciendo, ni de las condiciones en que se dice lo que se está haciendo, sino de todos los datos que circundan alrededor de lo que está siendo dicho”(51).

### **El muestreo teórico.**

Uno de los elementos esenciales en el proceso de construcción de la teoría es el muestreo teórico. En la Teoría Fundamentada en los Datos, la muestra es definida teóricamente. Consiste en tener una muestra basada en los conceptos que tienen relevancia teórica para la teoría que está siendo desarrollada. La relevancia teórica indica que ciertos conceptos son considerados significantes porque ellos están repetidamente presentes.

El interés está en reunir los datos para el análisis comparativo y en ayudar a descubrir las categorías relevantes. El muestreo teórico es acumulativo y aumenta en profundidad en la medida en que los conceptos y relaciones son acumulados a través de los procedimientos de levantamiento y análisis de los datos. Parte de la generación de categorías en un área más amplia para la concentración, densidad y saturación de las categorías.

El muestreo teórico lo inicia el investigador con la entrevista de los informantes, orientado por sus objetivos, simultáneamente a esta etapa se inicia la codificación de los datos para identificar lagunas que son utilizadas para orientar la recolección de datos adicionales que permitan desarrollar teóricamente las categorías. El muestreo teórico de cualquier categoría termina cuando se alcanza el principio de **saturación teórica**. Una categoría se considera saturada cuando ningún dato nuevo es relevante.

Cuando se construye una teoría la regla general es reunir la información hasta que cada categoría esté saturada, significa que no pueda surgir ningún dato nuevo relacionado con una categoría que se considera saturada, en otras palabras, que no aporta un nuevo conocimiento en relación con esa categoría, que esté bien desarrollada en términos de dimensiones y propiedades. Por último que las relaciones entre categorías estén bien establecidas y validadas.

Según Bertaux D, la amplitud de la muestra alcanza una cantidad mínima de unidades según procedimientos rigurosos, basados en el principio del punto de saturación. El

punto de saturación es la metodología que facilita operativamente la determinación del tamaño de la muestra cualitativa. (53)

### **El método de recolección de datos:**

Es otro elemento imprescindible, el muestreo es un proceso de recolección de datos para generar la teoría en la cual el investigador recolecta, codifica y analiza los datos que están emergiendo. El objetivo del muestreo teórico es maximizar las oportunidades de los eventos, incidentes o sucesos para determinar como una categoría varia en términos de propiedades y dimensiones. A lo largo del proceso el investigador decide previamente cuantos informantes serán su muestra, pudiendo haber modificaciones de los planes iniciales.(52).

La recolección de la información se hace a través de las técnicas de entrevista cualitativa en profundidad y observación interpretativa. Las entrevistas grabadas son transcritas inmediatamente como notas de campo, se hace un análisis comparativo constante y se procede al muestreo teórico cíclico hasta la saturación de categorías y descripciones para redactar la teoría. El muestreo es determinado por el propósito del estudio y por la relevancia teórica del dato.

### **El Análisis Comparativo de los Datos.**

El análisis comparativo es esencial para generar una teoría fundamentada en los datos. Consiste en comparar incidente con incidente, incidente con categoría,

categoría con categoría, así como patrones de comportamiento entre los grupos, distinguiendo similitudes y diferencias.

La codificación es el proceso central por el cual las teorías son construidas. Los procedimientos de codificación envuelven un desmembramiento del todo en sus partes, el análisis, la comparación y la categorización de los datos. Para Strauss y Corbin, la codificación comprende un conjunto de operaciones realizadas para analizar los datos que se distinguen en tres tipos: abierta, axial y selectiva.

**La codificación abierta** es el primer paso analítico y consiste en un proceso de separar, examinar, comparar y conceptualizar los datos. Durante la codificación abierta, los datos brutos son separados en líneas, oraciones o párrafos. Enseguida, son examinados y comparados por similitudes y diferencias. Para cada incidente o evento es dado un nombre, formando los códigos conceptuales para ser agrupados y formar las categorías.

**La codificación axial** es formada por un conjunto de procedimientos por el cual los datos son agrupados de nuevas maneras a través de la conexión entre las categorías. Las relaciones entre las categorías componen un modelo que Strauss y Corbin denominan el paradigma modelo o modelo del paradigma.

**La codificación selectiva**, este es un proceso de integrar y refinar las categorías. La integración es una interacción entre la información y el analista. El objetivo de esta es decidir una categoría central que representa el tema central de la investigación (idea

central) o fenómeno alrededor del cual todas las otras categorías están integradas, y aunque ella se desarrolla de la investigación, también es una abstracción(52).

El investigador simultáneamente codifica y analiza los datos con el fin de desarrollar conceptos; al comparar continuamente los incidentes específicos de los datos, refina estos conceptos, identifica sus propiedades, explora las relaciones de unos con otros y los integra en una teoría coherente.

### **Referencial metodológico**

Estudiar a profundidad el problema que hemos planteado, tiene como propósito construir un: **Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería**, que contribuya a fortalecer y humanizar la práctica profesional, como el objeto material de Enfermería e incentivar a la mujer gestante a asistir al control prenatal como antesala para prepararse y decidirse a tener a su hijo por parto natural en aras de vivir y experimentar un puerperio fisiológico, enmarcado dentro del paradigma cualitativo interpretativo con énfasis e interés por el significado que la enfermera y la mujer gestante le asignan al cuidado de la embarazada, parto y puerperio.

### **Contexto de la investigación.**

El contexto de la investigación fueron los servicios de consulta prenatal, salas de parto y puerperio del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez del Municipio Heres de Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Este Complejo Hospitalario Universitario es un

hospital tipo IV, adscrito al Ministerio del Poder Popular de Salud y brinda todos los servicios de salud propios de su clasificación. Tiene una capacidad operativa de 470 camas, con un radio de influencia de todo el Estado Bolívar y las poblaciones vecinas de los Estados Anzoátegui, Monagas, Delta Amacuro, y Amazonas. Así como, centro de estudio y formación de las carreras de Medicina, Bioanálisis y Enfermería, en sus niveles de pre y postgrado de 6 universidades, entre autónomas y experimentales. Las Unidades Clínicas de que dispone el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez” son: Emergencia de adultos y pediátricos, Departamento de Medicina, Cirugía Pediátrica y de Adulto, Ginecobstetricia, Pediatría, Neonatología, Oncología, Unidad de Cuidados Intensivos, Coronarios y Quemados, Laboratorio, Imagenología, Banco de sangre y de Leche.(54)

### **Aspectos éticos.**

En el estudio se respetaron los aspectos éticos porque el riesgo que corren los participantes: enfermeras y mujeres gestantes es mínimo o ninguno y de ser identificado lo contrario, puede ser suspendido.

Los participantes recibieron información sobre los objetivos del estudio. Su participación será voluntaria y pueden retirarse en el momento deseado.

En el consentimiento informado se garantiza la confidencialidad de la información. En la misma se informa que no tendrán ningún beneficio económico directo, aparte de querer compartir sus experiencias en la investigación para optimizar la calidad del cuidado de la mujer gestante. (Anexo1)

Se solicito autorización verbal a las instancias pertinentes como de la Dirección docencia del Hospital y del Departamento de Enfermería.

### **Criterios de selección.**

Enfermeras con cargo de 3 años mínimos en el área de gineco-obstetricia del hospital (anexo 2)

Mujer gestante que asista a la consulta prenatal decidida a parir en ese hospital (anexo 3)

Que ambas expresen la voluntad de participar en la investigación.

Técnicas de recolección de la información.

### **Entrevista en profundidad**

La entrevista en profundidad es un método de investigación cualitativa. Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

En nuestro caso, la muestra fue definida teóricamente, tal como lo indica el método de la teoría fundamentada en los datos, utilizando la técnica de entrevista a profundidad. Hacer un muestreo teórico significa que está basada en los conceptos que tienen relevancia para la teoría que está emergiendo. Este se lleva a cabo habitualmente en el contexto de una teorización, la relevancia teórica indica que ciertos conceptos son considerados significantes porque ellos están repetidamente presentes. Según Glaser y Strauss (51), el muestreo teórico es un proceso de recolectar datos para generar teoría. El muestreo teórico de cualquier categoría termina cuando se alcanza el principio de saturación. En tal sentido, una categoría se considera saturada, cuando ningún dato nuevo es relevante.

#### **Vía para la recolección de la información.**

Se realizaron visitas formales al hospital en búsqueda de mujeres gestantes en la consultaprenataly hospitalizadas en pre-parto, parto y puerperio del servicio de Gineco-obstetricia y enfermeras informantes clave de la misma área, ambas que hayan expresado su voluntad de participar en esta investigación.

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA DE ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

#### **Camino metodológico.**

La metodología seleccionada para lograr el propósito y objetivos de esta investigación es la metodología cualitativa, esta permite conocer y comprender la realidad de los fenómenos complejos y cambiantes como los relacionados al cuidado de la salud, específicamente con la percepción que tienen las enfermeras y gestantes del cuidado humanizado en el área de obstetricia.

Autores como Taylor y Bogdan definen la metodología cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos en las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable”

Según Strauss y Corbin. La metodología cualitativa es un tipo de investigación que produce hallazgos a los cuales no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Puede referirse a la vida de las personas, experiencias vividas, comportamientos, emociones y sentimientos, donde la mayor parte del análisis es interpretativo (52).

La ruta metodológica desarrollada hasta aquí, ha sido ardua y compleja, ha requerido de un gran esfuerzo intelectual, emocional, físico y económico de mi parte; sin embargo, también ha representado un crecimiento muy valioso para mí, tanto en lo personal, en lo profesional y como investigadora, adquiriendo experiencia y permeándome el proceso de recolección, análisis, interpretación y discusión de los datos.

#### **Procedimiento para iniciar la investigación y la recolección de datos:**

Para iniciar la investigación y la consecuente recolección de datos solicité y obtuve la autorización verbal de la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital y del Departamento de Enfermería del Instituto de Salud.

Una vez aprobada la autorización para la realización de la investigación, se hizo del conocimiento de la misma a los diferentes departamentos del hospital, reforzada por mi propia explicación verbal para el conocimiento de mi presencia en el hospital, los departamentos fueron: Dirección, Jefe del servicio de Obstetricia, Coordinación de Enfermería de Obstetricia.

Antes de iniciar las entrevistas se realizó una visita informativa buscando captar los informantes claves, las que expresaron su voluntad de participar en el estudio, se les solicitó dar su consentimiento informado, el cual firmaron estar de acuerdo. (Anexo 1)

Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la entrevista a profundidad y la observación interpretativa.

Una vez firmado el consentimiento informado (Anexo1) y habiendo fijado el acuerdo negociado del día y la hora del encuentro, comencé a realizar las entrevistas, partiendo de preguntas generadas en base al propósito y a los objetivos específicos de la investigación. Las entrevistas tuvieron un intervalo de duración entre 25 a 30 minutos y todas fueron grabadas con consentimiento de los informantes en un teléfono que posee la aplicación de grabadora. Dichas grabaciones fueron transcritas por la propia investigadora, empleando el programa Microsoft Word y guardadas en su aplicación original en el computador de la investigadora. Estas entrevistas fueron reproducidas a doble tenor: una para la investigadora y otra para que el informante leyera si estaba o no de acuerdo con su contenido.

Posteriormente, en las siguientes visitas formales a través de la técnica entrevista en profundidad comencé con el muestreo teórico de acuerdo a los conceptos que fueron surgiendo de la codificación preliminar, iniciando con los códigos preliminares de los datos en bruto, luego con los códigos conceptuales, por último comencé la construcción de categorías.

El análisis se desarrolló simultáneamente en un formato elaborado para la codificación abierta de categorías, según los criterios y procedimientos.

Como sabemos, el análisis comenzó abriendo el texto de las primeras entrevistas, **codificación abierta, con el método de comparación constante**, acompañada de

memos y libreta de notas de la investigadora, tratando de encontrar conceptos que me permitieran comenzar la codificación y posterior categorización.

La información fue examinada línea por línea tratando de encontrarle sentido a las oraciones. Las categorías surgieron de la información en bruto, después de haber hecho varias lecturas y procesos de depuración, a través de la **comparación constante** en base a las similitudes y diferencias.

### **Reducción de la información.**

La reducción, es un proceso indispensable que facilita la elaboración de conceptos para la categorización, es el momento en que se comparan las categorías en el sentido de identificar correlaciones y eslabones entre ellas. Para efectuar ese proceso se tomó como base los datos recolectados en las primeras entrevistas y los nuevos que fueron llegando. Se buscó así, descubrir aquellas categorías que de hecho fueron más significativas, lo cual trajo como efecto, la inevitable y necesaria reducción de la información.

Las palabras claves expresadas por los informantes fueron codificadas, y comparadas con la información recolectada en la entrevista anterior. De hecho, muchas de las subcategorías se denominan con códigos en vivo. Productos de la codificación **abierta y axial** en el **análisis comparativo**, surgieron los conceptos; estos fueron analizados y comparados para observar las similitudes y diferencias y con base a estos dos aspectos, fueron agrupados para construir las categorías definitivas.

## **Categorías encontradas**

En el proceso de análisis e interpretación surgieron (9) categorías cuyos resultados se organizaron de la siguiente manera para ser presentados:

### **CATEGORIA 1: EL CUIDADO DESDE LA PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS**

De esta categoría surgieron dos subcategorías.

#### **El mejor cuidado es el buen trato**

Cuando se les pregunto a las enfermeras que percepción tienes tu del cuidado en el área de obstetricia? ellas respondieron así:

*Como enfermera puedo decir que cuidado es todo aquello que uno pueda darle al paciente con amor y esmero...nuestro saber, conocimiento, cariño, respeto, responsabilidad y buen trato. Creo que el buen trato es lo más importante que se le puede dar al paciente. Solo con hablar con el paciente, se cura.(Mirri), es atención directa a un individuo, basando todos nuestros cuidados en la parte afectiva, emocional, física y social, porque si nos enfocamos solamente en la patología, ellos muchas veces tienen necesidades psicológicas y sociales. (Marro)*

Lo opuesto al descuido o a la desconsideración, es el cuidado. Cuidar es más que un acto, es una actitud, por lo tanto abarca más que un momento de atención, de celo o de desvelo. Representa una actitud de ocupación y preocupación, de responsabilidad y de involucramiento con el otro.

De acuerdo con la fenomenología, la percepción es una modalidad original de la conciencia, toda percepción se presenta dentro de cierto horizonte y en el mundo.

El concepto percepción de cuidado, es definido “como el proceso mental mediante el cual, el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado”, lo cual está relacionado con el cuidado genuino y simultáneo citado por Watson, que permite al paciente y enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea, lo cual conlleva al conocimiento(55).

Para las enfermeras del estudio, la percepción del cuidado es muy variada y puede considerarse lógico, pues cada persona tiene su visión del mundo. Para alguien del grupo (Mirri), consiste en tener saber y conocimiento, la forma de dar el cuidado, que la enfermera sienta y sepa lo que quiere hacer, expresa que el cuidado debe hacerse con conocimiento, con cariño, con respeto y responsabilidad para que la persona cuidada esté satisfecha y perciba que la está cuidando con amor y con esmero. El esmero es la dedicación y el cuidado que una persona pone para llevar a cabo una acción exitosa. Cuando alguien actúa con esmero, lo hace buscando la

perfección para minimizar la posibilidad de cometer errores. Es poner sumo cuidado en el cumplimiento de las obligaciones **(56)**.

Además de todos los adjetivos que ella le da al cuidado, hay uno que destaca cuando expresa: *Creo que el buen trato es lo más importante que se le puede dar al paciente. Solo con hablar con el paciente, se cura*(Mirri). Sin embargo, al analizar el cuidado según lo expresado por la entrevistada en sus primeras palabras, consiste en lo que podemos llamar cuidado de forma simultánea **(57)**. Es todo aquello que la enfermera y otras personas pueden hacer porque son parte del sistema de interacción. Cada momento del cuidado es único e irrepetible y la enfermera aprende a fluir cada día en la experiencia de salud con cada ser humano, de acuerdo al ambiente.. Nótese que ella destaca en ese todo que puede darle al paciente, que el buen trato es el cuidado más importante que ella puede brindar para su curación y generar la confianza mutua.

El concepto de buen trato se refiere a la acción y efecto de tratar. Este verbo tiene diversas acepciones, como proceder con una persona ya sea de obra o de palabra o la relación con un individuo. Es la experiencia y habilidad en la vida social para saber atraer a las personas **(58)**.

A la interpretación puede entenderse el trato como la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona, en este caso, enfermera- persona cuidada o con un grupo de sujetos. En esta expresión de la enfermera, se interpreta que en su interacción con el paciente es una persona sensible y comunicativa, lo cual es fundamental en el cuidado.

El buen trato, de todas formas, no solo se expresa a través de palabras sino también puede advertirse en el contacto físico **(58)** (un beso, un abrazo, un apretón de manos, una palmada en el hombro) o en actitudes (prestar atención cuando habla otra persona, dejar pasar a una embarazada en una fila, recoger un papel que se le cayó a un anciano y devolvérselo)

Al decir de Boff, el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Estamos ante una actitud fundamental donde la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Por su propia naturaleza, el cuidado encierra dos significados básicos ligados entre sí. El primero, la solicitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Y, en segundo lugar, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro **(4)**.

Debe entenderse que para iniciar una relación interpersonal de buen trato como lo expresa la entrevistada, el eje que la conduce es la comunicación. La comunicación en general, es estar en contacto unas personas con otras, de tratar unas con otras.

La comunicación humana se ha definido como la “generación y transmisión de significado”. Se trata de una interacción dinámica entre dos o más personas en la que se intercambian metas, ideas, creencias y valores, sentimientos y “sentimientos acerca de los sentimientos” **(59)**. Muy de nuestro interés es la comunicación interpersonal, la cual es la forma de comunicación más importante para el hombre. Desde pequeños comenzamos a formar parte de ella, las primeras relaciones que establecemos son de

tipo afectivo (cuidadores), al inicio de nuestras vidas no tenemos un lenguaje estructurado, la comunicación no verbal nos permite establecer estas primeras relaciones de tipo interpersonal.

La vida de los seres humanos se manifiesta a través de relaciones entre semejantes, estas se desarrollan en el seno de grupos e instituciones. El hombre como ser social está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no. Estas van a jugar un rol importante en la actividad humana y están mediadas por la comunicación. Watson, afirma que la comunicación terapéutica es la vía por la cual se lleva a cabo el propósito de la enfermera, que consiste en asistir a un individuo o familia a prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento que ésta genera. En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería eficiente y eficaz.

A la luz de la interpretación de lo expresado por la entrevistada, las enfermeras de hoy, tienen la oportunidad y la autonomía profesional de cumplir objetivos de competencia mediante herramientas de cuidado esencial para dar seguridad, proteger la salud física, psicológica y espiritual, en aras de evitar complicaciones para el paciente.

Al respecto la teoría de Travelbee propone que la enfermería se lleva a cabo a través de la relación persona a persona, donde se refiere a la relación enfermera-paciente, considera que la relación persona-persona es ante todo una experiencia o serie de

experiencias que vive la enfermera y el receptor de los cuidados (paciente), Travelbee se refiere a seres humanos que necesitan asistencia. La principal característica es que satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los pacientes y sus familiares **(60)**.

Mostrar comportamientos de cuidado que generen empatía, confianza, y socialización, con acciones basadas en conocimientos, su pericia en la comunicación, orientación, información, educación al paciente, son indispensables para manejar con arte, más allá de la técnica y del conocimiento un contexto de cuidado integral que respeta la dignidad humana de la persona.

Los componentes del modelo de relaciones de Travelbee son:

**Encuentro original:** primeras impresiones que recibe la enfermera del paciente y viceversa.

**Revelación de identidades:** la enfermera y el paciente empiezan a verse mutuamente como individuos únicos.

**Empatía:** Se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona.

**Simpatía:** Esta va más allá de la empatía y se produce cuando la enfermera desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente, se adquiere una implicación personal que permite tomar decisiones eficaces.

**Compenetración:** Esta fase se determina por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento del enfermo. La enfermera y el paciente se relacionan como seres humanos y este último deposita su confianza y su fe en aquélla.

Para Travelbee, la relación enfermera-paciente es una relación persona a persona, con la intención de auxiliar a la persona en la comprensión del dolor y sufrimiento vivido **(60)**. Vemos en la relación enfermera-paciente las personas en acción, es una relación de satisfacer las necesidades del paciente, donde la enfermera escoge los métodos eficaces de ayuda, envolviendo no solo a la persona enferma, sino todo lo que le rodea.

En relación a la responsabilidad que también la entrevistada la menciona en su discurso como un ingrediente del cuidado, podemos decir que la responsabilidad en su acepción más sencilla es sinónimo de obligación, así lo emplea Florence Nightingale en sus escritos. La responsabilidad sigue conservando su significado original de obligación, aunque se le ha asignado una nueva dimensión como la capacidad de responder, necesidad de ofrecer respuestas y explicaciones a otras personas; esta capacidad de responder puede referirse al público, a otros miembros de su profesión, a la institución en la que trabajamos, y a unomismo**(60)**. En nuestro caso, la entrevistada se está refiriendo a la embarazada como usuaria y como público a la vez; y a ella misma como profesional cuando dice: *todo aquello que uno pueda darle al paciente con amor y esmero...nuestro saber, conocimiento, cariño, respeto, responsabilidad, buen trato.*(Marri)

Al respecto la American Nurse's Association en su Código para las Enfermeras afirma: esta responsabilidad se refiere a la capacidad de responder a alguien por algo que hemos hecho. Significa dar una explicación a uno mismo, al usuario, a la institución que lo emplea y a la profesión de Enfermería **(60)**. Por definición la profesión debe responsabilizarse ante el público y la enfermera como miembro de la profesión debe ser responsable de las acciones de cuidado que ofrezca. Por su parte el usuario (embarazada) tiene el derecho a recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimiento proporcionada por la enfermera.

En consecuencia, el usuario adquiere mayores conocimientos a través de la educación formal y tiene acceso a la educación informal que le brinde la enfermera. La enfermera tiene que ser capaz de demostrar sin lugar a dudas los principios y conceptos en los que basa su práctica del cuidado, así como demostrar la capacidad de introducir un método para resolver problemas que tengan por objeto el empleo adecuado de estos principios y conceptos.

La responsabilidad implica compromiso, participación activa en la asunción de valores, los valores incentivan la libertad creativa del hombre porque lo atraen hacia múltiples formas de encuentro. Es así como la enfermera guiada por sus valores profesionales y personales está capacitada y es responsable del cuidado de la persona sana o enferma en los diferentes grupos atareos y contextos.

Responsabilidad es la cualidad que nos hace responder por nuestras acciones. Es importante en todos los aspectos de nuestra vida. La responsabilidad nos lleva a

hacer lo que se espera de nosotros, muestra cuidado, dedicación, amor y hasta compasión.

Jonas: H, considera que: “no basta el respeto a la ley moral si éste no viene acompañado del sentimiento por la responsabilidad que vincula este sujeto a este objeto y nos hará actuar por su causa”. En efecto la responsabilidad está en el poder que yo tengo de causar un daño, o un beneficio de todo aquello que se halla en el campo de mi acción. La responsabilidad significa que yo puedo responder por mis acciones y solamente se entiende en el sentido de interpretar la libertad como poder respetar o no aquello que es valioso **(61)**.

Se interpreta que la enfermera actúa guiada por los valores asumidos de su profesión. Es decir, ella hace una valoración con respecto del estado de salud o enfermedad del paciente para realizar sus acciones con responsabilidad, con honestidad y compromiso. En el cuidado de enfermería no caven los anti valores. Por ejemplo, la irresponsabilidad de no cumplir un tratamiento y no comunicar la causa por la cual no lo hizo, es una falta ética inaceptable, es una falta de respeto a la dignidad humana. Por ello es importante sentir amor por los valores que se han asumido y de los que se es responsable.

Sin embargo, afirma Jonas: que a esa especie de responsabilidad y de sentimiento de responsabilidad, y no a la formal y vacía de todo agente por su acto, es a la que nos referimos cuando hablamos de la ética, hoy tan necesaria y orientada al futuro. Si mi sentido de responsabilidad se fundamenta más en el cumplimiento del deber por

temor al castigo, entonces no sería un verdadero compromiso (61). El verdadero compromiso es siempre moral y por lo tanto voluntario porque está en función de mi aprecio y respeto de aquello de lo que soy responsable. Por ello la irresponsabilidad emana de la poca conciencia de aquello de lo que se es responsable por no considerarlo verdaderamente valioso. Yo no respondo por lo que hago porque no lo considero valioso(61).

En esa misma subcategoría, otra de las entrevistadas (Marro) expresa: *atención directa a un individuo es, basando todos nuestros cuidados en la parte afectiva, emocional, física y social, porque si nos enfocamos solamente en la patología, muchas veces tienen necesidades psicológicas y sociales.* La entrevistada percibe el cuidado de una manera integral y lo expresa con claridad, no debe enfocarse solo en la patología, sino que debe ir más allá, debe envolver la parte afectiva y emocional, considerando que la persona puede tener necesidades psicosociales, de lo que se interpreta que la enfermera es consciente que el cuidado es un proceso de muchas dimensiones, por lo que es necesario estar atenta a otras necesidades, que van mucho más allá de los cuidados técnicos.

Además, se intuye que ella maneja y actúa a través de una relación interpersonal. Las enfermeras tienen un importante papel en el ofrecimiento de apoyo a la persona cuidada, en este caso a la mujer gestante, parturienta o puérpera y a sus familiares, El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige de la enfermera una gran sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente.

La comprensión acertada de esas manifestaciones le da la posibilidad a la enfermera de darse cuenta cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento; siendo que para todo ser humano la hospitalización lo coloca en un ser en situación vulnerable, un ser que de su posición bípeda y vertical pasa a una posición horizontal que siente que lo coloca en una situación de dependencia. En el caso que nos ocupa, el apoyo emocional se da a través de una relación interpersonal de aproximación cariñosa a la parturienta, con palabras que incentivan su coraje y que la elogian para enfrentar su situación, además de propiciarle seguridad y confianza para que participe en su autocuidado.

En este sentido, Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas con dimensión transpersonal (enfermera-paciente). La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” (2)

Al respecto, la teoría de Watson nos incentiva a hacernos más sensibles en el cuidado, así lo enfatiza en los factores 3,4 y 8 del cuidado: **Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás**, el reconocimiento de los sentimientos conducen a la autorrealización de la enfermera, considerando clave la relación que se establece con el paciente para lograr unos buenos resultados en salud. La comunicación entre profesional y paciente es un encuentro persona a persona.(2)

**Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza**, de modo que los cuidados sean auténticos y se basen en una confianza mutua. Para ello es preciso que la enfermera vea al paciente como ser humano y no como objeto de sus cuidados. **Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual**, con lo que el bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas ya establecidas en los centros hospitalarios. Las enfermeras deben reconocer la influencia del entorno interno y externo en la salud y enfermedad de las personas. **(2)**

Se concluye en esta subcategoría que las enfermeras entrevistadas tienen conocimiento y asumen el cuidado con visión holística, puesto que lo perciben más allá de las acciones de rutina del apoyo físico. Visualizan que el cuidado debe hacerse con conocimiento, con cariño, con respeto y responsabilidad para que la persona cuidada esté satisfecha y perciba que la están cuidando con amor y con esmero, consideran que el mejor cuidado es el buen trato.

La dimensión afectiva y emocional es percibida por las enfermeras como el apoyo emocional que ellas pueden ofrecer en la interacción con el paciente en el momento del cuidado, a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, generándole comodidad, confianza y bienestar. Este apoyo emocional de la forma que es percibido y expresado por las enfermeras, se corresponde con los tres factores de la ciencia asistencial de Watson “Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza y Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual” **(2)**

## **Cuidando sin discriminación**

Otras de las entrevistadas, cuando se les pregunto qué significa el cuidado para ti?, ellas respondieron así:

*...creo que cuidado es atender a nuestras pacientes (embarazadas) con respeto, amor y sin discriminación, sin importar como estén vestidas o la edad que tengan, yo veo a veces que algunos médicos no tratan a las pacientes con respeto, las ven como ignorantes, creen que saben más que ellas, porque realmente la persona que atiende a la paciente, es el médico, nosotras solo hacemos lo de siempre: pesamos, tallamos y si hay tensiómetro tomamos la tensión (Marca), las charlas o conversaciones hay que dárselas a todas porque todas son personas, seres humanos que necesitan, sin importar las veces que hayan salido preñadas, uno no puede discriminar a nadie, ni a las embarazadas de HIV (Mirri)*

Al abrir y leer el discurso de las entrevistadas a primera vista se evidencian varios aspectos significativos, entre ellos, valores inmersos en el cuidado, como el respeto, la igualdad y el amor; para ellas el cuidado consiste en atender a la persona con respeto, con amor y sin discriminación; el respeto, el amor y la igualdad son valores muy importantes del cuidado y en enfermería, esos valores deben estar presentes en toda acción de cuidado, de lo contrario estaríamos en un contexto de no cuidado; más

aun, cuando se refieren a esos valores, enfatizan que el cuidado debe hacerse sin discriminación, se interpreta que ellas son conscientes de cuidar a todos por igual, que de lo contrario, estarían ante la violación de los principios y de las creencias básicas de la filosofía de enfermería, como es atender a toda persona sin distinción de credos, razas, posición social, edad, entre otros.

El respeto como sentimiento de valoración de sí mismo o de otras personas, en enfermería es un principio en la relación enfermera-paciente que implica que el usuario experimente su derecho a existir como persona, la enfermera debe mostrar una actitud receptiva que valore los sentimientos, opinión, individualidad y carácter único del usuario. El respeto tal como es percibido por las enfermeras se interpreta como un incentivo a la autoestima del paciente, en el sentido de que se sienta bien atendido, a gusto, satisfecho porque es tratado como una persona de derechos y deberes. El respeto es el interés no posesivo y la afirmación de las otras personas como individuos independientes, el respeto genera autoestima y autoimagen. En la relación enfermera-paciente, se muestra respeto cuando hay igualdad, reciprocidad y se comparte el pensamiento sobre los aspectos positivos y los problemas **(60)**.

En relación al amor que la entrevistada también lo menciona como ingrediente del cuidado, encontramos que Aristóteles definía amor con la palabra *filia*, significaba el amor a los semejantes, a los pertenecientes al mismo grupo, se ama lo digno de ser amado **(62)**. Amar es cuidar, no hay amor que se base en el descuido, de hecho, no hay nada que caracterice más el pensamiento de una madre que el amor en el cuidado de su hijo.

Marturana desde su perspectiva como biólogo, considera que el amor es la emoción fundamental que hace posible nuestra evolución como seres humanos. La define de la siguiente forma: " cuando hablo de amor no hablo de un sentimiento ni hablo de bondad o sugiriendo generosidad. Cuando hablo de amor hablo de un *fenómeno biológico*, hablo de la emoción que especifica el dominio de acciones en las cuales los sistemas vivientes coordinan sus acciones de un modo que trae como consecuencia la aceptación mutua, y yo sostengo que tal operación constituye los fenómenos sociales".(46)

En ese sentido, los seres humanos somos intrínsecamente amorosos, y podemos comprobarlo fácilmente, observando lo que ocurre cuando a una persona se le priva del amor, se le niega el derecho a existir, se le quita validez a sus propios fundamentos básicos, emocionales, para la existencia. Esta carencia afectiva produce trastornos, como la ansiedad, la agresividad, desmotivación, inseguridad, tristeza y estrés crónico. Según Marturana, el amor es una manera de vivir en sociedad. Surge cuando al interactuar con otras personas, no importa quienes sean o su lugar en la comunidad, las consideramos como un legítimo otro, que puede coexistir con nosotros.

Esta emoción de amar, es el fundamento de la vida social, al aceptar la existencia de los demás, sin querer anularlos o negar su propia visión del mundo. Marturana, afirma: lo que es especialmente humano no es el amor, sino lo que hacemos con amor en cuanto humanos; y es nuestra manera particular de vivir juntos como seres sociales en lenguaje, sin amor no somos seres sociales. (46)

El cuidado humano amoroso se concibe como una relación intersubjetiva entre la enfermera (o) y la persona sana o enferma, donde se da y se recibe amor, preocupación e interés, respeto, comprensión y responsabilidad de manera recíproca. La Enfermera (o) profesional sensible es la que muestra interés por la salud, el bienestar y la vida de la persona sana o enferma, que se preocupa, respeta, comprende y se responsabiliza por el cuidado de la persona que cuida. La persona sana o enferma es el sujeto que recibe el cuidado de la enfermera y se motiva a vivir de nuevo, se interesa por su recuperación.

La concepción del cuidado humano con amor se concibe como una relación intersubjetiva entre la enfermera (o) y la persona cuidada, donde se intercambia el amor como capacidad para mostrar preocupación e interés, respetar la dignidad, asumir el cuidado con responsabilidad y comprender su situación de salud.

En ese sentido Watson propone entre sus factores del cuidado lo siguiente. El cuidado y el amor, con frecuencia subestimados, constituyen la piedra angular de nuestra humanidad; alimentar estas necesidades da sentido a la condición del ser humano (2).

Se interpreta que las entrevistadas, no solamente están expresando su sentir, sino también considerando los sentimientos del paciente: *atender a nuestras pacientes (embarazadas) con respeto, con amor y sin discriminación.*(Marca). Para sustentar la percepción de la enfermera e interpretando, vemos afinidad con lo que señala Boff: todo comienza con el sentimiento. Es el sentimiento el que nos hace sensibles al otro, nos une a las cosas y nos envuelve con las personas. Ese sentimiento profundo es lo

que se llama cuidado **(4)** y continua, el dato originario no es el logo, la razón o las estructuras de comprensión, sino el phatos, el sentido, la capacidad de simpatía y empatía, la dedicación, el cuidado y la comunicación con lo diferente.

Para Rogers M, en un contexto de relación de ayuda, como en el caso de las embarazadas que asisten a la consulta prenatal del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Municipio Heres del Estado Bolívar, implica penetrar los sentimientos y significados personales del otro, y solo así alcanza el objetivo de la comprensión empática, ponerse en el lugar del paciente, sucede en un contexto de relación de ayuda, y esta es la condición en la relación enfermera-paciente, penetrar los sentimientos y significados personales del otro, tiene como objetivo la comprensión empática. Si el cuidado se realiza con amor es porque hay empatía **(60)**.

En lo relativo al término discriminación podemos decir que discriminar es separar, diferenciar, distinguir una cosa de otra. La filosofía de Enfermería está basada en creencias y esas creencias nos indican moralmente que las enfermeras debemos tratar a todas las personas por igual, sin importar sus creencias religiosas, su cultura, posición social o económica, raza, color, entre otros.

La enfermera es un ser de encuentros, a cada hora, cada día, los 365 días del año y las 24 horas del día con cada persona a su cuidado, es un encuentro, que por el principio de que sus acciones del cuidado son continuas, individuales y colectivas, cada persona para ella, es igual y diferente a la vez debido a sus patrones culturales, sus creencias y eso en enfermería es vivir y convivir en la pluralidad, característica de

la condición humana. Sus encuentros son con personas iguales, porque son seres humanos, pero diferentes a la vez, debido a su forma de pensar y de su visión del mundo. De lo dicho anteriormente, podemos sustentar este análisis con un pensamiento de la filósofa Arendt: la pluralidad humana, es básica condición tanto de la acción como del discurso, tiene el doble carácter, de igualdad y de distinción. “Si los hombres no fueran iguales no podrían entenderse...si los hombres no fueran distintos, es decir, cada ser humano diferenciado de cualquier otro que exista, haya existido o existirá no necesitarían el discurso ni la acción para entenderse” (63).

De manera que la discriminación por definición significa dar trato de inferioridad a una persona o colectividad, generalmente por motivos raciales, religiosos, políticos o económicos (64). En suma, esta definición no comulga con la filosofía de enfermería por el hecho de que la enfermera debe tratar a todas las personas por igual, sin importar sus creencias religiosas, su cultura, posición social o económica, raza, color, entre otros.

Sin embargo, es de hacer notar que (Marca) en su discurso también expresa lo siguiente:... *porque realmente la persona que atiende a la paciente, es el médico, nosotras solo hacemos lo de siempre: pesamos, tallamos y si hay tensiómetro tomamos la tensión* (Marca), esto nos evidencia que para la enfermera entrevistada en el área de prenatal su rol profesional es muy limitado: pesamos, tallamos y si hay tensiómetro tomamos la tensión, por cuanto una cosa es el discurso y otra es la acción, lo cual quiere decir que hay diferencias en su hacer y su decir. La experiencia y el conocimiento como profesionales de enfermería nos confiere la autonomía y el

saber que en el área de obstetricia, especialmente en la etapa prenatal nuestro hacer va mas allá de una talla y peso, lo cual no desestimamos por su importancia en la evolución del embarazo, pero al lado de eso, la embarazada desconoce muchos aspectos de la gestación, por lo tanto nuestro rol es fundamentalmente educativo, de allí la función docente de la enfermera y mas que la acción de pesar y tallar, hace falta el discurso educativo para la embarazada.

Como sustentación de lo interpretado, veamos lo que dice Arendt: Con la palabra y el acto nos insertamos en el mundo humano, y en esta inserción es que confirmamos y asumimos el hecho desnudo de nuestra original apariencia física **(63)**. Mediante la acción y el discurso, los hombres muestran quienes son, revelan activamente su única y personal identidad y hacen su aparición en el mundo humano, mientras que su identidad física se presenta bajo la forma única del cuerpo y el sonido de la voz, sin necesidad de ninguna actividad propia.

Sobre el mismo trozo y teniendo en cuenta que la enfermera profesional tiene una formación con un cuerpo de conocimiento teórico-práctico reconocido académicamente y puestos en práctica durante sus años de experiencia asistencial, ¿porque la enfermera de la consulta prenatal se dedica a esa rutina? y pierde la oportunidad y el momento de establecer la relación intersubjetiva con la embarazada y ejercer su rol de educadora y agente de cambio tan importante en esa etapa de la gestación. El conocimiento de la acción técnica en el cuidado de enfermería no excluye el conocimiento de la acción de educadora de la embarazada.

En ese sentido, Carper afirma: cada patrón de conocimiento puede ser concebido como necesario para lograr el dominio en la profesión, pero ninguno de ellos por sí solo debe ser considerado suficiente, ni tampoco son mutuamente excluyentes. La enseñanza y el aprendizaje de un patrón no implican rechazar o descuidar ninguno de los otros (65). El cuidar de otros, requiere logros de las ciencias de enfermería, es decir, el conocimiento de hechos empíricos sistemáticamente organizados en explicaciones teóricas con respecto al fenómeno de la salud y la enfermedad.

El conocimiento personal es esencial para las decisiones éticas en cuanto a que la acción moral presupone madurez y libertad personal. Si las metas de enfermería han de ser más que el cumplimiento de las normas, si lo que “debería” hacerse no debe ser determinado simplemente sobre la base de lo posible, entonces la obligación de cuidar de otro ser humano implica el convertirse en otro tipo de persona y no simplemente hacer otro tipo de cosas (65). Si el diseño de cuidado en enfermería ha de ser más que rutinario o mecánico, la capacidad de percibir e interpretar las experiencias subjetivas de otros y proyectar de manera imaginativa los efectos de las acciones de enfermería en sus vidas se vuelve una destreza necesaria.

## **CATEGORIA 2: SIGNIFICADO DE CUIDADO HUMANO DE LAS ENFERMERAS**

De esta categoría surgieron dos subcategorías.

**El cuidado humano es retomar nuestra condición humana.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras ¿Qué significa para ti, el cuidado humano que debe recibir la embarazada? respondieron así:

*Pienso que es ayudarlas, no dejarlas solas, estar con ellas, tratar de suplir todas sus necesidades de salud, pero también las espirituales y el apoyo emocional. Yo creo que es retomar nuestra condición humana, ser más sensibles y comprensivas con el otro.*(Bárac)*Yo creo que cuidado humano es la atención que le damos a nuestras pacientes con calidez humana, como hermanos que somos todos, creo que lo que deberíamos hacer es humanizar mas el parto*(Terra), *Watson, baso su teoría en la parte afectiva, que la atención de enfermería debía estar basada en tocar al paciente, brindarle apoyo, que se sienta seguro, basando nuestro cuidado en la parte afectiva, en la parte emocional, física y social*  
(Marro)

Enfermería, como disciplina científica y como profesión al servicio de la humanidad, tiene el compromiso de contribuir para mejorar las condiciones de vivir y de ser saludable. Ese compromiso puede ser facilitado por el desarrollo de la consciencia del cuidado presente en la práctica, en la enseñanza, en la teorización y en la investigación.

La complejidad del concepto de cuidado, ha sido una preocupación de otras áreas de conocimiento como la filosofía, la teología, la educación, la psicología y la antropología, sin embargo, es en enfermería que esta preocupación sobresale, por ser la esencia y la razón mayor de su existencia, como disciplina y profesión.

Al analizar la primera estrofa del discurso vemos que la entrevistada parte de la teoría del modelo de las necesidades humanas básicas, es decir, de ayudar a satisfacer las necesidades de salud de la persona cuidada. A la interpretación vemos que su discurso coincide con la filosofía de HendersonV, quien afirma en su teoría: las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades, son los denominados por la autora cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente (66). Hace mucho hincapié en el arte de enfermería y señala la existencia de 14 necesidades humanas básicas en los pacientes que requieren cuidados. Es bueno aclarar que la filosofía de HendersonV, está considerada entre las tendencias humanistas y se fundamenta en el criterio del significado que la enfermería tiene en cada uno de los modelos. Estos se identifican con los modelos que consideran la enfermería como un arte y una ciencia.

En estos aspectos coincide con la tendencia filosófica de WatsonJ, quien ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial–fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en

otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; el cual es relacional, transpersonal e intersubjetivo(2). Para Henderson V, la función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible(66).

Centrados en la comparación constante vemos también que la entrevistada añade un componente importante y esencial del cuidado cuando dice: *no dejarlas solas, estar con ellas*. Aquí se observa otra coincidencia con la filosofía de Henderson quien describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera (66). Por definición la palabra compañera en el diccionario de la real academia de la lengua española es la *persona que se acompaña con otra para algún fin* y tiene como sinónimo acompañante, por tal razón cuando la entrevistada dice: *no dejarlas solas, estar con ellas* (Bárac) está expresando que el cuidado que le brinda a la persona es presencial, en el ahí y en el ahora, vale decir, en su ser y en su estar y por lo tanto está reconociendo su condición humana porque está viendo al otro en situación y ese es un rasgo muy importante de la condición humana, reconocer al otro en su ser y en su estar.

Continuando con el análisis del discurso de las entrevistadas podemos ver que dos de ellas (Terra y Marro) conocen de la teoría del cuidado humano, sin embargo, todas se refieren aunque de diferentes maneras a la dimensión espiritual, humanística y al

apoyo emocional. Sabemos que el ente del cuidado enfermero, es el ser humano y las enfermeras como miembros de la disciplina enfermería igualmente prestan cuidados a grupos humanos como familia y comunidad.

Por esta razón el cuidado de la salud desde la perspectiva de la enfermera se enfoca desde una visión integral del hombre, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales presentes en todas y cada una de las personas. Desde este punto de vista, esta concepción del hombre se denomina visión holística del ser humano que se observa en el discurso de las enfermeras, e incluso van más allá y de hecho, mencionan la dimensión espiritual y rasgos que caracterizan la condición humana.

La palabra holismo deriva del griego que quiere decir “**todo**”, así el cuidado holístico se desarrolló en los años 60 del siglo pasado, debido a la insatisfacción de la sociedad de que la atención sanitaria que recibían estaba centrada en el aspecto organicista del proceso salud-enfermedad. En sentido contrario, la teoría holística describe a los seres humanos como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes, de manera que el desequilibrio en una de sus partes, origina un desequilibrio en todo el sistema hombre.

Se concibe la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona y del medioambiente donde vive y se desarrolla; es bueno aclarar que ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás.

La integridad en este sentido, es sinónimo de salud. Siguiendo el análisis del discurso de las enfermeras, traemos un trozo textual que evidencia su concepción integral del cuidado: *la atención de enfermería debía estar basada en tocar al paciente, brindarle apoyo, que se sienta seguro, basando nuestro cuidado en la parte afectiva, en la parte emocional, física y social, muchas veces tienen necesidades psicológicas y sociales* (Marro).

Tocar según el diccionario de la real academia española lo define como: poner en contacto una parte del cuerpo, especialmente las manos, con una cosa, de manera que esta impresione el sentido del tacto. El tacto es el auténtico punto de encuentro entre los sujetos. Al igual sucede en la vida cotidiana, en la que se extiende una gama de vivencias que van desde la violencia hasta la ternura, también la experiencia táctil puede abarcar desde el agarre y la aprehensión hasta el roce y la caricia.

La mano es el órgano humano por excelencia, sirve tanto para acariciar como para agarrar. Mano que agarra y mano que acaricia, son dos facetas extremas de las posibilidades de encuentro interhumano (67). Lo opuesto al agarre es la caricia, pues es imposible acariciar por la fuerza. Para acariciar debemos contar con el otro, con la disposición de su cuerpo. La caricia es una mano revestida de paciencia que toca sin herir y suelta para permitir la movilidad del ser con quien entramos en contacto.

El toque afectivo es esencial cuando se transforma en una actitud por la mano que establece la relación. Tocar representa el propio cuidado, la sensibilidad y la

solidaridad profesional. El toque se revela como actitud humanística, fortaleciendo el vínculo y proporcionando el encuentro entre el cuidador y el ser cuidado.

Esto se interpreta como el establecimiento de una relación interpersonal entre la enfermera y la persona cuidada. Al respecto la teoría interpersonal de persona a persona propuesta por TravelbeeJ, enfatiza en lo interpersonal ya que considera que se trata de una relación entre personas, por un lado, el solicitante de ayuda (paciente) y por otro la persona que presta dicha ayuda (enfermera). Entre ambos establecerán una relación terapéutica que conllevará cambios en ambos participantes. Travelbee, en la relación enfermera-paciente establece las siguientes fases: fase de encuentro original, fase de urgencia de identidades, fase de empatía, fase de simpatía y fase de rapport. (68).

*La fase de encuentro original:* se da cuando la enfermera tiene el primer encuentro con el paciente, la observación es el paso más importante. Estas percepciones de lo que se ve y se deduce del otro, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él.

*En la fase de urgencia de identidades:* enfermera y paciente empiezan a establecer un enlace y se ven más como seres humanos únicos.

*Fase de empatía:* la enfermera puede interactuar unas cuantas veces y hace empatía una o varias veces, un requisito para desarrollar la empatía es el deseo de ayudar.

*Fase de simpatía:* resulta del proceso empático, implica una genuina preocupación por el otro con el deseo de ayuda.

*Fase de rapport*: es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos transmitidos o comunicados de un ser humano a otro, se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos**(68)**.

Continuando en el análisis de los datos, además observamos que integra las necesidades espirituales con la acción de cuidar. La palabra espiritualidad procede del vocablo latino *spiritus*, cuyo significado original era “soplo”, “aliento” y que hace referencia al espíritu. En un sentido amplio, significa la condición de espiritual. Con respecto a una persona, alude a la disposición principalmente moral, psíquica o cultural que posee quien tiende a investigar y desarrollar las características de su espíritu, es decir, un conjunto de ideas referentes a la vida espiritual (Real Academia de la Lengua). La Enciclopedia Británica define a la espiritualidad como una filosofía, una característica de cualquier sistema de pensamiento que afirma la existencia de una realidad inmaterial imperceptible a los sentidos.

Al relacionar la expresión necesidades espirituales con el cuidado, vemos que este surge cuando la existencia de alguien es importante para mí. El cuidado significa entonces desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención y delicadeza. El cuidado se lleva a cabo con espíritu de gentileza, como corresponde a los aspectos espirituales **(4)**.

El cuidado se encuentra en la raíz primaria del ser humano, todo en cuanto haga el ser humano va acompañado del cuidado y está impregnado del cuidado. El cuidado es un modo de ser esencial, es una dimensión originaria y ontológica imposible de

desvirtuar del todo. Según Watson, Para otorgar el cuidado, es necesario comprender que la persona es un ser en el mundo, una unidad de mente-cuerpo y espíritu.(2). Se debe concebir al medioambiente como una realidad objetiva y externa, además del marco de referencia subjetiva o campo fenomenológico. Y es necesario percibir a la salud como una unidad y armonía entre cuerpo y alma (espíritu).

Afirma Watson, para realizar el cuidado es necesario considerar los valores humanísticos altruistas, además de practicar el amor, la bondad y ecuanimidad para consigo mismo y con los otros, permitiendo que la fe y la esperanza estén presentes auténticamente (2). Desarrollo espiritual significa sensibilizarse con uno mismo y con los demás, desarrollar relaciones basadas en un auténtico cuidado confiable, permitir la expresión de sentimientos positivos y negativos al escuchar las historias de otros, con el cuidado creativo basado en la solución de problemas, la enseñanza aprendizaje, lo relacional, lo significativo y lo subjetivo interior; contar con creación de ambientes de curación, ser el campo de caritas, efectuar actividad de asistencia de las necesidades básicas; tocar la mente, cuerpo y espíritu y no solo el cuerpo físico (7).

A la interpretación es evidente que la enfermera en su discurso sobre cuidado humano va más allá de sus acciones físicas sobre el cuerpo del paciente, puesto que la preocupan la dimensión emocional y espiritual del ser humano, lo cual nos muestra que comulga con las ideas teóricas de Watson. En la humanización del cuidado, el cuidador se muestra como un ser humano que reconoce en el otro su condición humana, que le respeta y valoriza al ser humano en su existencia, comprendiéndolo

como un ser que tiene sus propias vivencias y experiencias que lo acompañan en su existir.

El cuidado de las necesidades espirituales no solo concierne a los miembros de entidades religiosas, sino también forma parte del cuidado de enfermería. Sin embargo, las creencias religiosas pueden influir en los estilos de vida, actitudes, sentimientos acerca de la enfermedad y la muerte. En la actualidad, la enfermería reconoce la necesidad de la persona como ser espiritual, algo esencial al abordar a los sujetos como un ser total, por lo que es necesario conocer de manera más amplia la dimensión espiritual del cuidado.

El bienestar espiritual es algo fundamental para el ser humano; es una manera de conducirse en la vida con decisión y optimismo, buscando opciones de desarrollo personal. Por lo tanto, el bienestar espiritual es importante para que el individuo alcance su potencial de salud. La espiritualidad como componente de la salud siempre está presente, ya que se relaciona con la esencia de la vida. Está presente para los seres humanos que se encuentran en situación de enfermedad, ya sea crónica o terminal, y para los que se encuentran cerca del enfermo; el bienestar espiritual es un factor de crecimiento personal, tanto para la persona cuidada como para el cuidador, un aspecto de trascendencia que los acerca a muchas respuestas necesarias para dar sentido a su vida, a la cotidianidad, el dolor y el sufrimiento humano.

### **Barreras del cuidado humano en su entorno real.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras como perciben uds el cuidado humano que ofrecen en este entorno laboral? esto fue lo que respondieron:

*Para cuidar a estas pacientes hay que darles una mano amiga, pero también contar con los insumos mínimos para brindar atención de calidad, a veces se ensucian y no hay sabanas ni agua, este lugar no olierá mal si estuviéramos agua para mantenerlas limpias, esto parece un mercado, las pacientes son agresivas y nosotras respondemos con agresividad, en el caso de enfermería pienso que podrán programarse charlas que nos ayuden a manejar los niveles de estrés, el hospital debe mejorar las condiciones, darle más privacidad a la paciente y suministrar los insumos para atenderlas bien, primero tienen que cambiar los que dirigen el hospital, (Bárac). Hoy día con la crisis, los hospitales se quedaron pequeños, a veces parece un campo de batalla, siempre he pensado que la sala de parto debería ser un lugar de alegría, donde la mujer le dé gusto parir, no esto que tenemos ahorita, (Terra) Si es por los insumos, creo que aquí no existe cuidado humano, en cuanto al personal, hacemos lo que podemos con lo poco que tenemos, a veces cuesta entablar la empatía con las pacientes porque casi no quieren hablar, son bastante agresivas (Ismefi)*

Al analizar lo expresado por las enfermeras es obvio entender que al unísono perciben las mismas condiciones que dificultan las acciones de cuidado humano, el ambiente de trabajo y la carencia de insumos tan básicos como el agua. El entorno o ambiente natural de trabajo no reúne las condiciones requeridas para dar cuidado integral. Tanto las enfermeras como los usuarios y familiares consideran el ambiente congestionado y hostil, se sienten inseguros, con temores, lo cual se convierte en agresividad para las usuarias y de estas hacia el personal de salud.

En lo relacionado a la actitud de las pacientes, es de hecho que toda persona al ingresar a una institución hospitalaria sufre un impacto emocional por el cambio y la diferencia en su mundo de objetos entre el ambiente hospitalario y el ambiente de procedencia del cliente. En el mundo de los objetos es que los seres humanos desarrollan sus acciones. Para entender las acciones de las personas, es necesario identificar su mundo de los objetos. Los objetos deben ser vistos como creaciones sociales. La vida y la acción de las personas cambian con los cambios de su mundo de objetos.

La sala de parto para la embarazada es poco cómoda e impersonal, pues no coincide con su mundo de objetos; ella percibe la estandarización de normas impuesta por la institución que no considera las individualidades. Aun cuando existan situaciones en que el ambiente es una estructura física a veces bien equipada, con recursos tecnológicos modernos que, sin embargo, eventualmente puede transmitir al cliente frialdad e indiferencia en la forma de ser cuidado.

El entorno real del caso que nos ocupa es contradictorio, pues lo que impera en esta situación es el hacinamiento y la falta de insumos básicos de todo tipo, comenzando por el agua, insumo indispensable para todas las actividades de un servicio de salud, lo cual dificulta cumplir con las normas básicas de higiene personal de una mujer en sala de parto y mucho menos cumplir con las normas ambientales de un entorno de cuidado humano.

Al respecto la (OMS, 2004a) declara: para el funcionamiento adecuado de los establecimientos sanitarios se deben dar varias condiciones, entre ellas: un abastecimiento suficiente de agua salubre, un saneamiento básico, una gestión adecuada de los residuos sanitarios, el conocimiento y cumplimiento de las normas de higiene y un sistema adecuado de ventilación. Lamentablemente, muchos establecimientos sanitarios de todo el mundo no cumplen estas condiciones.**(69)**

En los establecimientos sanitarios hay una elevada prevalencia de microorganismos patógenos. Cuando la higiene de las instalaciones no se cuida, los pacientes, los profesionales sanitarios, los cuidadores y las personas que viven en las proximidades corren un riesgo demasiado elevado de contraer infecciones. Los establecimientos sanitarios pueden incluso convertirse en el epicentro de brotes de enfermedades como el tifus o las enfermedades diarreicas.**(69)**

La Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció oficialmente el acceso al agua y el saneamiento como un derecho humano al aprobar una resolución en ese sentido (GA/10967) en julio de 2010. Este reconocimiento sin precedentes cambia la

concepción del agua como un bien netamente "comercial" y, en cambio, considera el agua y el saneamiento como elementos fundamentales para el desarrollo y la dignidad de las personas, como un determinante social de la salud crítico y como un instrumento esencial para mitigar la pobreza. El mejoramiento del agua, el saneamiento y la higiene bien puede ser la intervención más eficaz que por sí sola permita mejorar la salud humana y prevenir las enfermedades y la muerte en las Américas (69).

Por otra parte, debe entenderse que en el medio hospitalario el ingreso de pacientes es algo rutinario; por tanto, el personal de salud no brinda el tiempo, ni las explicaciones suficientes a la persona que por primera vez llega a una Institución de Salud, menos aun cuando en el entorno del caso que nos ocupa, las entrevistadas se expresan así: *esto a veces parece un campo de batalla, a veces parece un mercado*. Entonces, se presenta el fenómeno del hospital deshumanizado que se vive en todo el mundo y con mayor impacto en los países con crisis de asistencia de la salud como se encuentra el nuestro.

Atendiendo a la definición de la OMS, el medio ambiente comprende la interrelación entre los seres humanos y la naturaleza, posibilitando su conservación o su deterioro, de acuerdo a si las actividades desarrolladas por la sociedad que irrespetan o violan las leyes naturales y no cumplen con las normas ambientales que la sustentan.

En la Conferencia Internacional para la Promoción de la salud (Sundsvall 1991) de la OMS, se emplean los términos de “entornos que apoyan la salud” y “ambientes

favorables”, para definir los lugares que presentan protección ante riesgos de salud y donde las personas pueden ampliar su autodeterminación con relación a la salud. Desde la perspectiva de la salud, el término de entornos que sustentan salud se refiere tanto al aspecto físico como al social, incluyendo los espacios donde las personas viven, sus comunidades locales, sus hogares, donde trabajan o donde juegan. También abarca el acceso a recursos para vivir dignamente, las oportunidades que les ofrecen estos espacios y la capacidad de empoderamiento.(69)

Para la OMS, la salud ambiental comprende todos los aspectos de la salud humana, incluyendo la calidad de vida determinados por la interacción con el medio ambiente. Incluye además los aspectos teóricos y prácticos para evaluar, corregir, controlar y prevenir los factores medioambientales que potencialmente afectan la salud de las generaciones presentes y futuras.

De allí la importancia y justificación de este trabajo de investigación el cual tiene como propósito construir un: **Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería** con el fin de contribuir a mejorar las condiciones del entorno hospitalario, donde se desarrollan las acciones cotidianas de cuidado, nuestro objetivo es brindar cuidado con calidez humana a este grupo etario tan vulnerable, además de apoyar para crear un entorno humanizado que respete la condición humana y responda a la dignidad de la persona. De hecho humanizar es hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres y humanizarse, es hacerse más humano, menos cruel o menos severo. (70)

La palabra humanizar se utiliza en todos los ámbitos de la vida para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona. En el mundo sanitario, humanizar significa hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. La humanización a introducir en la práctica sanitaria va más allá de la competencia profesional en la relación con el enfermo(70).

La disposición interior y las virtudes personales son necesarias para el ejercicio del arte sanitario, pero no basta por sí sola para humanizar la medicina y el cuidado de la salud, si estas no recuperan la perspectiva de la totalidad del ser humano.(70).

Hay que tomar en cuenta que la humanización del mundo de la salud y socio-sanitario es un tema bastante complejo que tiene que ver no solo con el enfermo, sino también con el personal de salud, los administradores, los políticos y que afecta no solo la gestión sanitaria ordinaria sino también la medicina de frontera, la investigación biomédica, la educación en valores. Humanizar afecta el ámbito de la cultura, una cultura más humana es aquella que respeta la vida y que promueve estilos de vida sana, que se interesa no solo de las enfermedades sino también de la educación para la salud y de los valores, además de reconocer la dignidad humana de cada persona.

Enfermería posee bases teóricas y prácticas como sustentar la propuesta, pues la formación que hemos recibido sobre los principios fundamentales de enfermería está basada en teorías y filosofías de autoras que entre sus metaparadigmas contemplan la

importancia del entorno de cuidado, de allí que mostraremos algunos de ellos para sustentar nuestra propuesta basada en conocimientos teóricos y prácticos, pero que en muchos casos no podemos llevar a la práctica por la estandarización de normas impuesta por la institución y por la carencia de recursos, aclarando que esto no es el espíritu de la institución, sino que se ve obligada moralmente a funcionar sin los recursos económicos, materiales y de infraestructura requeridos para tal misión, como es el caso del entorno real donde estamos realizando el presente trabajo, con el firme propósito de humanizar el cuidado de las usuarias y su entorno.

Entre los modelos de cuidado de enfermería comenzando por nuestra pionera de la Enfermería profesional Nightingale<sup>F</sup>, quien afirma lo siguiente: con el entorno se identifican las circunstancias tanto físicas como sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona. Además afirma que en la relación persona y entorno, la enfermería se ocupa de las pautas de comportamiento humano en interacción con el entorno, tanto en situaciones de la vida cotidiana como en situaciones críticas de salud, un entorno sano y favorable influye en el estado de salud físico y psíquico del hombre (7).

Para Watson, el entorno es un espacio de curación, reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante cicatrizante. Es la realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo.

Así mismo Watson, nos ofrece como base de su teoría para el ejercicio profesional el factor asistencial número 8, donde afirma la provisión de un entorno de apoyo,

protección y corrección en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual. Las enfermeras deben reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. Algunos conceptos importantes del entorno interno son el bienestar mental y espiritual y las convicciones socioculturales de la persona. Además de las variables epidemiológicas, entre los factores del entorno externo cabe citar la comodidad, la confidencialidad, la seguridad y un ambiente estético y limpio. (7)

A la interpretación de lo expresado por las enfermeras entendemos que ellas están conscientes de la influencia del entorno real de trabajo y de hecho lo manifiestan claramente así: *siempre he pensado que la sala de parto debería ser un lugar de alegría, un lugar donde la mujer le dé gusto parir, no esto que tenemos ahorita, deberían mejorarse las condiciones, algo mas intimo para la familia.*(Terra)

Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona cuidada la mejor acción en un momento determinado. En el mismo sentido, agrega Watson, que el ser que cuida también sufre influencias del ambiente, lo que influye en el proceso de cuidar. El ser que cuida necesita de ambiente de confort y agradable, ya que es ahí que mantiene la interacción para el desempeño de sus atribuciones. La promoción de un ambiente de apoyo, de protección biofísica, psicofísica, psicosocial y/o interpersonal es uno de los requisitos para el cuidado(7).

La interdependencia existente entre los ambientes internos y externos de la persona, influyen en el estado de la salud y de la enfermedad. Existe entre el ambiente y el ser

humano un proceso de interacción constante que puede facilitar, crear o impedir la relación de cuidado entre los seres humanos (71).

El modelo de adaptación de Callista Roy, se basa en la concepción del ser humano como individuo biopsicosocial en constante interacción con su entorno cambiante, y del que recibe estímulos que se deben adaptar para conservar la salud, define el entorno como el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse (7).

Uno de los aspectos fundamentales del entorno es la asistencia sanitaria a la que la persona tiene acceso. El entorno también incluye el apoyo que recibe un paciente y el entorno del hospital, que está parcialmente controlado por las enfermeras. Un entorno cómodo y un cuidado humanizado pueden influir en la velocidad de la recuperación de un paciente.

El entorno forma parte de la cotidianidad de las personas, y sus características generan emociones y sensaciones que forman parte de la memoria afectiva y que definen una carga subjetiva perceptual. Para contextualizar es necesario recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Entorno Laboral Saludable como “Aquel en el que los trabajadores y directivos colaboran en utilizar un proceso

de mejora continua para proteger y promover la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo”(71).

Generar iniciativas para desarrollar trabajos saludables, tiene un sentido desde la dimensión humana, repercutiendo sobre la salud y aspectos sociales de los trabajadores, la familia y la comunidad, entre otros; teniendo impacto también sobre la empresa en aspectos como la productividad, la calidad y otros costos asociados.

Como sabemos, la administración de cuidados de enfermería requiere el conocimiento de los múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidados. Es indudable que con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector, las instituciones de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la alta demanda de los servicios, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados.

Del análisis a simple vista, se deduce que el entorno de trabajo no es el ideal para dar cuidado humano y se convierte en una barrera, pues no reúne las condiciones mínimas para aplicar los principios básicos de higiene, no es acogedor, no es intersubjetivo, es un lugar donde faltan insumos tan básicos como el agua, insumo tan necesario para higienizar el ambiente, las propias pacientes y el personal de salud, por

lo cual este se torna desagradable, donde las enfermeras verbalizan no poder iniciar una verdadera interacción con las embarazadas y como es natural en un ambiente conflictivo, tanto las usuarias como el personal de salud se vuelven agresivos, presionados, impotentes, como es obvio no se puede lograr la empatía y mucho menos dar cuidado humano, pues el cuidado humano empieza por la empatía.

La persona al estar bajo condiciones ambientales inhóspitas y con carencia de insumos se siente presionado y esto le genera niveles de estrés que varían de una persona a otra, una persona con una carga alta de estrés manejado inadecuadamente se tornará hostil, dejará de ser amable y tendrá un gesto desagradable en su rostro, por lo que su relación con otras personas será difícil para generar la empatía.

El término empatía viene de la palabra griega empáttheia, que significa 'apreciación de los sentimientos de otra persona' (72), definición a partir de la cual se han establecido diferentes enfoques y se ha discutido si es un atributo de tipo cognitivo o afectivo. La definición que mayor consenso tiene en la literatura sobre enfermería es la que presenta la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento.

Como hemos dicho a lo largo de esta investigación, la comunicación es la herramienta básica de cualquier relación, personal o profesional. Si no somos capaces de comunicarnos, no podremos transmitir nuestros conocimientos ni nuestras inquietudes, eso está ocurriendo actualmente en el ámbito de la salud. En el cuidar

como un valor profesional y personal, es de vital importancia promover patrones normativos los cuales dirigen las acciones y las actitudes éticas hacia aquellos a quien cuida.

A la interpretación se intuye que la enfermera ante la dificultad de no poder establecer un encuentro verdaderamente humano, se siente impotente y hasta desatenta y culpable sin razón, por no poder entablar una comunicación con la embarazada. Debemos entender que a ninguna persona le gusta pensar que somos solo un expediente, somos personas, con dignidad humana y esta es un atributo de la persona de deberes y derechos y como tal debemos ser tratadas, además cuando acudimos a una consulta con algún problema estamos más sensibles.

La dignidad humana significa el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser, no por ciertos rendimientos que sea capaz de prestar, sino por ser un fin en si misma. Cabe traer aquí una de las expresiones mas celebres en una de las formulaciones del imperativo categórico Kantiano que nos dice: “Actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona del otro, no como un mero medio, sino siempre y al mismo tiempo como un fin”(73).

Para Watson, la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonal, “la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”(74).

En tal sentido, Watson en su teoría de cuidado humano, conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal enfermera-paciente, en sus conceptos afirma: El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud–enfermedad, interacción persona–medio ambiente, conocimientos de los procesos del cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.(74).

La capacidad de ponerse en el lugar del otro, que se desarrolla a través de la empatía, ayuda a comprender mejor el comportamiento en determinadas circunstancias y la forma como el otro toma las decisiones. La empatía es una cualidad esencial en el carácter del cuidador. La empatía indica la capacidad de compartir el estado emocional del otro, de ser comprensivo con su situación y de adaptarse a su ritmo y a sus necesidades. Implica, en definitiva, compartir el mismo pathos (lo que siente o experimenta una persona). La empatía es la condición necesaria para la práctica del cuidar, pues solo el que presta atención a los sentimientos ajenos y les da valor, los asume como propios, los experimenta en su propio ser, siente que debe intervenir y actuar para proporcionar bienestar al otro.

Como enfermera profesional considero que el cuidado de enfermería debe estar centrado en todo lo que acontezca en la personalidad del otro. El reconocimiento del otro en el cuidado es un elemento primordial en la relación entre el ser cuidado y el

cuidador. El desarrollo de estas características facilita la empatía, considerada como la esencia del cuidado. A la interpretación se intuye que la enfermera ante la dificultad de no poder establecer un encuentro verdaderamente humano, se siente impotente y hasta desatenta y culpable sin razón, por no poder entablar una comunicación con la embarazada. Debemos entender que a ninguna persona le gusta pensar que somos solo un expediente, somos personas, con dignidad humana y de deberes y derechos y como tal debemos ser tratadas, además cuando acudimos a una consulta con algún problema estamos más sensibles.

En Enfermería siempre buscamos ambientes que permitan el desarrollo de vida que se refleje, no sólo en la necesaria accesibilidad y adecuación de los espacios, sino en que éstos proporcionen posibilidades de comunicación y de relación interpersonal; un medio que permita realizar nuestros deseos, tareas, proyectos, actividades y oportunidades requeridas para continuar desarrollándose como personas y tener un proyecto de vida satisfactoria para los pacientes, sus familiares y también satisfacción para el cuidador.

Ante tal aspiración el Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2016. Memoria y Cuenta 2015 confirma lo siguiente: Garantizar el derecho a la salud de la población venezolana, consagrado en los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, actualmente, es un desafío bajo las condiciones políticas, sociales y económicas que vive el país. La responsabilidad de asegurar a toda la población el acceso a las intervenciones y recursos necesarios para la promoción, defensa y recuperación de la salud individual y colectiva, implica el desarrollo de

acciones estratégicas y operativas, basadas en la **Ley del Plan de la Patria 2019-2025**, que específicamente plantea asegurar la salud de la población desde la perspectiva de la prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorio sociales(75).

Estas acciones estratégicas y operativas deben responder a la disminución de los indicadores de salud que, actualmente, están presentes en el país. Siendo lo inherente a nuestra área de obstetricia, para el 2015, las afecciones originadas en el período perinatal siguen manteniéndose dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en el país. En las mujeres, representa la quinta causa de mortalidad y, si lo revisamos por grupos etarios, en los recién nacidos es la primera causa de muerte con un 80.5%. Al revisar los componentes de la mortalidad infantil el 53% de las muertes en menores de 1 año ocurren durante la primera semana de vida y 74% antes de cumplir los 28 días, lo cual significa que aún hay debilidades en el componente de atención prenatal y del parto, así como del cuidado del recién nacido(75).

Continuando con el análisis de esta subcategoría encontramos que la falta de recursos es como habitual en nuestros días, es otra dificultad que imposibilita dar cuidado humano, a tal punto que las enfermeras tienen expresiones muy claras: *El cuidado significa todo, sábanas, medicamentos, agua, guantes, privacidad,*(Barac) *hacemos lo que podemos con lo poco que tenemos,*(Ismeria). Los recursos materiales, junto al recurso humano, son elementos muy importantes de la gestión sanitaria y juntos forman un conjunto activo para la producción de acciones encaminadas al cuidado de

la salud en los niveles preventivos, de promoción, de curación de la enfermedad y su recuperación.

La carencia de insumos genera un clima laboral desagradable con comportamientos poco éticos por parte del personal e incluso de las usuarias, gestos, sarcasmos, ridiculización, actitud poco profesional, apatía, hostilidad. Estas situaciones son generadoras de conflictos continuamente en el personal, tornándose un ambiente hostil, que desfavorece la imagen del personal y de la institución.

Actualmente en la Constitución (1999), en su artículo 83 del capítulo V de los derechos sociales y de las familias se lee: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicio y en su artículo 85 se lee: El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado. El Estado garantizara un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria (76).

Este enunciado en el papel es una realidad y hasta un ideal, pero muy lejos de la precariedad que se vive en los hospitales, habida cuenta que cuando nos situamos en el contexto real del cuidado, como son las instituciones hospitalarias, en este caso, la sala de partos, nos encontramos con el drama de la carencia de insumos de todo tipo, incluyendo la falta de agua, un liquido fundamental para cumplir con las medidas higiénicas, donde al personal de salud se le pide hacer más con menos y a veces hasta

con nada, lo cual genera caos y deshumanización; cuando los recursos son tan limitados o inexistentes, el resultado es el conflicto en las relaciones interpersonales y donde hay ausencia de estas relaciones, mal podríamos admitir que se da cuidado humano.

El propio MPS lo confirma así (76), para el 2014, el insuficiente recurso humano especializado en la red de establecimientos de salud del SPNS, especialmente en la hospitalaria, generándose la ausencia de especialistas en los diferentes servicios, incluyendo los inherentes al contexto del desarrollo de esta investigación, como lo son obstetras, neonatólogos y enfermeras, es un fenómeno negativo que se sigue manteniendo en el tiempo y cada vez más agudizado.

Así también, otro obstáculo que manifestó el ente para la atención en salud de la población, es la escasez de reactivos e insumos necesarios y obsolescencia de equipos para la realización de los exámenes de laboratorios de rutina y de emergencia, trayendo como consecuencia, que los usuarios deban recurrir al sector privado según la disponibilidad sus recursos económicos.

De esto se concluye que además de la falta de insumos, esto trae como consecuencia que las labores de enfermería se ejercen dentro de un marco de desprotección de riesgos a los que se ve enfrentada como trabajador, lo cual pone en peligro el propio derecho a la vida y no permite el derecho al trabajo en condiciones dignas.

El personal de enfermería percibe las dificultades que se presentan en los equipos de trabajo y con los usuarios y estas dificultades entorpecen la comunicación, alteran la

armonía y la eficiencia hacia la atención que se presta a los usuarios, disminuye la calidad en sus actividades y se vuelve un entorno laboral difícil y poco agradable, por ello es necesario abastecer estos espacios de los insumos necesarios para mejorar el entorno y por ende la calidad del cuidado, la comunicación y las relaciones interpersonales en este caso, entre la enfermera y la embarazada.

Para nadie es un secreto que la salud pública en Venezuela está colapsada, llena de conflictos laborales, infraestructura deteriorada, con una marcada falta de insumos, salarios precarios, cantidad y calidad de personal, por motivos que ya conocemos como la diáspora venezolana de personal de salud, costos, precios y centralización. Por lo tanto es urgente y necesario establecer las medidas y correctivos a fin de que los ciudadanos del país puedan contar con un régimen de salud pública integral como lo establece la Constitución de la república, de no ser así, entonces hemos perdido ese derecho con la grave consecuencia que la mayor parte de la población es de escasos recursos y no puede ir al sector privado por los altos costos dolarizados.

La economía de la salud es una disciplina que plantea temas como el financiamiento, la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios destinados a cubrir las necesidades del campo de la salud. Una de las razones por la que la economía de la salud resulta importante, es que los recursos en salud son finitos y por lo tanto, lo principal de la economía en este campo, es asegurar que las actividades seleccionadas tengan beneficios y sean sustentables para asegurar atención de calidad a la población.

Es indudable que los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector, las instituciones de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones ambientales de la práctica, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayores necesidades debido a los altos costos, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados. Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de calidad.

Los servicios de salud deben asegurar una distribución equitativa de la atención sanitaria de calidad. El concepto de calidad aplicado a la atención médica se refiere a la capacidad de la asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de sus usuarios.

Donabedian. A, propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulo así: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes", la calidad de asistencia sanitaria posee tres atributos: el nivel científico-técnico de los profesionales, la relación interpersonal y el entorno. Además, considera que se puede analizar la calidad a partir de sus factores resultantes: el grado de atención, los costos y los beneficios(77).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la calidad de la asistencia sanitaria consiste en garantizar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

La situación actual del derecho a la salud en Venezuela reviste características críticas y extraordinarias, principalmente por efecto del estado de deterioro de la salud pública y como consecuencia de las condiciones de restricción, múltiples y combinadas, a las cuales ésta ha sido sometida durante un prolongado número de años, y las cuales están asociadas a una sistemática conducta de omisión de las autoridades nacionales respecto de sus obligaciones de garantizar el derecho a la salud, establecidas en los artículos 83, 84, 85 y 86 de la norma constitucional**(78)**. El empeoramiento de la salud pública ha exacerbado las inequidades en salud, trasladando los costos de este deterioro a las personas de menores recursos.

La carencia de insumos médico-quirúrgicos, repuestos para equipos y reactivos para laboratorios, es otra condición restrictiva frecuente de la prestación de servicios en centros de salud públicos, que se agravó desde 2010 con el aumento de la inflación y las políticas de control y asignación de divisas. Desde 2013, existe una crisis severa de desabastecimiento de estos materiales, dado que 84% son importados, produciendo de forma alarmante la suspensión de cirugías electivas y de emergencias, y de otras áreas de servicio como radiología, laboratorios y bancos de sangre**(78)**.

En estos momentos podemos decir que nos encontramos en un proceso de crisis, de cambio de paradigma. Cuando se producen estos períodos la decisión de rechazar un paradigma conlleva a la decisión de aceptar otro, sabiendo que durante el período de transición habrá un solapamiento. Se necesita confianza y seguridad para avanzar hacia lo nuevo aunque cueste desaprender lo aprendido, la incertidumbre y la certeza no pueden convivir, hay que creer para crear y recrear sobre lo creado. De allí nuestra voluntad de ofrecer la propuesta de: **Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería**, a fin de contribuir a mejorar las condiciones del cuidado que reciben las usuarias en el área de obstetricia.

### **CATEGORIA 3: CUIDADO PRENATAL SEGÚN PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS**

De esta categoría surgieron dos subcategorías:

#### **Cuidado prenatal preventivo**

Cuando se les pregunto a las enfermeras que acciones de cuidado debe hacer la enfermera en la consulta prenatal a la embarazada?, ellas respondieron así:

*Primero, hablar con ellas acerca del embarazo, sobre la alimentación... y después darle una sesión educativa para que esté al tanto de lo que tiene que hacer para que no vuelva a salir embarazada(tan rápido), pues aquí hay muchas*

*adolescentes que salen embarazadas (enseguida)(Mirri),las muchachitas (adolescentes) ellas casi no dicen nada, la que habla es la mama o la abuela, dicen que no sabían que tienen que ponerse las vacunas, desconocen lo peligroso de no controlarse el embarazo, muchas toman el embarazo a la ligera, aquí podríamos darles algunas charlas (educativas)*  
(Marca.)

La asistencia de enfermería a la embarazada es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas, con salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible. En el sentido más amplio, la asistencia de la maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres. No sólo se debe interesar por su salud física de bienestar, sino que debe fomentar el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares.

Paralas dos entrevistadas el cuidado prenatal lo perciben como una serie de acciones destinadas a prevenir las consecuencias de un embarazo no controlado, lo cual consiste en hablar con la embarazada acerca de la alimentación, las vacunas, también se refieren a la actividad de sesiones educativas para que ellas aprendan las conductas a seguir durante el embarazo y después de él, lo cual significa que ellas son conscientes de lo importante de su rol docente para la educación de la embarazada.

El embarazo o gravidez, (de grávido, y este del latín *gravīdus*) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia(79). El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

El control prenatal se define como el conjunto de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, se concretan en entrevistas o visitas a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, del feto y de la familia(79).

El cuidado primario prenatal busca identificar los factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal.

Se interpreta que los profesionales de enfermería están conscientes que deben brindar educación a la gestante y su familia para prevenir factores de riesgo, así como la

detección temprana de las alteraciones durante la gestación. Los profesionales de enfermería realizarán el control prenatal, como mínimo, mensualmente a todas las gestantes.

El control prenatal debe ser: precoz, debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de alto riesgo.

Debe ser periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.

Debe ser completo: los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.**(80)**

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva; para realizarlo no se precisa de instalaciones costosas, ni de aparatos complicados, ni de laboratorios sofisticados, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios de tecnología sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado **(80)**.

El control prenatal debe ser de amplia cobertura, en la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) mayor será su contribución en la reducción de la morbilidad perinatal.

A la interpretación del discurso se percibe que las enfermeras aunque de manera condicional (*podríamos darle*) están conscientes de que el control prenatal envuelve en gran parte un proceso de orientación y de enseñanza-aprendizaje a fin de promover el control prenatal como cuidado preventivo.

Al respecto, sustentamos con lo que Watson dice: la “promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal”, es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas, la enfermera debe facilitar el proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente (74).

En sus muchas entrevistas con la embarazada, la Enfermera tiene oportunidad de entablar una relación de confianza y entendimiento con ella. Puede lograrla mostrando verdadero interés y respeto por la madre como individuo, también escuchándola inteligente y comprensivamente, para poder detectar sus necesidades. Las primeras impresiones son muy importantes para echar los cimientos de una

relación de cooperación. Como la Enfermera es una de las primeras personas a quien ve la embarazada en su primera visita al médico, puede inmediatamente hacer que la madre se sienta cómoda y tranquila, saludándola de manera cordial y amigable.

Es cierto que a veces son muchas las situaciones laborales que desbordan nuestras posibilidades, pero no debe perderse nunca el objetivo de nuestra función hacia el paciente, dado que depende muchas veces de cómo se realice el primer contacto, que el paciente retorne o no a la institución. La enfermera señalará a la embarazada la importancia de realizar el control prenatal en forma periódica y continua, la importancia del mismo sobre su salud y la del bebé, de allí que ella expresa su preocupación con estas palabras: *dicen que no sabían que tienen que ponerse las vacunas...desconocen lo peligroso de no controlarse el embarazo, aquí podríamos darles algunas charlas educativa* (Marca).

Entre las acciones de apoyo físico que Enfermería realiza, como hacer el control de peso y talla, de tensión arterial, el de ayudar al obstetra en el examen ginecológico, la Enfermera actuar en su rol de educador incidental. La Enfermera debe recordar que ésta puede ser una nueva experiencia para la embarazada y que puede tener miedo de lo que se le hará, debiendo explicar los procedimientos antes de que se lleven a cabo.

Se concluye que la percepción del cuidado prenatal de las enfermeras es muy clara y positiva, tanto que lo expresan muy bien centrado en el cuidado interactivo y preventivo basado en el proceso enseñanza-aprendizaje del cuidado tan importante para la embarazada y la familia para orientarla en su autocuidado, también vemos que

en mucho coincide en la práctica como aporte de las afirmaciones teóricas del cuidado humano de Watson en la promoción de la salud.

### **Cuidando a la embarazada desde la motivación**

Cuando se le pregunto a la enfermera que acciones de cuidado empleas tu para abordar a la embarazada en la consulta prenatal?, ella respondió así:

*...Darles una pre clínica cuando llegue la paciente, con un cuestionario de preguntas sencillas que no sientan que se están metiendo en su vida, preguntas que hagan que se abran a ti, para saber si es un problema psicológico o social que la está conllevando a algo físico, creo que estamos capacitadas, no para darle dinero, sino una palabra, una conversación llena de motivación (Marro)*

Esta entrevistada percibe el cuidado prenatal de una manera muy particular, pero siempre con una visión educativa porque está consciente que el cuidado prenatal debe ser ante todo educativo, para ella las acciones de cuidado consisten en hacerles una pre clínica con preguntas sencillas que hagan que la embarazada rompa el hielo, que se exprese. Por lo claro del discurso se intuye que la enfermera considera que todo encuentro en la relación de cuidado lleva implícito la comunicación como vía de entendimiento, mas ella enfatiza en una conversación llena de motivación.

La palabra **motivación** deriva del latín *motivus* o *motus*, que significa ‘causa del movimiento’. La motivación puede definirse como «el señalamiento o énfasis que se

descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerla. Otros autores definen la motivación como «la raíz dinámica del comportamiento»; es decir, «los factores o determinantes internos que incitan a una acción» **(81)**.

La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta. Motivar es buscar que una persona haga lo que debe hacer porque ella misma quiera, no porque tenga una recompensa o un castigo (motivación ideal). Para motivar es fundamental conocer las necesidades y apetencias de los sujetos a quienes queremos motivar, saber qué es lo que les mueve.

Según lo expresado en el discurso se interpreta que la enfermera concibe el cuidado como una interacción, como un encuentro con acogida, de manera que la embarazada se abra a ella motivada por la forma en que ella desea que sea la conversación, ofreciéndole confianza como persona más que como enfermera con: *preguntas sencillas que no sientan que se están metiendo en su vida*(Marro), a la interpretación se coincide con lo que algunos autores afirman de la motivación.

La motivación es un proceso interno y propio de cada persona, refleja la interacción que se establece entre el individuo y el mundo ya que también sirve para regular la actividad del sujeto que consiste en la ejecución de conductas hacia un propósito u objetivo y meta que él considera necesario y deseable**(81)**. La motivación es una mediación, un punto o lugar intermedio entre la personalidad del individuo y la forma

de la realización de sus actividades, es por ello que requiere también esclarecer el de su eficiencia, lo que dirige hacia el logro de dichas actividades de manera que tenga éxitos en su empeño.

De acuerdo a las teorías de la motivación, se han desarrollado distintos enfoques teóricos como los siguientes:

El modelo mecanicista, que indica supuestamente que el dinero es un motivador universal y que por lo tanto, los colaboradores canalizaran su energía hacia lo que la empresa quiere ante un incentivo económico de suficiente valor.

El modelo conductista, que parte de que toda conducta del individuo o de los colaboradores, puede ser incentivada a los estímulos adecuados. Con base en lo anterior, se desprenden las siguientes teorías:

Teorías de contenido. Agrupa aquellas teorías que se consideran todo lo importante que puede motivar a los colaboradores.

Teorías de proceso. Esta teoría considera la forma del proceso en que la persona puede llegar a motivarse.

Como se observa en el discurso y a la interpretación, la motivación a la que la entrevistada se refiere no encaja dentro del modelo mecanicista, pues ella es muy clara cuando expresa: *no para darle dinero, sino una palabra, una conversación llena de motivación*(Marro), ella expresa su deseo de motivarla durante el proceso de interacción con una conversación sencilla que le permita iniciar una relación, entrar

en comunicación para que le cuente su historia, pues como sabemos, todo ser humano es histórico, es decir, tiene un pasado, un presente y un futuro.

En consecuencia, la relación y la comunicación están profundamente ligadas. Toda relación provee información, inicia, sustenta o motiva un proceso comunicacional. La comunicación proviene de un hecho de relación. Se puede afirmar que no existe relación sin comunicación, ni comunicación sin relación(82). En tal sentido se interpreta que el discurso de la entrevistada comulga con el modelo conductista y encaja en las teorías de proceso, pues esta teoría considera la forma del proceso en que la persona puede llegar a motivarse, y ella ha sido muy clara cuando dice: *una conversación llena de motivación* (Marro), es decir, ese es el incentivo o estímulo con que ella desea motivarla para llegar a conocer cuál es el origen o la causa verdadera de su problema.

Al decir de Travelbee, a partir del conocimiento del problema para ser alcanzado el objetivo, el paciente y la enfermera se integran compartiendo y colaborando para la resolución del problema. En cada encuentro con el paciente, la enfermera se torna más fuerte y competente, influenciando en su desenvolvimiento personal y profesional, a medida que ocurre la interacción con el paciente la tentativa de resolver los problemas, y su práctica de enfermería se va tornando más eficiente(68).

Según Maslow, la “Teoría de la Motivación Humana”, la cual trata como una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía identifica cinco categorías de necesidades y considera un orden jerárquico

ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación **(81)**.

En el discurso de la entrevistada, queda claro que ella se está refiriendo en este caso, a las necesidades de cuarto nivel en el orden ascendente de jerarquías que propone Maslow, es decir, a las necesidades de estima, que son aquellas que surgen cuando las tres primeras necesidades están medianamente satisfechas y que se refieren a la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer estas necesidades, las personas tienden a sentirse seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. Precisamente a la interpretación se intuye que la enfermera enfatiza en las necesidades de estima de nivel inferior que incluye muchos aspectos, entre ellos el respeto hacia los demás, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad.

Básicamente en enfermería se debe saber entender y escuchar al paciente, igualmente consiste en posturas, gestos, miradas, entre otros, de lo que depende el cuidado humano eficaz. Recordemos que cada persona tiene su propia perspectiva del mundo y debemos intentar comprenderlos para incentivar su motivación intrínseca. En el proceso de comunicación una persona comparte ideas, opiniones, sentimientos, valores y metas, este proceso lo vuelve más humano y sociable; mas en contacto con la realidad.

La teoría de Joyce Travelbee, considera que la enfermería puede ser encarada como un proceso interpersonal terapéutico, pues envuelve una interacción entre dos o más individuos con un objetivo común. Además, la comunicación constituye un fundamento cultural del ser humano, es también una necesidad básica, sin la cual la relación humana sería imposible(68).

Travelbee afirma que la relación interpersonal terapéutica es un proceso de cambios de comportamiento, resaltando ser el enfermero el responsable de ayudar al paciente a encontrar su propia cura. La autora divide la relación terapéutica enfermero/paciente en cuatro fases:

**1ª Fase: Fase pre-interacción:** Es la fase en que el enfermero comienza la vinculación con el paciente, intentando comprenderlo, recogiendo datos a través de la observación.

**2ª Fase: Fase inicial:** La fase inicial de orientación, significa el primer encuentro entre el enfermero y el paciente, ambos son desconocidos, es la fase de recepción y presentación.

Por eso, es importante que la enfermera, el paciente y la familia estén envueltos en el cuidado, analizando la situación, de modo que, juntos puedan reconocer, esclarecer y definir el problema existente.

**3ª Fase: Fase de Identidad:** Es la fase en que probablemente se inicia la interacción, donde la enfermera y el paciente se conocen cada vez más, identifica los problemas, establecen una meta. En esta fase la enfermera se encuentra menos angustiada con la

situación, pues se establece una relación de seguridad y confianza entre las partes involucradas. Posteriormente a la identificación del problema, o sea, después del esclarecimiento de la situación en cuestión, la ansiedad y el miedo tienden a disminuir.

La enfermera puede trabajar con la familia y el paciente y, de acuerdo con el problema, puede encaminar a la familia hacia otros profesionales, por ejemplo, la psicología, el servicio social, entre otros. Las actitudes del paciente y de la enfermera son los que van a nortear la forma de recibir ayuda. En este momento inicial es necesario estar atento a las reacciones del paciente mediante la interacción interpersonal.

En esta fase de identificación es que, normalmente, el paciente reacciona ante las personas que quieren ayudarlo. Durante esta fase el enfermero y el paciente necesitan esclarecer sus percepciones y expectativas durante el proceso interpersonal, pues el paciente está reaccionando a quien lo está asistiendo, o sea, construyendo una relación fuerte de identificación del problema y es tomada la decisión en cuanto al cuidado de enfermería adecuado.

**4ª Fase: Fase de término:** Esta es la fase en que el paciente se siente integrado en el ambiente proveedor de cuidados. Sin embargo, esta fase el paciente puede hacer más exigencias o utilizar otras técnicas para llamar la atención del enfermero, dependiendo de su necesidad individual. La enfermera debe animar al paciente en el sentido que el reconozca la situación en que se encuentra, proporcionándole un ambiente seguro y el apoyo emocional, si es necesario.

El enfermero debe tener plena consciencia de los medios de comunicación para esclarecer e interpretar lo que el paciente desea, realmente saber qué hacer, de esa manera el paciente será orientado a explorar todos los caminos para una satisfacción del cuidado. En esta fase de fin del proceso terapéutico, y de la solución del problema, donde el paciente y la enfermera después de un relacionamiento interpersonal terapéutico consiguen el propósito de alcanzar y solucionar las necesidades afectadas del paciente. En esta etapa surgen sentimientos como de gratitud, independencia o indiferencia.

Después de lo expuesto, entendemos que la asistencia de enfermería prestada envuelve todas las fases de relacionamiento interpersonal descrito por Travelbee.

En nuestro caso, la mujer embarazada cuando llega a la consulta prenatal por primera vez, la enfermera inicia su interacción estableciendo la comunicación interpersonal afectiva como ella mismo lo verbaliza: *preguntas sencillas... una conversación llena de motivación* como estrategia para facilitar la interacción con la embarazada.

Así después de establecer la comunicación efectiva y la interacción con la embarazada la enfermera identifica las necesidades básicas afectadas y establece metas que serán cumplidas durante su estancia en la consulta prenatal.

En la última fase del proceso la enfermera ya establece la mejor estrategia de comunicación, que facilita la relación terapéutica con la embarazada, además de la satisfacción de necesidades, al mismo tiempo que surgen sentimientos de satisfacción

y confianza entre ambas partes envueltas en el proceso de interacción, proporcionando un ambiente seguro y confiable.

Debe entenderse que la comunicación es un elemento fundamental en los cuidados de enfermería, sobre todo cuando el cuidado se da como un acto de reciprocidad que permite establecer la relación verbal y no verbal entre la persona cuidada y el cuidador, en el que se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones. Al decir de Collier los cuidados de enfermería son una actividad cotidiana y permanente, cuidar es ante todo un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca(1).

A partir de ahí, percibimos la importancia y la eficacia del conocimiento del enfermero sobre el proceso de comunicación en la relación interpersonal, de las embarazadas y la importancia del cuidado prenatal, permeado por la motivación.

#### **CATEGORIA 4: CUIDADO PRENATAL DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA.**

De esta categoría surgieron tres subcategorías

##### **El cuidado consiste en agarrar la tarjeta, pesar y tomar la tensión.**

Cuando se les pregunto a las usuarias ¿Que acciones de cuidado de la embarazada perciben ustedes que reciben de las enfermeras en la consulta prenatal?, respondieron así:

*La que me atendió el primer día, fue una doctora, porque las enfermeras se encargan nada más de agarrar el control, la tarjeta y pesar, todos los meses las enfermeras hacen lo mismo. muy poco uno habla con ellas, solo se ocupan de pesar y tomar la tensión (Nurca)...ella (la enfermera) nunca me pregunta sobre el embarazo, ella solo me pesa y me dice que espere mi turno cuando llegue el doctor. Yo estoy segura que ella tendría que hacer algo mas, siempre están muy apuradas y en la consulta solo revisan mis exámenes y la barriga, pero sería bueno que me explicaran, porque yo soy primeriza, y a pesar de que mi mama me explica todo esto, creo que ellas saben de esas cosas (del embarazo) y podrían hacerlo mejor.(Luzca), ella(la enfermera) nunca habla conmigo lo único que hacen es pesarme y tomar la tensión,noveo que hagan otra cosa, de lo otro se encarga el doctor.(Keipe)*

Como se puede observar, el discurso de las usuarias es muy claro,puntualy distinto al de las enfermeras, para ellas el cuidado que reciben de las enfermeras en la consulta prenatal consiste en buscar la tarjeta, pesarlas, tallarlas y decirle que espere al médico, aunque expresan que las enfermeras podrían hacer algo más.

A la interpretación se evidencia una clara asimetría entre las acciones expresadas por las enfermeras en la subcategorias del **Cuidado prenatal según percepción de las**

**enfermeras** y el discurso de las usuarias en esta misma categoría, según lo expresado por las entrevistadas, el cuidado prenatal que reciben de las enfermeras es muy puntual: peso y toma de tensión, lo cual nos revela la función muy limitada de la enfermera y la evidente pérdida de tiempo y ocasión de la enfermera en un momento tan importante y oportuno durante la espera del médico y su estancia en la consulta prenatal para educar a la gestante, tal como lo promueve la OMS, los teóricos del cuidado y las enfermeras en la entrevista anterior, porque como sabemos, gran parte del cuidado prenatal de la embarazada consiste en darle educación, información y apoyo a la mujer para prepararla en el desarrollo y evolución fisiológica de su embarazo y que puedan encarar con conocimiento, tranquilidad y confianza la etapa del parto natural, evitando los posibles riesgos.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud promueve lo siguiente: La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja**(83)**.

Aquí vale la pena traer la siguiente recomendación del Dr. Ian Askew: «Para que las mujeres utilicen los servicios de atención prenatal y regresen cuando vayan dar a luz, deben recibir una atención de buena calidad durante todo su embarazo», señaló el Dr. Ian Askew, Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones

Conexas de la OMS. «El embarazo debe ser una experiencia positiva para todas las mujeres, y estas deben recibir una atención que respete su dignidad(83).

A la interpretación se considera que en este caso, la enfermera pierde la gran oportunidad de concentrarse en lo que es brindar atención integral a la mujer durante el periodo de gestación con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo, ya que es un profesional que cuenta con los conocimientos, actitudes y aptitudes necesarias para confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico con base en los criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo.

La participación de la enfermera en la consulta prenatal indica la apropiación de un saber técnico científico como construcción activa, integrando la práctica y la teoría de la resolución de los problemas dentro de aquellos marcos valorativos, y no una mera recepción pasiva de acciones rutinarias como peso y talla.

Ello contempla no solo el saber académico, sino también el saber de cada enfermera, y la experiencia adquirida en sus actividades y en su cotidiano vivir. En consecuencia, la embarazada debe ser vista por el profesional en enfermería dentro de los aspectos físicos, psicoafectivos, interpersonal y social de manera integral dentro de un ambiente dirigido por el equipo multidisciplinario en salud y por las propias gestantes(83).

Así mismo, la relación de cuidado surgida entre gestante y enfermera en el control prenatal permite fortalecer la humanización del cuidado, porque admite actitudes que

respetan la gestación como experiencia personal y familiar, preservando la privacidad y autonomía de la mujer. La OMS considera que en los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Partiendo del discurso de las embarazadas y tomando en cuenta las varias entrevistas de la consulta prenatal, la Enfermera tiene oportunidad de entablar una relación de confianza y entendimiento con ella. Puede lograrla mostrando verdadero interés y respeto por la madre como individuo, también escuchándola inteligente y comprensivamente, para poder detectar sus necesidades, más que la mera acción de pesar y tallar. Las primeras impresiones son muy importantes para construir los cimientos de una relación de cooperación.

De todos es conocido que la Enfermera es una de las primeras personas a quien ve la embarazada en su primera visita al médico, puede inmediatamente hacer que la madre se sienta cómoda y tranquila, saludándola de manera cordial y amigable(84). También es cierto que a veces son muchas las situaciones laborales que desbordan nuestras posibilidades, pero no debe perderse nunca el objetivo de nuestra función hacia la embarazada, dado que depende muchas veces de cómo se realice el primer contacto y la acogida para que la paciente retorne o no a la institución.

Debe orientar a la embarazada en la importancia de realizar el control prenatal en forma periódica y continua, la importancia del mismo sobre su salud y la del bebé. En

las acciones más simples que Enfermería realiza, como es el control de peso y talla, de tensión arterial, el de ayudar al obstetra en el examen ginecológico, la Enfermera debe ejercer un rol muy importante de educador incidental. La Enfermera debe recordar que ésta puede ser una nueva experiencia para la embarazada y que puede tener temor de lo que se le hará, debiendo explicar los procedimientos antes de que se lleven a cabo(84).

Acciones como ayudar a la madre a subir a la camilla de exámenes y ponerla en la posición adecuada, debe evitar la exposición innecesaria del cuerpo de la gestante para resguardar su pudor, indicándole que cuando el médico la examine, respire normalmente y mantenga la espalda contra la camilla. Si la embarazada demostrara estar nerviosa, se le podrá tomar la mano o indicarle otras medidas que le ayuden a relajarse y reducir así al mínimo su incomodidad.(84). Teniendo en cuenta la realidad nuestras instituciones en lo referente a la escasez de recursos humanos y materiales, la enfermera tiene una gran responsabilidad de cumplir en prenatal sus funciones de orientadora, educadora y agente de cambio.

Por ejemplo, al proceder a la toma de la tensión arterial, mientras la embarazada se prepara, se podrá indagar si es su primer embarazo, si ha venido otras veces a la institución, informar sobre los servicios que ésta le ofrece, la disposición dentro del hospital de los servicios de diagnóstico y tratamiento, orientándola en la planta física. También esta situación podrá ser utilizada por la Enfermera para averiguar cuantos meses de embarazo tiene, interrogándola o leyendo la historia clínica; podrá asesorar sobre la importancia de recibir las inmunizaciones indicadas en el embarazo, también

podrá indagar si la futura madre planea amamantar a su hijo y si ha tenido éxito o fracasos en amamantar anteriormente.(84).

Otra charla casual podrá darse cuando se va a pesar a la embarazada con la técnica apropiada. Puede observar si la vestimenta es la adecuada o no, sugerirle el uso de vestidos que deben colgar de los hombros y adaptarse a la expansión del útero para lograr la máxima comodidad, observar también si complementa su vestimenta con ligas, indicarle que éstas causan constricción circular de los vasos sanguíneos de las piernas, provocando la formación de várices. Otro punto de charla versará sobre el uso del calzado, sugiriendo el uso de zapatos con tacones bajos que ayudan a evitar caídas y disminuyen la dorsalgia del embarazo.

La Enfermera deberá observar también la curva de peso de la embarazada. Si la ganancia ponderal es inferior o excede lo esperado (el aumento medio de peso durante el segundo trimestre es aproximadamente de 225 grs. por semana y en el tercer trimestre es de 450 grs. por semana), aconsejará a la gestante sobre la necesidad de una dieta balanceada, consistente en la ingesta de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales.

Sugerirle que ingiera verduras frescas y que tome suficiente cantidad de líquidos durante el día para facilitar el ritmo intestinal, dado que el estreñimiento es un problema común. En las charlas casuales con la embarazada, la Enfermera podrá informarle acerca de la prevención de problemas adicionales, e indicarle que debe concurrir de inmediato al médico cuando se presenten los siguientes signos:

Sangrado o pérdida de cualquier líquido por los genitales, aumento rápido de peso, edemas en manos y cara, cefalalgia persistente, alteraciones visuales, vómitos persistentes. En las últimas semanas de gestación se hará saber a la embarazada cuales son los signos que indican que el trabajo de parto está comenzando: secreción de moco vaginal color rosado, contracciones regulares intermitentes del útero, pérdida de líquido amniótico por vagina (rotura de membranas).

Durante las charlas con la embarazada, se le debe motivar para que concurra al curso de preparación para la maternidad, que tiene como finalidad la integración de toda la familia; preparación de la pareja, informando adecuadamente a ambos de cómo se produjo y cómo evoluciona el embarazo para que lleguen al parto en óptimas condiciones y capacitados para la crianza de su hijo.(84)

Como podemos ver, son muchas las acciones en las que consiste el cuidado prenatal que la enfermera puede ofrecer y no solamente dedicarse a lo vivido y expresado por las embarazadas: *El cuidado consiste en agarrar la tarjeta, pesar y tomar la tensión.*

**Conocimiento del cuidado de la embarazada recibido del personal de salud.** Cuando se les pregunto a las gestantes ¿qué conocimiento del cuidado que debe tener la embarazada te han enseñado aquí? Has hablado con las enfermeras?. Esto fue lo que respondieron:

*aquí lo que me han dicho es que no debo hacer esfuerzos y que coma bien, que me tome las vitaminas y a mí me ido bien, yo me he cuidado bastante, como bastante para que el*

*niño se desarrolle bien y descansar para que no me pase nada (Nurca) las enfermeras nunca hablan conmigo, lo único que hacen es pesarme, el médico me ha dicho que debo comer sin grasas ni frituras, bajo de sal, ellas (las enfermeras) vienen y hacen su trabajo, su labor normal, te toman la tensión y te pesan, de lo otro se encarga el doctor (Keipe) que venga a mis consultas, hago todas las cosas que me dice el doctor, que no haga esfuerzos, que no agarre rabia, por eso trato de no hacerlo porque eso le puede hacer daño a mi bebe, me puede subir la tensión, ella (la enfermera) nunca me pregunta sobre el embarazo, sería bueno que lo hiciera, porque yo soy primeriza y mi mamá me explica de eso, pero creo que ustedes que saben más de esas cosas y podrían hacerlo mejor. (Luzca)*

En este relato, para las entrevistadas, todas primigestas, se observa que el cuidado que conocen sobre su embarazo es algo puntual y viene dado por vía de información que han recibido en la consulta prenatal de parte del doctor. La información práctica que refieren percibir de las enfermeras es el peso, la talla y la toma de tensión, pero aparte de eso, las enfermeras, que de hecho, es el personal indicado para dar charlas de educación para la salud, no lo han hecho, puesto que no hablan con ellas, tal como lo expresan en sus propias palabras: *ellas nunca hablan conmigo, lo único que hacen es pesarme y tallarme. (Keipe).*

Al comenzar el análisis e interpretación, lo primero a tomar en cuenta es que las tres entrevistadas son mujeres primigestas, y por lo tanto se intuye que son mujeres ávidas de conocimiento sobre esa primera experiencia que van a vivir, por lo cual se entiende que busquen y reciban información tanto del personal de salud como de familiares y amigos.

Sin embargo, en el análisis se constata algo contradictorio tal como ellas lo expresan: *nunca me pregunta sobre el embarazo, sería bueno que lo hiciera porque yo soy primeriza y a pesar de que mi mamá me explica cómo es eso, creo que ustedes que saben de esas cosas (embarazo) podrían hacerlo mejor.* (Luzca). Se interpreta que las embarazadas sienten la necesidad de recibir información de un profesional considerado por ellas que posee los conocimientos necesarios que le puede brindar información confiable y segura.

No obstante, ante la actitud poco comunicativa de la enfermera que no les pregunta, que no dialoga, se ven obligadas a buscar información de otras fuentes, quizás no muy acertada, como sería la información, si la recibieran de un profesional de enfermería que está preparada y tiene experiencia en el área prenatal.

De lo dicho, se entiende que la información puede venir por distintos medios y diferentes fuentes, así como del interés de la propia embarazada para obtener alguna información sobre la evolución y desarrollo de su embarazo, lo cual infunde en ellas algunos temores propio de las personas ante lo desconocido, por ser la primera vez que viven esa experiencia.

De allí que el personal de salud y específicamente las enfermeras tenemos el compromiso moral como profesionales, la obligación y responsabilidad por ley de hacer educación sanitaria, divulgando y promocionando por los medios a nuestro alcance, en este caso por charlas educativas en la consulta prenatal, enseñar hábitos y estilos de vida saludables, que incluyan la promoción integral del cuidado prenatal.

Siendo la enfermera la responsable de ofrecer y custodiar el cuidado, por esta razón es de mi interés como miembro del equipo de salud abordar la temática aproximación de un: **modelo de cuidado humano para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería**, con el propósito de incentivar al personal de salud y específicamente a las enfermeras a proveer un ambiente de cuidado mas humanizado que pase por el reconocimiento de la dignidad humana y que el centro de nuestra acción sea la persona, donde la tecnología no anule o reemplace la importancia del encuentro interpersonal.

Si el reto de la medicina desde los tiempos de Hipócrates, era el reto de humanizar la relación entre los profesionales de la salud y el enfermo, el reto de las enfermeras en este siglo debe ser humanizar nuestras acciones en una relación intersubjetiva, interactiva y transpersonal, aplicando la teoría de Watson, es decir, ver el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos.

La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin atenernos solo a las

acciones de rutina; pues ello constituye anti valores de la profesión, debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. No debemos detenernos siempre en lo fácil, sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente e investigativo **(85)**.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, como en el caso que nos ocupa, pesar y tallar, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, que exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y responsabilidad, en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

El cuidado de enfermería debe ser un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común. Es comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo y mente, normal y patológico**(85)**.

Para la disciplina de Enfermería, el cuidado se constituye en el centro o la esencia de la praxis, lo cual exige que la actuación del profesional de enfermería deba guiarse por la responsabilidad ética; desarrollar relaciones respetuosas y comprensivas; emplear sistemas de resolución de problemas, procesos de toma de decisiones basados en apreciaciones exactas, conocimiento apropiado y juicios sólidos; además,

de ser un profesional sensible ante los problemas de salud, comprometido con el arte de cuidar y de respaldar la imagen de Enfermería como disciplina profesional(86).

### **Conocimiento de cuidado de la embarazada por vía intergeneracional**

Cuando se les pregunto a las gestantes ¿Has recibido información de algún familiar del cuidado que debe tener la embarazada? Esto fue lo que respondieron:

*...mi mamá es la que me explica que debo cuidarme, comer bien para que no me de eso que llaman pre eclampsia. Mi mamá está pendiente de eso, bueno, eso sí, yo quiero parir. Una hermana me explicó cómo es eso, porque ella parió hace poco, que duele, pero que una vez que ya sale ya no hay más dolor, como yo soy primeriza, aquí deberían preguntarle a uno o explicarle, porque yo no sabía nada, pero mi hermana me ayudó, me dijo que hay que caminar para que no se tranque y salga rápido, (Keipe)...yo sé que no hay que comer salado porque mi mama me lo dijo y que no puedo andar descalza, le pregunte porque y no me supo explicar bien, solo me dijo que su mama le dijo lo mismo, mi mama me dijo que lo mejor es parir, pero que eso dolía mucho, solo sé que tengo que pujar y no estar gritando ni llorando (Luzca)*

Como se puede observar las embarazadas entrevistadas expresan haber recibido información a nuestro juicio muy significativa de parte de familiares, como la madre,

la hermana y de la suegra. La información recibida de sus familiares acerca del cuidado, consiste en que sus familiares les narran las experiencias que ellas han vivido y en base a eso las han orientado, y ellas lo aceptan como conocimiento acerca del embarazo y parto. Dos de ellas expresan saber sobre embarazo y parto porque sus mamas, la suegra y una hermana le dijeron que no deben comer salado para evitar la *pre eclampsia*, que lo mejor es parir, (sin cesárea) pero que eso duele mucho.

La preeclampsia (PE) es una patología asociada a población gestante con una alta incidencia en el mundo. Es importante evaluar la influencia de condicionantes externos y la intervención médica, para promover medidas de acción saludables que favorezcan el mejoramiento en la calidad de vida de las pacientes. Una intervención temprana que detecte la enfermedad oportunamente, es la base para reducir las estadísticas de mortalidad(87).

La **preeclampsia** se define como la presencia de hipertensión arterial evidenciada con dos lecturas de presión arterial  $\geq 140/90$  (presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o diastólica  $\geq 90$  mmHg), y proteinuria superior a 0,3 g/día después de la vigésima semana de embarazo en pacientes anteriormente normotensas (87). Aún se desconoce la verdadera causa de la PE, algunas teorías indican que la combinación de varios factores ambientales, genéticos e inmunológicos puede aumentar la susceptibilidad de padecerla (9,10). La PE afecta de 3-5% de todas las gestantes, con una incidencia de 3-7% en nulíparas y 1-3% multíparas, por lo que es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y es también una de las principales causas de partos prematuros en el mundo (87). A nivel mundial, los trastornos hipertensivos del

embarazo son responsables de hasta 50.000 muertes de mujeres maternas y 900.000 muertes perinatales anuales.

También se puede presentar de forma atípica, en algunos casos con hipertensión asociada a síntomas sistémicos, alteraciones de las pruebas hematológicas o de las enzimas hepáticas sin proteinuria. Otras formas atípicas incluyen los casos que se producen antes de las 20 semanas de gestación por lo general asociada con la enfermedad trofoblástica gestacional y aquellas que se manifiestan pasadas las 48 horas después del parto (87). Sin embargo, es de aclarar que la presión arterial alta durante el embarazo no indica necesariamente la existencia de preeclampsia, puede ser una señal de otro problema.

De allí lo significativa de la información que estas embarazadas pudieran recibir del personal de salud con explicaciones más asertivas y científicas, a manera de prevenir complicaciones durante el parto, sin embargo en este caso, las embarazadas lo están recibiendo de sus familiares, cuestión no despreciable, puesto que los grupos de apoyo en estos casos son muy importantes, pero lo ideal sería que el personal de salud, especialmente enfermería asumiera su rol de educadora y agente de cambio, con el fin de prevenir situaciones más serias.

“La familia es el primer agente socializador en nuestra sociedad y constituye para el niño y niña el primer ambiente significativo”. El hogar es el primer contexto social del niño, es considerado la matriz social en que se aprenden los primeros

comportamientos interpersonales.(88). El concepto de familia no tiene una única connotación, esta ha ido evolucionando de manera significativa, pero, “en principio sigue siendo la célula de la sociedad humana”. La familia es la célula principal de la sociedad, es el grupo de personas que conforman un hogar, donde no necesariamente todos se encuentran unidos por lazos consanguíneos pero si de afecto y amor.

En el seno de la familia se cultivan los primeros valores éticos que servirán como cimientos para el desarrollo de la sociedad. (88).La familia se le considera el grupo primario por excelencia, debido a que la persona, desde su nacimiento, se encuentra inmersa en él y es ahí donde vive y desarrolla las experiencias y habilidades que servirán como base para la vida en todos los ámbitos de su existencia.

La familia como grupo de apoyo es decisiva en el momento de alumbramiento, así como durante el embarazo y el puerperio. Tanto el bebé recién nacido como la puérpera requieren del apoyo emocional y la contención de sus familiares. En general se dice que una familia, es un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos. Así, hay familias que se componen por el papa, la mamá y los hijos, las hay más amplias, con abuelos, tíos, otros parientes, e incluso amigos. En el caso de estas entrevistadas, ellas comparten información de la madre, de la suegra y de la hermana. Tal cual lo expresa Keipe: *mi mamá es la que me explica que debo cuidarme, comer bien para que no me de eso que llaman pre eclampsia. Mi mamá está pendiente de eso*, o como lo expresa Luzca: *yo sé que no hay que comer salado porque mi mamá me lo dijo*.

A la interpretación se entiende que el grupo familiar social, es lo que nos define como personas, condiciona los gustos, las costumbres y las formas de relacionarnos. Por lo general los menores aprenden de los modelos de las personas adultas que están en contacto directo con ellas, sobre todo, en momentos como el nacimiento de los hijos que marcan tareas y responsabilidades a cada uno de los miembros de la familia.

Es el mismo caso de Keipe: *Una hermana me explicó cómo es eso, porque ella parió hace poco, que duele, pero que una vez que sale ya no hay más dolor, como yo soy primeriza, deberían preguntarle a uno o explicarle, porque yo no sabía nada.* Del texto se induce, seguir el modelo de aprendizaje parental de su hermana, a todas luces razonable, ya que en la familia se dan sentimientos de amor, afecto, cooperación y solidaridad, y es muy probable una predisposición de querer seguir el modelo de comportamiento de su hermana, puesto que no ha recibido orientación y apoyo del personal de salud sobre un aspecto tan importante como es la preeclampsia.

Como bien sabemos, dentro de la familia es donde los niños van aprendiendo hábitos, valores, actitudes y creencias que están en consonancia con las normas de la sociedad en la que viven. Es en virtud de ello, que los expertos consideran que la socialización que se da en el seno familiar es un proceso fundamental para el desarrollo social, emocional y cognitivo del hombre. Podríamos decir que la familia es, uno de los principales agentes de socialización y el que más influye en las conductas posteriores del individuo al ser la primera fuente de información y probablemente la más significativa. La familia debe participar en los procesos que

conducen a la toma de decisiones que afecten sus misiones, funciones, derechos y deberes(89).

Los modelos parentales son las prácticas de crianza que los adultos cuidadores asumen para el acompañamiento afectuoso e inteligente de sus hijos. Con ellos dan curso al proceso de crianza, que es el mismo proceso de socialización y educación, es decir, estos tres procesos son entendidos como sinónimos. El modelo parental que los adultos cuidadores asuman será una estrategia adecuada o inadecuada para el desarrollo integral de los hijos.

La elección del modelo no es una cuestión de azar, es un asunto que se asocia a las creencias que se tienen sobre el proceso de crianza, a las vivencias que se hayan tenido sobre la maternidad y la paternidad y a las determinaciones socioculturales del ambiente en que se desenvuelve el proceso.

Como conclusión, el modelo parental que deben implementar los adultos cuidadores es el asertivo, esto es, de comunicación efectiva, que es el que combina en forma equilibrada el afecto, la comunicación, los límites y la exigencia, sin dejar de lado las interacciones que estas dimensiones establecen con las exigencias evolutivas de los hijos y las características propias de su identidad personal y social.

## **CATEGORIA 5: EL CUIDADO DEL PARTO SEGÚN PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS.**

De esta categoría resultaron dos subcategorías.

### **El cuidado de la parturienta en el contexto real.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras como califican uds. el cuidado que dan a las mujeres en esta sala de parto, esto fue lo que respondieron:

*...cuidado es ayudarlas, no dejarlas solas, asistiéndolas con lo poco que nos dan, ayudarlas en sus necesidades espirituales y apoyo emocional, el movimiento de la sala de parto es muy rápido, cuando está tranquilo nos acercamos a hablar con ellas, a darle orientaciones, le agarramos la mano, a veces las tienen sucias, llenas de sangre, de liquido y aquí no hay agua, ni guantes, ni sabanas, con sinceridad, aquí lo menos que damos es cuidado humano (Bárac) hoy día con la crisis hospitalaria, esto a veces parece un campo de batalla, antes tu podías atender individualmente a la mujer, conversar con ella, explicarle, éramos más dadas al trabajo, ahora tú ves a esas muchachas (enfermeras jóvenes) que solo andan pendiente del teléfono, no les preguntan si se les mueve el bebe, si tienen malestar, son muy buenas en los procedimientos, pero ni una sonrisa le regalan a las*

*pacientes, la relación de la enfermera con las pacientes no solo es técnica, tenemos que ser amables (Terra) cumplimos el tratamiento a la hora, estamos pendientes, no las dejamos solas, recibimos al bebe y le damos los primeros cuidados del recién nacido, tomamos los signos, hacemos lo que podemos con lo poco que tenemos, se les explica, son bastante agresivas y yo no tengo la culpa que no hay agua, no hay un yelco, ni guantes, dar cuidado humano así es imposible (Ismefi)*

Al iniciar el análisis del discurso de las enfermeras, de inmediato interpretamos que ellas son conscientes que en el momento del parto la mujer necesita del acompañamiento de alguien porque requiere del apoyo humano, de la mano amiga que le contagie optimismo, apoyo emocional, explicarles el proceso, sobre todo a las adolescentes sin experiencia. Sin embargo al unísono expresan que aparte de no contar con los insumos necesarios, además existe la contratación de personal con poca experiencia, por esas razones se interpreta que en el plano de la realidad intervienen muchos factores negativos que actúan como barreras que no permiten brindar cuidado integral de calidad a la parturienta.

El tema de la reproducción humana es un proceso con diferentes etapas: entre ellas, la concepción, el embarazo y el parto, estos son procesos naturales en la vida de la mujer, con todas las implicaciones que este acontecimiento encierra e involucra a los profesionales en salud para su atención. Se menciona que el dolor de parto es una

experiencia que cada mujer debe experimentar para dar a luz a sus hijos, es algo universal y común que corrobora la singularidad del papel femenino.

El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la mujer expulsa a su hijo desalojándolo del útero a través del canal vaginal y así poniéndolo en contacto con el mundo exterior, es en ese momento donde necesita compañía y un entorno emocional y social que aún no son cumplidos a cabalidad por el personal de enfermería, y que son necesarios para lograr la calidad de la atención en el trabajo de parto; por ello los integrantes del equipo de salud deben complementar el conocimiento de estas evidencias científicas con la adquisición de mejores destrezas a través de la práctica clínica dentro de un ambiente físico que reúna las condiciones mínimas adecuadas, cónsono con el proceso de parto.

Cuestión que en el contexto de esta investigación no ofrece las condiciones adecuadas, por las razones evidentes que las enfermeras expresan. Principalmente manifiestan entre la carencia de recursos, el agua, elemento indispensable para la higiene personal y ambiental, es de todos conocidos la dificultad para brindar cuidado en una sala de partos sin agua, lo cual con mucha claridad confirma que no pueden responder con los principios de la asepsia y antisepsia del lavado de las manos tan indispensables en el diario quehacer de las acciones del acto médico y del cuidado de enfermería, lo cual sabemos que puede acarrear riesgos de infecciones tanto al personal de salud como a las propias usuarias.

Los trabajadores de la salud, especialmente la enfermera y el médico sabemos que el lavado de manos con agua y jabón es una de las maneras más efectivas y económicas para prevenir enfermedades infecciosas, las cuales son la principal causa de mortalidad infantil. Con esta medida se podría reducir a casi la mitad de las muertes y evitar una cuarta parte de defunciones por infecciones respiratorias agudas(90). De esta manera, la higiene de las manos cumple con dos propósitos fundamentales: el de proteger al paciente y al trabajador de la salud. Es por estas razones que se debe hacer en dos momentos: antes y después de la atención. La indicación de antes, debe estar presente antes del contacto directo con el paciente y antes de realizar una tarea aséptica o manipular un dispositivo invasivo, no obstante del uso de guantes. La indicación antes se hace para evitar riesgo de transmisión de microorganismos al paciente, por lo que se protege específicamente al paciente.

La indicación después, se debe dar en tres momentos: después del riesgo de exposición a fluidos o secreciones corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente y el medio asistencial, ya que es cuando hay riesgo de transmisión de microorganismos al trabajador de la salud o al medio asistencial; con esta medida se protege tanto al trabajador como el ambiente hospitalario(90).

Al respecto, la OMS recomienda en sus normativas para el funcionamiento adecuado de los establecimientos sanitarios se deben dar varias condiciones, entre ellas: un abastecimiento suficiente de agua salubre, un saneamiento básico, una gestión adecuada de los residuos sanitarios, el conocimiento y cumplimiento de las normas de

higiene y un sistema adecuado de ventilación. Lamentablemente, muchos establecimientos sanitarios de todo el mundo no cumplen estas condiciones **(91)**.

Además agrega, que entre el 5% y el 30% de los pacientes contraen infecciones relacionadas con la atención sanitaria, si bien esta proporción es muy superior en algunos contextos la carga de morbilidad asociada a estas infecciones es muy alta, representa un costo significativo para el sistema sanitario y para los hogares y afecta de forma desproporcionada a grupos vulnerables de la sociedad. La higiene del entorno puede reducir sustancialmente la transmisión de estas infecciones.

El trabajo de parto es el conjunto de actividades fisiológicas que tienen por finalidad la salida del feto a través de la vagina de la mujer, está dividido en tres periodos: el primero es la dilatación del cuello uterino, el segundo la expulsión del feto y el tercer periodo consiste en el alumbramiento.

La Organización Mundial de la Salud define el trabajo de parto normal como aquel que comienza espontáneamente, que es de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto hasta la finalización del nacimiento, donde el niño nace en forma espontánea en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego se debe observar que tanto la madre como el niño están en buenas condiciones**(91)**.

Siguiendo con el análisis de esta subcategoría, en lo expresado por las enfermeras se observa claramente que son conscientes de la necesidad de apoyo de toda índole a la

mujer en el proceso de parto, sobre todo de las adolescentes por su poca o ninguna experiencia.

Todas las enfermeras entrevistadas expresan su responsabilidad en cumplir el tratamiento de las pacientes, control de signos vitales y cuidados del RN. Todos sabemos que el personal de enfermería debe estar comprometido con su profesión, en este caso, sala de parto, cumpliendo con sus actividades, ofreciendo conocimientos y orientando a la mujer en esta etapa del proceso, prestando servicio con calidad humana en cualquier ámbito en el que se desarrolle.

Pero es el caso, que no todas las Instituciones cuentan con el material y equipo necesario para la atención integral de los pacientes, sin embargo el trato con calidez humana es propio del enfermero(a), como lo verbaliza Bárac: *no dejarlas solas, asistiéndolas con lo poco que nos dan, acercamos a hablar con ellas, darle orientaciones, aquí paren muchas adolescentes que no saben nada de parto.* Del análisis e interpretación se concluye que el personal de enfermería del área de obstetricia, específicamente de la sala de parto del Complejo hospitalario Ruiz y Paez del municipio Heres de Ciudad Bolívaral unisonó reconocen su compromiso del cuidado que debe recibir la mujer en la sala de parto, conocen de sus obligaciones y todo lo que conlleva la etapa del parto, pero también reconocen de las precariedades del hospital lo cual no les permite dar cuidado humano de calidad. En lo referente a la situación de crisis de la salud que vive el país y que repercuten en la calidad de los cuidados podemos verlos sustentados en la memoria y cuenta del MPPS del gobierno nacional.

Datos estadísticos sobre la crisis hospitalaria del país del Ministerio del Poder Popular para la Salud en su Memoria y Cuenta 2015-2016 plantean que garantizar el derecho a la salud de la población venezolana, consagrado en los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, actualmente, es un desafío bajo las condiciones políticas, sociales y económicas que vive el país que implica el desarrollo de acciones estratégicas y operativas, basadas en la **Ley del Plan de la Patria 2019-2025**.

Estas acciones estratégicas y operativas deben responder a la disminución de los indicadores de salud que, actualmente están presentes en el país. Siendo lo inherente a nuestra área de obstetricia, para el 2015, las afecciones originadas en el período perinatal siguen manteniéndose dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en el país(92).

En las mujeres, representa la quinta causa de mortalidad y si lo revisamos por grupos etarios, en los recién nacidos es la primera causa de muerte con un 80.5%. Al revisar los componentes de la mortalidad infantil, el 53% de las muertes en menores de 1 año ocurren durante la primera semana de vida y 74% antes de cumplir los 28 días, lo cual significa que aún hay debilidades en el componente de atención prenatal y del parto, así como del cuidado del recién nacido(92).

Consideramos que el profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y hacer de su

práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos-prácticos, que alimenten y optimicen un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le reporte crecimiento como persona, como profesional y al usuario; ya que el cuidado ayuda a crecer tanto al cuidador como a la persona cuidada, generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud, en este caso, en el área de obstetricia como es nuestro propósito en esta investigación.

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como lo propone Watson, la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos(74).

#### **El cuidado humanizado de Enfermería que debe recibir la parturienta.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras como creen uds. que debe ser el cuidado humanizado ideal que reciba la mujer en sala de parto? Respondieron así:

*Yo creo que es retomar nuestra condición humana, respetar, ser más sensible y comprensiva con el otro, el hospital debe mejorar las condiciones de atención, darle más privacidad a la paciente y suministrar los insumos, a veces hay que dejar que la mujer camine para que se alivien los dolores, me gustaría que las cosas cambiaran para que esto sea un lugar hermoso y bello donde nacen los niños (Bárac) creo que el cuidado humanizado es la atención que le damos a nuestras pacientes con calidez humana, como hermanos que somos todos, debemos humanizar mas el parto, la sala de parto debe ser un lugar de tranquilidad, de alegría, donde la mujer le dé gusto parir (Terra) es atender con mas humanismo, es decir, humanizado, atender con respeto a las pacientes y sus familiares, todas tratamos con respeto a las pacientes, se habla con las pacientes, se les explica que deben hacer (Ismefi)*

Por lo evidente del discurso se puede intuir que las entrevistadas conocen como es el cuidado humanizado ideal que debe recibir la mujer en la sala de parto, es decir, el deber ser de sus acciones, componente principal del cuidado como el ideal moral de enfermería.

Al analizar las frases del discurso de las entrevistadas, en todas se consiguen conceptos y valores familiarizados con el cuidado humanizado, cuando (Barác) dice:  
*Yo creo que es retomar nuestra condición humana, respetar, ser más sensible y*

*comprensiva con el otro.* Aquí la entrevistada nos está hablando de un concepto que encierra un gran significado, concretamente es estar con y entre los otros, que en términos de cuidado es realizar acciones en compañía de otros seres humanos, basada en valores como debe ser la interacción enfermera-paciente del cuidado humano.

Además agrega, *ser más sensible y comprensiva con el otro* (Barac). Se interpreta que la enfermera sabe que es una persona de encuentros con el otro, capaz de percibir sensaciones a través de los sentidos, de sentir moralmente y también ser capaz de comprender los actos o sentimientos de los demás y de ser tolerante con ellos, vale decir que es capaz de convivir entre los otros, reconocer a los demás, de lo que se interpreta que ella vive su condición humana y es capaz de reconocerla en los demás, vivir entre los otros y reconocer al otro. Realizar una acción en compañía de otros seres humanos, es la pluralidad humana, como son las acciones de cuidado de enfermería y esto es la primera característica de la acción, esfera del vértice de la pirámide en la vida activa de la condición humana.

Para sustentar lo interpretado, según Arendt, la condición humana está constituida por la vida contemplativa y la vida activa, la vida contemplativa era el tipo de vida que anhelaban los grandes filósofos de la antigüedad, para ello necesitaban del aislamiento y de la soledad para refugiarse en sus meditaciones y pensamientos. En la modernidad según la autora, la vida activa de la condición humana es aquella que solo es posible en compañía de los otros. En ella y especialmente a través de la acción, se expresan los diferentes aspectos de la vida cotidiana, entendida como la vida de relación con la propia vida, con el mundo y con los otros(93).

Conviene señalar que Arendt desarrolla su análisis de la condición humana con respecto a la modernidad y su influencia en el mundo actual, lo cual nos aclara porque la autora le confiere tres esferas a la vida activa como actividades que los seres humanos realizamos constantemente y que ella denomina en el siguiente orden jerárquico: acción, trabajo y labor. Para Arendt la acción tiene una doble condición: la igualdad como característica por la cual los hombres tenemos la posibilidad de entendernos unos a otros; y la distinción como la cualidad por la cual los hombres se diferencian, es el modo de presentarse a los demás, es el estilo único de cada ser humano cuando aparece ante los otros.

Arendt además afirma que la pluralidad humana no es solo condición de la acción, sino también del discurso, es decir, que con la palabra y el acto nos insertamos en el mundo humano, ya que en medio de la pluralidad, el ser humano ha de “vivir distinto y único entre iguales”.(93). Ese aporte teórico de Arendt nos permite hacer un símil con el cuidado humano que la enfermera percibe y está consciente que debe recibir la parturienta, porque como sabemos, la enfermera es un ser de encuentros, con su palabra y acción en la interacción con cada persona a su cuidado, lo que nos permite interpretar que la enfermera vive su condición humana y es capaz de reconocerla en los demás, solo que el entorno de trabajo no es propicio, lo cual nos remite a comprender que el entorno es un ámbito de la salud que también hay que humanizar.

Además, las enfermeras expresan valores que deben estar presentes durante el cuidado humanizado como lo dicen: (Bárac, Terrae Ismefi): *respetar más, atender con respeto a las pacientes y sus familiares, todas tratamos con respeto a las pacientes.*

El respeto es uno de los valores morales más importantes del ser humano, pues es fundamental para lograr una armoniosa interacción social. Una de las premisas más importantes sobre el respeto es que para ser respetado es necesario saber o aprender a respetar, a comprender al otro, a valorar sus intereses y necesidades. La enfermera que respeta a sus pacientes se gana el respeto de ellos. Es la base sobre la que se sustentan las relaciones entre las personas, por tanto, es esencial para que exista una sana convivencia y para que haya armonía en la relación enfermera-paciente, entre el equipo de salud y dentro de la comunidad hospitalaria.

La humanización en el ámbito de la salud implica un compromiso ético, permite valorar a la persona en su totalidad y es un reflejo de los valores que guían la conducta del personal en el ámbito de la salud. Los valores centrados en la persona permiten establecer políticas, programas, dar cuidados de calidad y respetar la dignidad de todo ser humano (70). La humanización genera una reflexión intrínseca, que compromete a la organización y a los trabajadores a considerar al ser humano como un ser integral, cuya vida transcurre en un entorno familiar, social, económico y laboral, la humanización ha de favorecer la gestión del cuidado centrada en la persona.

El profesional de enfermería es especialmente vulnerable a percibir conflictos de carácter ético, debido a las responsabilidades propias asociadas al cuidado de las personas, atribuido al carácter ético de la profesión y al hecho de trabajar en un ámbito de salud cada vez más tecnificado y complejo impregnado del modelo

biomédico y curativo, lo cual reduce lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado.

Hoy día las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se dificulta por las múltiples tareas delegadas de tipo biomédica, quedando relegadas acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson cuidado transpersonal(1).

En otro extracto del discurso Terra dice: *creo que el cuidado humanizado es la atención que le damos a nuestras pacientes con calidez humana, como hermanos que somos todos*. La calidez es una cualidad muy apreciada en una persona tanto en el trato como en la forma de ser con los demás. Implica ser amables y cariñosos con el otro, ser cordiales a la vez que empáticos y comprensivos, supone hacer sentirse al otro apreciado. La calidez es sumamente importante pues permite que nuestras relaciones con los otros fluyan de manera honesta y positiva.

La calidez humana no solo es un valor que se cultiva en nuestra relación con las personas de nuestro entorno, nuestros amigos y familiares, nuestros vecinos, compañeros y colegas, sino que también se cultiva en el trato interpersonal de otro tipo de relaciones, como las que entablamos para la prestación de servicios, en el caso del cuidado de enfermería donde se valora mucho la calidez en el trato de la enfermera con los pacientes. Según Diccionario de la Real Academia Española.

La calidez en servicios de salud, se constituye en la manera “cálida” en que las personas perciben cómo fueron tratadas en cada una de las etapas de la atención. Este trato va desde quienes atienden en la entrada (recepción), hasta las personas de los servicios más especializados. Lo contrario de “cálido” sería “frío”, y en este caso, constituiría una atención indiferente o displicente; sea, una prestación de servicios realizada con desgano o desdén. (94).

No solamente para el profesional de enfermería, sino que es esencial para todos los trabajadores de la salud, de modo que en todo momento pueden reconocer cuáles son las emociones suyas y cuáles las del paciente. Hay que crear empatía en la asistencia sanitaria, lo cual radica en un esfuerzo por parte del profesional sanitario en comprender la realidad de la persona que en ese momento nos necesita. Al respecto sustentamos la interpretación con lo que Watson enfatiza: "el cuidado percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de persona única" además nos ofrece llevar a la práctica su tercer factor de cuidado humano: **Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás**, considerando clave la relación que se establece con el paciente para lograr buenos resultados en salud. La comunicación entre profesional y paciente es un encuentro persona a persona(2).

Otro aspecto expresado por las enfermeras digno de analizar, es lo relacionado al entorno, el ambiente natural de trabajo como en este caso la sala de parto que ellas consideran debe ser el ideal para la parturienta, todas refieren frases como estas: *el hospital debe mejorar las condiciones de atención, darle más privacidad a la*

*paciente y suministrar los insumos... debemos humanizar mas el parto, la sala de parto debe ser un lugar de tranquilidad, de alegría, donde la mujer le dé gusto parir.*(Bárac Terra e Ismefi)

Al analizar el trozo textual se intuye que las enfermeras asumen que ellas son las llamadas a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismas y de su entorno. Hay que tomar en cuenta y observar que aunque las enfermeras han expresado muchas de las cualidades que envuelven las acciones del cuidado humanizado, también expresan el deseo de que el ambiente de trabajo reúna y mejore ciertas condiciones para que sea un entorno agradable y acogedor donde tanto el cuidador como la persona cuidada sienta que se respeta su dignidad humana. De lo dicho se deduce que humanizar es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y del ambiente.

En ese sentido J. Watson afirma en su factor nº 8: la promoción de un ambiente de apoyo, de protección biofísica, psicofísica, psicosocial y/o interpersonal es uno de los requisitos para el cuidado. La interdependencia existente entre los ambientes internos y externos de la persona, influyen en el estado de la salud y de la enfermedad(2). Existe entre el ambiente y el ser humano un proceso de interacción constante que puede facilitar, crear o impedir la relación de cuidado entre los seres humanos.

En relación al cuidado de enfermería, en palabras de Watson: el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente

humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (2). Al mismo tiempo refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente, debe basarse en la reciprocidad.

Así mismo, de los diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), en los que Watson basa parte de la confección de su teoría, nos aporta el factor 8 referente al entorno para sustentar teóricamente el relato de las entrevistadas, que Watson también lo incluye como concepto de su metaparadigma, nos referimos al medio ambiente o entorno(2).

"La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural se convierte en: "creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz". (2) Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, entre otros. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor y mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

Es de hacer notar que desde nuestra pionera de la enfermería profesional Nightingale F, todos los modelos de cuidado de enfermería que han elaborado las teoristas de la profesión, incluyen en sus metaparadigmas el concepto de entorno o ambiente y es comprensible y lógico puesto que el entorno es una dimensión del cuidado y más aun cuando se trata de humanizar el cuidado, en este caso el área de sala de parto, también hay que humanizar el ambiente sanitario.

El concepto de entorno de Nightingale, lo define como “aquellos elementos externos que afectan la salud de las personas sanas o enfermas e incluye desde la comida, las flores del paciente, hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente.”

**(66)**

En su definición de entorno no excluye ningún elemento del mundo del paciente. Su consejo para las enfermeras, tanto las que daban atención domiciliaria como a las enfermeras profesionales de los hospitales era crear y mantener un ambiente terapéutico que mejorara la comodidad y la recuperación del paciente. De allí, que habiendo recibido una formación teórica durante sus estudios como enfermeras profesionales, que luego ponen en práctica en su desempeño de las diferentes áreas clínicas, muchas veces ese desempeño se encuentra entorpecido por las condiciones precarias actuales que viven los servicios de salud, es obvio que aboguen por mejorar el ambiente de trabajo, lo cual redundará en beneficios de las usuarias, sus familiares y de todo el equipo de salud.

Además, no hay que olvidar que entre los patrones de conocimientos identificados en las enfermeras está el conocimiento estético, el cual tiene que ver con el arte, a través del cual se da forma, o se expresa el conocimiento empírico que es la ciencia de enfermería. Históricamente los líderes en enfermería la han definido como el arte de cuidar.

La concepción de enfermería como el arte de cuidar viene desde su origen como profesión, a mediados del siglo XIX, cuando nuestra pionera Florence Nightingale sostuvo: “La enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor. Es una de las bellas artes; casi diría, la más bella de las Artes.” (66). Hay que tener en cuenta que para que las enfermeras accionen su conocimiento estético para realizar las acciones del arte de cuidar, a través del cual se da forma, o se expresa el conocimiento empírico de la ciencia de enfermería, es necesario convivir en un entorno que reúna las condiciones adecuadas.

Es así como Carper afirma, cada patrón de conocimiento puede ser concebido como necesario para lograr el dominio en la profesión, pero ninguno de ellos por sí solo debe ser considerado suficiente, ni tampoco son mutuamente excluyentes. La enseñanza y el aprendizaje de un patrón no implican rechazar o descuidar ninguno de los otros (65).

Al respecto Carper, identifico cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis y de estructura del conocimiento de enfermería. Los cuatro patrones se distinguen de

acuerdo con el tipo lógico de su significado y se han designado como: empírico, la ciencia de enfermería, estético, el arte de enfermería, conocimiento personal y ético, el conocimiento moral de enfermería **(65)**. Carper, afirma, la estética de enfermería es la forma en que se expresan los conocimientos de enfermería. Es el “arte” o el “corazón” de enfermería. A diferencia del conocimiento científico, que se adquiere mediante la investigación, la estética abarca los sentimientos adquiridos por la experiencia subjetiva. Gracias a este arte, la enfermera expresa lo humanitario de su labor, la estética comprende creencias, actitudes y valores **(65)**.

La importancia y justificación de esta investigación se enfoca en la construcción de un aporte teórico que sirva de base para elaboración de la aproximación de un: modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio con la participación del personal de enfermería para promover cambios favorables, ya que la enfermera entre sus roles tiene el de agente de cambio y para proveer soporte profesional continuo, información, apoyo emocional y físico a la mujer antes, durante y después del parto, debido a que el personal de enfermería está capacitado para asistir a la mujer durante el mismo, brindando cuidado humanizado.

Científicamente el funcionamiento del cuidado de enfermería se basa en el conocimiento continuo del soporte emocional y la confianza durante el proceso del parto, lo cual mejora y facilita todas las fases del mismo, ya que el cuidado de enfermería se caracteriza porque esta imbuido de intencionalidad. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con

dimensión transpersonal enfermera-paciente, tal como lo han expresado las entrevistadas.

## **CATEGORIA 6: CUIDADO DEL PARTO EN LA PERCEPCION DE LAS GESTANTES.**

De esta categoría surgió una subcategoría.

### **Percibes y te sientes cuidada por las enfermeras?**

La pregunta a las usuarias ¿cómo percibes el cuidado que recibes aquí de las enfermeras, te sientes cuidada? A la que respondieron así:

*Llegue aquí a las 3am y no había nadie, ni médicos ni enfermeras, como a las 4 am salió una, creo que era una doctora, me pregunto que desde cuando tenía dolores, le dije que desde las 2 am, me dijo que faltaba mucho, que esperara, la doctora me reviso después y me dijo ya tienes casi 9 (dilatación), la chiquita (enfermera) me pregunto mi nombre nada más, me puso la solución y me pidió las cosas para atender al bebe, me acostaron y la doctora me dijo que pujara, la enfermera al menos debería acercarse, ayudarme y explicarme si lo estoy haciendo bien, siento que me voy a morir (Nurca) la enfermera no me ha preguntado nada y el doctor siempre anda apurado, aquí me tienen caminando de un lado a otro, esperando mi turno, no he visto ninguna*

*enfermera, ella tiene rato sentada allí, pero no sabía que era enfermera, aquí la gente es muy grosera a cada rato están regañando a uno, una doctora me regañó porque se me quedaron unos exámenes, me trato muy mal, no digo que me traten como una reina, pero sí con más respeto, que se pongan en nuestros zapatos, que nos traten como seres humanos, que te traten con cariño (Luirá) la doctora que me vio, ella regaña a todas las que llegan aquí, no me siento bien, esa tipa me asusta, todo el mundo anda asustado con esa doctora, ellos me atendieron, pero lo hacen de una manera muy seca, que sean más amables, que no me griten, que me escuchen, no he hablado con ella (con la enfermera), están allá dentro, yo no las he visto, me gustaría que estuvieran más cerca de mí, para no sentirme sola, el doctor está más pendiente que esa doña, (la enfermera) ella solo me mira y no me dice nada (Fraor)*

El trabajo de parto es un proceso fisiológico y dinámico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas que aumentan en frecuencia e intensidad. Se menciona que el dolor de parto es una experiencia que cada mujer debe experimentar para dar a luz a sus hijos, es algo universal y común que corrobora la singularidad del papel femenino.

El cuidado de enfermería durante el trabajo de parto y el parto requiere de consideraciones especiales hacia la mujer, dado por los cambios inherentes a este proceso, en el cuál la intervención del equipo de salud y en específico del profesional de enfermería, juegan un papel importante en la evolución y resultados satisfactorios del parto.

Por lo claro del discurso de las entrevistadas, en este análisis se evidencia que cuando ellas llegan al hospital están en la fase de trabajo de parto, perciben el cuidado del equipo de salud no cónsono con sus necesidades de parturientas, puesto que a su ingreso al hospital nadie las recibe, así lo expresan: *Llegue aquí a las 3am, no había nadie, ni médicos ni enfermeras*, aunque no lo expresan literalmente que no se sienten cuidadas, se sienten solas, desorientadas, no saben a quién dirigirse, no se sienten acogidas por las enfermeras ni por ningún otro personal de salud.

Sabemos que el solo hecho de ingresar a un hospital se convierte para la mujer en un evento de gran impacto emocional que influencia la dinámica psíquica, ya que la mujer se encuentra en un lugar y con personas desconocidas, con culturas y normas diferentes, donde ella deja de ser sujeto para pasar a estar sujeta al conocimiento y al poder médico de la institución.

Ante la intensidad emocional y física que la parturienta experimenta, es necesario estar atento a esas necesidades, las que van mucho más allá de los cuidados técnicos. De allí que es necesario que el personal se sensibilice, que tenga formación y experiencia sobre la atención humanizada para garantizar la calidad asistencial que

brinda a la mujer durante el trabajo de parto, sobre todo en sus necesidades emocionales.

Prosiguiendo con el análisis e interpretación y de lo dicho antes, la misma usuaria (Nuris) manifiesta que cuando la doctora la reviso y tenía 9 de dilatación, una persona se acerco, a quien ella denomina *la chiquita* porque no se identifico, pero se intuye que es la enfermera, le pregunto el nombre y le coloco una solución sin darle ninguna explicación.

Lo expresado por la entrevistada, evidencia una experiencia negativa a su ingreso al hospital, puesto que la enfermera sabe que la mujer en trabajo de parto debe ser atendida en el momento e individualmente desde su ingreso y en forma continua, además debe presentarse como profesional de enfermería y darle una explicación del procedimiento a seguir y porque se lo va a hacer para que la mujer perciba apoyo físico y emocional del personal de enfermería.

Además la entrevistada agrega: *la enfermera al menos debería acercarse, ayudarme y explicarme si lo estoy haciendo bien, ¿ siento que me voy a morir* (Nurca). Esto denota que esta mujer se siente angustiada y sola, que necesita de la compañía o del acercamiento de la enfermera. Sin embargo, hay situaciones que es necesario entender debido a que la enfermera cumple durante su guardia muchas funciones de tipo administrativo, técnicas, entre otras, las cuales no puede ni tiene a quien delegar, eso le resta tiempo muchas veces para dedicarse a la interacción con la parturienta,

en el entendido de que una mujer en fase activa de parto no debería dejarse sin atención profesional, excepto que la mujer lo pida.

En una investigación realizada por Gale, Fothergill-Burbonnais y Cheralain, sobre el significado del apoyo emocional y físico de las enfermeras(os), apuntan que, para éstas, el apoyo durante el trabajo de parto incluye dar soporte físico, emocional, información, orientación y la defensa de los deseos de la mujer **(95)**.

En las entrevistas realizadas a las enfermeras de esa investigación, los resultados apuntaron a cuatro aspectos relevantes: (1) ellas creen que la analgesia es considerada una forma de apoyo emocional; (2) ellas alegan que el equipo de enfermería es pequeño para atender la cantidad de pacientes, lo que imposibilita ofrecer apoyo a las parturientas; (3) mencionan que la ejecución de tareas como hacer/controlar el stock de medicamentos y ordenar los estantes, son una barrera para la atención; (4) refieren que el control ejercido a través de reglas, así como el uso de aparatos tecnológicos, son un obstáculo contra la aproximación a la parturienta. **(95)**.

En esa misma investigación ellos fundamentan el concepto de apoyo emocional en tres aspectos básicos: lo emocional, lo físico y las informaciones. El apoyo emocional se da a través de una aproximación cariñosa a la parturienta, con palabras que incentivan su coraje y que la elogian. El apoyo físico se provee por medio de tactos, masajes y del incentivo a la deambulacion y a cambios de posición, buscando siempre el confort físico de la mujer. La información se caracteriza por el

ofrecimiento de cualquier orientación, ya sea sobre el desarrollo del trabajo de parto o sobre los procedimientos médicos utilizados(95).

Las otras dos entrevistadas (Luirá y Fraor) manifiestan inconformidad por la falta de comunicación y del mal trato recibido por el personal, como sabemos la mujer en ese estado de ansiedad cuando recurre al hospital va en busca de ayuda, necesita ser acogida, ser recibida por alguien que le pregunte por su situación, es necesario la comunicación como elemento fundamental del cuidado. La comunicación tiene una puerta de entrada que es la acogida, cuando la persona con quien hablamos siente la acogida, nos hace entender que tenemos enfrente una persona y no un caso. En el contexto de esta investigación las entrevistadas manifiestan descontento de la atención y del mal trato recibido, ellas lo expresan así: *no he visto ninguna enfermera, ella (la enfermera) tiene rato sentada allí, pero no sabía que era enfermera, aquí la gente es muy grosera a cada rato están regañando a uno, la doctora me trato muy mal, esa tipa me asusta, no digo que me traten como una reina, pero si con más respeto, que nos traten como seres humanos, que te traten con cariño* (Luirá).

Al analizar el trozo se interpreta que la enfermera está presente de cuerpo pero no como profesional, pues no se ha identificado con las pacientes como es su deber de establecer una relación interpersonal con las personas que llegan en busca de ayuda, mas aun con la mujer en trabajo de parto, la cual necesita recibir apoyo personalizado permanente para conocer en qué fase del parto se encuentra.

La enfermera es un profesional que tiene un cuerpo de conocimientos especializados y la capacidad de ponerlos en práctica en cualquier situación de cuidado. Para ello debe entrar en la relación enfermera-paciente y hacer uso de la comunicación eficaz para iniciar una relación persona a persona, considerando que el dialogo enfermera-parturienta minimiza el estado de ansiedad de la mujer, aclara mucha de sus dudas y le genera confianza en el personal.

Debe haber un conocimiento de sí mismo, ya que esto ayuda a comprender y a conocer al otro. Hay que crear una atmosfera, un clima comunicacional de libertad y de seguridad en donde cada uno se sienta a gusto. No se trata de inclinarse, sino más bien de adaptarse al otro, de establecer un contacto, solo esto hace posible que se escuche al otro. En esencia, esa es la verdadera comunicación que le da rango a la ciencia y al arte de cuidar.

Al respecto Travelbee (68) afirma que la relación interpersonal terapéutica es un proceso de intercambio de compromiso, resaltando ser la enfermera la responsable de ayudar al paciente a encontrar su propia cura. La autora divide la relación terapéutica

Enfermera-paciente en cuatro fases:

**1ª Fase: Fase pre-interacción:** Es la fase en que la enfermera comienza la vinculación con el paciente, intentando comprenderlo, recolectando datos a través de observación no participante y participante, simultáneamente.

**2ª Fase: Fase inicial:** La fase inicial de orientación significa el primer encuentro entre la enfermera y el paciente, ambos son desconocidos, es la fase de recepción y

presentación. Por eso, es importante que la enfermera, el paciente y la familia estén envueltos en el cuidado, analizando la situación, de modo que, juntos puedan reconocer, esclarecer y definir el problema existente.

**3ª Fase: Fase de Identidad:** Es la fase en que probablemente se inicia la interacción, donde la enfermera y el paciente se conocen cada vez más, identifican los problemas y establecen una meta. En esta fase la enfermera se encuentra menos angustiada con la situación, pues se establece una relación de seguridad y confianza entre las partes envueltas.

**4ª Fase: Fase de término:** En esta fase es que el paciente se siente integrado en un ambiente proveedor de cuidados. Sin embargo en esta fase el paciente puede hacer más exigencias al utilizar otras técnicas para llamar la atención de la enfermera, dependiendo de sus necesidades individuales.

La enfermera debe animar al paciente en el sentido que el reconozca la situación en que se encuentra, proporcionando un ambiente seguro y apoyo emocional, si es necesario. La enfermera debe tener plena consciencia de los medios de comunicación para esclarecer e interpretar lo que el paciente desea realmente saber o hacer, de esa manera el paciente será orientado a explorar todas las vías para la satisfacción del cuidado.

Es la fase del fin del proceso terapéutico, de la solución del problema, donde el paciente y la enfermera después de un relacionamiento interpersonal terapéutico consiguen el propósito de alcanzar y solucionar las necesidades afectadas del

paciente. En esta etapa surgen sentimientos como de gratitud, independencia o indiferencia(68).

De lo expuesto, sobre la relación terapéutica enfermera-paciente entendemos que el cuidado de enfermería prestado a cualquier paciente envuelve todas las fases de la relación interpersonal descrita por Travelbee y que en este caso no se cumple.

En ese sentido La Organización Mundial de la Salud describe que las mujeres en trabajo de parto que reciben apoyo personalizado permanente tienen menos posibilidades de recibir analgesia o anestesia regional, tener un parto vaginal instrumentado o cesárea (96). Además, recomienda tomar en cuenta de forma directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención durante el trabajo de parto y parto, para que la mujer viva la experiencia como un momento especial, en condiciones de dignidad humana, donde ella sea protagonista de su propio parto reconociendo el derecho de libertad para tomar decisión sobre dónde, cómo y quién la acompañará en esos momentos más difíciles y conmovedores de su vida. (96).

Por lo tanto el personal de enfermería debe brindar un cuidado humanizado durante el trabajo de parto para ir reduciendo las brechas que limitan el cuidado integral durante este proceso, la falta de empatía, afecto y comprensión traen como consecuencia una atención deficiente, desintegrándose los cuidados de acuerdo al modelo de atención establecido, la experiencia que las pacientes tendrán sobre el servicio del personal de

enfermería será insatisfactoria y esto aumentará la asistencia de las pacientes en un futuro al hospital (96).

Sin embargo, después de lo descrito respecto a la comunicación enfermera-paciente sugeridos por teóricos y por la OMS, podemos concluir que hay falta de comunicación en la asistencia de enfermería y del personal de salud objetos de esta investigación, no se corresponde en su totalidad con las fases de la relación interpersonal descrita por Travelbee y las recomendaciones de la OMS, esto se evidencia en los relatos de las parturientas, que no se perciben satisfechas en sus necesidades sentidas, pues no han recibido la suficiente información ni buen trato ni el apoyo emocional requerido en el momento vivido a su ingreso al hospital ni en la sala de trabajo de parto.

### **CATEGORIA 7: EL CUIDADO PUERPERAL SEGÚN PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS.**

De esta categoría surgieron dos subcategorías.

#### **Cuidado puerperal en el contexto real de la práctica de las enfermeras.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras como perciben uds el cuidado puerperal, que reciben las usuarias en esta área, esto fue lo que contestaron:

*Es atender a las pacientes en su justo momento y con todos los medios que se requieren, pero a veces somos pocas enfermeras y no da chance ni de verles la cara a todas, la*

*mayoría solo se dedica a cumplir el tratamiento, lo menos que tú ves es una sonrisa en la gente (Rosro) Aquí se cumple el tratamiento, cuando las veo descompensadas les reviso el sangrado, pero no creo que sea suficiente, pero es para lo que alcanza la guardia, cuando están acompañadas todo es perfecto, pero cuando están solas nos recargan el trabajo, no hay tiempo y solo somos dos enfermeras (Jofra) a mí me da un dolor cuando las veo acostadas con dolor por la cesárea y las pobres todas sucias, llenas de sangre, con moscas, yo les hago de todo, si hay agua las baño, las peino y si tienen piojos se los saco.(Yague)*

Al analizar el discurso de las enfermeras, podemos observar que tienen el conocimiento teórico-práctico de lo que es cuidado, puesto que hablan del momento justo del cuidado y las condiciones en que debe darse, es decir con los recursos necesarios, sin embargo, dos de ellas (Rosro y Jofra) expresan que la mayoría se dedica a cumplir el tratamiento, lo cual se justifica por el reducido número de enfermeras por guardia, la falta de tiempo, por la capacidad instalada y la consecuente recarga de trabajo, esto en el contexto real, es algo que se contradice con el verdadero sentido del cuidado integral. El proceso de cuidar es la forma como se da el cuidado, es un proceso interactivo entre el cuidador y el ser cuidado.

El proceso de cuidar es el desenvolvimiento de acciones, actitudes y comportamientos con base en conocimientos científicos, experiencia, intuición y

pensamiento crítico realizadas para y con el ser cuidado, en el sentido de promover, mantener o/y recuperar su integridad y su condición humana. Pero en el contexto real, es algo que no guarda relación con los indicadores para el cálculo del personal de enfermería necesario por categoría de tratamiento, que según Balderas(97), en este caso serían de 3 o 4 enfermeras por guardia y ellas generalmente son dos.

Vale destacar, que una de ellas (Rosro) habla de uno de los conceptos más importantes del cuidado humano, el momento del cuidado, así lo verbaliza: *Es atender a las pacientes en su justo momento y con todos los medios que se requieren.* Se interpreta que la enfermera sabe y es consciente que la persona necesitada de cuidado debe atenderse en el momento justo y oportuno, aprovechando la ocasión para iniciar una relación intersubjetiva cara a cara, en beneficio de ambas personas, enfermera-paciente, dimensión que en la condiciones reales de trabajo, tal como ellas lo perciben muchas veces es imposible de cumplir por las razones expuestas.

Para Watson una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de vivir juntos una transacción humano-humano(7).

Cabe destacar que una de ellas (Yague) narra sus acciones más apegadas a la práctica significativa del cuidado cotidiano, es decir, a más de cumplir el tratamiento, si le da el tiempo lo emplea en higienizarlas, bañarlas, como es el deber ser, de lo que se

intuye que cuando dispone de más tiempo y hay agua durante su guardia por haber menos movimiento en ese turno, lo aprovecha para dedicarse al verdadero cuidado de enfermería a la paciente y crear el momento del cuidado individual.

Continuando con el análisis, vemos que en el plano teórico expresan que la paciente debe atenderse en su justo momento, lo cual quiere decir que son conscientes que el verdadero cuidado tiene un espacio y un tiempo en el cual la enfermera crea una relación intersubjetiva con la persona cuidada, no obstante, si el entorno no es propicio para el momento del cuidado, entonces no hay interacción, tal como dos de ellas lo dicen: *no da chance de verles lacara, cuando las veo descompensadas les reviso el sangrado, no creo que sea suficiente, pero es para lo que alcanza la guardia.*(Rosro) y Jofra).

Sin embargo, la misma (Jofra) al ver una situación que llame su atención, como lo es una mujer descompensada después del parto, como enfermera con conocimientos en el cuidado puerperal y de la conducta a seguir en estos casos, la revisa y la observa para ver si es un sangrado abundante lo que está ocasionando el problema, aunque considera que no es suficiente para el cuidado que debe darse a la puérpera, habida cuenta de que no dispone del tiempo necesario para cumplir en cantidad y calidad el momento de cuidado.

Las profesionales de enfermería confirmaron que cumplen las normas de atención del puerperio inmediato establecidas, específicamente con las actividades de: cumplir

tratamiento, control de signos vitales, control de sangrado y cuidados de higiene personal cuando disponen de tiempo, si hay agua y otros insumos.

Según el planteamiento de Watson, la Interacción enfermera-paciente es el primer concepto que nos presenta en su teoría de cuidado humano y que ella considera que “el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana”. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a los procesos de salud–enfermedad, interacción persona –medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal enfermera- paciente **(7)**.

En el puerperio mediato se tendrá en cuenta el estado general de la mujer, controlar las constantes vitales para descartar posibles hemorragias o signos de infección. Se debe valorar la involución uterina y los loquios con el fin de valorar la máxima involución uterina. Todas estas actividades las conoce la enfermera y sabe que debe cumplirlas, pero lo hace de manera incompleta por las razones expuestas, al respecto, Collière, afirma para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería

incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.(98).

Enfermería puede potenciar la capacidad de las madres para superar los inconvenientes del puerperio, ayudándolas a la adaptación en esta nueva etapa, ésta es una labor importante del profesional de enfermería, ya que informarlas y educarlas sobre los cambios que se producen minimiza y evita las posibles complicaciones del puerperio, garantizando la armonía de la nueva situación familiar.

Sin embargo, Collière afirma:con frecuencia el cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles.(98).

**Cuidado puerperal humanizado es cuidar a las pacientes como seres humanos, con amor, respeto, ser solidarias.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras qué significa para uds, el cuidado puerperal humanizado que debe recibir la mujer en esa etapa? Respondieron de esta manera:

*Es cuidar con amor, desinteresadamente, como si fuesen familia de uno, pienso que las enfermeras estamos condenadas a dar amor, educación, aliento, compañía, apoyo incondicional, atenderlas a tiempo, aclararle dudas, educarlas,*

*enseñarlas a cómo atender a sus bebés y como cuidarse ellas, muchas veces no saben cómo son las cosas después que paren (Rosa), creo que es cuidar a nuestras pacientes, como se lo merecen, como seres humanos, con respeto, consideración, pero las condiciones humanas del hospital son muy precarias, ellas se quejan que los baños son muy sucios y huelen mal (Jofra), cuidar es atender a nuestras pacientes como si fuesen nuestras hijas, como si fuesen un tesoro, con amor, hablo con ellas, les escucho sus inquietudes, atenderlas como seres humanos, tratarlas con amor y respeto, ser solidarias con ellas (Yague)*

Como podemos observar en el discurso de las enfermeras, es claro entender su conocimiento sobre el cuidado humanizado de la mujer puerpera, puesto que expresan voluntad de orientarlas, educarlas y escuchar sus inquietudes, ofrecerles compañía y apoyo emocional en esa etapa del proceso, lo cual se entiende, sobre todo cuando se trata de mujeres primíparas, que necesitan más información, por ser su primera experiencia. Podemos ver en su discurso que manifiestan conocer el rol tan importante que juega la enfermera en su rol de educadora en el área de obstetricia, de cómo educar a la mujer en su rol maternal, en este caso en la etapa del puerperio.

Como se sabe el puerperio, período posparto o período puerperal, es el período de 6 semanas que siguen al parto, en el que el cuerpo de la madre vuelve al estado anterior al embarazo. Después del parto, suelen aparecer habitualmente algunos síntomas,

pero por lo general son leves y temporales. Las complicaciones son raras. Inmediatamente después del parto se establece un seguimiento de la madre de al menos cada una hora. De allí que ellas hablan de hacerles compañía con el objeto de vigilar cualquiera reacción o complicación.

Al respecto Ramona Mercer, autora de la Teoría del Rol Materno-Convertirse en Madre, considera que las matronas y enfermeras son las profesionales de la salud que más influencia tienen y ofrecen apoyo a las madres para que desarrollen su rol materno, que aunque es un proceso que dura toda la vida, se inicia con el embarazo y es en los primeros cuatro u ocho meses tras el nacimiento, cuando más ayuda y protección necesitan las madres en este proceso. **(12)**.

Tal como lo expresa (Rosro): *pienso que las enfermeras estamos condenadas a dar amor, educación, aliento, compañía, apoyo incondicional, atenderlas a tiempo, aclararle dudas*. La expresión atenderlas a tiempo, se interpreta que las enfermeras conocen sobre la vigilancia y control de la puerpera en las primeras 24 horas, así como brindarles compañía y apoyo emocional.

Como sustentación a lo interpretado podemos ver que las últimas recomendaciones de la OMS publicadas así lo afirman: Después de un parto vaginal sin complicaciones en un establecimiento de atención médica, las madres sanas y los recién nacidos deben recibir atención durante al menos 24 horas después del nacimiento.

Por su parte, Ramona Mercer, define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando

estrategias de valoración (12). En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

En la actualidad la estancia hospitalaria en el posparto se ha venido reduciendo a un tiempo muy breve, que obliga a los profesionales de enfermería a ejercer mayor vigilancia, educación y control, involucrando a la familia en el cuidado del binomio madre-hijo como preparación para el regreso a su hogar.

El personal de enfermería revisará la frecuencia de pulso y la temperatura de la madre. Normalmente, en las primeras 24 horas, el pulso de la madre que aumentó durante el embarazo comienza a descender hacia la normalidad y su temperatura puede incrementarse ligeramente, regresando, por lo general, a la normalidad tras los primeros días. Después de las primeras 24 horas, la recuperación es rápida.

El profesional de enfermería vigila a la mujer en periodo de posparto inmediato y mediato, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: signos vitales maternos, globo de seguridad de Pinard y el sangrado genital. El profesional de enfermería debe permitir y fortalecer el primer contacto madre e hijo durante la primera media hora de posparto. El profesional de enfermería evalúa criterios para el egreso del recién nacido y de la madre en periodo de posparto.

Según lo expresado por las enfermeras de puerperio, al sumergirnos en el análisis, encontramos que las entrevistadas manejan una serie de términos relacionados con valores y conceptos como ingredientes indispensables del cuidado humano y de la

condición humana. Veamos estas expresiones de (Jofra), *es cuidar a nuestras pacientes, como se lo merecen, como seres humanos, con respeto y consideración, pero las condiciones humanas del hospital son muy precarias, ellas se quejan que los baños son muy sucios y huelen mal.*

A la interpretación se puede ver que las entrevistadas tienen una formación profesional fundamentada en valores y conocimientos teóricos-prácticos que comulgan con los supuestos y factores del cuidado humano propuestos por Watson, pero argumentan que en el ambiente natural de trabajo de puerperio encuentran barreras que no les permiten poner en práctica por razones conocidas, entre otras: deterioro de la infraestructura, nuevas formas de control y normativas institucionales, falta de insumos tan básicos como el agua para cumplir las medidas de higiene personal y ambiental, como baños, limpieza de las áreas de hospitalización, escasez de personal, cantidad de puérperas por atender.

En este sentido, la enfermera como ser humano siente que en el cuidado de otro ser humano se crea un vínculo emocional mutuo, entre ella como cuidadora y la persona cuidada, vale decir, se siente responsable de su bienestar y protección, por lo que hace un esfuerzo mental, emocional y físico para cumplir su compromiso moral y responsabilidad, consciente de que cuidar a una persona es hacerse responsable de ella.

De allí que Watson define el cuidado humano así; “El cuidado humano en enfermería no es una simple emoción, actitud, preocupación o un deseo bondadoso. Cuidar es el

ideal moral de enfermería en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la vida humana” (7). Este cuidado debe ser holístico, ejerciéndolo centrado en la persona y haciendo a su receptor partícipe del mismo.

Apegada al discurso de las entrevistadas, encontramos muchos elementos que comulgan con postulados teóricos de versados en la temática, por ejemplo cuando verbalizan los conceptos de *amor, respeto, familia, hijas, compañía, solidaridad*, aquí vemos una gran afinidad con los postulados teóricos de Mayeroff,(6)Boff(4) y de Watson.(7).

La concepción de cuidado en Mayeroff tiene un sentido muy amplio, basado en el crecimiento del que cuida y del que es cuidado, además, basado en el respeto de la vida del otro. No es un cuidado parasitario, de posesión ni de dominación, es que el cuidador sienta que el crecimiento del otro ocurre por sí mismo, que sea el mismo.

Mayeroff resalta el patrón básico del cuidado, habla del cuidado del otro para aclarar que en cualquier circunstancia real del cuidado, siempre es alguien o alguna cosa específica que se cuida, puede ser el escritor que cuida una idea, el padre que cuida de su hijo, el maestro que cuida de su alumno, el cuidado de una comunidad o la enfermera que cuida del enfermo, tal como lo expresa la entrevistada: *creo que cuidar es atender a nuestras pacientes como si fuesen nuestras hijas, como si fuesen un tesoro, con amor, hablo con ellas, las escucho, las oriento, atenderlas como seres humanos, tratarlas con amor, respeto, ser solidarias con ellas* (Yague). Ante tal actitud de la enfermera, la paciente se siente fortalecida en su condición humana, lo

cual representa un crecimiento personal porque se siente reconocida como persona, con el cuidado crece el cuidador y el ser cuidado.

Crecimiento para Mayeroff, es un concepto filosófico, es una forma de ver el cuidado como el vehículo que ayuda el crecimiento de una persona o de una idea, expresado así: “Ayudar a otra persona a crecer es ayudarla a cuidar de alguna cosa o de alguien más allá de sí misma, implica darle coraje y ayudarla a descubrir y crear áreas propias de las cuales ella sea capaz de cuidar. Es también ayudar a otra persona a llegar a cuidar de sí misma a través del reconocimiento de su propia necesidad de cuidar y de volverse responsable de su propia vida” **6**).

Para Mayeroff, esta actitud de cuidado se da en una relación donde el cuidador sienta el crecimiento de la persona cuidada como una interacción ligada a la sensación de su propio bienestar. Significa que para que se de ese crecimiento, debe verse el cuidado del otro como un convivir, como una coexistencia entre el que cuida y el que es cuidado**(6)**. En el caso de la cotidianidad de la relación enfermera-puérpera, es deshacerse de la relación de dominio del saber de la enfermera, como se da en algunos casos.

Para Boff, el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Estamos ante una actitud fundamental donde la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Por su propia naturaleza, el cuidado encierra dos significados básicos ligados entre sí. El primero, la solicitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Y, segundo, de preocupación y de inquietud, porque la

persona que tiene a su cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro. (4). Como lo expresa la entrevistada: *es cuidar con amor, desinteresadamente, como si fuesen familia de uno, pienso que las enfermeras estamos condenadas a dar amor, educación, aliento, compañía, apoyo incondicional*, (Rosro).de lo que se interpreta que la concepción de cuidado de la enfermera comulga con la teoría de Boff.(4).

El cuidado es un modo de ser, es la forma como la persona humana se estructura y se realiza en el mundo con los otros. Decir ser en el mundo no expresa una determinación geográfica como estar en la naturaleza, junto con las plantas, animales y otros seres humanos, estar en el mundo, significa una forma de existir y de coexistir, de estar presente y de navegar por la realidad y de relacionarse con todas las cosas del mundo.

En esa coexistencia y convivencia, en ese juego de relaciones, el ser humano va construyendo su propio ser, su autoconciencia y su propia identidad. Interpretando a Boff, podemos decir que los seres humanos no debemos ver el cuidado con “descuido”, tenemos que poseer la conciencia verdadera y tenerlo presente en todos nuestros pensamientos, sentimientos, actitudes, acciones y todo lo que involucre nuestra vida cotidiana; porque fue con cuidado, que “Cuidado” moldeó al ser humano, poniéndole todo su corazón, empeño, dedicación, ternura, sentimiento y devoción. (4).

Boff, refiere en su tesis del saber cuidar unos conceptos que él clasifica como las siete resonancias del cuidado y añade otros que él considera que están implícitos en

los mismos. Los siete clasificados son: el amor, la justa medida, la ternura, la caricia, la cordialidad, la convivencia y la compasión. A estos añade la sinergia, la hospitalidad, la cortesía y la gentileza (Implícitos) (4).

Por su parte la Dra Watson, autora de la teoría del cuidado humano, afirma que el cuidado es la esencia de la práctica enfermera. El cuidado es un ideal moral más que una actitud orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real del cuidado y el momento de cuidado transpersonal, fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidados entre la enfermera y el paciente. El cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación; la ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprenden el contexto profesional y la misión de la enfermera, su razón de ser para la sociedad(7).

WatsonJ., en su teoría Filosofía Transpersonal del cuidado humano enfatiza, la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonal y que “el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente”. Es decir, que el cuidado transpersonal, es un cuidado relacional entre dos personas, la persona cuidada y la persona cuidadora.(7).

Interesados como estamos en la temática de la humanización del cuidado de la mujer gestante en todas sus etapas, creemos conveniente sustentar el modelo de nuestra propuesta en esta investigación aplicando algunos de los postulados de la Dra

Watson, autora de la teoría del cuidado humano, quien sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación de los profesionales de enfermería.

### **Conceptos de Meta paradigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.**

**Persona.** Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente–cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *gestalt*, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería. (7)

**Medio ambiente.** Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado). (7)

**Salud.** De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado” (7)

**Enfermería.** La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende

los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.(7)

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud–enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación.(7)

Los conceptos de la teoría del cuidado humano de Jean Watson son: Interacción enfermera-paciente, campo fenomenológico, relación de cuidado transpersonal, y momento de cuidado.

### **La Interacción enfermera -paciente**

Según la teoría del cuidado humano de Watson el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud–enfermedad, interacción persona–medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente). Al respecto, en esta subcategoría una

de las entrevistadas expresa: *creo que es cuidar a nuestras pacientes, como se lo merecen, como seres humanos, con respeto, consideración, porque ellas están embarazada* (Jofra).

A la interpretación se percibe que la entrevistada es consciente de lo que significa cuidado humanizado al expresar que debe cuidarse a las embarazadas como seres humanos de derechos que merecen respeto y consideración, sin embargo no deja de reconocer la inconformidad de las usuarias y de ella por las condiciones tan precarias del ambiente hospitalario. En este sentido, involucra por completo lo que responde a procesos de salud–enfermedad, interacción persona–medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería y autoconocimiento.

### **Campo fenomenológico**

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente, marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos

### **Relación de cuidado transpersonal**

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona cuidada como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. La preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego, del aquí y del ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. El objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.(7).

La teoría de Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto curación independientemente de la condición externa de salud. Enmarca la teoría en un pensamiento de transformación “considerando que un fenómeno es único en su

interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea”. Por ende, su teoría representa un compromiso profesional, factor motivador esencial en el proceso de cuidado; a través de normas éticas, basado en un enfoque humanista.

Watson, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. (7).

### **Momento de cuidado**

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de vivir juntos a una transacción humano-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido o significado de las percepciones de uno mismo, todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio

conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

Supuestos de la teoría de Watson relacionados con los Valores del Cuidado Humano:

1-El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.

2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.

3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.

4. En principio debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y tratarnos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.

6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería, la esencia de la enfermería.

7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.

8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.

9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.

10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Podemos concluir en esta subcategoría que las enfermeras le asignan a sus intervenciones el significado de cuidado humano, pues perciben a la púérpera como seres humanos, muy apegadas a los postulados filosóficos del cuidado de los expertos en la materia y expresan sus acciones del cuidado humano imbuidos en los supuestos teóricos como el ideal moral de enfermería postulado por Watson. Según estos relatos la teoría de Watson aporta elementos de gran ayuda para ser aplicables al cuidado humanizado de enfermería.

Se concluye que en esta categoría la percepción del significado de cuidado humanizado que le asignan las enfermeras que debe recibir la púérpera se sustenta en los postulados de los filósofos estudiosos del cuidado y muy especialmente en la teoría del cuidado humano de Watson. Expresan el cuidado con características del

cuidado humano como: momento oportuno, respeto a la condición humana, amor, solidaridad, apoyo emocional, compañía, familia, entre otros, De aquí que reconocemos que la teoría de la Dra Watson aporta muchos elementos que se aplican en la práctica del cuidado humanizado y que hemos tomado como basamento de la propuesta que estamos ofreciendo en esta investigación para el área de obstetricia.

### **CATEGORIA 8: CUIDADO DE ENFERMERIA PUERPERAL, SEGÚN PERCEPCION DE LAS USUARIAS.**

De esta categoría surgió una subcategoría. **Percibiendo el cuidado de enfermería en puerperio.**

Cuando se les pregunto a las puérperas como perciben uds, el cuidado recibido de las enfermeras de este servicio? Respondieron de esta manera:

*Ella (la enfermera) solo me puso el tratamiento y atendieron a la bebe, me dijeron que no me parara, que en un rato me pasaban al cuarto, aunque anoche vino una y me pregunto si estaba sangrando mucho y le dije que no, le pregunto a la otra (enfermera) si yo era parida de la tarde, le dijo que sí, que yo solo tenia cefa...no se qué cosa, (seintuye que es el antibiótico), del trato son bastante frías, creo que no deberían ser tan serias, al menos ser mas cariñosas, más sensibles (Luirá) solo me puso lo que el médico le dijo y nada más, ella vino porque mi suegra la llamo y luego vino dos veces porque el doctor le llamo la*

*atención, ellas deberían estar más pendientes, porque yo estoy acompañada, pero hay otras que están solas, los hospitales son muy desagradables, pero si te consigues con una enfermera agradable, amigable, atenta, la cosa cambia, se ve un ambiente diferente. El trato es muy a lo técnico, nada de humano, nadie te pregunta como amaneciste, solo te preguntan el nombre y te ponen el tratamiento (Nurca)*

El período puerperal se inicia después del parto, la mujer va a sufrir una serie de transformaciones en su cuerpo para retornar al estado previo que tenía antes del embarazo. El período posparto, también conocido como puerperio, comienza tras el nacimiento del R.N. y alumbramiento placentario. El final del puerperio no se encuentra tan bien definido, pero se suele considerar como 6-8 semanas posparto dado que la mayoría de los efectos de la gestación en los distintos sistemas corporales han vuelto a su estado pregestacional(99).

En el puerperio se distinguen tres etapas: Un puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas después del parto. Un segundo período denominado puerperio clínico o precoz que llegaría hasta el 7º día y el puerperio tardío que va desde el 8º día hasta la aparición de la primera menstruación. (99). Es importante ofrecer atención Enfermería de calidad y que ayude a las mujeres a vivir este complejo proceso de manera serena y satisfactoria. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), manifiesta que es esencial disponer de protocolos basados en evidencia sobre los cuidados puerperales y neonatales para asegurar las buenas prácticas.

El cuidado es la esencia de Enfermería, este debe estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas y solidarias para proteger y preservar cualquier complicación, a la vez ayudando a la púerpera a encontrarle un significado a su nuevo papel de madre. Fomentar el autocuidado y cuidados del R.N., sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo afectivo entre la madre y R.N.

Sin embargo las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado.

Esto lo vemos reflejado muchas veces en la percepción de los pacientes, observemos como lo ven estas pacientes en puerperio inmediato; donde deben ser monitorizadas a menudo por la enfermera; para ellas el cuidado recibido consiste en cumplirle el tratamiento, atender a la bebe, pero lo más notorio y que en una de ellas produjo una duda, fue porque no le aclararon el nombre del tratamiento, ni para que se lo habían indicado, algo que la enfermera debe informar y la paciente tiene derecho a saber. Veamos como lo expresa con sus propias palabras: *Ella (la enfermera) solo me puso el tratamiento y atendieron a la bebe, me dijeron que no me parara, aunque anoche vino una y me pregunto si estaba sangrando mucho y le dije que no, le pregunto a la otra (enfermera) si yo era parida de la tarde, le dijo que sí, que yo solo tenia cefa...no se qué cosa?*(Laira)

A la interpretación se intuye que en ese momento las enfermeras están en la hora de entrega y recibo de guardia, puesto que se hacen preguntas buscando información

sobre la situación del servicio, pero vemos que la usuaria comienza lo que dice con el adverbio **solo**, y al final con una palabra inconclusa, que la paciente intuye que es el antibiótico. El adverbio **solo**, denota exclusión, se usa para expresar que no se incluye nada aparte de lo mencionado, introduce una condición para que ocurra lo que se expresa, señala la causa o circunstancia de que una afirmación no se cumpla del todo.

Prosiguiendo con el análisis, más adelante, en otro trozo del texto, la paciente continua la narración, ahora con la conjunción concesiva **aunque**, la cual según el diccionario se traduce como una objeción o dificultad real o posible a pesar de la cual puede ser, ocurrir o hacerse lo que se expresa en la oración principal. Se opone o contradice parcialmente lo dicho o lo que ello permite deducir o suponer.

De allí, como hemos dicho en otros apartes de este trabajo, la importancia de la comunicación como el eje central del cuidado y como vehículo a través de la cual podemos brindar seguridad y confianza en los pacientes y familiares, pero esta debe ser clara y precisa a fin de no provocar dudas.

La comunicación ha sido siempre y será un elemento vital del proceso de cuidado de enfermería, especialmente durante la transferencia de información, la cual con el devenir del tiempo, el avance científico y tecnológico ha traído consigo nuevos enfoques frente a la entrega de información con calidad y claridad. El cambio de turno o pase de guardia es un momento de cuidado clave para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente, es dado en el momento en que el

profesional de enfermería transfiere la responsabilidad de los pacientes y lo que ha realizado en su turno a otro que llega.(100).

En este relato, se intuye que para las enfermeras que intercambian información, por su experiencia en el área, entienden el significado de la sílaba *cefa*., sin embargo, para la paciente no es explicativo y genera dudas. Por ello la comunicación en el cuidado de enfermería debe ser muy clara y precisa con un lenguaje técnico pero comprensivo al entregar o recibir sus obligaciones de guardia, para que no dé lugar a dudas, como lo ocurrido a la paciente de este relato.

Un cambio de turno adecuado, aplicando su concepto, proporciona a los profesionales de enfermería la oportunidad de aclarar y corregir inexactitudes con el paciente y la familia, y con los mismos colegas, en última instancia, con la disminución de errores o eventos adversos en su cuidado y la satisfacción del paciente(100). Las observaciones y contribuciones por parte de ellos pueden ser valiosas para su cuidado, valorar el apoyo del paciente y la familia, en el intercambio de información es clave y así su cuidado trascienda en el tiempo. Por lo tanto, ellas deben ser incluidas en el proceso.

El cambio de turno se define como los informes verbales que tienen como finalidad relatar lo ocurrido en la asistencia prestada a un paciente durante el turno anterior para que los integrantes del turno siguiente conozcan los aspectos fundamentales de su condición actual y garanticen el principio de continuidad del cuidado.(100)

El cambio de turno se caracteriza porque es un evento rutinario, diario que se lleva a cabo en la mañana, tarde y noche, con un promedio de tiempo aproximado para su desarrollo de 15 a 45 minutos, varía según el número de pacientes y su condición**(100)**.

Riesenberg hace hincapié en la complejidad del informe y las dificultades, como la falta de comunicación y la transferencia inadecuada de los cuidados. En él se comparte información sobre aspectos físicos, psicosociales y espirituales de los pacientes, así como hechos, opiniones e impresiones médicas, para resolver problemas de cuidado, dar y recibir apoyo, construir relaciones y gestionar solución de conflictos. El informe debe ser lo suficientemente amplio como para abarcar el carácter holístico y objetivo del cuidado a largo plazo del paciente, pero lo suficientemente específico para satisfacer metas a corto plazo y ofrecer las preferencias individuales para satisfacer las necesidades de los pacientes y no las de los profesionales de enfermería. **(100)**.

Por ello, el cambio de turno significa un tiempo de comunicación para promover el cuidado, la seguridad y las mejores prácticas, encaminadas a eliminar o mitigar los riesgos para el paciente. Además el significado personal y la socialización del mismo, puede ser el propósito y voluntad personal para recibir a los pacientes y sus familias durante la entrega, puesto que el informe puede tener un significado emocional. **(100)**.

Cuando se habla del cuidado Interpersonal, donde es indispensable la comunicación, se considera que este debe ir más allá de una observación y cuidados precisos del

paciente; implica cuidados que involucran la relación interpersonal, lo cual exige responsabilidad y efectividad, que permitan satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. Para lograr esto el profesional de enfermería debe ser una persona comprensiva, dedicada, amable con las personas bajo su cuidado, disponer del tiempo necesario para dar y recibir el informe, facilitando al paciente expresar sus sentimientos.

La enfermera al comenzar su guardia y de recibir el reporte en el puesto de enfermería, lo primero que debe hacer es presentarse a los pacientes que le corresponde cuidar, identificarse ante ellos por su nombre y ponérseles a la orden para lo que necesiten, interesarse por su ser y su estar, allí comienza la relación interpersonal, así el paciente se sentirá apoyado, seguro y reconocido como persona, en su dignidad humana y no como un caso o un número más.

El personal de enfermería que da la acogida al paciente, deberá presentarse y portar la tarjeta de identificación, así como mantener una apariencia física cuidada y aseada. La identificación permitirá al paciente y acompañante conocer en todo momento quiénes son los profesionales encargados de atender sus demandas asistenciales. Informar al paciente y/o acompañante sobre las actividades a desarrollar relacionadas con su asistencia.

Ofrecer al paciente la posibilidad de aclarar cualquier duda que surja sobre la información recibida, si su estado de consciencia lo permite. Mostrar una actitud positiva y cordial, utilizando un lenguaje claro y conciso con un tono de voz empático

y dirigiéndose al paciente por su nombre. Preservar en todo momento la intimidad del paciente, utilizando para ello los recursos disponibles a su alcance. Comunicar al paciente o al acompañante que la información clínica relativa a su proceso, le será facilitada a él y a las personas que nos indique, de acuerdo a la normativa vigente en materia de información del hospital. Garantizar al paciente la confidencialidad sobre la información obtenida.

Según Travelbb el trabajo de la enfermera será posible a partir del establecimiento de la comunicación. Comunicarse con otra persona puede ser una experiencia significativa o no tener ningún significado, dependiendo de cómo esta se desenvuelva, es a través de la comunicación es que la enfermera puede ver la finalidad de su cuidado y que ayuda al paciente y a su familia a vivir su experiencia de enfermedad **(68)**. En cuanto a la relación terapéutica o relación persona a persona la describe como una meta alcanzada, cuyo resultado final es una serie de interacciones entre los seres humanos enfermera-paciente. Destaca que una de las características de esta relación es que ambos experimentan crecimiento y cambios de comportamiento. **(68)**.

La relación enfermera-paciente se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, va más allá de la situación de salud, este tipo de relación del cuidado, que de alguna manera describe la acogida del paciente por la enfermera, se corresponde con algunos de los elementos que Travelbb propone en su teoría como modelo de relación interpersonal denominados: Encuentro original: primeras

impresiones que recibe la enfermera del paciente y viceversa, ambos se perciben mutuamente y Revelación de identidades: la enfermera y el paciente empiezan a verse mutuamente como individuos únicos.

A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación. (68). Si esto ocurre así, es percibido por el paciente, como cuidado eficaz, de calidad, que le satisface sus necesidades sentidas; lo cual expresan así: *los hospitales son muy desagradables, pero si te consigues con una enfermera agradable, amigable, atenta, la cosa cambia, se ve un ambiente diferente* (Nurca), en caso contrario, genera queja, insatisfacción y la percepción de que como persona se les relega solo a ser pacientes, estas dos situaciones un tanto antagónicas, percibidas por los pacientes, tienen una significativa explicación en las situaciones que se pueden presentar, dependiendo del compromiso ético y de la sensibilidad humana de la enfermera. Cuando hay insatisfacción, ocurre lo que expresa Luira: *del trato son bastante frías, creo que no deberían ser tan serias, al menos ser más cariñosas, más sensible, el trato es muy a lo técnico, pero nada de humano, nadie te pregunta como amaneciste, solo te preguntan el nombre y te ponen el tratamiento* (Luira).

A la interpretación se percibe que en las puérperas hay una insatisfacción por el trato tan insensible, frío y técnico de las enfermeras. El término frío se aplica a la persona o al carácter áspero y desagradable, que se comporta con indiferencia, falta de afecto o de sensibilidad, es una persona fría y materialista; antagonista de la persona sensible, acogedora que es amable y atenta con los demás. La sensibilidad es un valor moral que atañe a todos los seres humanos, pero además es un valor que

se espera que apliquen cotidianamente las personas que tienen responsabilidad de cuidar a otras personas.

Se define la sensibilidad como la facultad de sentir, de percibir, la inclinación hacia los más elevados sentimientos humanitarios, capacidad de captar los aspectos más bellos y delicados de las cosas. Sus sinónimos son: ternura, pasión, sentimiento, comprensión, compasión y piedad. Las relaciones interpersonales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería es el ente del equipo de salud que permanece las 24 horas al cuidado y vigilancia de los pacientes en tres turnos: mañana, tarde y noche, durante estos turnos de trabajo deben brindar asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual, todas estas interacciones se sustentan en las relaciones interpersonales.

Diversos autores, entre ellos Watson, consideran que la relación interpersonal tiene un efecto terapéutico que puede ser determinante en el éxito de su desempeño.

Para Travelbee, la Enfermería es un proceso interpersonal, es un servicio comprometido con los cambios e influencia sobre otros. La enfermera debe ser capaz de fortalecer la asistencia que el paciente está necesitando, pues este profesional tiene un cuerpo de conocimiento especializado y la capacidad de utilizarlo, con el objetivo de mantener al máximo un grado de salud posible. Para este acontecer, precisa tener una percepción desarrollada a partir de sus experiencias como ser humano que enfrenta el dolor y el sufrimiento **(68)**.

Este desarrollo se alcanza con el proceso de comunicación, estableciendo una relación persona-persona, por intermedio de fases de empatía y rapport. Travelbee, afirma que la empatía se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía, es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación.

Una buena relación interpersonal de enfermería se considera que se ofrece, cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés y respetuoso durante el proceso de enfermedad.

El ¿Cómo está? ¿Cómo se encuentra?, ¿Cómo se siente? ; ¿Desde cuándo está aquí? ¿Por qué la trajeron al hospital?, ¿ya la vio el médico? son preguntas que la enfermera (o) hace a diario para comprender la situación humana de la persona que cuida; preguntas que una y otra vez debe volver a formularse en cada encuentro con un nuevo paciente. La preocupación por el otro, es cómo se ve o como se siente él, en su actual situación de enfermo.

La experiencia de la hospitalización es vivida en forma personal en un contexto donde el paciente es vulnerable, por lo cual es necesario promover su bienestar. El personal de salud es el encargado de garantizar el bienestar del paciente durante su hospitalización. El personal de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo, por lo tanto, para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención. Debe

entenderse que cuando un paciente ingresa a una institución de salud tiene muchas dudas e interrogantes acerca de lo que irá a pasar, sobre todo cuando se les va a realizar un procedimiento quirúrgico o como en este caso una primigesta y primípara, la cual tiene muchas interrogantes por ser su primera experiencia.

Toda persona sometida a una hospitalización confronta reacciones emocionales que demandan una estrecha relación con alguien en quien confiar sus problemas y preocupaciones. De aquí la importancia de la participación de una enfermera hábil en la interacción con el paciente, para que establezca relaciones interpersonales saludables llenas de afecto, confianza amabilidad, y seguridad con el fin de favorecer la adaptación del paciente a su nueva situación, como es la mujer que acaba de parir.

Desde esta perspectiva, el personal de enfermería es el proveedor más importante de la calidad de la atención que se proporciona, debido a la relación directa y continua con la paciente, que impacta directamente en el bienestar y descanso de la puérpera. Una buena atención interpersonal de enfermería se ofrece cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés durante el plan de cuidado.

Se concluye en esta categoría que las usuarias perciben y expresan mucha insatisfacción del cuidado de enfermería puerperal en lo relacionado a: trato frío, seco, información poco clara e imprecisa, incluso palabras en frases que le producen dudas. Lenguaje muy técnico incomprendible para ellas, por lo que desean un

lenguaje más claro y trato más amable y humano. Perciben que las enfermeras no las monitorean para estar atentas a sus necesidades, solo van a la sala si un familiar lo solicita o si el médico se los ordena. Todo lo cual se convierte en una gama de factores negativos por lo que las usuarias expresan que el cuidado puerperal no es nada humano.

## **CATEGORIA 9: EL CUIDADO Y SUS PERSPECTIVAS DE CAMBIO**

De esta categoría surgieron dos subcategorías.

### **Expresando la necesidad de humanizar el cuidado en obstetricia.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras y a las gestantes que aspectos (necesidades) perciben que son necesarios para humanizar el cuidado de enfermería en el área de obstetricia? Esto fue lo que respondieron:

**Enfermeras:** *El cuidado de enfermería más importante es hablarle a las pacientes no con palabras técnicas, sino en un lenguaje coloquial en sesiones educativas, aquí no se dan por falta de personal, de motivación y de tiempo, eso es lo más importante en la consulta prenatal (Mirri) a veces falta calor humano en la consulta, las pacientes tienen tantos problemas que una palabra de aliento o escucharlas las ayuda, acercarnos más a ellas, no ser tan serias y distantes (Marca) explicarles que el embarazo no es una enfermedad, que limita*

*algunos trabajos, pero que debe cuidarse para prevenir y no llegar a la hospitalización (Marro)*

**Gestantes:***...sería bueno que nos dieran unas charlas sobre el parto, si voy a parir o me van hacer cesárea, a mi me gusta que me traten bien, con cariño, que me atiendan bien, pero las enfermeras andan muy serias y el doctor aun mas, no es que no me agraden pero la enfermera no habla conmigo ni yo con ella (Luzca) es bueno ese modelo de cuidado humanizado para que nos den explicaciones del parto, que cosas tenemos que comer para no sufrir eso de la preeclampsia, que nos ayuden a prepararnos para el parto porque muchas de nosotras no sabemos cómo son las cosas porque somos primerizas(Keipe)hasta ahora no he conversado con la enfermera, porque ella no nos pregunta nada...solo recoge las tarjetas, llama para pesar y ya está listo, sería bueno que preguntara como se siente uno, si tiene algún dolor para cuando venga la doctora esté al tanto de lo que tienen las pacientes (Nurca)*

Humanizar en el mundo sanitario significa hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.(70).Por lo tanto,humanizarel cuidado implica dar asistencia de calidad, lo

cual lleva consigo beneficios para el paciente quien es el centro de los cuidados, ya que el cuidado es la esencia de enfermería, del equipo de salud de la institución, además de adecuar un ambiente de trabajo agradable donde se puedan establecer relaciones interpersonales teniendo como eje de sustentación la comunicación para conocer las necesidades del paciente y brindar cuidado holístico, integral e individualizado.

Al analizar lo narrado por las enfermeras y por las gestantes, vemos claramente que todas reconocen como un factor negativo la falta de comunicación y de acercamiento, argumentan las enfermeras que no educan ni orientan a las pacientes por falta de tiempo, de personal y de motivación. Aquí hay que reconocer que ante la crisis de salud que viven nuestros hospitales, hay escases de personal y los pocos que están al frente de la situación, no reciben ningún incentivo, comenzando por los salarios tan precarios que reciben por una labor tan loable como es el cuidado de la salud.

Por su parte las pacientes expresan la necesidad sentida de hablar con la enfermera para recibir información y orientación sobre el parto, de lo que se intuye que las gestantes desean una relación personal más cercana, pero las enfermeras se dedican a cumplir acciones de acuerdo a las normativas institucionales, pesar y tallar. De lo expresado se interpreta la falta de comunicación en la interacción enfermera-paciente, la cual es reconocida como un elemento indispensable por ambas partes que hay que rescatar.

La comunicación es un proceso interactivo y recíproco, medio por el que la enfermera y el paciente se entienden, es un elemento clave de la relación con el paciente, sin ella es imposible manifestarle al paciente nuestra intención de ayuda y el tipo de cuidados que le vamos a ofrecer, la esencia del cuidado de enfermería son las relaciones interpersonales. Por lo tanto, la comunicación es un vehículo cotidiano, fundamental en la preparación para la práctica profesional de las enfermeras **(101)**

La necesidad de humanizar el cuidado es expresado tanto por las enfermeras como por las gestantes con frases como estas: *a veces falta calor humano en la consulta, los pacientes tienen tantos problemas que una palabra de aliento o escucharlas las ayuda*, (Marca) (enfermera ratificada por la paciente): *hasta ahora no he conversado con la enfermera porque ella se dedica a pesar y más nada, las enfermeras andan muy serias y el doctor aun más*. (Nurca)

A la interpretación se observa que tanto las enfermeras como las gestantes reconocen la falta de comunicación, algo que sin lo cual los seres humanos no se pueden entender. Una comunicación plenamente humana entre enfermera y paciente requiere tiempo, incluye información, comunicación, escucha, comprensión y trato digno; sin embargo, en el modelo de cuidado actual para algunos profesionales su desempeño laboral puede significar la realización de procedimientos, sin importar lo que siente o necesita el paciente. Se señala que la enfermera en ocasiones emplea el lenguaje verbal técnico, que la paciente no entiende, establece contactos físicos breves, no planificados, basados en el cuidado físico y tecnológico, sin considerar las

necesidades sentidas y emociones personales, lo cual constituye un aspecto deshumanizador del cuidado.

En ese sentido la doctora Watson J, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”(7).

De allí que Watson nos propone entre los factores del cuidado humano: El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el éxito de la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz. La empatía es la capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de la otra persona y de comunicarle esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra mediante un tono de voz moderado al hablar, un gesto abierto y relajado y expresiones faciales congruentes con otras formas de comunicación. (7)

La humanización consiste en dar calidad a la relación interpersonal. Según Bermejo cuando se habla de humanización como acción sustantiva se identifica por sí misma como acción central, partiendo del hecho de que “el hombre es un ser relacional”. En el encuentro terapéutico se da una relación en la que se busca continuamente el

bienestar y confort para el futuro del paciente y por ello el éxito o el fracaso de este encuentro dependerá en gran medida del tipo de relación y como esta se desarrolle.(70)

En este sentido el profesional de enfermería debe ser consciente de lo importante de la comunicación en el proceso de enfermería ya que la humanización de los cuidados lleva consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y por lo tanto, se deben tener en cuenta las individualidades para la prestación de atención integral de calidad, la cual sin comunicación sería imposible.

Por su parte Rogers M, autora del modelo “La Ciencia del hombre unitario”, considera que toda existencia y estado de salud de los seres humanos dependen de la comunicación, ya que es imposible separar el elemento afectivo de la vida del componente biológico. En el proceso de enfermería, tanto la enfermera como el usuario viven experiencias emocionales como una función de proceso de comunicación que existe entre ellos. La enfermera profesional debe comprender con toda claridad que la comunicación ejerce una gran influencia en la conformación de las relaciones de ayuda.

Según Rogers, la relación de ayuda consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. (60)

En Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su

profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga. Para Rogers, la relación de ayuda requiere unas actitudes para que se establezca: empatía, autenticidad y la aceptación incondicional.(60)

La empatía, actitud que propone Rogers, consiste en introducirnos en el mundo del hombre. “Es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta la otra persona y comunicar esta percepción con un lenguaje acomodado a los sentimientos del ayudado”. No consiste solo en entender al enfermo, sino en introducirnos en su percepción del mundo para captar su vivencia. Para llegar a dicha empatía es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación.(60)

En conclusión, se aprecia en el discurso de las entrevistadas que, a pesar de los esfuerzos en el tema de la humanización del cuidado a la mujer gestante durante el trabajo de parto, parto, puerperio y otros eventos de su proceso reproductivo, es evidente desde el propio discurso, la ausencia de comunicación, elemento fortalecedor que permite reflexionar sobre las relaciones humanas y profesionales que suceden en torno a estos procesos, reconociendo que profesionales y usuarias están expuestos a lo mejor y a lo peor en un momento especialmente trascendental.

Las prácticas protocolizadas, como el peso y la talla, muy importantes para conocer la evolución del embarazo, pero en sentido general, no responden a la totalidad de los derechos de las mujeres y familiares como es la comunicación clara, precisa y oportuna para estar informados, pero sí, a la estandarización de normas cuyo objetivo

principal es la obtención del binomio madre-hijo en óptimas condiciones biológicas, lo cual es muy importante, no obstante obvian de esta manera el enfoque holístico de la atención que debe brindar el equipo de salud a través de una buena acogida que genere confianza y seguridad a la mujer.

Revisando la literatura, existen muchos trabajos que evidencian la necesidad de que el profesional de enfermería debe reevaluar y reflexionar sobre su trabajo, entre algunos Barbosa y Silva, manifiestan que es necesario realizar investigaciones en base a principios éticos y valores humanos.

De allí nuestra propuesta de sentar las bases teórico-prácticas con los resultados de esta investigación para construir un modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería, a fin de contribuir como profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar algunos aspectos de la crisis en que se encuentran los servicios de salud en nuestro país, específicamente en el área de obstetricia.

### **Sugiriendo las estrategias de cambio para dar cuidado humanizado.**

Cuando se les pregunto a las enfermeras y a las gestantes que estrategias de cambio perciben uds que deben rescatarse, mejorarse, eliminarse o agregarse para ofrecer cuidado humanizado a la mujer gestante, parto y puerperio? Esto fue lo que respondieron:

**Enfermeras:** *que no haya discriminación con ninguna mujer, que no se diga mas “yo soy HIV+”, que diga soy del 5TO piso, esa*

*enfermedad necesita de mucho apoyo, que se permita el acompañamiento del esposo o familiar de la mujer en el parto, si en las clínicas lo permiten porque no lo pueden hacer en el hospital, que vuelva la Fundación del niño para elaborar las canastillas, rescatar la visita domiciliaria para buscar las embarazadas de alto riesgo (Mirri) que la enfermera sea más profesional y no ande con el celular pegado en el oído cuando este atendiendo a la mujer, esas actitudes mal ponen la imagen profesional (Terra) acercarnos más a ellas, no ser tan serias y distantes, a veces tratamos a nuestras pacientes como unos **robots**, sería bueno hablarles con más cariño (Marca) que vuelvan los cursos de capacitación, la última vez que hice un curso fue en 2003, cuando yo entre aquí hacíamos un taller cada mes, hay que proyectar la imagen de la enfermera, una muestra de cariño, la enfermera no le pregunta el nombre al paciente, le estira el brazo le coloca el medicamento sin ninguna explicación, en cambio viene otra enfermera le pregunta ¿cómo esta, la toca y la misma paciente le dice que se siente mejor (Marro) habría que cambiar muchas cosas, los primeros en convencer es a los que dirigen el hospital, dejar a la mujer en trabajo de parto que camine para aliviar los dolores, que esta área cambie para que sea un lugar agradable*

(Bárac) *que hayan los insumos necesarios y contraten más personal, sin eso es imposible dar cuidado humano (Ismefi)*

**Gestantes:**...*aquí muy poco uno habla con las enfermeras porque ellas solo se ocupan de pesar y tomar la tensión, hasta los momentos no hemos tenido conversaciones, sería bueno que me pregunten cómo me siento o si vengo con algún dolor, que hablen con uno, que pregunten, que no sea nada más pesar y tallar (Nurca) sería bueno que nos den charlas sobre el parto, que me traten bien, con cariño, pero andan muy serias, que la enfermeranos hable y nos expliquen qué debemos hacer para no sufrir eso de la preeclampsia, que puedan hacer los ecos (Keipe) yo siento que aquilo que le dan a uno es un mateo, la enfermera nunca me pregunta nada, pareciera que andan muy apuradas y el doctor también, es bueno que nos traten bien, que no nos traten con menosprecio, al menos que este alguien con uno o que dejen pasar a la mama o a la persona que anda con uno, así no me sentiría sola, que sean más amables, cariñosas y respetuosas, cuidado humanizado es atenderte con cariño, con sensibilidad, con respeto y con amor, sería bueno que cambiaran muchas cosas, la forma en que tratan a la gente, que sean más humanos, la gente que trabaja como enfermera debe tener mucha vocación, amor al prójimo, ser*

*mas humanos, ponerse en el lugar de uno (Luiria) la doctora que me vio regaña mucho a todas las que llegan aquí, no me siento bien, esa tipa me asusta, cuidado humano es cuando te atienden como persona, te traten con respeto, no que te anden regañando y gritando, aquí todo el mundo anda molesto, ellos me atendieron, pero lo hacen de una manera muy seca, deberían ser más amables, que lo escuchen a uno, con la enfermera no he hablado, no la he visto, sería bueno que estuviera más cerca para no sentirme sola, (Fraor)*

Al analizar el discurso de las enfermeras y de las gestantes, se observa que existe una serie de factores negativos dignos de consideración que dificultan desarrollar acciones de cuidado humanizado, frente a estos factores negativos que perciben tanto las enfermeras como las gestantes, se interpreta como un clamor que desde el interés de enfermería y del equipo de salud, debemos asumir tal situación como un reto, a fin de proponer las estrategias de cambio necesarias para satisfacer esas necesidades sentidas en ese grupo de la sociedad como lo es el área de obstetricia.

Particularmente desde la mirada de las enfermeras es necesaria una profunda reflexión acerca de los valores y de la filosofía que guían su acción, a fin de re significar el cuidado como la esencia de enfermería y enfrentar con mucha decisión y voluntad las gestiones de cambio necesarias para ofrecer en la práctica acciones de cuidado humanizado que reconozca la condición humana en el área de obstetricia, donde el rol de

educadora de la enfermera es fundamental y debe ser un agente de cambio de gran ayuda a la mujer.

Sumergidas en el análisis e interpretación encontramos elementos dignos de rescatar, mejorar, eliminar o agregar en un área de asistencia sanitaria cualquiera sea, entre ellos señalaremos en primer lugar la falta o poca comunicación del personal de salud, especialmente de la enfermera, a sabiendas del rol fundamental que ella debe jugar en el área de obstetricia.

Esta subcategoría revela como la anterior que hay fallas en la comunicación, sin embargo, es percibida por la propia enfermera como esencial en el cuidado de enfermería, en la interacción y como instrumento para alcanzar el sentimiento de confianza y empatía del cuidado humanizado, lo cual sería posible si ocurriera en el curso de sus acciones como ellas lo expresan: *acercarnos más a ellas, no ser tan serias y distantes, a veces tratamos a nuestras pacientes como si fuéramos unos robots, sería bueno hablarles con más cariño*(Marca), ratificado por la gestante: *con la enfermera no he hablado, pareciera que andan muy apuradas, no las he visto, me gustaría que estuviera más cerca de mí para no sentirme sola*, (Fraor).

Al análisis e interpretación de este texto consideramos que si la enfermera trata a las gestantes como un robot y la gestante dice que andan apuradas, significa que no se detiene a escuchar y la escucha es un elemento clave para la comunicación efectiva y esta empieza por la escucha; si no hay escucha no hay comunicación; si no hay comunicación no puede haber cuidado humanizado. En el proceso de enfermería,

tanto la enfermera como el usuario viven experiencias emocionales como una función del proceso de comunicación que existe entre ellos. Desde hace mucho tiempo es aceptado el axioma de que las profesiones que brindan ayuda, los cambios de conducta se producen a través de las experiencias emocionales, sirve de base para conceder gran importancia a la comunicación dentro de la práctica de enfermería.

**(59)**

La comunicación forma parte de la historia del hombre en la sociedad y es producto de la interacción social. Se trata de una relación entre emisor y receptor, entre signos, significados y códigos(101). Para establecer una comunicación eficiente es necesario escuchar, para escuchar hay que detenerse, tener tiempo y disposición para oír al otro, de manera que tal como lo expresan tanto la enfermera como la gestante no se dan las condiciones para la escucha y por lo tanto no hay buena comunicación, con su repercusión en la ausencia de cuidado humanizado. Aquí vale la pena traer un breve pensamiento de Carl Rogers. *"No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación"* (El poder de la persona.)

La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y para verbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones. Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar es un arte más complejo que hablar, susurra el que habla poco y

escucha mucho, porque susurra con la mirada, con la sonrisa, con la dedicación, con las manos y la postura del cuerpo(102). De esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para hacer empatía. La escucha activa constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, mejorar la calidad de las mismas y así resultar un interlocutor agradable para los demás.

La escucha activa es un elemento clave para una comunicación eficaz. Saber escuchar es saber oír, analizar y comprender la información que nuestro interlocutor transmite, tanto a nivel verbal como no verbal. Las características de una escucha eficaz son: Empatía: no se trata de mostrar alegría, ni de ser simpático, sino que consiste en ponerse en el lugar del paciente y tratar de percibirle tal y como es él. Empatía es la capacidad de identificarse con el paciente y comprender así su conducta y sus sentimientos, a la vez transmitirle esa comprensión (102).

Partir de la idea de que todos tenemos una razón para actuar o sentir cómo lo hacemos. Aceptación incondicional del otro: implica reconocer al individuo como una persona valiosa, ello supone respetar y aceptar al paciente. Autenticidad: consiste en mostrarse a los demás tal y como uno es, sin fingir y sin aparentar. Este saber escuchar se traduce como la escucha activa y es el esfuerzo físico y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo. Por lo tanto, escuchar de forma activa implica atender a la totalidad del mensaje, integrar en un mensaje lo que a través de diversos canales

se está emitiendo, además permite la retroalimentación, que conlleva pedir aclaraciones sobre el contenido o significado del mensaje al emisor.

Para escuchar de forma activa el profesional de enfermería debe: Concentrarse en el paciente, tratando de no distraerse con ninguna otra actividad**(102)**. Comprender el mensaje, preguntándose por las intenciones del paciente, observando su comunicación verbal y no verbal. Ventajas de la escucha activa: Proporciona mayor conocimiento, la observación minuciosa de los elementos no verbales de la comunicación con el paciente nos servirá para acercarnos al conocimiento de sus sentimientos y objetivos. Mejora la predisposición, el paciente percibe que estamos interesados en él, en su opinión, en sus sentimientos, con lo que conseguimos su cooperación. Además, mejora la predisposición al diálogo. Disminuye la ansiedad del paciente, si permitimos que el paciente se exprese con libertad, sin interrupciones contribuimos a reducir su tensión al comunicar, porque le damos confianza y seguridad**(102)**.

En enfermería la comunicación es una de las herramientas básicas para desarrollar el proceso de cuidar. Se concibe como una condición esencial del cuidado al aproximar a los sujetos, (enfermera-paciente) proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación por el otro. Evidencia la interdependencia entre comunicación y el cuidado, toda vez que no hay acción de cuidado que no se construya en una relación comunicativa.

La puerta de entrada clave de la enfermera es la interacción con el usuario, pasa por establecer una buena comunicación con los pacientes y con el equipo de profesionales

de la salud, puesto que se trata de un componente básico y fundamental dentro de la profesión enfermería. El personal sanitario debe saber escuchar para luego poder entender al enfermo, por lo que mantener una comunicación óptima supone mejorar la calidad de vida y satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares.

En enfermería es necesaria la comunicación verbal y no verbal, siendo una competencia o habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa en el cuidado de enfermería. La percepción de señales corporales y de la lengua hablada representa la posibilidad de ir más allá de la ejecución de procedimientos técnicos al permitir que los sentimientos, las emociones y la historia de cada uno favorezcan la comprensión de la totalidad que este ser humano representa(101).

En lo referente al cuidado humanizado, este incluye variados detalles que pueden ser percibidos en forma diferente por enfermeras y pacientes; quizás para las enfermeras puede no revestir importancia realizar ciertas acciones o tener determinados gestos, en cambio para el paciente y su familia pueden ser mensajes que favorecen o entorpecen la comunicación; no solo se trata en presencia de los pacientes de ofrecer lo último en tecnología o procedimientos actualizados, sino que hay detalles que son importantes en la forma de la interacción de las enfermeras con el paciente, tales como el saludo, las preguntas y el reconocimiento mutuo, así lo expresan : *sería bueno que me pregunten cómo me siento o si vengo con algún dolor, que hablen con uno, que pregunten, que no sea nada más pesar y tallar*(Nurca).

Los detalles en el cuidado envuelven una gama de aspectos relevantes para los pacientes que hay que rescatar, como respetar las diferencias culturales, los deseos e intereses. Se interpreta que, las usuarias de este centro de salud sienten la necesidad de recibir cuidados humanos significativos, que comprendan sus necesidades, donde el escuchar, el interés por ellas, la empatía, el respeto y el afecto se consideren tan importantes como los quehaceres técnicos de la enfermera de pesar y tallar.

Otro aspecto que resaltan las enfermeras y gestantes, tiene que ver con neutralidad, imparcialidad, apertura y aceptación de la enfermera con todos los pacientes, independientemente de sus costumbres, modo de ser, tipo de enfermedad, modo de pensar y de actuar; es una postura en contra de la discriminación por la diferencia, tal como lo verbaliza una de ellas : *que no haya discriminación con ninguna mujer, que no se diga mas "yo soy HIV+" que diga soy del 5TO piso, esa enfermedad necesita demucho apoyo*(Mirri) y lo ratifica la expresión de la gestante: *es bueno que nos traten bien, que no nos traten con menosprecio*(Luiria)

En el marco del cuidado humanizado es necesario tener en cuenta las diferencias entre las personas, para dar a cada una lo que necesita, con la consideración de su unicidad, cultura, experiencias previas e individualidad, no para discriminar o negar el derecho al cuidado. En enfermería la discriminación o el mal trato constituye un anti valor, puesto que la filosofía de enfermería es atender a todas las personas por igual, sin exclusión y respetando sus creencias religiosas, clase social, costumbres, patrones culturales y otros.

Conocer estos aspectos permite adecuar el cuidado a las condiciones de cada persona y centrado en ella, mostrar moderación al apoyarla respetando sus decisiones, autonomía y preferencias; llegar a un acuerdo con los pacientes, tomar en cuenta su decisión, puede ayudar a ver la manera de actuar en virtud de las diferentes formas de pensar y de actuar de las enfermeras.

Continuando con el análisis, las enfermeras entrevistadas se refieren a estrategias que pueden cambiarse o mejorarse en el hospital donde trabajan, por cuanto uno de los factores importantes es que los sistemas institucionales, donde las enfermeras realizan su trabajo, están impregnados del modelo biomédico, que conduce a una sobrecarga de trabajo acompañada de la pérdida de su autonomía profesional, así lo expresan: *habría que cambiar muchas cosas, los primeros en convencer es a los que dirigen el hospital, que esta área cambie para que sea un lugar agradable* (Bárac) la gestante considera que deben recibir información sobre aspectos que ellas desconocen: *que nos expliquen sobre el parto, que debemos hacer para no sufrir eso de la preeclampsia, que puedan hacer los ecos* (Keipe)

De esto se interpreta que la mayor parte del tiempo de las enfermeras lo invierten en acciones dependientes e interdependientes, vale decir, en cumplir las órdenes medicas o interdisciplinarias según normas institucionales establecidas, dejando de lado sus acciones independientes del cuidado, relacionadas con el aspecto afectivo y educativo que los pacientes valorizan mucho, como la forma de comunicarse, por ejemplo buen trato e información y asistencia sobre aspectos (preeclampsia) que ellas desconocen. De allí la importancia que las enfermeras otorguen cuidados centrados

en el paciente y que el cuidado humanizado se integre a la práctica, para mejorar la calidad de la asistencia en los servicios.

Es preciso recapacitar de cómo influencia el avance de la ciencia y la tecnología en el rol de la enfermera, es evidente la preponderancia de lo tecnológico, dejando de lado la actitud humana de estos profesionales de la salud, situación que es intensamente percibida por los pacientes como una inconformidad en el cuidado enfermero que reciben, lo cual amerita una actitud de cambio urgente que cambie esa percepción por una más proactiva que proyecte la verdadera imagen loable de la enfermera y con ello lo eficiente de la institución.

Es cierto que la enfermera para ejercer sus acciones de cuidado, requiere de una formación científica, tecnológica y humanística que le permita en su interacción con los pacientes, realizar acciones que exigen la participación de ambos, no debe perderse la perspectiva de que la enfermería es una relación humana entre un enfermo y una enfermera quien posee una formación específica, para reconocer y responder a la necesidad de ayuda; de esta relación surge frecuentemente, el esclarecimiento y priorización de las necesidades afectadas que requieren del calor humano y calidez en la intervención de enfermería.

La relación humana que se da entre la enfermera y el paciente es el fundamento del Cuidado Humanizado, de allí que este se designa como el conjunto de acciones fundamentadas en la relación paciente-enfermera, además del dominio técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno natural de trabajo.

Humanización es también “El primer acto del tratamiento de la enfermedad, es dar la mano y una muestra de cariño al paciente”; este cuidado humanizado reúne actos como: pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto al ser cuidado, como el profesional que cuida, sin tener en cuenta el significado de cuidado sino la esencia del ser humano, como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger; es decir, en la comprensión del ser humano como un ser integral.

La teoría de Watson, fundamenta el cuidado humano como parte del ser, que fortalece a la persona cuidada, promueve su crecimiento y favorece sus potencialidades, puesto que la enfermera asume el compromiso de cuidar y debe empeñarse en comprenderlo y ejecutarlo, a fin de absorberlo en su quehacer diario, respetando su autonomía y derecho a decidir y consentir las intervenciones de tratamiento, que se realizaran en su cuerpo, dentro del cuidado holístico. **(73)**

De allí la necesidad de esta dimensión del cuidado que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humano; por lo tanto, los seres humanos dentro de esta visión, son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida; a la salud se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad, el ser humano encuentra significado para vivir. **(73)**

En el análisis se captan otros aspectos percibidos muy puntuales que las enfermeras admiten como dignos de eliminar y otros que desean rescatar, entre los aspectos que las enfermeras perciben y así expresan el deseo de proyectar su imagen profesional,

eliminando situaciones como estas:*que la enfermera sea más profesional y no ande con el celular pegado en el oído cuando este atendiendo a la mujer, esas actitudes mal ponen la imagen profesional (Terra)hay que proyectar la imagen de la enfermera, una muestra de cariño, que no venga la enfermera y no le pregunta el nombre al paciente, le estira el brazo le coloca el medicamento sin ninguna explicación(Marro), por su parte la gestante expresa: la doctora que me vio, ella regaña mucho a todas las que llegan aquí, no me siento bien, esa tipa me asusta, cuidado humano es cuando a uno lo atienden como persona, lo tratan con respeto, no que le anden regañando y gritando, aquí todo el mundo anda como molesto, me gustaría que la enfermera estuviera más cerca de mí para no sentirme sola, (Fraor)*

A la interpretación se puede comprender que las propias enfermeras actúan como jueces de su comportamiento, reconociendo la falta de ética frente al paciente, realmente es una falta de respeto muy común en cualquier ámbito de trabajo en nuestros días, donde la persona presta más atención al celular que a la persona que va en solicitud de un servicio.

En el ámbito laboral es de suma importancia la imagen profesional, a veces no pensamos así, pero estamos en un completo error. Nuestra imagen tiene un gran poder de comunicación, habla por sí misma, lo que ofrecemos cuando nos ven, tiene muchísima importancia y en muchas ocasiones es la llave que nos puede abrir muchas puertas y causar buena impresión accesible de nosotros y agradable ante los demás.

La imagen profesional es la percepción que se tiene de una persona por parte del entorno en el que se desempeña, a partir de los estímulos que emana durante su actividad laboral, en el caso de la enfermera de su actitud ante el paciente, familiares, el equipo de salud y todo el personal del hospital, ya que enfermería mantiene relaciones con todos los departamentos de la institución de salud y su imagen debe servir de modelo.

Según Farias. M, la imagen profesional es un concepto abstracto que se forma a través de la percepción de elementos reales y emocionales en la mente de la gente. Dentro de los principales factores que ayudan o estimulan a generar la imagen profesional se destacan la apariencia personal; el lenguaje corporal durante la interacción con el paciente; el accionar del profesional (dentro y fuera de la empresa); el entorno que lo rodea (ambiente laboral incluyendo el resto del personal y su espacio de trabajo); los honorarios profesionales; los conocimientos técnicos; y la atención general brindada al cliente. **(103)**

El posicionamiento correcto consiste en lograr que el cliente diferencie claramente los servicios brindados por el profesional, percibiéndolos como únicos, y como la primera y más relevante opción al momento de elegir la alternativa para satisfacer sus necesidades. El punto es que los pacientes diferencien el cuidado y las acciones que realiza el profesional de Enfermería de los otros profesionales y a partir de ahí conceptualicen una imagen de ellos**(103)**.

La identidad profesional de enfermería es el resultado propio y dinámico de la interacción humana que se da entre el cuidador y el sujeto que recibe la acción del cuidado, construido durante el *hacer* enfermero y evidenciado a través de aptitudes cognoscitivas y actitudinales que caracterizan a la enfermera durante el cuidado al paciente. **(103)**

La teoría de Rogers M, “Seres humanos unitarios”, evidencia el desarrollo de la construcción de la identidad profesional a través de la interacción como sujeto y sociedad, donde se constituye el yo personal y el yo profesional. El sistema del yo personal se formula a través de percepciones conscientes e inconscientes de las propias experiencias y de las relaciones con otros individuos en las diferentes etapas de la vida, dando lugar a la construcción del auto concepto, autoestima y autoimagen. **(59)**

La construcción de la identidad profesional de enfermería muchas veces es influenciada por factores determinantes; como los factores externos, caracterizados por el sistema de contratación, ambientes laborales poco adecuados, falta de dotación de equipos y suministros básicos para el cuidado de enfermería; y los factores internos, relacionados a las divergencias entre enfermeras respecto al trabajo que realizan, un modelo asistencial marcado por la devoción a la rutina, desanimo a la iniciativa, falta de solidaridad, de reconocimiento y de compromiso profesional. **(59)**

Al lado de esto la OPS considera factores que se suman a los determinantes para la construcción de la identidad profesional, como los trabajos precarios por incremento

de la carga laboral, la necesidad de trabajar en dos o más instituciones de salud por los bajos salarios, y pocos espacios de participación de enfermería en la toma de decisiones. (104). En el contexto de trabajo de la profesión de enfermería, la identidad se muestra ausente y es percibida por la insatisfacción de las propias enfermeras durante la interrelación con el paciente y el equipo de salud.

Otros factores que las enfermeras perciben como determinantes que se pueden rescatar o mejorar para crear un ambiente de cuidado humanizado en el área de obstetricia es lo referente a la necesidad de compañía de la mujer durante el parto, la colaboración de la Cruz Roja, ONG, el regreso de la educación continua necesaria para la actualización y estímulo de las enfermeras, lo cual expresan así: *que se permita el acompañamiento del esposo o familiar de la mujer en el parto, si en las clínicas lo permiten porque no lo pueden hacer en el hospital, que vuelva la Fundación del niño para elaborar las canastillas, la Cruz Roja, rescatar la visita domiciliaria para buscar las embarazadas de alto riesgo, (Mirri) que vuelvan los cursos de capacitación, la última vez que hice un curso fue en 2003, cuando yo entre aquí hacíamos un taller cada mes.* (Marro).

A la interpretación se observa que las enfermeras no están conformes con la obligación de proceder apegadas a ciertas normativas de la institución con la mujer en trabajo de parto, como no permitir la presencia de un acompañante de su preferencia, el apoyo de otras instituciones y la ausencia de educación continuada, estos factores han sido una consecuencia de la crisis de salud que se viven en nuestros hospitales, no solo en nuestro país, sino también a nivel mundial.

Se considera que el nacimiento de un hijo o hija, es una de las experiencias de vida más importante en las sociedades occidentales euro americanas. Las vivencias que rodean el proceso de parto y los primeros días de la maternidad y paternidad, ocupan un lugar muy especial en la vida de las madres y de los padres. En este sentido, el parto conlleva un nivel alto de ansiedad y tensión que lo convierte sin duda en un acontecimiento estresante, de desconfianza y miedo para la mujer, que le hace ser más vulnerable y siente la necesidad de apoyo emocional; el cual es aportado por la familia o un ser querido, en la mayor parte de los casos por la pareja(105). Aspecto que en nuestras instituciones e incluso en el contexto de esta investigación no se permite según normativas.

Al respecto, la Organización Mundial para la Salud (OMS 1985), en la “Declaración de Fortaleza” recoge que para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Posteriormente, en el 2001, la OMS publica “Los Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal” en donde señala que durante el periodo expulsivo “la compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es algo indispensable y que todos tienen derecho a acceder sin distinción”(105).

Acciones como permitir el acompañamiento durante el parto e informar a la población respecto a los beneficios que esta práctica tiene en la salud de su hijo o hija y en la familia en general, son las que favorecen el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos; tales como gozar y vivir el proceso del parto de forma plena y autónoma. Resulta oportuno señalar, que hasta hace algunos años se vulneraban los

Derechos Sexuales y Reproductivos tanto del padre como los de la madre, impidiendo el libre acceso de un acompañante durante el parto.

En la actualidad la atención de la gestante no sólo implica la vigilancia médica, sino también se consideran en un mismo nivel de importancia los aspectos psico-afectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad, respetando siempre los derechos de las mujeres en la atención del embarazo y parto. La participación del padre y familiares durante el control prenatal, educación y preparación psicofísica de la madre para el parto y la lactancia, y la participación del padre en el parto, son actividades que sin duda deben estar presentes para complementar la atención médica y otorgar una atención integral.**(105)**.

Otro aspecto que las enfermeras perciben digno de rescatar, es la actualización profesional mediante cursos o talleres, con el propósito de mejorar su desempeño profesional. El proceso educativo acompaña al ser humano desde su origen, es parte integrante de la vida y ocurre de manera continua, dinámica y en diferentes tiempos y espacios, además de estar condicionado por factores como la madurez, el aprendizaje y la vivencia de diferentes culturas.

La educación continua es un proceso de formación y actualización de conocimientos y habilidades al que las personas deben someterse con el propósito de mejorar su desempeño profesional; dentro de estos se encuentra el personal de enfermería, que requiere actualizar día a día sus conocimientos en el área de la salud ante el acelerado

desarrollo de la ciencia y la tecnología con el propósito de mejorar sus destrezas, lo que posibilita una mejor práctica profesional**(106)**.

Cabe señalar que, a medida que los conocimientos cambian y con ellos la tecnología, las herramientas y los procedimientos, la educación continúa es una estrategia clave para aumentar las competencias del profesional de enfermería, y con ello, mantener la calidad en la atención. Hay estudios que muestran una relación directa entre la participación del personal de enfermería en cursos de educación continua, con el mejoramiento de la práctica clínica, la alta productividad, el clima organizacional y la satisfacción laboral **(106)**.

La educación continuada es considerada para enfermería como un proceso permanente y continuo a lo largo de su vida profesional que le permitirá estar actualizada en el área en que se desenvuelve, como en nuestro caso, en el área de obstetricia.

La educación continua al ser un proceso de formación y actualización en conocimientos y habilidades al que las personas se someten con el propósito de mejorar su desempeño profesional, debe estar basada en una teoría pedagógica que le permita construir y reforzar el conocimiento, sin olvidar que es una actividad académica dirigida a modificar actitudes, conductas y hábitos, con la finalidad de mejorar el desempeño profesional y erradicar rutinas**(107)**. Podríamos decir que la educación continuada en enfermería es una herramienta que le permitirá mantenerse actualizada en sus conocimientos para ofrecer un cuidado de calidad, así como

intercambiar ideas, discutir problemas con grupo de colegas, e incorporando a sus pensamientos nuevas ideas conocimientos, actitudes y aptitudes, además sirve de motivación a su proyecto de vida.

Es necesario que los gestores de las instituciones de salud ofrezcan programas de educación continua a su personal y den posibilidades de asistencia a los mismos. Sabemos que ninguna formación profesional básica, proporciona todos los conocimientos que un profesional de enfermería necesita saber para ejercer la profesión de manera siempre segura y eficaz, ya que los conocimientos se amplían y cambian constantemente, por lo que la preparación recibida ayer o incluso hoy, no bastara para desempeñar las funciones del futuro**(107)**.

La capacitación continua es un proceso de enseñanza aprendizaje que facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas, para lo cual lo primero es conocer cuáles son las necesidades de capacitación del personal de enfermería y así poder organizar, cursos de capacitación. El personal de enfermería que se capacita valoriza su trabajo, es proactivo, analítico, mejora la productividad y lo más importante de todo, proporciona cuidados seguros y de calidad que se refleja en mejores resultados en los pacientes, menores eventos adversos, mejor clima laboral y permite acceder a mayores y mejores oportunidades de empleo, en el sector publico existe un beneficio a la capacitación llamado Escalafón, de acuerdo a horas de capacitación, cada ciertos años hay un incentivo económico **(107)**.

En relación a lo expresado por las usuarias es evidente que se quejan del mal trato recibido en las consultas y servicios del personal de salud, ellas dicen: *la doctora que me vio, ella regaña mucho a todas las que llegan aquí, no me siento bien, esa tipa me asusta, cuidado humano es cuando a uno lo atienden como persona, lo tratan con respeto* (Fraor) A la interpretación podemos ver que esto se concibe como una falta de ética profesional y de sensibilidad humana, lo cual cuando vamos al plano ético y legal es considerado una violación a los derechos humanos a la mujer en condiciones vulnerables y como ciudadana.

Aquí se observa que las relaciones que se establecen con la mujer son de orden netamente terapéutico, carentes de calor humano, el trato recibido de los profesionales de la salud es un trato caracterizado por la distancia afectiva, carentes de afecto al prójimo, centrada en los procedimientos, lo cual lo separa del cuidado humano tal como lo percibe la usuaria.

En este sentido la OMS declara lo siguiente: Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.(108)La OMS considera el trato “digno” del paciente, como una de las tres dimensiones para la “Evaluación del desempeño de los sistemas de salud”.

En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva. Al respecto la OMS(2018) declara las siguientes recomendaciones del cuidado durante todo el trabajo de parto y el parto **(108)**. Esta Declaración, que ha sido aprobada formalmente por 26 organizaciones asociadas, donde pide:

1. Mayor apoyo de los gobiernos y los asociados para el desarrollo de investigación y acción;

2- Cuidado de maternidad respetuoso: que se refiere a la atención organizada para y proporcionado a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, permite una elección informada y continua, apoyo durante el trabajo de parto y el parto .

3- Comunicación efectiva entre los proveedores de cuidado de maternidad y mujeres en trabajo de parto, usando métodos simples y culturalmente aceptables, es recomendado.

4- Se recomienda un acompañante de elección para todas las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

5- Programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, con un fuerte enfoque en la atención respetuosa;

6- Destacando los derechos de las mujeres a recibir una atención de salud digna y respetuosa durante el embarazo y el parto;

7. Involucrar a todas las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas irrespetuosas y el abuso.

En esta categoría se aprecian factores negativos percibidos por las enfermeras y las usuarias considerados como barreras para dar cuidado humanizado, entre ellos algunos dignos de eliminar, otros que se pueden rescatar o mejorar. Entre los que se deben mejorar en primer lugar es la comunicación enfermera-paciente intersubjetiva, activa y afectiva, cuya ausencia o deficiencia está presente en todas las categorías percibida por enfermeras y usuarias, sin eso es imposible dar cuidado humanizado. Redefinir las funciones del cuidado directo, para lo cual el hospital debe contratar más personal y de experiencia para evitar la delegación de otras acciones a la enfermera, alejándola de la atención directa del paciente.

Dignos de eliminar resaltan: la discriminación y el mal trato a las pacientes, el prohibir el acompañamiento de familiares a la parturienta, la falta de insumos básicos, e información, no aceptar que personal de enfermería cuando atienda a la paciente use el celular. En palabras de Watson, la incongruencia en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual "contestador telefónico", ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente.

Otros que se pueden rescatar o mejorar con buena voluntad tanto del gobierno nacional, como de los directivos de la institución y del personal de salud prestadores de cuidado son: la identidad profesional, los cursos o talleres para la actualización del personal, la visita domiciliaria de la gestante y su familia, la colaboración de las fundaciones, como ONG y la Cruz Roja.

## **CAPITULO V**

### **PRESENTACION DE LOS RESULTADOS: MODELO DE CUIDADO**

#### **MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO PARA LA MUJER GESTANTE, PARTO Y PUERPERIO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA.**

##### **Preámbulo**

Durante el desarrollo de esta tesis hemos tratado de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada. Que comportamientos de Cuidado Humanizado de enfermería, perciben las enfermeras y las gestantes del área de obstetricia?

Al mismo tiempo, observando e interpretando la manera cómo interactúan la enfermera y mujer gestante que han vivido las experiencias del cuidado en todas sus etapas del proceso, se procedió a la construcción de la aproximación teórica del modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio para fortalecer la práctica del cuidado humanizado en el área de obstetricia, partiendo de las 9 categorías encontradas, así como de la revisión de la teoría del cuidado humano de Watson J y de las relaciones interpersonales de Travelbee J. Así se procedió a construir el modelo siguiendo las orientaciones del método de la Teoría Fundamentada en los Datos. El contexto de la investigación fue el Complejo Hospitalario Ruiz y Páez del Municipio Heres de Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Venezuela.

## Resultados encontrados

Concluido el proceso recolección, de análisis e interpretación de los conceptos identificados, la muestra teórica quedo conformada por 9 enfermeras y 5 gestantes de las aéreas de consulta prenatal, sala de parto y sala de puerperio respectivamente. (Anexos 2 y 3)

### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS ENFERMERAS ( Anexo 2)

<b>CONSULTA PRENATAL</b>				
<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>EDO. CIVIL</b>	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>AÑOS DE SERVICIO</b>
Mary Castellanos	36	Soltera	Lcda en Enfermería	11
Mirna Rivas	54	Casada	Lcda en Enfermería	35
Maryori Rojas	53	Casada	Magister en Obstetricia de Enfermería	28
<b>SALA DE PARTO</b>				
Barbará Acosta	45	Casada	Lcda en Enfermería	10
Teresa Ramírez	55	Casada	Lcda en Enfermería	25
Ismeria Figueredo	45	Casada	Lcda en Enfermería	20
<b>PUERPERIO</b>				
Rosa Rodríguez	32	Casada	Lcda en Enfermería	5
Johanna Franco	30	Soltera	Lcda en Enfermería	7
Yanet Guevara	48	Casada	Lcda en Enfermería	15

Los datos revelaron que el promedio de edad de las nueve enfermeras entrevistadas, es de 44.2 años, siendo la menor de 32 años y la mayor de 54. Las nueve son licenciadas en enfermería y solo una es magister en obstetricia. De las nueve, siete son casadas y dos son solteras. Los años de servicio van desde cinco años a treinta y cinco años, con promedio de 17.3 años (anexo 2) Se observa una relación directamente proporcional entre edad y años de servicio, a mayor edad, más años de servicio. Los pseudónimos de identificación de las informantes se construyeron de la

combinación de la primera sílaba del nombre con la primera sílaba del apellido (anexo 4).

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS USUARIAS (Anexo3)**

<b>CONSULTA PRENATAL</b>			
<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>EDO. CIVIL</b>	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>
Nuris Andreina Camacho Carvajal	25	Casada	8vo. Semestre de Lcda. En Educación
Keinismar Rosangela Pérez	23	Soltera	Bachiller
Luz María Castillo	24	Casada	Bachiller
<b>SALA DE PARTO</b>			
Nuris Andreina Camacho Carvajal	25	Casada	8vo. Semestre de Lcda. En Educación
Luisa Eloisa Ramos Conde	28	Concubinato	4to semestre de Lcda. Administración
Franyeli Oropeza Rangel	22	Soltera	Bachiller
<b>PUERPERIO</b>			
Nancy Prieto	23	Casada	Lcda. Educación
Luisa Eloisa Ramos Conde	28	Concubinato	4to semestre de Lcda. Administración
Nuris Andreina Camacho Carvajal	25	Casada	8vo. Semestre de Lcda. En Educación

De las gestantes entrevistadas, el rango de edad es de 22 a 28 años, siendo el promedio de 24.1 años. El grado de instrucción, tres son bachilleres, dos están cursando 4to y 8vo semestre en la universidad y una es licenciada en educación. Estado civil, tres son casadas, dos son solteras y una vive en concubinato (anexo 3). Es de aclarar que de estas informantes, algunas fueron entrevistadas dos o tres veces porque como informantes claves coincidieron en consulta prenatal, sala de parto y puerperio. Los pseudónimos de identificación de las informantes se construyeron de

la combinación de la primera sílaba del nombre con la primera sílaba del apellido (anexo 4). Los resultados están representados por las categorías construidas, las cuales se presentan resumidas en un formato de codificación con sus respectivas subcategorías, propiedades y características, (Cuadro N° 2) Matriz condicional/consecuencial.

### **Construcción del Modelo de Cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de Enfermería.**

Para la construcción del **modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería**, se tomó como referencia el proceso de construcción aplicando el método de la Teoría Fundamentada de Pandit adaptado por Hernández (109) y los pasos planteados por Strauss y Corbin (52). En la investigación se consideraron tres fases principales con ocho procesos, (cuadro 1). El proceso para la construcción teórica, fue evaluado por medio de técnicas aplicables a la investigación cualitativa utilizando como criterios de evaluación: la Validez de constructo, la Credibilidad o Validez interna, la Transferibilidad o Validez externa y la Confirmabilidad.

## Fases para la construcción del Modelo Teórico.

**Cuadro N° 1**

FASES	PROCESO	PRODUCCIONES
<b>FASE I: INDAGACIÓN</b>		
1er proceso Revisión de la Literatura Técnica	Búsqueda de información relacionada con el fenómeno de estudio, revisión de la literatura y acercamiento a la realidad de estudio.	Focalizar la interrogante de la investigación. Acopio de la información pertinente al tema, centrar los esfuerzos.
2º proceso Definición de las interrogantes de investigación	Puntualización de interrogantes de la Investigación. Definición a priori de constructos	Generar las preguntas básicas de la investigación con precisión para focalizar los hallazgos, sucesos o eventos de la investigación. Validez del constructo.
3er proceso Selección de los informantes y recolección de datos	Selección del muestreo teórico, (informantes claves y literatura), recolección de información Por medio de entrevistas a informantes claves	Afinar la credibilidad y transferibilidad (validez Interna y externa), construcción de incidentes y conceptos, creación de la base de datos para el estudio.
<b>FASE II: COMPARACIÓN</b>		
4º proceso Ordenamiento de datos	Búsqueda o construcción del dato cualitativo. Organización de la información recabada en cuadros por informante y por grupo.	Conformación del dato análisis de incidentes. Afinación de la información para conformar conceptos, categorías y proposiciones relacionadas con los elementos o componentes de estudio.
5º proceso Análisis de los datos	Análisis minucioso para buscar lo específico de los datos (microanálisis) Codificación abierta, axial y selectiva	Búsqueda de similitudes y diferencias. Conceptualización. Codificar para reforzar la credibilidad (validez interna) Agrupación de conceptos y conformación de categorías
6º proceso	Depurar las categorías.	Contrastación de la

Contrastación de la información	Contrastar la data con la literatura técnica. Confirmar los datos. Segundo Muestreo teórico para confirmar las categorías en el marco teórico de la investigación	información que emergió de los informantes claves con la información de la literatura existente del tema confirmando la misma. Elaboración de la Matriz condicional consecucional.
<b>FASE III: TEORIZACIÓN</b> 7º proceso Aproximación de la teoría	Saturar la información con múltiples estrategias (entrevistas, revisión de la literatura, grabaciones) para definir la teoría que emerge. Depurar las categorías. Vínculos Conceptuales.	Saturación de la información y finalizar el proceso. El margen de incremento se redujo. Integración de categorías, subcategorías y propiedades. Elaboración de infogramas. Confirmabilidad de los datos. Presentación de la Matriz condicional consecucional confirmada. Elaboración de redes semánticas-vínculos conceptuales
8º proceso Construcción del modelo	Construir el modelo teórico. Reflexión por parte de la investigadora.	Capítulo V. Creación del modelo teórico, a partir de las categorías emergentes y del análisis de la data.

Fuente: Pandit adaptado por Hernández

Para esta investigación, lo significativo fue la calidad de la información y no el número de informantes, por lo que no fue necesario especificar un número de los mismos. Los informantes claves lo constituyeron Enfermeras y mujeres gestantes relacionados con el eje de investigación. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad a través de una conversación cara a cara.

Las entrevistas tuvieron un intervalo de duración entre 25 a 30 minutos y todas fueron grabadas con consentimiento de los informantes utilizando como instrumento un teléfono que posee la aplicación de grabadora. Dichas grabaciones fueron transcritas por la propia investigadora, empleando el programa Microsoft Word y guardadas en su aplicación original en el computador de la investigadora. En el análisis se buscó las similitudes y diferencias de los datos en bruto, subrayando los indicios para luego llegar a la conformación del dato y asignarles un código construyendo los conceptos y agrupándolos para clasificarlos y conformar así las primeras categorías.

Apoyados en la saturación teórica una vez que ya no emergen datos nuevos o significativos, se explica a través de un esquema diagramado de los hallazgos que al final sirvieron de base para construir el modelo teórico, se procedió a la integración de la información relacionando las categorías, con sus subcategorías, propiedades y características.

La finalidad de esta integración fue ir centrando, reduciendo o definiendo la teoría que emerge, donde se destacaron en puntos más amplios, se utiliza la matriz condicional/consecuencial, donde se registra el fenómeno de estudio de lo macro a lo micro, relacionando las acciones con las interacciones, las condiciones con las consecuencias y las acciones con las interacciones y las consecuencias como lo explican Strauss y Corbin (52).

En el cuadro 2 se muestra la matriz condicional/consecuencial originada de todo el análisis realizado de donde emerge la construcción del modelo decuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería.

## Cuadro N°2

### Matriz Condicional/Consecuencial

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Propiedades</b>	<b>Características</b>
<b>1: EL CUIDADO DESDE LA PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS</b>	El mejor cuidado es el buen trato  Cuidando sin discriminación	-Reconociendo la importancia del buen trato, la comunicación y los valores en el cuidado del paciente.  -Expresando el cuidado basada en la filosofía de enfermería: cuidar a todos por igual	-Expresando acciones de buen trato en el cuidado de enfermería  Defendiendo el derecho del cuidado a todos por igual
<b>2: SIGNIFICADO DE CUIDADO HUMANO DE LAS ENFERMERAS</b>	El cuidado humano es retomar nuestra condición humana.  Barreras del Cuidado Humano en su entorno real	Reconociendo rasgos de la condición humana en el cuidado de la embarazada.  -Describiendo las condiciones del entorno de trabajo que actúan como barreras para dar cuidado humano	Expresando acciones características y valores propios del cuidado humano  -Tipificando condiciones del entorno que impiden dar cuidado humano.
<b>3: CUIDADO PRENATAL SEGÚN</b>	Cuidado prenatal preventivo	-Destacando la importancia del control	-Concretando acciones

<p><b>PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS</b></p>	<p>Cuidando a la embarazada desde la motivación</p>	<p>l prenatal para el cuidado preventivo de la embarazada.</p> <p>Expresando la importancia de la motivación</p>	<p>preventivas del cuidado prenatal.</p> <p>-Hablando a la embarazada con palabras sencillas que ella entienda y que la motiven.</p>
<p><b>4: CUIDADO PRENATAL DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA GESTANTE.</b></p>	<p>El cuidado consiste en agarrar la tarjeta, pesar y tallar</p> <p>Conocimiento del cuidado de la embarazada recibido del personal de salud</p> <p>Conocimiento de cuidado de la embarazada por vía intergeneraciona l</p>	<p>-Percibiendo en el cuidado de la enfermera falta comunicación.</p> <p>-Esperando aprender de la información recibida del personal de salud.</p> <p>-Recibiendo información significativa de experiencias del grupo familiar.</p>	<p>-Tipificando las acciones de rutina de la enfermera en la consulta prenatal: pesar y tallar.</p> <p>-Manifestando la falta de información de la enfermera sobre el embarazo.</p> <p>-Decidiendo aprender de la información de las experiencias del grupo familiar.</p>
<p><b>5: EL CUIDADO DEL PARTO SEGÚN PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS.</b></p>	<p>El cuidado de la parturienta en el contexto real</p> <p>El cuidado humanizado que debe recibir la parturienta</p>	<p>.-Condicionando el cuidado a las precarias condiciones del entorno y falta de insumos básicos como el agua.</p> <p>Refiriendo acciones de cuidado humanizado en un entorno adecuado.</p> <p>-Reconociendo el</p>	<p>-Cuidándolas con lo poco que tenemos.</p> <p>-Manifestando la falta de insumos para dar cuidados del parto.</p> <p>-Expresando acciones de</p>

		respeto a la condición humana en el cuidado del trabajo de parto.	cuidado humanizado que debe recibir la parturienta. -.Dejándole caminar para alivio de los dolores. -Permitiéndole posiciones cómodas.
<b>6: CUIDADO DEL PARTO EN LA PERCEPCION DE LASPARTURIENTAS</b> .	Percibes y te sientes cuidada por las enfermeras?	-Manifestando falta de comunicación y de acogida a su llegada al hospital. -Sintiéndose maltratada por el personal de salud.	- Narrando eventos de falta de comunicación. -Expresando actitudes de mal trato de la doctora: gritos, menosprecios, regaños y trato frío y seco de la enfermera. .-Deseando que la traten con cariño y la escuchen para no sentirse sola.
<b>7: EL CUIDADO PUERPERAL SEGÚN PERCEPCION DE LAS ENFERMERAS.</b>	Cuidado puerperal en el contexto real de la práctica de las enfermeras	Expresando las dificultades para dar cuidado puerperal.	-Cumpliendo tratamiento. -Buscando opciones para atender a las puérperas en su justo momento con poco personal y sin recursos. -Manifestando las condiciones

	Cuidado puerperal humanizado es cuidar las pacientes, como seres humanos, con amor, respeto y consideración	Cuidando a las púerperas con respeto a su condición humana	antihigiénicas de la púerpera y del ambiente, sin agua.  -Expresando valores del cuidado humano. Cuidándolas con amor, respeto y consideración -Apoyándolas en el cuidado del bebe. -Considerando las condiciones precarias del hospital como barreras para dar cuidado humanizado.
<b>8: CUIDADO DE ENFERMERIA PUERPERAL, SEGÚN PERCEPCION DE LAS PUERPERAS.</b>	Percibiendo el cuidado de la enfermera en puerperio	Manifestando dudas por falta de información clara y precisa.  Percibiendo el trato frío y seco de la enfermera	-Refiriendo experiencias personales al oír información con palabras inconclusas. -Expresando inconformidad con el trato frío de las enfermeras, muy técnico, nada de humano. -Deseando que la enfermera le diga como amaneció, como se siente?
<b>9: EL CUIDADO Y</b>	Describiendo la	Expresando los	Relatando las

<b>SUS PERSPECTIVAS DE CAMBIO</b>	necesidad de humanizar el cuidado en obstetricia  Sugiriendo las estrategias de cambio para dar cuidado humanizado	cambios requeridos para humanizar el cuidado  Defendiendo la necesidad de cambiar, mejorar, agregar o eliminar factores negativos para humanizar el cuidado	condiciones posibles de cambiar.  -Concretando las estrategias de cambio necesarias para implementar el modelo de cuidado humanizado. Reconociendo las bondades del cuidado humanizado.
-----------------------------------	--	---	---

**Fuente: autora 2021**

**Explicación Teórica del modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería.**

La explicación Teórica del modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería, tiene como propósito la humanización del cuidado como acción cotidiana de enfermería en el área de obstetricia, se presenta para fundamentar teóricamente y orientar las estrategias de acción a seguir en el cuidado a la mujer gestante en todas sus etapas, cuya finalidad es apoyar e implementar en la práctica del cuidado de enfermería, las características de cuidado humanizado, donde las acciones que se deben aplicar estén centradas en la persona y en el respeto a su condición humana, adecuar y garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.

Es importante considerar que en el proceso se da un conjunto de acciones articuladas entre sí en el cuidado cotidiano que se deben llevar a la práctica, tomando en cuenta que en el contexto hay agentes de acción con funciones específicas, en este caso, la enfermera quien debe reflexionar sobre su comportamiento en el cuidado directo del paciente, en base a los valores de la profesión en sus funciones de cuidadora, comunicadora, educadora y agente de cambio, por ser la persona que da cuidados y permanece más tiempo al lado de la mujer gestante y ella como actor en su acción cotidiana del cuidado es quien dirige la acción.

Tomando como base las nueve (9) categorías originadas durante las fases de análisis, interpretación y discusión de los resultados y la manera como se relacionan las categorías y sub-categorías entre sí y con la idea central del fenómeno, la cual está directamente relacionada con el cuidado humanizado que debe recibir la mujer gestante.

Las nueve (9) categorías originadas en las diferentes fases de análisis de la investigación representan: 1- El cuidado desde la percepción de las enfermeras, relacionado con El mejor cuidado es el buen trato y Cuidado sin discriminación. 2- Significado de cuidado humano de las enfermeras, vinculado al Cuidado humano es retomar nuestra condición humana y Barreras del cuidado en su entorno real. 3- Cuidado prenatal según percepción de las enfermeras relacionadas con Cuidado prenatal preventivo y Cuidado de la embarazada desde la motivación. 4- Cuidado prenatal desde la percepción de la gestante, relacionado con el Cuidado consiste en agarrar la tarjeta, pesar y tomar la tensión. Conocimiento de cuidado de la

embarazada recibido del personal de salud y Conocimiento de la embarazada por vía intergeneracional. 5- El cuidado del parto según percepción de las enfermeras vinculado al Cuidado de la parturienta en el contexto real y el Cuidado humanizado que debe recibir la parturienta.6-Cuidado del parto en la percepción de las gestantes,relacionado con Percibes y te sientes cuidada?7-El cuidado puerperal según percepción de las enfermeras,relacionado conCuidado puerperal en el contexto real de trabajo y Cuidado puerperal humanizado es cuidar a las pacientes con amor, respeto y consideración.8-Cuidado puerperalsegún percepción de las puérperasrelacionado conPercibiendo el cuidado de la enfermera en puerperio.9-El cuidado y sus perspectivas de cambio, relacionado con Describiendo la necesidad de humanizar el cuidado en obstetricia y Sugiriendo las estrategias de cambio para dar cuidado humanizado. Esta categoría es importante porque señala las necesidades sentidas y percibidas por los informantes clave (enfermeras y gestantes), por ser ellos los actores sociales a considerar en la construcción del modelo.

Todas las categorías están relacionadas con la visión de cada informante del cuidado prenatal, parto y puerperio.Además relacionadas con la categoría central que surgió de la diagramación y las diversas relaciones: el cuidado humano, comparando sus conceptos con la visión del modelo de cuidado tradicional y las estrategias de cambio que sugieren los informantes que pueden favorecer la puesta en marcha del modelo de cuidado humanizado.Una vez recolectados y analizados los datos, se puede observar la importancia de la visión de cada informante clave, o sea, cuidador y ser cuidado, donde se tome en cuenta las necesidades sentidas de cada informante para la

implementación del modelo, es por eso que específicamente la enfermera y las gestantes deben ser considerados en las decisiones para proponer cualquier cambio.

**Estructura del Modelo de cuidado humanizado para la mujer gestante, parto y puerperio: una mirada de enfermería.**

**Definición de los Supuestos Teóricos:**

**Persona:** es toda mujer gestante en todas sus etapas. También se define como una mujer embarazada, durante el periodo de 280 días, es decir, 10 meses lunares.

**Entorno:** son todos los factores de tipo cultural, creencias, social, biológico, físico y psicológico que rodean a la mujer gestante y que pueden interferir de manera negativa o positiva en determinado momento en la práctica del cuidado centrado en la persona.

**Cuidado:** es un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que esta continúe y se desarrolle, “prácticas cuidadoras” ligadas a la conservación de la especie humana”.(1)

**Cuidado humano:** comprende un compromiso moral de proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica, la experiencia, percepción y la conexión, mostrando interés profundo a la persona en el cuidado cotidiano y de esta manera elevar en la percepción de la mujer gestante el nivel de satisfacción de las necesidades con respeto de su condición humana.

**Cuidado humanizado:** es el modelo de atención que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de

las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; cuyo objetivo fundamental es que viva la experiencia del nacimiento como un acto fisiológico, un momento especial, placentero, respetando la dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de la salud a cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida.

**Cuidado prenatal:** es el conjunto de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, del feto y de la familia.

**Cuidado del parto:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, parto y postparto inmediato, utilizando las mejores prácticas recomendadas sobre la base de evidencias científicas disponibles para favorecer la normal evolución de estos procesos, prevenir, identificar y tratar oportunamente una eventual complicación materna y perinatal.

**Cuidado del puerperio:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, ayudando a la mujer a su adaptación en esta nueva etapa, labor importante del profesional de enfermería, informarlas y educarlas sobre los cambios que se producen para evitar posibles complicaciones del puerperio, asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, darle información requerida para la lactancia materna, planificación familiar y fomentar la armonía de la nueva situación familiar.

**Enfermería:** es la ciencia humana y el arte de cuidar a la mujer gestante, parto y puerperio creando una relación interpersonal que incluya valoración de factores positivos y negativos que están presentes en el ambiente y que pueden afectar la práctica del cuidado humanizado. La enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y a su vez, es capaz de expresarlos de forma semejante que la otra persona los experimenta, centrada en relaciones de cuidado transpersonal **(110)**.

El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo, enfermería como profesión cuya razón de ser es el cuidado, es la que destina más esfuerzo, más tiempo y dedicación al cuidado, por ser el cuidado una actividad continua, por eso sus horarios de trabajo son contratados por turno durante las 24 horas del día, ninguna sala de hospitalización puede funcionar sin enfermeras, de allí que cuando un medico hospitaliza a un enfermo, es porque necesita cuidados especiales, quiere decir que necesita “cuidados de enfermería”.

La enfermera es la encargada de educar, aconsejar y de proveer herramientas tanto a la mujer gestante como a la familia para el logro de un embarazo, parto y puerperio como un acto fisiológico y exitoso.

El cuidado humano de enfermería considera al ser humano en toda su integridad, envuelve toda la condición humana. Cuidar y humanizar son dos conceptos estrechamente relacionados, pues cuidar implica que el hombre se conecte con todo lo que lo hace humano y que la enfermera también se relacione y lo cuide desde esa humanidad, significa cuidado humanizado.

De allí que el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida fundamentado en la relación terapéutica enfermera-paciente.

De manera que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado a la mujer gestante, parto y puerperio. En esa filosofía ambas son protagonistas del cuidado debido a la interacción necesaria que se produce en el acto del cuidado y atención de las necesidades. Desde esa mirada, se considera importante profundizar en la percepción de la enfermera y de la gestante acerca del cuidado que debe ofrecer la enfermera, así como conocer el cuidado que espera recibir la gestante cuando es atendida.

El cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien que legitima el actuar. Es por eso que las teorías de enfermería que se han desarrollado en las últimas décadas han vislumbrado un desarrollo teórico y filosófico del cuidado.

En ese sentido la doctora Watson J, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la granreestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”. **(110)**

Watson, afirma: la enfermera debe comprender a la persona como ser dotado de creencias, emociones, sentimientos y temores, sin olvidar su propia individualidad y su conocimiento; debe comprender y sentir profundamente las necesidades de su paciente para poder satisfacerlas, por ser una teoría interaccionista, puede ser referente para el perfeccionamiento de las relaciones enfermera paciente, fortaleciendo la identidad profesional, creando nuevas perspectivas para una enfermería ética y humana sin perder la visión de la ciencia. La teoría del Cuidado Humano de Watson J, se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador.

La relación con el paciente debe estar fundamentada en un respeto mutuo a la dignidad humana. Habitualmente sucede que el paciente sí debe respetar al médico, a

la enfermera y al resto del personal, pero hacia él hay una actitud de superioridad, dominación y falta de respeto, sobre todo de parte del médico. No debe olvidarse que, aún enfermo, el individuo sigue conservando su dignidad humana y sus valores, por lo tanto tiene derecho a ser respetado como persona.

El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

El cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto dificultado porque las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados como un trabajo, se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo, el acto de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidado centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado la crisis de estas instituciones, es un hecho que la hegemonía del modelo de acción clínica del médico empobrece y hasta anula las acciones cuidadoras del resto del equipo de salud, entre ellos, la enfermera.

La visión biomédica de la salud, ha ocasionado que enfermería concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud, donde el cuerpo humano pasa a ser objeto específico de la aplicación de la medicina, y el enfermo pasa a ser una enfermedad.

En ese sentido, la visión humanista del cuidado de Watson, es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones, es la necesidad de buscar el significado que tiene el cuidado en los profesionales de enfermería y que los aspectos deficientes como es centrar el cuidado en el paciente y que este sea un cuidado humanizado que se incorporen a la praxis.(2).

En el mundo sanitario, humanizar significa hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.

En la humanización del cuidado, el cuidador se muestra como un ser humano que respeta y valoriza el ser cuidado en su existencia, comprendiéndolo como un ser que tiene sus propias vivencias y experiencias y que esas acompañan su existir.

En el proceso de humanización no podemos dejar de considerar inmerso en la comunicación lo relacionado al buen trato y al toque afectivo presentes en los postulados de Watson y de otros estudiosos del cuidado como L. Boff. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente,

culturalmente aceptable, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona.

El concepto de buen trato se refiere a la acción y efecto de tratar, como proceder con una persona ya sea de obra o de palabra o la relación con un individuo. Es la experiencia y habilidad en la vida social para saber atraer a las personas. Es la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona, en este caso, enfermera-mujer gestante con su grupo familiar, en tal situación, la enfermera ha de ser en su interacción con el paciente una persona comunicativa, lo cual es fundamental en el cuidado.

El buen trato, de todas formas, no solo se expresa a través de palabras sino también puede advertirse en el contacto físico, (un beso, un abrazo, un apretón de manos, una palmada en el hombro) o en actitudes (prestar atención cuando habla otra persona, dejar pasar a una embarazada en una fila, recoger un papel que se le cayó a un anciano y devolvérselo). El toque afectivo es esencial cuando se transforma en una actitud, por la mano que establece la relación(4). Tocar representa el propio cuidado, la sensibilidad y la solidaridad del profesional. El toque se revela como actitud humanística, fortaleciendo el vínculo y proporcionando el encuentro entre cuidador y el ser cuidado.

La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, es el eje fundamental del cuidado, al tiempo que permite al paciente conocer su estado de salud y estar informado respecto a su situación. Para esto es necesario la sensibilidad,

la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad en la percepción de realidad y con el deseo y la voluntad de querer ayudar.

La comunicación posibilita a la enfermera delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos de enfermería como la oferta de ayuda. Y para ello, la enfermera debe dar énfasis a la habilidad de comunicarse y mantener una comunicación significativa. La habilidad para comunicarse con otros seres humanos, de entender y ser entendido constituye una capacidad interpersonal esencial(68).

El cuidado humano es la plataforma para lograr brindar cuidado humanizado, está inmerso en la labor de cuidado enfermero en forma holística, teniendo en cuenta la parte humana del paciente, independiente de que la persona esté sana o enferma, con el fin de garantizar que los cuidados de calidad se sustentan a través de una relación cuidador-persona cuidada, interconectado e intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y la mujer gestante.

Las relaciones interpersonales enfermera-paciente, son la base de la disciplina de enfermería, para garantizar un cuidado holístico en cada individuo, teniendo en cuenta un compromiso moral, a través de valores, de respeto hacia la dignidad humana, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas.

Para Travelbee, la Enfermería es un proceso interpersonal, es un servicio comprometido con los cambios e influencia sobre otros. La enfermera debe ser capaz de fortalecer la asistencia que el paciente está necesitando, pues este profesional

tiene un cuerpo de conocimiento especializado y la capacidad de utilizarlo, con el objetivo de mantener al máximo un grado de salud posible. Para este acontecer, precisa tener una percepción desarrollada a partir de sus experiencias como ser humano que enfrenta el dolor y el sufrimiento **(68)**.

La teoría de Travelbee, de las relaciones interpersonales, abarca todas las fases de abordaje de la persona en el cuidado de enfermería, por lo que su utilización sirve como guía y soporte en la aplicación del proceso de Enfermería.

En ese sentido, la relación interpersonal del cuidado surgida entre la enfermera y la gestante en el control prenatal permite fortalecer la humanización del cuidado, porque admite actitudes que respetan la gestación como experiencia personal y familiar, preservando la privacidad y autonomía de la mujer. La humanización debe ser entendida como un fenómeno centrado en los seres humanos. Así, los profesionales que acompañan a la embarazada y familia durante la etapa del proceso del embarazo, además de poseer competencia técnica, precisando mantener buenas relaciones interpersonales, estar auténticamente presentes, disponibles y ser capaces de comprenderlas a partir del significado atribuido a la experiencia **(111)**.

Es importante destacar con mucho interés, reflexionar según resultados de esta investigación y de otras investigaciones afines revisadas que la propiedad más resaltante en las categorías fue la falta de comunicación del personal de enfermería y del equipo de salud con las usuarias, instrumento indispensable para ofrecer cuidado humanizado.

## **Consideraciones finales**

Es importante considerar que el embarazo no es una enfermedad. Es un estado fisiológico, para el cual todas las mujeres están preparadas. La gestación conlleva diversos cambios físicos, funcionales y psicológicos compatibles con la salud. Es aconsejable que la gestante afronte el proceso con confianza y tranquilidad, dejando de lado los miedos y ansiedades, porque lo que está viviendo es un hecho natural. De ahí la importancia del control prenatal para que en esta etapa, la educación y orientación del profesional de enfermería, ofrezca las herramientas necesarias para vivir su embarazo, parto y puerperio como un proceso fisiológico.

Humanizar constituye una exigencia ética de relaciones humanas que proviene de la dignidad humana. Cualquier proceso de humanización pasa por las relaciones interpersonales en la asistencia sanitaria, en los grupos que planifican programas y servicios, en quienes diseñan políticas de protección de la vulnerabilidad y de promoción de la salud y en los formadores del personal de salud.

La comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de “cuidar”. Se considera un peldaño esencial del cuidado, al aproximar a los sujetos, (enfermera- mujer gestante) proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación por el otro. Esto muestra la interdependencia entre comunicación y el cuidado, toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa.

Es necesaria la existencia de un ambiente sanitario humanizado y familiar, sobre todo, en aquellas mujeres que enfrentan la experiencia del embarazo, parto y puerperio por primera vez. El apoyo de la enfermera y de la familia es esencial para disminuir la ansiedad como un factor importante, muy frecuente en este proceso.

La familia por su función socializadora y educativa tiene una importancia fundamental que debe ser reconocida y respetada por todos; de manera que constituye un deber indispensable del Estado y de las organizaciones de la sociedad, la defensa y promoción de los derechos de la familia, basados en su valor y dignidad. En razón al papel socializador que la familia ejerce sobre sus miembros, la sociedad le atribuye un gran valor, de tal forma que el apoyo, la educación, el afecto y las reglas, son prácticas que provienen de la familia y una vez aprendidas se reproducen en la sociedad. Por esta razón, la una permite la existencia de la otra, le sirve de fundamento. No es el ser humano individual quien define lo social. La familia es la que forja lo social y sus prácticas se reproducen de generación en generación en diferentes espacios sociales.

Se considera asumir como un reto el significado que tiene el cuidado en lo expresado por los profesionales de enfermería y según las teorías del cuidado humano, de centrar el cuidado en la persona, en su condición humana, cuidado humanizado incorporado a la práctica cotidiana del cuidado de enfermería.

Asumir la labor de promoción del cuidado humanizado debe ser un trabajo que comienza con la educación para la salud acompañada del buen trato, el cual debe realizarse en cada consulta y cada vez que se presente la oportunidad de un encuentro

con la embarazada o la madre, explicándole las ventajas que ofrece el cuidado en todas las etapas de la gestación para afrontarlo como un acto fisiológico, donde es importante destacar el rol que juega la enfermera como educadora y como agente de cambio.

Se precisa que el entorno inmediato, donde la enfermera desarrolla su trabajo, debe ser reacondicionado en las instituciones hospitalarias, estos como sistemas complejos, con pautas y normas establecidas, actúan como barrera para dar cuidado humanizado centrado en la persona.

Considerar la visión holística y humanista del cuidado en nuestra profesión como eje central en la formación básica de los estudiantes de enfermería y en los programas de educación continua, incorporando teorías de la comunicación transpersonal, considerada elemento fundamental en el cuidado con trato de humano a humano. Así mismo tener en cuenta que las usuarias perciben y valoran mucho los aspectos del cuidado relacionados con el buen trato y con el ambiente, lo cual mejorará en parte la percepción del aspecto desagradable del hospital en el área de obstetricia.

Considerar como ámbito de humanización, controlar algunos aspectos relacionados con las barreras del cuidado humanizado como: las conversaciones con el uso de celulares durante las acciones de cuidado como factor de distracción en la interacción centrada en la embarazada. Mejorar el intercambio de información entre las enfermeras relacionada con el paciente con palabras incompletas que le generen dudas, la información debe ser clara y precisa. Eliminar el mal trato de parte del personal de salud hacia las usuarias.

Dotar al hospital de los insumos necesarios y básicos como el agua, desinfectantes y otros, pues es inaceptable que una institución sanitaria funcione sin estos líquidos tan indispensables para la aplicación de los principios de asepsia a antisepsia.

Se considera necesario, rescatar los cursos de educación continuada del personal de enfermería, pues es un deber de la institución mantener su personal actualizado. Restablecer las relaciones con fundaciones colaboradoras con el hospital como La Cruz Roja, ONG y otras, pues contribuyen a disminuir la falta de recursos del hospital.

El hospital debe reconsiderar dentro de sus normas, aceptar el acompañamiento familiar tan importante como apoyo emocional para mujer en la etapa del parto, sobre todo en aquellas madres que enfrentan esta experiencia por primera vez. El apoyo de la familia disminuye la ansiedad muy frecuente en la embarazada, es recomendado por la OMS.

Reconocer que la teoría del cuidado humano de la Dra Watson aporta muchos elementos que se aplican en la práctica del cuidado humanizado, que sensibiliza a la enfermera en la acción cotidiana de cuidar y que hemos tomado como basamento de la propuesta que estamos ofreciendo en esta investigación como un aporte teórico innovador para el área de obstetricia.

Por lo tanto, considerar como un desafío que enfermería debe conservar y lograr avances en el cuidado humano a través de la práctica de los ideales del cuidado en la asistencia, la academia y la investigación, superando los criterios economicistas y

administrativos de los servicios de salud que terminan por ocultar y absorber el trabajo de enfermería.

En ese reto considerar el factor N° 1 de la teoría de Watson: formación de un sistema de valores humanistas y altruistas para que los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime, dándole sentido al acto de cuidar, es por ello que los docentes de enfermería y las enfermeras asistenciales juegan un rol destacado en la formación de estos valores en los jóvenes estudiantes de enfermería.

Es de reconocer en esta investigación la importancia de producir conocimientos de modo didáctico y explicativo, orientados por los principales conceptos y etapas del método, de la TFD, sin la pretensión de agotar, los cuales se basan en la información ordenada de los datos procedentes de la investigación.

Con una explicación clara y comprensible de las relaciones de, y entre las categorías, de manera que pueden ser verificadas en investigaciones presentes y futuras. Amén de reunir las siguientes características: ser adaptable a la situación que estamos estudiando, ser funcional porque tiene aplicación práctica, las categorías emergen como expresión abstracta de los datos, no forzadas. Asimismo de producir conocimientos para enfermería en el manejo de metodologías que ofrezcan resultados transferibles y aplicables al contexto estudiado, para fortalecer el objeto material y formar de enfermería, como son el cuidado y las teorías del cuidado.

Es de hacer notar que el éxito de las investigaciones realizadas utilizando el método depende de la acuciosidad, paciencia y perseverancia del investigador porque el

proceso de construcción de la Teoría Fundamentada requiere tiempo y dedicación. En la enfermería venezolana, a partir del año 2.000 ha tenido un creciente uso a nivel de formación doctoral y maestría para significar las experiencias vividas por los seres humanos en diversas situaciones de la realidad social

Por último, es importante considerar que en el contexto de esta investigación existe la necesidad de gestionar desde la Dirección del hospital y la Dirección de docencia de Enfermería, estrategias de redefinición de funciones del cuidado directo para llevar a la práctica acciones basadas en los valores que guían la acción del cuidado de enfermería centradas en la persona con significado de cuidado humanizado. El contenido de cuidado humanizado y de relaciones interpersonales debe ser incorporado a la formación académica y en los cursos de educación continua del hospital que deben rescatarse, pues es un derecho de los trabajadores y un deber de la institución programarlos para mantener su personal actualizado y a la población confiada.

## BIBLIOGRAFIA.

1. ColliereM.**Promover la vida:** de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.Ed Interamericana McGraw-Hill. Edigrfos. Traductora Loreto Rodríguez. España. 1999.
2. Watson J. **Nursing: the philosophy and science of caring.** Colorado: ColoradoAssociated University Press; USA. 1985.
3. Watson J.**Caring science as sacred science.** Philadelphia: F.A.Davis Company; USA. 2005.
4. BoffL. **Saber Cuidar.**Brasil: Editora Vozes. Brasil.1999.
5. Heideger M. **EL ser y el tiempo.**5ta ed. Fondo de la Cultura Económica. México. 1974.
6. MayeroffM. **El Arte de Servir al Projimo para servir a si mismo.** Editora Record.Brasil. 1997.
7. WatsonJ. **Philosophy and Theory of Human Caring in Nursing.** In: Riehlsisdca, Joan P. Conceptual Models for Nursing Practice. 3ed. San Mateo; Appleton Lange. USA. 1988.
8. OMS. **Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.** <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).
9. Ministerio de la Mujer. Asamblea Nacional. **Ley Orgánica sobre elDerecho de lasMujeres a una Vida Libre de Violencia.**Gaceta Oficial N° 38.647. República Bolivariana de Venezuela. Marzo 20-2007.
10. Hernández A, Vásquez M.**El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal.**Rev Univ. salud. 2015;17(1):80
11. Nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Marzo 24, 2000.

12. Marriner T, Raile M. **Adopción del rol maternal – convertirse en madre, modelos y teorías en enfermería.** Elsevier Mosby. Sexta edición, Madrid, España. 2006.
13. Benner y Wrubel. El cuidado de enfermería. Centro de Filosofía y Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Gales, Swansea, Swansea, Reino Unido. 2001.
14. Lares B. **Violencia médica en prosa y fotografía.** En seminario Internacional Equidad de Género en Acción. Fundación Celarg. Diciembre 2008 [citado 20 enero 2020]. Disponible en [hupwavcelarg.org/ve/Recomendaciones/BeltranLares.htm](http://hupwavcelarg.org/ve/Recomendaciones/BeltranLares.htm).
15. Mediomundo S. **Unidad de captación y seguimiento de la mujer durante el embarazo, puerperio y su recién nacido del área de influencia del ambulatorio “Dr. Ramón Gualdrón” Barquisimeto.** 2010
16. Cárdenas MH, Arenas N. **Aproximación de un Modelo de Cuidado de Enfermería y Familiar para la práctica de la Lactancia Materna.** San Carlos. Estado Cojedes, Venezuela. 2011.
17. Sanmiguel F, Guerra A. **Modelo teórico con enfoque de enfermería cultural sobre lactancia materna en mujeres con diabetes. Unidad de Diabetes y Embarazo. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.** Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. 2013.
18. Colmenares Z, Montero L, et al. **Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada.** Estado Guárico, Venezuela. 2010.
19. Pinho Carvalheira AP, Pamplona Tonete VL, Garcia de Lima Parada, CM. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2010; 18(6): Tela 1-Tela 8. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421937018>
20. Linares Da Silva, Ghisleri D. **Competencia para el auto cuidado de la mujer que vivencia el proceso de gestar: contribuciones para enfermería.** Brasil. 2008.

21. AlacoqueL, MacedoDe Sousa F, et al. **Construyendo un modelo de Sistema de cuidados, con el objetivo de construir unos modelos explicativos de sistema de cuidados, apoyados en las premisas de la Teoría Fundamentada en los Datos.**Brasil. 2007.
22. Montes M. **Aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el Centro de Salud de San Cristóbal Colón, Cali, Colombia.**Rev. Colombia Médica; Colombia. 2005; 36: p 84.
23. Prieto Bocanegra BM. **El cuidado durante la gestación: un reto para enfermería,** Tunja, Colombia.2014.
24. SorgattoCollaçoV. **Parir e Nascer num Novo Tempo: o Significado para o Casal do Parto domiciliar Planejado Atendido por Enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami.**Florianópolis/SC. Brasil. 2013.
25. Coral R. **Humanización del cuidado de enfermería durante el parto.**Revista científica. 2008. Indd-SciELO. Colombia.2008.
26. Shimizu y Lima.**Las dimensiones sociales de la atención prenatal en la consulta de Enfermería.**Revista Bras Enfermería. Brasilia. 2009.
27. Hernández M,et al. **Construir el concepto cuidado profesional de enfermería.** México. 2011.
28. Cáceres FM, Ruiz M, HernándezQA.**La atención prenatal: una mirada desde los profesionales de la salud. Bucaramanga.**Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología. Colombia. 2012.
29. Duarte JH, AlmeidaE.**Papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimentopré-natal.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2014; 29.
30. López R,LópezHR. **Percepción de las embarazadas sobre la interacción con enfermería en el control prenatal.**Universidad Autónoma de Querétaro. Tesis. 2014. <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1967/1/RI000773.pdf>
31. VasconcelosMM, FernándezSG, Santos C, MendesdeAraújoV. **La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada.** Aquichan.Cundinamarca Colombia. 2014; 14(2): 196-2060

32. Hernández RC. **Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa.** Revista CONAMED, 2016; 17 (4) sup.
33. Zúñiga O. **Cuidados del Control Prenatal en el Primer Nivel de Atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993.** 2016.
34. De León V. **Humanización del Cuidado de Enfermería en la atención del parto en el hospital regional de occidente, Quetzaltenango.** Guatemala. enero-febrero. 2015.
35. Frade J, Pinto C, Carneiro M. **Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio.** Matronas profesión, 2013; N° 2, p. 45-51.
36. Rodríguez Pamela, Nery do; Mezquita Navarra Sousa, Melo, Laura Pinto Torres de; Sousa, Albertina Antonielly Sydney de. **Cuidados al binomio madre-hijo en el puerperio inmediato: estudio descriptivo.** *Online braz. j. nurs. (Online)*; 13(2): 227-238, 2014. | Article in English BDENF - nursing (22- Brazil)
37. Valenzuela AM. **¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias?** Universidad de Alicante, España. 2015.
38. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. ©. Larousse Editorial, S.L. 2007.
39. *Benavent G. MA, Franciscodel RC; Ferrer E. Los modelos de cuidados. Fundamentos de Enfermería. Cap.5.* <https://enfermeriasczbo.wordpress.com/descargas-libros-gratuitos/>
40. Aguirre JC, Jaramillo LG. **El otro en Lévinas: Una salida a la encrucijada sujeto-objeto y su pertinencia en las ciencias sociales.** Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2006; 4 (2): 47-71.
41. Filón de Alejandría. **Los terapeutas.** Edición bilingüe griego-español de Senén Vidal. Ediciones Sígueme Salamanca. 2005.
42. Leopardi MT. **Cuidado: acción terapéutica esencial.** Texto & Contexto enfermagem. UFSC. Brasil. 1997.
43. Foucault M. **Historia de la sexualidad. El Cuidado de Sí.** Siglo XXI de España Editores, S.A. 2005.

44. HeideggerM. **El Ser y el Tiempo**.Fondo de la cultura económica. España. 2001.
45. Arenas N, Lorenzini A. **LaCotidianidad delCuidadoHumano: una vivencia de un grupo de cuidadores**. Asociación de profesores de la Universidad deCarabobo. Cosmográfica, C.A. Valencia. 2011.
46. Maturana H. **El sentido de lo humano. Convivencia, aceptación y creatividad**. Santiago. Ediciones Pedagógicas Chilena. Chile. 1991.
47. Mayeroff M. **A Arte de Servir ao Próximo para Servir a sí Mesmo**.Traductora: Cristina Carvalho Boselli. Editorial Record. Brasil. 1971.
48. Juárez C, Sate M, Villareal P. **Cuidados humanizados que brindan las enfermeras alos pacientes en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva: Informe de Investigación [trabajo final de cátedra en Internet]**. Universidad Nacional de Córdoba; Córdoba, España 2009 Disponible en: [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez\\_claudia\\_noemi.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez_claudia_noemi.pdf)  
64
49. Minayo M. **Investigación social: teoría, método y creatividad. Salud colectiva: Didáctica**. 2a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. 64 p.
50. Manis.Meltzer.**Interaccionismo Simbólico. Un Lector en la PsicologíaSocial**.Editorial: Allyn and BacónUSA. 1970.
51. Glaser B. **All is Data. Grounded Theory Review: An InternationalJournal**. 2007; 6(2): 1-22.
52. StraussA.YCorbinJ.**Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**. London. New Delhi. SAGE. publications.1996.
53. BertauxD. **La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades**, en José Marinas y Cristina Santamarinas; La historia oral: métodos y experiencias, Debate. Madrid. 1993. P.158.
54. CorderoR. **Compendio de la Historia de la Medicina en Venezuela**. Primera edición. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 1998. p.119.
55. Grupo de Cuidado. **Avances Conceptuales del Grupode Cuidado**. En: **Dimensiones delcuidado**. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos. 2000.

56. El pequeño Larousse ilustrado 2000. Printer Colombiana S.A. Santafe de Bogotá. Colombia.1999.
57. Grupo deCuidado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. **Dimensiones del cuidado**.Unibiblos, Santafe de Bogotá, Colombia, 1998.
58. Pérez J, Merino M. **Buen trato**. Publicado: 2012. Actualizado 2014.
59. Leddy S, Pepper M. **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Copany. New York. U.S.A Lippincott. O.M.S. 1989.
60. Marriner A, Alligood MR, **Modelos y Teorías en Enfermería**. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
61. Jonas H. **El principio de responsabilidad**. Herder Barcelona. 1995.
62. FriedrichD. **Diccionario de Psicología**. Editorial Herder. Barcelona. España. 1996.
63. Arendt H. **La Condición Humana**.Paidos. Barcelona. España. 1996.
64. Aristos. **Diccionario. Ilustrado de la Lengua Española**. Editorial Ramón Sopena, S.A. Barcelona. España. 1973.
65. Carper BA. Fundamental Patterns of knowing in nursing. AdvNurssci. 1978.
66. Marriner T. **Modelos y Teorías en Enfermería**.España: Mosby. 2005.
67. Restrepo LC. **El Derecho a la Ternura**. Arengo Editores. Bogotá Colombia. 1994
68. Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Colombia: Carvajal. 1979.
69. OMS. **Safe healthcare waste management: policy paper**.Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (disponible en: <http://www.healthcarewaste.org>). 2004.
70. BermejoJC. **Que es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana**.Artes Graficas Gar. Vi.28970 Humanes. Madrid. España, 2002.

71. Urra E, Jana A, García M. **Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales.** Rev.Cienc. Enferm. 2011.
72. Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. El Manual Moderno; D.F. México. 2012.
73. Ferrer U. **La dignidad y el sentido de la vida.** Cuadernos de bioética 16-2. 1996. P.191.
74. Watson J. **Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science.**New York: Springer Publishing Company. 2007.
75. Nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Transcrito de la Gaceta Oficial N°5453. Extraordinario del viernes de marzo de 2000.
76. Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2016. **Memoria y Cuenta 2015.** Caracas. Venezuela. Depósito Legal: ppo200005CS15 ISSN 1317-5331 ISBN 980-226-036-3
77. DonabedianA. **Evaluación de la calidad de la atención médica.** En: OPS. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS/OMS; Publicación Científica: 534. 1992. p.96.
78. CODEVIDA. Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida PROVEA, Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos. 2015.
79. Cáceres MF. **Prenatal care: an urgent reflection.**RevColombObstetGinecol. 2009; 60(2):165-170.
80. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. **Atención prenatal y del parto de bajo riesgo.**CLAP-OPS/OMS. Publicación científica. N° 1321.01. Montevideo Uruguay. 2012.
81. Pinillos JL.**Principios de psicología.**Madrid, España: Alianza Universal. p. 503. ISBN84-206-2100-5.1995.
82. Gonzales D. **Psicología de la Motivación.**La Habana: Ciencias Médicas. 2008.
83. Hidalgo M, Padrino E, Romero B. **Opinión de las gestantes a cerca de la participación de enfermería en la consulta prenatal.**Hospital tipo I, Simón Bolívar. Segundo semestre. Colombia. 2005.

84. Pérez ME. **La Enfermera como Educadora de la embarazada y su Núcleo Familiar**. Hospital Materno-Infantil “Ramón Sardá”. 106 • Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 1996; XV, N° 3.
85. Kuerten P, Do Prado LM, De Gasperi P, Fabiane I, Waterkemper R, Bub M. **El cuidado y la Enfermería**. Colombia, 2009
86. Memorias Facultad de Enfermería, Grupo Cuidado Universidad Nacional de Colombia **Actitudes de la enfermera que generan calidad de cuidado**. Colombia. 1997.
87. Jiménez E, Martínez L, Vargas N, Agudelo C, Ortiz I. **Preeclampsia: la evolución diagnóstica desde la genómica y la proteómica**. Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line ISSN 0717-7526. vol.78 no.2 Santiago. 2013.
88. Martínez T. RE. **Una Propuesta para Promover la Participación de la Familia en el Proceso Educativo de Niños y Niñas de Segundo Grado del Colegio Codema I.E.D. de Bogotá**. Universidad libre Facultad de Ciencias de la Educación Centro de Investigaciones Instituto de Postgrados. Bogotá. 2015.
89. Acevedo L. **El concepto de familia hoy**. Franciscanum LIII (156), 149 – 170. Recuperado en 26 de febrero de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/frcn/v53n156/v53n156a06.pdf>
90. Leonel AA, Fajardo G, Hernández J. **La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados**. Revista Enfermería Neurológica. México. 2014; 13 (1)19-24.
91. OMS. **Safe healthcare waste management: policy paper**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, disponible en: <http://www.healthcarewaste.org>. 2004.
92. Ministerio del Poder Popular para la Salud. **Memoria y Cuenta 2015**. Caracas, Venezuela. 2016. Depósito Legal: ppo200005CS15 ISSN 1317-5331 ISBN 980-226-036-3
93. Reyes K. **Análisis arendtiano de la modernidad**. Grafiforca, Maracaibo, Venezuela, 2006.
94. Real Academia Española: **Diccionario de la lengua española**, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Fecha de la consulta]. 24 junio, 2021.

95. Da Motta L, Cibele C, Ojeda. OM, Leontina C. **Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta.** Revista de Psicología. Universidad de Chile. 2006; 15 (1):57-73.
96. De León VA. **Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el hospital regional de occidente.** Quetzaltenango, Guatemala. 2015.
97. Balderas P. ML. *Administración de los Servicios de Enfermería.* Mc. GRAW HILL. México. 2006.
98. Collière MF. **Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers.** International Journal of Nursing Studies 1986; 23 (2):95-112.
99. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. **Atención de la madre y el recién nacido/a durante el puerperio.** Servicio Canario de la Salud Dirección General de Programas Asistenciales Marzo. 2020.
100. Guevara LM, Arroyo ML. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enfermería Global. vol.14 no.37 Murcia. España. 2015. *versión On-line ISSN 1695-6141.*
101. Rocha Olivera T, Faria S. MS. **La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee.** Enfermería Global. Murcia. 2013; abr. 12(30).
102. García S, Abellón JA et al. **La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera.** Enfermería Global. vol.13 no.34 Murcia. España abr. 2014 *versión On-line ISSN 1695-6141*
103. Farías M. DJ. **Además de ser buen profesional, hay que perecerlo.** La Importancia de una buena imagen en el siglo XXI. Ed. 75, marzo. Buenos Aires Argentina. 2009.
104. Mauricio C, & Janjachi B. **Imagen social del profesional de Enfermería según la percepción de los pacientes del Hospital Huaycán, Lima 2016.** Tesis de pregrado. Universidad Peruana Unión, Lima. 2017.
105. Nicole D, Aravena L, Salazar SV, Stormesan MB. **Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el hospital de Panguipulli, durante el segundo y tercer trimestre del 2013.** Tesis presentada como parte de los requisitos para

optar al grado de matrona/matrón. Universidad Austral de Chile facultad de medicina Escuela de Obstetricia y Puericultura. Valdivia. Chile. 2013.

106. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú.** Biblioteca Sede OPS. Washington, D.C 2013.
107. Hernández VG, Ramos AB, Taboada OA, Cadena. EJC. **Factores que influyen en la participación en cursos de Educación Continua del personal de Enfermería.** Revista EnfNeurol. México. 2017; septiembre -diciembre 16(3).
108. OMS. **Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.** Declaración de la OMS. Federation of Gynecology and obstetrics; Feb. 2014.
109. Pandit RN, **The Creation of Theory: A recent application of the Grounded Theory Method, The Qualitative Report 2 (4)** disponible en <http://produccioncientificcaluz.org/index.php/omnia/article/download/7097/7086/1.996>.
110. Watson J. **Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería.** Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: [http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza\\_Jean\\_Watson](http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson) (Consultado el 24 de agosto de 2007)
111. Organización Panamericana de la Salud. **Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe.** Washington DC. 2004.

## ANEXOS

### Consentimiento informado (Anexo 1)



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
DOCTORADO ENFERMERIA: SALUD Y CUIDADO HUMANO



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En virtud de realizar una investigación titulada MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO PARA LA MUJER GESTANTE, PARTO Y PUERPERIO: UNA MIRADA DE ENFERMERÍA, como requisito de grado para obtener el título de Doctora en Enfermería, Área de Concentración, Salud y Cuidado Humano, en la Universidad de Carabobo, Yo, \_\_\_\_\_, titular de la C.I. \_\_\_\_\_, domiciliada (o) en \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración y propósito relacionado con la investigación, declaro mediante la presente, haber sido informado (a) de manera objetiva y clara por parte de la investigadora Mgsc. Marianela L. Marcano O., de todos los aspectos relacionados a la investigación. Expreso tener conocimiento claro que el objetivo del trabajo antes señalado es meramente científico para fortalecer la práctica de la profesión de enfermería. La investigadora me garantiza confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como a cualquier información relativa a mi persona, a la que tengan acceso por concepto de mi participación en la investigación mencionada. Estoy de acuerdo en el uso para fines de investigación, de los resultados obtenidos en el presente estudio y mi participación en dicho estudio no implica riesgo ni inconvenientes algunos para mi salud. Hay el compromiso que cualquier pregunta que tenga relación con este estudio me será respondida oportunamente por parte de la autora. Declaro que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en la referida investigación y que los resultados de esta investigación me serán informados.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS ENFERMERAS( Anexo 2)**

<b>CONSULTA PRENATAL</b>				
<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>EDO. CIVIL</b>	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>AÑOS DE SERVICIO</b>
Mary Castellanos	36	Soltera	Lcda en Enfermería	11
Mirna Rivas	54	Casada	Lcda en Enfermería	35
Maryori Rojas	53	Casada	Magister en Obstetricia de Enfermería	28
<b>SALA DE PARTO</b>				
Barbará Acosta	45	Casada	Lcda en Enfermería	10
Teresa Ramírez	55	Casada	Lcda en Enfermería	25
Ismeria Figueredo	45	Casada	Lcda en Enfermería	20
<b>PUERPERIO</b>				
Rosa Rodríguez	32	Casada	Lcda en Enfermería	5
Johanna Franco	30	Soltera	Lcda en Enfermería	7
Yanet Guevara	48	Casada	Lcda en Enfermería	15

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS GESTANTES (Anexo3)**

<b>CONSULTA PRENATAL</b>				
<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>EDO. CIVIL</b>	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	
Nuris Andreina Camacho Carvajal	25	Casada	8vo. Semestre de Lcda. En Educación	
Keinismar Rosangela Pérez	23	Soltera	Bachiller	
Luz María Castillo	24	Casada	Bachiller	
<b>SALA DE PARTO</b>				
Nuris Andreina Camacho Carvajal	25	Casada	8vo. Semestre de Lcda. En Educación	
Luisa Eloisa Ramos Conde	28	Concubinato	4to semestre de Lcda. Administración	
Franyeli Oropeza Rangel	22	Soltera	Bachiller	
<b>PUERPERIO</b>				
Nancy Prieto	23	Casada	Lcda. Educación	
Luisa Eloisa Ramos Conde	28	Concubinato	4to semestre de Lcda. Administración	
Nuris Andreina Camacho Carvajal	25	Casada	8vo. Semestre de Lcda. En Educación	

PSEUDÓNIMOS DE ENFERMERAS Y GESTANTES (Anexo 4)

ENFERMERAS	PSEUDÓNIMO
1-Mary Castellanos	Marca
2-Mirna Rivas	Mirri
3-Maryori Rojas	Marro
4-Barbará Acosta	Barac
5-Teresa Ramírez	Terra
6-Ismeria Figueredo	Ismefi
7-Rosa Rodríguez	Rosro
8-Johanna Franco	Jofra
9-Yanet Guevara	Yague
GESTANTES	
1-Nuris Andreina Camacho Carvajal	Nurca
2-Keinismar Rosangela Pérez	Keipe
3-Luz María Castillo	Luzca
4-Nuris Andreina Camacho Carvajal	Nurca
5-Luisa Eloisa Ramos Conde	Luirca
6-Franyeli Oropeza Rangel	Fraor
7-Nancy Prieto	Napri
8-Luisa Eloisa Ramos Conde	Luirca
9-Nuris Andreina Camacho Carvajal	Nurca

CATEGORIAS Y CODIGOS(Anexo 5 )

CATEGORIAS	CODIGOS
El Cuidado desde la percepción de la Enfermera	CDPE
Significado del Cuidado Humano de las Enfermeras	SCHE
Cuidado prenatal según percepción de las Enfermeras	CPNSPE
Cuidado prenatal según percepción de las gestantes	CPNSPG
El Cuidado del parto según percepción de las Enfermeras	CPSPE
Cuidado del parto según percepción de las parturientas	CPSPP
Cuidado puerperal según percepción de las Enfermeras	CPUSPE
Cuidado puerperal según percepción de las puerperas	CPUSPP
El Cuidado y sus perspectivas de cambio	ECYSPC