

# Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto

Experiências de mulheres durante o trabalho de parto e parto

Experiences of women during labor and delivery

---

• Dora Isabel Giraldo Montoya<sup>1</sup> • Elvira Margarita González Mazuelo<sup>2</sup> • Claudia Patricia Henao López<sup>3</sup> •

---

•1• Magíster en Enfermería. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. E-mail: dora.giraldo@upb.edu.co

•2• Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

•3• Candidata a Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Medellín, Colombia.

---

Recibido: 25/02/2014 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>



## Resumen

**Objetivo:** Develar las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto en una Unidad Materno Infantil de Medellín, durante el año 2013.

**Metodología:** Estudio cualitativo, de tipo fenomenológico. Muestreo representado en la saturación teórica, con la participación de 13 mujeres a quienes se les aplicó la entrevista a profundidad. Se construyeron las categorías descriptivas, posteriormente se agruparon en categorías de orden axial y finalmente se obtuvieron las de orden selectivo para determinar las categorías núcleo. Se desarrolló la triangulación a través de grupos focales y la observación. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética y se utilizó el consentimiento informado por escrito.

**Resultados:** Surgieron tres categorías principales: *Los síntomas desagradables*, *La soledad* y *Yo quiero ver a Camila*. Desde la teoría de rango medio de los síntomas desagradables, se encontró que el dolor, la fatiga y la sed son experiencias altamente significativas que comprometen el bienestar y la satisfacción materna. La soledad estuvo presente en todo el proceso, sin embargo el apoyo espiritual y la presencia del personal de salud fueron una fuente de acompañamiento. A pesar del sufrimiento y el dolor del trabajo de parto, el nacimiento las hizo olvidar estos acontecimientos y consideraron que el proceso del parto las reafirmaba frente a la adopción de su rol materno.

## Resumo

**Objetivo:** Revelar as experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto em uma Unidade Mãe e Filho de Medellín em 2013.

**Metodologia:** Estudo qualitativo de tipo fenomenológico. Amostragem representada na saturação teórica, com a participação de 13 mulheres às quais foram feitas a entrevista em profundidade. As categorias descritivas foram construídas, mais tarde foram agrupados em categorias de ordem axial e, finalmente, obtiveram-se as de ordem seletivo, para determinar as categorias principais. Triangulação foi desenvolvida por meio de grupos focais e observação. Ele teve a aprovação do Comitê de Ética e consentimento informado por escrito foi utilizado.

**Resultados:** Três categorias principais emergem: *Os sintomas desagradáveis*, *Solidão* e *Eu quero ver Camila*. Uma vez que a teoria de médio alcance de sintomas desagradáveis encontrou-se que a dor, fadiga e sede são experiências altamente significativas que comprometem o bem-estar e satisfação materna. Solidão esteve presente durante todo o processo, contudo, o apoio espiritual e a presença do pessoal de saúde, foram uma fonte de apoio. Apesar do sofrimento e da dor do trabalho de parto, o nascimento fez com que esquecessem esses acontecimentos e consideraram que o processo de nascimento as reafirmara no seu papel materno.

**Conclusões:** É preciso mudar os métodos tradicionais de cuidados e incentivar outras formas de cuidado humanizado,

## Abstract

**Objective:** To describe the experience of women during labor and delivery at the Unidad Materno Infantil (Maternal and Infant Care) of Medellín during 2013.

**Methodology:** Qualitative, phenomenological study. Sampling was conducted using theoretical saturation, with the participation of 13 women who underwent detailed interviews. Descriptive categories were developed, after which they were grouped into categories using axial coding; then, categories were obtained using selective coding in order to determine the core categories. Triangulation was carried out through focus groups and observation. The study was approved by the Ethics Committee, and a written informed consent form was used.

**Results:** There were three main categories: *The unpleasant symptoms*, *Loneliness*, and *I want to see Camila*. Based on the middle-range theory of unpleasant symptoms, we found that pain, fatigue, and thirst were highly significant experiences that compromised maternal well-being and satisfaction. Loneliness was present throughout the entire process; however, spiritual support and the presence of healthcare personnel were a source of comfort. Despite the suffering and pain of labor, babies' birth caused mothers to forget these unpleasant occurrences and they concluded that the labor process actually empowered them to take on their maternal role.

**Conclusiones:** Se deben cambiar los métodos tradicionales de cuidado y propiciar otras formas de atención más humanizadas para que las mujeres asuman su rol de madres con seguridad y decisión.

*Descriptores:* Dolor de Parto; Parto Obstétrico; Trabajo de Parto; Embarazo; Análisis Cualitativo (fuente: DECS BIREME).

de modo que as mulheres assumam seu papel de mãe com confiança e determinação.

*Descritores:* Dor do Parto; Parto Obstétrico; Trabalho de Parto; Gravidez; Análise Qualitativa (fonte: DECS BIREME).

**Conclusions:** Traditional methods of care must be modified, and new, more humane care must be implemented so that mothers may take on their new role with determination and resolution.

*Descriptors:* Labor Pain; Delivery, Obstetric; Labor, Obstetric; Pregnancy; Qualitative Analysis (source: DECS BIREME).

## Introducción

En general, las salas de trabajo de parto y parto son consideradas por las gestantes como ambientes estresantes que producen una gran carga emocional. Las situaciones de tensión que maneja la mujer en el trabajo de parto y su influencia en el control del dolor es argumentada desde la *Teoría de los síntomas desagradables* (1), la cual considera que el dolor y la fatiga del trabajo de parto repercuten en la realización del rol, en la resolución de problemas y en la realización de actividades en el postparto.

Las mujeres en trabajo de parto se sienten solas y manifiestan la necesidad del apoyo familiar y social, traducido en la satisfacción de afecto y compañía durante este evento. Ellas buscan el control de sí mismas y de seguridad a través de los conocimientos previos adquiridos por los medios de comunicación y la dimensión espiritual, que se relaciona con un ser superior, que da fuerza y protege (2).

Otro aspecto que influye negativamente en el bienestar materno es la restricción de líquidos durante el trabajo de parto. Ésta es una práctica común en muchos centros de obstetricia, con el fin de evitar el riesgo de emesis, reflujo o aspiración pulmonar durante el parto. Según la investigación de Singata y otros (3), para las mujeres la restricción de la ingesta fue desagradable e influyó en su experiencia de trabajo de parto.

Tras la experiencia del parto, se da paso a sensaciones que las hacen sentir orgullosas y triunfadoras de la labor realizada. El bienestar de la madre supera los momentos negativos, incluso el sufrimiento del dolor; los resultados superan con creces las expectativas y gracias a la ilusión de ver a su hijo, les permiten sobrellevar todo lo vivido (4).

A pesar de que las experiencias negativas de las mujeres en trabajo de parto no son situaciones o hallazgos nuevos, se requiere mostrar a los profesionales de la salud la necesidad de cambiar los paradigmas que se han establecido por décadas en estos contextos, para que la mujer tenga un papel protagónico y se sienta satisfecha en la experiencia del nacimiento.

Por tal razón, el objetivo de la presente investigación fue develar las experiencias de las mujeres en el trabajo de parto y parto que influyen en la satisfacción, gratificación y bienestar de las gestantes en esta etapa de su proceso reproductivo y que deben ser tenidas en cuenta para la atención que se ofrece a las mujeres y sus familias.

## Metodología

Estudio cualitativo fenomenológico desde una perspectiva husserliana. La selección de las participantes fue intencional y los criterios de inclusión fueron haber realizado todo su trabajo de parto en la clínica y estar en postparto inmediato. La saturación teórica se logró con 13 participantes, es decir: cuando la información adicional que se recolectó no agregó información significativa a lo que ya se tenía.

Se realizaron dos entrevistas a profundidad por cada informante, las cuales fueron grabadas y transcritas textualmente. El análisis se llevó a cabo de forma simultánea con la recolección de información utilizando el *Software Atlas ti*. Se utilizó una encuesta sociodemográfica donde se obtuvieron los datos de edad, escolaridad, estrato socioeconómico y datos gineco-obstétricos.

La institución hospitalaria donde se desarrolló el presente estudio posee una sala de trabajo de parto para seis madres en camillas, separadas por cortinas. No se permite la entrada de la familia ni el consumo de bebidas o alimentos. Al ingreso, se les canaliza una vena para infundir líquidos y según prescripción se les administra inductores de la actividad uterina. Las madres del presente estudio tenían colocado un catéter para la analgesia epidural y monitoreo permanente de la fetocardia.

Las entrevistas se realizaron en el postparto inmediato y se partió de una pregunta general: *¿cómo fue su experiencia del trabajo de parto y el parto?* El tiempo promedio para la primera entrevista fue de una hora y para la segunda entrevista, de 45 minutos, momento en el cual se realizó la retroalimentación con las participantes.

Durante el proceso de recolección, se realizó la reducción de los datos, generándose las categorías, luego de lo cual fue posible hacer la reagrupación de los datos obtenidos, reduciendo el

número de unidades de análisis. Posteriormente, se realizó una interrelación de las categorías descriptivas y se construyeron las categorías de orden axial, de las cuales se inició la construcción de categorías núcleo o centrales, lo que permitió una comprensión más completa de la realidad analizada.

Se hizo una presentación sintética y conceptualizada de los datos para una comprensión más completa de la realidad analizada. El proceso de categorización se mantuvo en permanente confrontación hasta dar lugar a la saturación de los datos.

Al principio, las investigadoras plantearon la posibilidad de enriquecer el estudio desde la disciplina a través de una teoría de rango medio denominada *Los síntomas desagradables*. Sin embargo, para evitar ideas preconcebidas y considerando que esto podría ser un sesgo potencial, la entrevista comenzó con una pregunta general para dejar que fluyera naturalmente el discurso de la participante. Para evitar penetrar los conceptos de esta teoría en la entrevista, las tres investigadoras siguieron la pista o la ruta de cada narración, esto con el fin de examinar los datos y evitar los juicios durante la recolección de la información y contemplar con libertad el fenómeno.

Igualmente, la legitimización y la veracidad de los hallazgos se garantizaron con la reinmersión en los datos, manteniéndose la interacción, el diálogo y la retroalimentación con las participantes. Se realizó la triangulación a través de un grupo focal con la intervención de cuatro madres, en el que se profundizaron algunas particularidades relevantes y la observación no participante, que permitió comprender el entorno físico, las interacciones sociales y algunos comportamientos. Las investigadoras analizaron en conjunto cada categoría y la revisión de la literatura se hizo de manera permanente.

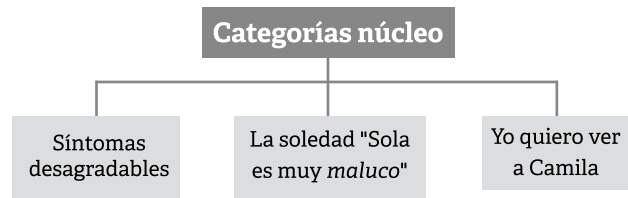
El estudio contó con el consentimiento informado y por escrito de las participantes. Así mismo, recibió la aprobación y financiación de la Escuela de Ciencias de la Salud y del Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana. También fue aprobado por la Clínica Universitaria Bolivariana y por el Comité de Ética de Investigaciones (CEI). Según la Resolución N° 008430 de 1993, fue una investigación sin riesgo.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos de beneficencia-no maleficencia respeto a la dignidad humana y justicia.

## Resultados

Se entrevistaron a 13 participantes, ocho primigestantes, cuatro secundigestantes y una multigestante, con un promedio de edad de 25 años, de estratos socioeconómicos 2 y 3 y edad gestacional promedio de 38,2 semanas. Se identificaron tres categorías núcleo y para cada una se desplegaron varias subcategorías (ver Gráfico 1 y Cuadro 1).

**Gráfico 1.** Categorías núcleo *Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto*



Fuente: Datos de la investigación.

**Cuadro 1.** Subcategorías de las categorías núcleo *Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto*.

1. Síntomas desagradables	a. Dolor.
	b. Fatiga.
	c. Sed.
2. La soledad: "Sola es muy maluco"	a. Acompañamiento de la familia.
	b. Acompañamiento del personal de salud.
	c. La fuerza suprema.
3. Yo quiero ver a Camila	a. "Valió la pena".
	b. "Gajes del oficio".
	c. Asegurar la salud del hijo.

Fuente: Datos de la investigación.



## Categoría 1

### Síntomas desagradables

Teniendo en cuenta la *Teoría de los síntomas desagradables* de Lenz y otros (1), se halló que para las participantes el dolor y la fatiga eran experiencias significativas. De esta manera, emergió un nuevo síntoma: *la sed*. Aunque este síntoma no fue descrito por Lenz, sí se evidenció de manera importante en el proceso de codificación.

- *El dolor*. El dolor se acompaña de múltiples sensaciones, como la ansiedad y el miedo inminente, y se agudizan al momento de recibir procedimientos como el tacto vaginal, los fórceps y el *Kristeller*, a la vez que las gestantes se sienten invadidas en su intimidad. Sin embargo, las mujeres realizan actividades que aprendieron y escucharon y se apropian de ellas: practican los ejercicios respiratorios, se “soban” el abdomen o se prenden de un objeto:

La incomodidad que le da a uno el tacto, porque eso es incómodo para cualquier mujer, porque todo el que llegue lo primero que hacen es al grano, a meterle los dedos [1CG].

[...] el miedo era de las complicaciones que en el momento del parto podrían pasar. Entonces, uno es con ese miedo de que... Puede que sí le vaya bien o pueda que sea por cesárea o se le complique [1GF].

Me sobaba el estómago, me hacía movimientos circulares con las dos manos y le hablaba al bebé, le decía que se calmara, que la mamá estaba sufriendo y ahí mismo se pasaba la contracción [2K].

- *La fatiga*. Las participantes presentaron fatiga en tres momentos: durante la gestación, durante el trabajo de parto y durante el parto. La fatiga es percibida por ellas como “cansancio”. Se fatigaron por las características de las camillas, por estar siempre acostadas o por estar siempre en una misma posición. Con el fin de encontrar descanso, se movían, cambiaban de lado o dormían por ratos:

Se siente una muy agotada ya los últimos días, aparte de la presión que una siente de la bebé. Una va más al baño, ya tiene que ir a orinar más, porque le está haciendo más presión la vejiga y las rodillas y una siente cansancio por la barriguita, porque ya no le da a una el cuerpo para cargar tanto peso [1C].

Hacia el lado izquierdo me hacía tirar como un poco más abajo, para poder como que el cuerpo descansara hacia el otro lado y no sobre la misma cadera, porque tanto tiempo en la misma posición me cansaba [2Y].

- *La sed*. Las participantes percibieron la sed como una experiencia intensa y refirieron que es producida por la ansiedad, por enfermedades como la diabetes, por no tener la mente ocupada y por los medicamentos. Para calmar la sed, le pidieron con frecuencia a la auxiliar de enfermería un poco de agua:

Mucha sed, todavía la tengo; mucha sed, hambre no. De pronto la ansiedad no deja que a una le dé hambre [1Y].

Eran las nueve. A la una de la mañana era con esa sed y nada; una resequedad impresionante [GF].

Tuve sed. Como todo el tiempo una es respirando por el dolor, entonces una se agota, como que no da más [1C].

## **Categoría 2**

### *La soledad: “sola es muy maluco”*

Las madres transitaron el trabajo de parto y parto en soledad y lo consideraron como una sensación “maluca”. Prefirieron estar acompañadas por un ser querido, primero su madre y luego su compañero. Buscaron el acompañamiento de una fuerza espiritual y señalaron que los familiares que esperaban también acompañaban. Consideraron importante que el personal de salud les informara sobre cómo va su evolución, tanto a ellas como a sus familiares, actividad que fue tomada como una forma de acompañamiento. Percibieron el acompañamiento cuando el personal de salud se mostró atento a su evolución y actuó de inmediato a su llamado, lo cual las hizo sentir que no estaban tan solas:

Estar con alguien hace que todo sea más fácil. Usted sabe que hay alguien allí que lo está apoyando y que sabe que la persona le va a decir: «cálmese, todo está bien», y con sólo cogerle la mano, una sabe que hay alguien ahí. Entonces, una sola es como ahí pensando en todo [2Y].

[...] y recé mucho, muchísimo, desde que empecé el trabajo de parto empecé a rogarle mucho a Dios que me diera mucha fuerza, que la niña estuviera bien, que yo fuera capaz con el parto [2D].

## **Categoría núcleo 3**

### *Yo quiero ver a Camila*

Las informantes percibieron el trabajo de parto y parto como un acontecimiento de la vida que “valió la pena”, a pesar de experimentar situaciones de dolor, fatiga, sed, soledad y ansiedad. Estas vivencias pasaron a un segundo plano cuando se aproximó el final del parto y vieron a su hijo por primera vez. El nacimiento del hijo significó un gran alivio de todas las incomodidades del trabajo de parto.

Percibieron el dolor del trabajo de parto como parte de un proceso natural que es inherente a la mujer que va a ser madre. La expresión “gajes del oficio” significó que el dolor experimentado es propio de la condición de ser mujer. El hijo por nacer fue la principal razón para enfrentar el dolor y el estrés del trabajo de parto:

Después de ver a Camila, todo lo que había pasado valía la pena, o como que todo pasa a un segundo plano; todo valió la pena [2D].

Lo digo por mí, que no es traumático, simplemente son *gajes del oficio*. Sino que una sabe que viene a eso, duele, sí, es que nadie es inmune a un dolor [1GL].

## **Discusión**

### **Síntomas desagradables**

#### *Dolor y fatiga*

El dolor y la fatiga tienen valor en el trabajo de parto y parto cuando se comprende la experiencia de los síntomas. El síntoma es una experiencia individual subjetiva, que no puede considerarse de manera aislada; por el contrario, está influenciado por el contexto familiar, social y por los factores situacionales de la gestante.

Para Lenz *et al.* (1), la percepción de dolor se relaciona con múltiples factores. Vivir la experiencia en un contexto hospitalario, la soledad y la ausencia de apoyo emocional puede aumentar el miedo al proceso del parto y predisponer a presentar una tolerancia más baja al dolor.

La eliminación completa del dolor no significa necesariamente que la experiencia del parto sea más satisfactoria para la mujer, puesto que hay condiciones socioculturales y psicológicas que rodean esta manifestación (5-7). Significa que es necesario individualizar el tratamiento eficaz del dolor para cada madre (8) y tener en cuenta todas las variables que se puedan desplegar alrededor de este síntoma.

La enfermería tiene una labor muy importante en este sentido, porque desde el cuidado se develan situaciones relacionadas con la percepción dolorosa de las mujeres. Estar atentos a la escala del dolor es una buena práctica, sin embargo, es importante que se indague a la madre sobre expectativas, dudas y temores relacionados con la experiencia que comienza.

En cuanto a la fatiga, ésta se ha relacionado con efectos posteriores al parto, como lo refiere el estudio de Choi SY, Gu HJ y Ryu EJ (9), donde muestran que la fatiga de la madre se relaciona con la depresión postparto y la baja la calidad de vida. Para reducir la fatiga, el estudio de Su-Chuan Chang afirma que se debe practicar la técnica adecuada del pujo y mejorar la posición del parto (10).

El profesional de enfermería debe gestionar el control de la fatiga como canal importante a través del cual otros síntomas pueden ser reducidos o eliminados. Por ejemplo: evitar la fatiga a través de la ejecución de actividades como mejorar la calidad de las camillas, mantener la higiene, la disponibilidad de ropa, la disposición adecuada de cables y equipos en el cubículo de la madre, el volumen bajo de los monitores, el alivio de la sed, la temperatura adecuada de la sala, el mantenimiento y conservación de la intimidad y la posibilidad para moverse o caminar cuando la madre aún no tiene la analgesia epidural. El pujo es otra herramienta que debe aprovecharse durante el expulsivo. El uso correcto de esta técnica disminuye la fatiga y la menor utilización de la maniobra de *Kristeller* —a pesar de que no se recomienda, en algunos servicios se sigue practicando (11, 12).

### *La sed*

La sed es una experiencia intensa, generada en un contexto clínico donde se les restringen la vía oral, especialmente cuando se encuentran en la fase activa. La guía obstétrica de la Sociedad Americana de Anestesiólogos publicó que no hay pruebas suficientes para establecer conclusiones acerca de la relación entre los tiempos de ayuno de líquidos claros y el riesgo de emesis, reflujo o aspiración pulmonar durante el parto (13).

Esta misma sociedad recomienda la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos claros en pacientes en trabajo de parto sin complicaciones. Los líquidos claros pueden ser agua, jugos de fruta sin pulpa, bebidas carbonatadas, té claro, café negro y bebidas deportivas. La ingesta de líquidos claros durante el parto mejora la comodidad y la satisfacción materna y no aumenta las complicaciones durante el parto.

El estudio de Singata M (3) y Sharts NC (14) refiere que ningún estudio evidencia beneficios o daños y no hay justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones.

Los profesionales de enfermería que trabajan en entornos intraparto necesitan abogar por el establecimiento de grupos de trabajo multidisciplinarios para revisar las políticas que restringen la ingesta oral en mujeres de bajo riesgo y promover prácticas que garanticen el bienestar de la madre y de su hijo por nacer.

### ***La soledad: "sola es muy maluco"***

#### *Acompañamiento de la familia*

En la institución donde se realizó la presente investigación no se permitía que la gestante durante el trabajo de parto y el parto estuviera acompañada de un familiar, por lo cual estos últimos debían permanecer en la sala de espera.

El acompañamiento materno por parte de la pareja o el familiar es una práctica positiva que debería ser rutinaria por sus efectos favorables en la madre y el recién nacido (15). El estudio de García y Díaz (16) señala que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas.



El estudio de Hodnett *et al.* (17) encontró que las mujeres que recibieron apoyo continuo y personal tuvieron menos probabilidad de necesitar analgesia, tener un parto vaginal instrumentado, tener un parto por cesárea, informar insatisfacción o una valoración negativa en relación con la experiencia del parto. Del mismo modo, tuvieron mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo.

Así mismo, Silva *et al.* (18) apuntaron que las gestantes le asignaron un valor principal al componente relacional, en el cual el respaldo de las madres, la presencia de un familiar, el aporte de información y el uso de palabras delicadas fueron considerados elementos fundamentales para la mujer en trabajo de parto y parto.

#### *Acompañamientos del personal de salud*

Frente al acompañamiento del personal de la salud, las participantes del presente estudio manifestaron haberse sentido acompañadas, aunque preferían la compañía de la familia. Este acompañamiento está representado en la atención inmediata cuando ellas lo solicitan, cuando explican con agrado las actividades a realizar con la gestante y cuando tienen expresiones comprensivas y cariñosas.

El estudio de Silva *et al.* (18) establece que se debe hacer todo tipo de esfuerzo para asegurarse de que todas las mujeres reciban apoyo, no sólo de las personas allegadas, sino también de acompañantes profesionales, especialmente formados para ello. Este apoyo debe incluir la presencia constante, que se otorguen medidas de alivio y confort y que se brinde aliento continuo. Los profesionales de enfermería deben ser percibidos por las gestantes como confortables, en la medida en que son delicados en el trato, acarician, ayudan, sonríen y brindan un cuidado adecuado (19, 20).

#### *La fuerza suprema*

Durante la soledad del trabajo de parto, emerge la necesidad de invocar a un ser supremo. La actividad de orar/rezar fue una fuente de consuelo, protección, fortaleza y esperanza para las gestantes.

En el presente estudio, se observó que la dimensión espiritual es un recurso importante que ayuda a las mujeres a ganar un sentido de autocontrol. Es una

fuerza de afrontamiento significativa que les ayudó a ejercer el control sobre el dolor a través de la fuerza suprema. Invocar a Dios ejerce una gran influencia sobre el bienestar, así como lo comenta el estudio de Konopack JF y McAuley E (2).

El estudio de Baetz M (21) argumenta que en momentos de mucho estrés la espiritualidad puede proporcionar un sentido de control y previsibilidad. Adicionalmente, indica que los comportamientos religiosos contribuyen a la autorregulación y a la reducción de la preocupación, al tiempo que proporciona un efecto calmante.

Desde la atención en salas de trabajo de parto y parto, se debe incluir los diálogos sobre los valores religiosos y espirituales. Los modelos de atención actuales deben reconocer la influencia de la espiritualidad sobre el bienestar de las personas. Además, deben abogar por una mayor observancia religiosa y reconocer los potenciales beneficios de la religión y la espiritualidad.

#### **Yo quiero ver a Camila**

##### *Valió la pena y “gajes del oficio”*

Una vez se ha pasado por todo el proceso de trabajo de parto, existe la esperanza que puede subsanar los momentos penosos que se vivieron unas horas atrás: el de ver a su hijo; éste es el premio a la valentía de la madre. Por considerarse un proceso natural de la vida, expresaron que son “gajes del oficio”, pero resulta ser una experiencia única y compleja en la que intervienen infinidad de factores. Cuando un parto sale bien y la madre escucha llorar a su hijo, siente que todos los malestares del trabajo de parto valieron la pena.

El estudio de Cabrera *et al.* (22) resalta que, tras la experiencia del parto, el bienestar de la madre supera los momentos negativos, incluso el sufrimiento del dolor. Los resultados superan con creces las expectativas, y es por ello que la satisfacción materna es elevada.

El estudio de Pereira (23) muestra que la representación social femenina sobre el proceso del parto asocia el concepto de sufrimiento y del dolor al parto natural, una situación que con la aproximación al evento fragiliza y amedrenta a la mujer en el período del embarazo. Los sentimientos de las gestantes reflejan los significados de su medio cultural, alimentados por la falta de información,

los medios de comunicación, los relatos de otras mujeres y los constructos ideológicos, religiosos y morales interiorizados por la mujer desde su infancia.

### Asegurar la salud del hijo

Durante el trabajo de parto, se le instala a la madre el monitor fetal continuo y se les informa sobre los rangos de normalidad, lo que permite actuar de manera activa en el cuidado de su bebé durante este periodo.

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, además de ser una herramienta de suma importancia para los profesionales de la salud en trabajo de parto, es una intervención catalogada por las madres como de gran utilidad: "es el seguro de vida de mi hijo". Cuando lo reconocen como un elemento que deben llevar todas las mujeres en trabajo de parto, aprenden a identificar lo normal y lo anormal, y les da la seguridad de que su hijo está bien (24). Así los expresan las madres en los estudios de Piccini *et al.* (25) y Sapountzi-Krepia *et al.* (20), cuando se les colocó el ultrasonido.

## Conclusiones

El dolor, la fatiga y la sed, desde la *Teoría de los síntomas desagradables*, están relacionados con el estado emocional, el acompañamiento y con la soledad.

Frente a la necesidad de acompañamiento, la familia cumple una función muy importante, especialmente su madre. La espiritualidad tiene una función protectora y de seguridad.

Las mujeres consideraron el proceso de trabajo de parto y parto como la finalización de una etapa inherente a la condición de *ser madre*, que les produce sensación de gratificación y cumplimiento del rol.

Es necesario cambiar los métodos tradicionales de cuidado en los servicios de salud obstétrica y propiciar otras formas de atención más humanizadas.

## Referencias

(1) Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci.* 1997 Mar;19(3):14-27.

(2) Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: a path analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2012 May;10:57-63.

(3) Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev [serial on the Internet].* 2010 Jun [access: 2014 Jun 2014];(1):[about 59 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>

(4) Cabrera MC, Rodríguez C, López M, Moreno E, Pulido M. Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo del parto. *Rev Calid Asist.* 2011;26(4):251-255.

(5) Biedma L, García JM, Serrano R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Rev Soc Esp Dolor.* 2010;17(1):3-15.

(6) Pereira RR, Franco SC, Baldin N. El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Rev Bras Anestesiol.* 2011;61(3):204-210.

(7) Caparros JM, Núñez SM, Soriano MA. Influencia de los rasgos de personalidad en la percepción del dolor y elección de analgesia durante el parto. *Enferm Glob [revista en Internet].* 2014 [acceso: 12 jun 2015];13(35):384-397. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000300021&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300021&lng=en)

(8) DaSilva FM, Oliveira SM, Silva LM, Tuesta EF. Prácticas para estimular el parto normal. *Index Enferm.* 2011;20(3):169-173.

(9) Choi SY, Gu HJ, Ryu EJ. Effects of fatigue and postpartum depression on maternal perceived quality of life (MAPP-QOL) in early postpartum mothers. *Korean J Women Health Nurs.* 2011 Jun;17(2):118-125.

(10) Chang SC, Chou MM, Lin KC, Lin LC, Lin YL, Kuo SC. Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery.* 2011 Dec;27(6):825-831.

- (11) Acanfora L, Rampon M, Filippeschi M, Marchi M, Montisci M, Viel G *et al.* An inflatable ergonomic 3-chamber fundal pressure belt to assist vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013 Jan;120(1):78-81.
- (12) Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the Internet]. 2009 Oct [access: 2014 Jun 2014];(4):[about 8 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821352>
- (13) American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology.* 2007 Abr;106(4):843-863.
- (14) Sharts-Hopko NC. Oral intake during labor: a review of the evidence. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2010;35(4):197-203.
- (15) Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* [serial on the Internet]. 2010 Jun [access: 2014 Jun 10];26(3):327-337. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18774630>
- (16) García D, Díaz Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2010 [acceso: 12 jun 2014];36(4):330-336. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n4/spu07410.pdf>
- (17) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the Internet]. 2011 Feb [access: 2014 Jun 8];(2):[about 6 screens]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263>
- (18) Silva RM, Barros NE, Jorge HM, Melo LP, Ferreira Junior AR. Qualitative evidence of monitoring by doulas during labor and childbirth. *Cien Saude Colet.* 2012 Oct;17(10):2783-2794.
- (19) McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and assessment of perinatal mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [serial on the Internet]. 2011 Nov [access: 2014 Jun 12];18(9):786-795. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21985681>
- (20) Sapountzi-Krepia D, Tsaloglidou A, Psychogiou M, Lazaridou C, Julkunen KV. Mothers' experiences of pregnancy, labour and childbirth: a qualitative study in Northern Greece. *Int J Nurs Pract.* 2011 Dec;17(6):583-590.
- (21) Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Can J Psychiatry.* 2009 May;54(5):292-301.
- (22) Maldonado-Durán JM, Saucedo-García JM. El parto y sus vicisitudes. En: Maldonado-Durán JM. *Salud mental perinatal.* Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011. pp. 87-110.
- (23) Ferreiro-Losada MT, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero MD, Rial-Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Rev Calid Asist.* 2013;28(5):291-299.
- (24) McCourt C. Technologies of birth and models of midwifery care. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 Aug [access: 2014 Jun 12];48(Spec):168-177. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517851>
- (25) Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psic Teor e Pesq* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2015 jun 12];28(1):27-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/04.pdf>