

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**“TÉCNICAS PSICOPROFILÁCTICAS DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO,
PERCEPCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL
PAILLACO ENTRE SEPTIEMBRE DE 2007 Y FEBRERO DE 2008”**

Tesis presentada como parte de los requisitos para optar
al GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA.

**CAROLINA IVON AGUAYO ORTIZ
ANA MARIA ANGULO CARRASCO**

VALDIVIA – CHILE

2008

COMISION CALIFICADORA

PROFESORA PATROCINANTE

Nombre: Srta. Johanna Poblete Erices

Firma _____

PROFESORA COPATROCINANTE

Nombre: Sra. Liliana Martínez Gallardo

Firma _____

PROFESORA INFORMANTE

Nombre: Sra. Claudia Pradines Jara

Firma _____

FECHA DE APROBACIÓN:

AGRADECIMIENTOS

A las informantes de este estudio ya que a través de sus experiencias y disposición hicieron posible la realización de esta investigación.

“Alas, para Volar

Alas para volar muy alto y emprender el vuelo frente a lo desconocido

Y buscar más allá de las tradiciones

Hasta sumergirme en lo primitivo y natural...

Alas para volar

Sintiendo que mi esencia despierta mis sentidos

En los momentos que mis instintos predominan mi razón

Alas para volar y dejarme llevar por el mágico momento

Por ese instante en que dos vidas se entrelazan para siempre

Volando juntamente por el inmenso océano de la vida.

Aprendiendo a reconocer sus cuerpos segundo tras segundo”.

CIAO

“Este trabajo está dedicado a ti mi Dios, mi fiel compañero y Señor, gracias porque cada día me ayudas a realizar mis sueños, en especial este gran sueño. A mis padres, por todo el amor, el esfuerzo y el apoyo entregado cada día, gracias por cada sacrificio realizado para que pudiera lograr esta meta. Sus palabras y oraciones constantes están dando frutos. A mis hermanos, por su ayuda y ánimo, porque gracias a ustedes este caminar fue más certero, ya que pude ver en ustedes un ejemplo de superación. A mis amigas, por estar siempre presentes y alentándome a seguir cuando las fuerzas se acababan. A ti, por todo lo que hemos vivido, a pesar de nuestras dificultades, gracias por tu apoyo, por entregarme tu amor y dedicación”.

Gracias, Carolina Aguayo Ortiz.

“Agradezco a Dios, primero, por guiarme en este hermoso camino recorrido hasta hoy, por permitirme alcanzar mis metas personales y por darme la fuerza cuando he estado por caer. A mi madre por su incondicional apoyo, entrega y amor durante mi formación personal y profesional y a la memoria de mi padre, porque siempre fue un ejemplo de perseverancia y superación. A mis hermanas y abuelita, por darme su amor y por ser siempre el apoyo que necesité. A las mujeres que han sido un fiel ejemplo de amistad en estos años y me ayudaron a lograr esta meta. A mi amor, por sus hermosas palabras que me llenan de alegría, por su apoyo constante que me motiva a continuar este camino de éxitos a su lado”.

A todos gracias de corazón Ana María Angulo Carrasco.

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINAS
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 OBJETIVO GENERAL.	4
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Dolor en el Trabajo de Parto	5
2.2 Método Psicoprofiláctico de atención del parto.	6
2.3 Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia: Chile Crece Contigo	10
2.4 Diez Principios de la OMS para el cuidado perinatal, el cuidado del embarazo y parto normal	11
3. DISEÑO METODOLÓGICO.	13
3.1 Tipo de estudio	13
3.2 Área de estudio	15
3.3 Población en estudio	15
3.3.1 Criterio de inclusión	15
3.3.2 Criterio de exclusión	15
3.4 Diseño muestral	16
3.5 Técnica de recolección de información	16
3.5.1 Dimensiones y tópicos	18
3.6 Procesamiento de la información	20
3.7 Validez y confiabilidad	21
3.7.1 Consideraciones éticas	21
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
4.1 Perfil de las mujeres informantes	23
4.2 Percepción de las mujeres respecto a la importancia de la participación en actividades educativas incluidas en el control prenatal	25
4.2.1 Apego Madre-Padre-Recién Nacido	25
4.2.2 Importancia entregada a las actividades educativas respecto al Apego	28
4.2.3 Influencia de los talleres en el proceso de gestación	30

4.2.4	Influencia de los talleres en el trabajo de parto y parto	33
4.3	Percepción de las mujeres respecto a la importancia de un acompañante o persona significativa durante las actividades educativas y en el trabajo de parto y parto	34
4.3.1	Presencia de una persona significativa en los talleres educativos	34
4.3.2	Influencia de la compañía en el trabajo de parto y parto	35
4.4	Percepción de las puérperas, respecto a la utilización de técnicas psicofiláticas en su experiencia de parto natural	38
4.4.1	Influencia del empleo de técnicas psicofiláticas.	39
4.4.2	Sensaciones que experimentan las mujeres con el uso de técnicas psicofiláticas	40
4.5	Vivencias de las mujeres respecto a la experiencia de parto natural	42
4.5.1	Sensaciones y vivencias atribuidas al parto natural	42
4.5.2	Parto Natural	44
4.5.3	Enfrentamiento a la maternidad	47
4.6	Percepción de las mujeres respecto a la influencia del entorno en la asistencia del parto en la maternidad del Hospital de Paillaco	49
4.6.1	Percepción de los funcionarios del servicio de maternidad	49
4.6.2	Calidad de atención	52
4.6.3	Influencia del entorno social	55
5.	CONCLUSIONES	59
5.1	Proyecciones de la Investigación	64
6.	BIBLIOGRAFÍA	66
7.	ANEXOS	73
	ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	74
	ANEXO 2: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	75

RESUMEN

Antecedentes: El nuevo modelo de atención personalizada con enfoque familiar en el proceso reproductivo, incluye el uso de técnicas psicoprofilácticas. Su incorporación durante la gestación y la atención natural del parto, favorece la satisfacción y el bienestar materno.

Objetivo: Explorar la percepción del parto de las puérperas que durante el proceso de gestación hayan participado de talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estadía en la maternidad del Hospital Paillaco utilizaron técnicas psicoprofilácticas en su trabajo de parto, en el periodo septiembre de 2007 hasta febrero de 2008. **Material y método:** Estudio

cuantitativo, fenomenológico, de carácter descriptivo, transversal, de tipo exploratorio. Se aplicó entrevista en profundidad a siete usuarias, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. **Resultados:** La percepción positiva del uso de técnicas psicoprofilácticas por parte de las mujeres del estudio, se sustenta en que favorece la seguridad, confianza y autonomía materna. Durante el proceso de gestación y nacimiento las mujeres que usaron alguna técnica indicaron un mayor avance de la dilatación cervical. Por su parte, la educación prenatal, ayudó al desarrollo del vínculo afectivo. **Conclusiones:** La percepción de las mujeres, en cuanto a la utilización de técnicas psicoprofilácticas durante el proceso de gestación y la atención natural del parto fue positiva, el entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto.

Palabras claves: Técnicas Psicoprofilácticas, Parto Natural, Educación Prenatal, Acompañamiento, Vínculo Afectivo, Vivencias.

SUMMARY

Background: The new personalized service model with family focus on the reproductive process, include the use of psychoprofilactic techniques. Its incorporation during gestation and natural childbirth care, fosters satisfaction and welfare of the mother. **Objective:** To explore the perception of the birth in puerperal women, that during the process of gestation, have participated in educational workshops offered by the new model of personalized attention in the reproductive process for prenatal care and that during his stay in the Maternity Hospital of the psychoprofilactic techniques used Paillaco in their labour, in the period September of 2007 to February of 2008. **Materials and methods:** A qualitative study phenomenological of descriptive character, cross-type and exploratory. In-depths interviews was applied to seven users, selected by non-probability sampling. **Results:** The positive perception in the use of psychoprofilactic techniques by women's study is sustained by promoting security, trust and maternal autonomy. Women using any technique during the gestational and birth processes, indicate an advance in the cervical dilatation. For his part, prenatal education aids in the development and to the affective bonding. **Conclusions:** Our study detected a positive perception in the use of psychoprofilactic techniques during the processes of pregnancy and natural childbirth care, the closest social environment influences the perception of care delivery.

Key Words: Psychoprofilactic Techniques, Natural Childbirth, Prenatal Education, Company, Emotional Ties, Accompanying, Perception.

1. INTRODUCCIÓN

La necesidad de incorporar la percepción y las vivencias de las mujeres acerca del trabajo de parto y parto se hace fundamental si consideramos la maternidad desde un enfoque integral, valorando sus experiencias previas, sus temores y expectativas de la experiencia que será la más emotiva e importante de su vida.

Se entiende por Técnicas Psicoprofilácticas a aquellas utilizadas en el parto natural que se sustentan en manejo del dolor por medios no farmacológicos, en las cuales la mujer ejerce autocontrol sobre su cuerpo y mente. La utilización de técnicas psicoprofilácticas, llamadas también terapias complementarias para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto, está relacionada con necesidades de confianza, seguridad, y control del propio cuerpo, donde la mujer es la protagonista del proceso, lo que favorece el desarrollo del vínculo afectivo con su hijo o hija.

Al considerar la experiencia a nivel mundial, Holanda, es uno de los países con mejores índices perinatales del mundo: con un porcentaje de cesáreas bajo un 10 %, el 30 % de los partos ocurre en casas de parto, con Matrona. En Alemania y Europa son crecientes las Casas de Partos y Partos en casa, atendidos por Matrona, con excelentes resultados y aceptación. En Latinoamérica se ha desarrollado un gran movimiento, en Brasil, destaca la Partera Empírica como un gran aporte y las Casas de Parto también se utilizan con gran aceptación.

Según el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2004), original no consultado, a nivel de país, la tasa de cesáreas alcanza un 40%. En relación a la anestesia peridural, se habría administrado al 41% de los partos vaginales. La participación del padre en el parto alcanza un promedio porcentual a nivel país de 42 %. Con una atención profesional del parto cercana al 100 % y, con una tasa global de fecundidad en el año 2004 de 1,9 hijos

por mujer, cada parto debiera ser una experiencia altamente significativa para todos los participantes: la mujer, su pareja y su hijo o hija, como principales protagonistas del evento y, para todos los integrantes del equipo asistencial, en el ejercicio de sus respectivas capacidades y competencias.

La preparación psicoprofiláctica para el parto se ha introducido en nuestro país, como la preparación psicofísica del parto, lo cual se basa en la demostración científica de que el parto es un fenómeno natural y la educación en el control prenatal utilizando protocolos, reduce el número de intervenciones rutinarias e innecesarias durante el embarazo y parto.

La incorporación del nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo y la atención natural del parto en la maternidad de la comuna de Paillaco, motiva al equipo investigador a indagar acerca de las percepciones que tienen las mujeres de esta comuna, respecto a esta nueva modalidad en la atención, por lo que a través de este estudio buscamos responder nuestra pregunta de investigación:

¿Cómo perciben las mujeres, de la comuna de Paillaco, la incorporación del nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo y la atención natural del parto con la utilización de técnicas psicoprofilácticas durante el trabajo de parto y parto?

El propósito de la maternidad del hospital Paillaco, es contribuir al nacimiento de un niño o niña en forma natural, a través de la incorporación de técnicas psicoprofilácticas, como respiración, masajes, baños de agua tibia y ejercicios de movimientos de la pelvis mediante la utilización de un balón terapéutico, logrando así un parto no medicalizado, y contribuyendo a que la parturienta tenga la experiencia más importante de su vida como madre, de una forma más natural.

El propósito de esta investigación es conocer la percepción que tienen las mujeres respecto a su experiencia de parto natural, los resultados servirán de sustento a los/las profesionales que trabajan en la maternidad y consultorio de la comuna de Paillaco, comprender los aspectos

claves y las particularidades que hacen única esta experiencia de parto natural para cada mujer, pareja o familia y poder aportar información relevante y pertinente a las necesidades que éstas mujeres presentan, para así otorgar una atención holística en este proceso.

1.1 OBJETIVO GENERAL:

1. Explorar la percepción del parto de las puérperas que durante el proceso de gestación hayan participado de talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estadía en la maternidad del Hospital Paillaco utilizaron técnicas psicoprofilácticas en su trabajo de parto, en el periodo septiembre de 2007 hasta febrero de 2008

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir la percepción que las mujeres tienen respecto a la importancia de la participación en actividades educativas incluidas en el control prenatal.
2. Describir la percepción de las mujeres respecto a la importancia de un acompañante o persona significativa durante las actividades educativas y en el trabajo de parto y parto.
3. Explorar la percepción de las puérperas, respecto a la utilización de técnicas psicoprofilácticas en su experiencia de parto natural.
4. Describir las vivencias de las mujeres, respecto a la experiencia de parto natural.
5. Describir la influencia del entorno social respecto a la percepción de las mujeres en la asistencia del parto en la maternidad del Hospital Paillaco.

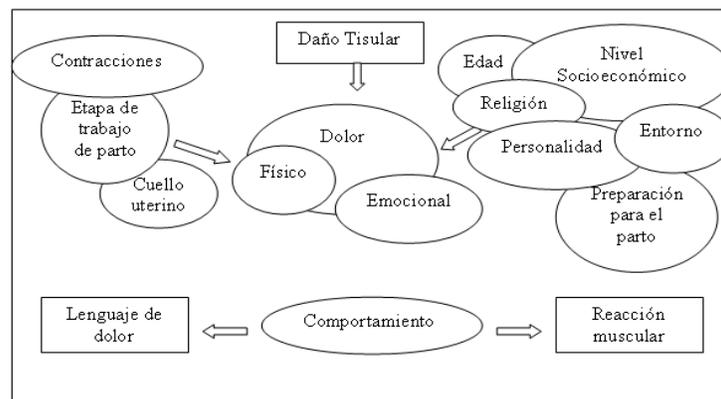
2. MARCO TEORICO.

2.1 EL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO.

Dolor se define como una experiencia desagradable sensorial y emocional relacionada con una lesión real o potencial de un tejido, otorgándole especial énfasis a la contribución psicológica en la experiencia de dolor (TOURNAIRE, 2007).

Respecto a la fisiología del dolor durante el trabajo de parto, en primer lugar, éste se explica como un dolor de tipo agudo, que tiene dos dimensiones, una dimensión sensorial o física, con la transmisión de información de los estímulos de dolor al cerebro, y una dimensión afectiva, que está dada principalmente por la interpretación de estos estímulos, en donde interactúan variables emocionales, sociales, culturales y cognoscitivas únicas al individuo, esquematizadas en el cuadro N°1.

Cuadro N°1: Variables emocionales, sociales, culturales y cognoscitivas del dolor del parto.



Fuente: Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor Michel Tournaire; Anne Theau-Yonneau. 2007.

Para las mujeres que están en trabajo de parto, en las dos etapas de trabajo de parto se distinguen tipos diferentes de dolor y rutas de transmisión. Durante la primera etapa (dilatación), el dolor visceral predomina, debido a distensión mecánica de la cérvix y del segmento inferior del útero. Estos estímulos son transmitidos a la médula espinal en el nivel del décimo torácico a la primera raíz lumbar. El dolor provocado por las contracciones uterinas pueden ser sentidas a nivel del sacro, porque los nervios que inervan el útero también actúan sobre el área lumbosacra. Durante la segunda etapa, (fase de descenso) el dolor es causado, además, por la distensión y el estiramiento del piso pélvico y el perineo. Estos estímulos son transmitidos desde el nervio pudendo a las ramas del segundo a cuarto nervio sacro.

2.2 MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO.

Grantly Dick Read introdujo el término “parto natural o parto sin dolor” en el año 1929, él plantea que el dolor del parto era una respuesta patológica producida por el miedo, con base en el Síndrome Temor-Tensión-Dolor, que da como causa primordial el dolor del parto. En general la mujer siente temor a este evento, que se atribuye a la influencia de la religión y la ignorancia respecto a los procesos fisiológicos del embarazo y del parto. Él autor planteó que era esencial enseñar a las mujeres la anatomía y la fisiología del parto, e instruir las en la relajación física y mental. Ambas alternativas eran utilizadas para disminuir el dolor y se sustentan en que las mujeres embarazadas al familiarizarse con el proceso de parto se crea una atmósfera de confianza. CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) (2006).

Los rusos, en cambio, explicaron el dolor del parto como el resultado de un reflejo condicionado producido por la palabra, o sea, por la educación y la cultura, con base en los hallazgos de Pavlov y Platonov, que la palabra en el hombre actuaba como un “segundo sistema de señales”, con características físicas y fisiológicas y, por tanto, con capacidad de producir condicionamientos (MINSAL, 2006).

En 1950 el Dr. Fernand Lamaze introdujo su método en Francia después de una visita a Rusia, y postuló que el miedo es la principal causa del fracaso del parto natural. Para ayudar a las mujeres a revertir esta situación desarrolló técnicas como: mantenerse en actividad durante el trabajo de parto, técnicas respiración durante las contracciones uterinas y técnicas de relajación. Postuló que el comportamiento consciente aprendido con respiración y relajación, ayuda a tener un parto sin miedo, con menos dolor y con la mínima cantidad de medicamentos (MINSAL, 2006).

El método de Bradley facilita el parto natural y potencia la ayuda de los padres que trabajan conjuntamente con el equipo de salud. Enseñaba a las mujeres embarazadas a realizar una respiración profunda abdominal y realizaba un plan educativo para mejorar el entendimiento del proceso trabajo de parto y parto (MINSAL, 2006).

El Obstetra francés Leboyer introdujo el “Parto sin violencia”, propuso a mediados de los 70 que la sala de parto fuera un cuarto apacible y calmo, que tuviera luz tenue y música suave, y que el recién nacido recibiera un baño de agua caliente al nacer. Leboyer consideraba que la serenidad obtenida por la atención al feto levantaba el umbral de dolor de las mujeres en trabajo de parto, aunque no hubo ninguna evaluación específica de los efectos sobre el dolor, sin embargo, las parejas expresan un alto grado de satisfacción. Recomendaba además, no ejercer presión sobre la cabeza del feto a fin de que el mismo pueda llegar al mundo de la manera más natural posible. El objetivo propuesto para desarrollar esta metodología era minimizar el trauma y las tensiones experimentadas por el feto en el momento del parto y de su nacimiento. Leboyer afirmaba que los niños (as) que nacían en ambientes tranquilos eran más felices y se sentían más seguros. El método de Leboyer buscaba, sobre todo, que el feto naciera en un ambiente agradable de forma que el paso del vientre materno al exterior sea lo menos traumático posible (MINSAL, 2006).

El parto instintivo o parto en el agua, recomendado por Michel Odent en Francia, en el cual se da una gran importancia al contacto afectivo y al cálido trato con la embarazada, prescindiendo de toda acción educativa que Odent la considera innecesaria, puesto que lo más

importante es reunir algunas condiciones especiales del medio que le permitan a la parturienta poner en marcha sus fuerzas instintivas, que la llevarán a un parto normal, espontáneo, sin medicación y sin intervencionismo en la mayoría de los casos (ODENT, 2001).

La preocupación internacional por la creciente medicalización de las experiencias del parto, ha llevado a replantear el apoyo continuo y personalizado por parte de una persona significativa, hombre o mujer “doulas”, durante el trabajo de parto (KLAUS, 2002). Entre sus elementos comunes se incluyen: apoyo emocional, presencia continua que presta tranquilidad y estímulo, información sobre el progreso del trabajo de parto, y consejos sobre técnicas de autocontrol, medidas que le brinden comodidad tales como caricias, masajes, baños o duchas tibias, facilitar la adecuada ingesta y eliminación de fluidos, y representación para ayudar a que la mujer pueda comunicar sus deseos a los demás.

Al emplear técnicas naturales, se debe considerar los aspectos socioantropológicos del proceso, modificar el carácter intervencionista de la atención, tal vez como producto de la priorización tradicional de los aspectos biológicos, y la capacidad de las personas de decidir y asumir responsablemente su papel protagónico en el proceso.

Desde tiempos inmemoriales, el parto se considera como un proceso doloroso y peligroso, el cual tenía que soportarse o padecerse como tributo inevitable para alcanzar la felicidad de la maternidad. La mayoría de las mujeres ratificaban a sus hijas ese inevitable hecho avalado por la experiencia, transmitiendo así transgeneracionalmente, las expectativas, sin que mediara ningún espíritu crítico.

La preparación psicoprofiláctica para el parto se ha introducido en nuestro país, como la preparación psicofísica del parto, lo cual se basa en la demostración científica de que el parto es un fenómeno natural. Un estudio realizado en Chile señala que la educación en el control prenatal utilizando protocolos, reduce el número de intervenciones rutinarias e innecesarias durante el embarazo y parto (SOTO, 2006). El método psicoprofiláctico no utiliza drogas, anestésicos ni hipnóticos; su propósito es enseñar a parir a la embarazada. Para lograrlo

requieren su participación activa, confiada e inteligente y, por consiguiente, respeta e inclusive estimula su estado de vigilia y atención. Con este procedimiento se sustituye a la mujer pasiva y entregada al dolor (que dificulta con sus reacciones negativas el proceso normal del parto) por una mujer activa, perseverante, tranquila y entregada a la tarea de cooperar con su mente, sus músculos y su respiración.

En esencia, el método consiste en informar e instruir sobre la conducta que la mujer debe seguir durante el parto, y ejercitarla durante las últimas semanas de su embarazo en las actividades que debe asumir a medida que avanza el trabajo de parto y se acerca el momento tan esperado y anhelado por la mujer y su acompañante. Lo más importante no son los ejercicios físicos en sí, sino, la preparación psíquica. Esta preparación es como un ensayo cotidiano del parto. Los ejercicios permiten una preparación muscular fisiológica que ayuda a la realización correcta del parto. Los familiares más cercanos a la embarazada y la pareja deben participar en el proceso, apoyarla en sus esfuerzos de aprendizaje, y estimularla a continuar evitando las influencias psicológicas negativas que la rodean (GUPTA, 1999).

En Chile existen hospitales - Hospital de Villarrica, Chillán e Iquique - que se encuentran trabajando con técnicas naturales para el parto. También existen centros de atención integral para la maternidad en el ámbito privado que preparan a la mujer y su pareja para tener un parto natural y en estas entidades, las técnicas más utilizadas reúnen una recopilación de los métodos antes señalados que incluyen la educación, respiración, uso de balón terapéutico durante el trabajo de parto, terapia manual en el tratamiento del dolor lumbar, mecánica del movimiento, baños de agua tibia, ambiente adecuado libre de ruidos, baja iluminación, posiciones verticales tanto en el trabajo de parto, como en el nacimiento, privacidad en el ambiente y por supuesto la presencia de una persona significativa para la mujer y que ésta desee la acompañe en el proceso (MINSAL, 2006).

Hemos sido testigos también de la incorporación de estrategias impulsadas por el Ministerio de Salud de nuestro país en respuesta a las exigencias del mundo actual, en que lo natural estaba siendo desplazado y es así como se ha creado un manual de atención para el proceso

reproductivo que sin duda será una herramienta para la gran mayoría de las maternidades de Chile. Este nuevo modelo de atención contempla seis talleres de preparación para el embarazo y parto, alternados con los controles prenatales habituales, cuyo objetivo es otorgar y fortalecer conocimientos, y entregar herramientas para que la mujer enfrente con mayor seguridad el proceso de gestación, nacimiento y postparto.

2.3 SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA: CHILE CRECE CONTIGO.

En Chile existe un “Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia” denominado Chile Crece Contigo, que forma parte del Sistema de Protección Social en funcionamiento desde 2007 a 2010 y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, focalizando “a cada quien según sus necesidades”. Su propósito es atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia, (desde la gestación hasta los 4 años), promoviendo las condiciones básicas necesarias, en el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno.

Para los niños que se atienden en el sistema público de salud, Chile Crece Contigo contempla el reforzamiento del control de embarazo; entrega de la Guía de la Gestación y el Nacimiento; talleres y actividades de preparación al parto y a la crianza; visitas domiciliarias a madres con factores de riesgo, además de atención personalizada del parto como garantía GES; derecho de la madre a estar acompañada por el padre, otro familiar o persona significativa; fomentar el apego temprano padres-hijo/a.

En la comuna de Paillaco este programa se implementó en agosto de 2007, y los talleres de educación prenatal se efectúan en la maternidad del Hospital Paillaco, tanto por las matronas

de nivel primario como terciario, que a su vez están comunicadas en red con la matrona de posta rural.

2.4 DIEZ PRINCIPIOS DE LA OMS PARA EL CUIDADO PERINATAL, EL CUIDADO DEL EMBARAZO Y PARTO NORMAL.

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un mínimo de intervenciones, que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como matronas y matrones, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.

7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos están siendo incorporados en los materiales técnicos así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la OMS (CHALMERS, 2001).

Incorporar alternativas complementarias para el manejo del dolor en el parto natural no implica solamente acciones para mejorar la calidad de la atención, esto se refiere a una nueva antropología, a una concepción del ser humano cuya esencia es la ternura, el afecto, la compasión. Esta visión comprende al ser humano integrado con los demás y con la tierra, de la cual forma parte como conciencia, el ser humano es la parte consiente de la tierra (MINSAL, 2006).

La gestación, el parto y el nacimiento se vislumbran cada vez con mayor claridad como momentos y claves de impacto para cambios trascendentes. La gestación y el nacimiento son fenómenos claves en el ser humano y momentos decisivos para el desarrollo de una sociedad. La información científica creciente y abrumadora avalan estos momentos para la construcción de una sociedad sana y sin violencia (MINSAL, 2006)

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se inscribe en la lógica de Metodología Cualitativa que se basa en percepciones, opiniones, relatos, observaciones, que hacen posible rescatar la subjetividad de las personas, a través de la valoración de conceptos y descripciones enmarcados en una importante variable cultural.

La subjetividad es lo que va a permitir explicar o comprender las verdaderas razones del comportamiento o preferencia de los individuos por ciertas conductas y formas de vida. (TAYLOR y BOGDAN, 1987).

Cuando se decide emplear la metodología cualitativa de la investigación, es necesario preguntarse, al mismo tiempo, por los elementos que caracterizan el denominado tercer entorno y que afectan a la dinámica cultural, la socialización, el compromiso ciudadano y la afiliación ideológica (SÁNCHEZ *et al.*, 2002). Otra justificación respecto a la elección de la metodología cualitativa es porque permite la comprensión del caso en estudio, en forma natural, sin mayores intervenciones de el/la investigador/a, con la propia visión que los y las informantes tienen de ello, expresándola en sus propias palabras, sin necesidad de usar conceptos complicados o estandarizados, no busca hacer una cuantificación numérica del fenómeno, sino describirlo tal cual se expresa en la vida real (TAYLOR y BOGDAN, 1987).

A través de esta metodología se alcanza una aproximación al objetivo principal de la investigación, que es “Explorar las percepciones de las mujeres respecto a su experiencia de parto natural en Hospital Paillaco entre Septiembre de 2007 y Febrero de 2008”.

Esta investigación cualitativa se realizará mediante un estudio de carácter descriptivo y transversal, para explorar las vivencias de las mujeres que han tenido parto natural en la maternidad del Hospital de Paillaco. Este tipo de estudio nos permitirá explorar percepciones, experiencias, emociones y sentimientos de las mujeres, frente a un determinado fenómeno (STRAKE, 1999).

La investigación es de tipo exploratorio, porque no existe evidencia cualitativa con trabajo de campo, que revele la percepción de las mujeres respecto a su experiencia de parto natural, este tipo de estudio permite aclarar ideas que han sido relacionadas vagamente con el problema a estudiar, estableciendo nuevas afirmaciones y permitiendo ampliar el campo investigativo (HERNANDEZ, 2003).

Es transversal porque la investigación se desarrollará durante un período de tiempo limitado o único, donde las variables se estudiarán simultáneamente en determinado momento: Septiembre 2007 a Febrero 2008.

Descriptivo porque con él se desea expresar mediante palabras, imágenes mentales de un acontecimiento o fenómeno, una sensación o sentimiento, desde la perspectiva de quien la experimenta (STRAUSS y CORBIN, 2002).

De tipo fenomenológico, en tanto explora en las experiencias y vivencias de un grupo de mujeres enfrentadas a un fenómeno de la naturaleza femenina, pero no por ello menos diverso en su expresión, se describen las experiencias de estas mujeres mediante el detalle de sus relatos (HERNANDEZ, 2003).

El método utilizado es estudio de caso, ya que examina y analiza con profundidad la interacción de los factores que producen cambio, crecimiento o desarrollo en casos particulares seleccionados (PEREZ, 2001).

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la comuna de Paillaco, Región de los Ríos, específicamente con mujeres atendidas en el Hospital y Consultorio Adosado de Paillaco.

3.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO

Mujeres multíparas que tuvieron un parto fisiológico, sin patología asociada atendidas en consultorio y Hospital de Paillaco, que participaron de los talleres propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada para el proceso reproductivo.

3.3.1 Criterios de Inclusión:

- Mujeres multíparas.
- Mujeres que hayan participado en los talleres educativos incluidos en el control prenatal.
- Mujeres sin factores de riesgo, sin patología asociada y sin control policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO).
- Mujeres que deseen participar de la investigación.
- Mujeres que ingresaron a la maternidad en trabajo de parto inicial.

3.3.2 Criterios de Exclusión:

- Mujeres primigestas.
- Mujeres con factores de riesgo y/o en control policlínico de ARO.
- Mujeres con patología asociada.
- Mujeres que no participaron en talleres educativos.
- Mujeres que no deseen participar en la investigación.
- Mujeres que ingresen en expulsivo a la maternidad.

- Emergencias obstétricas tales como: Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Presentación fetal en podálica durante trabajo de parto, Sufrimiento Fetal Agudo, Expulsivo Detenido, Prolapso de cordón umbilical.

3.4 DISEÑO MUESTRAL

La muestra corresponde a una Muestra No Probabilística, donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de el y la investigador (a), y es ventajosa, en cuanto se utiliza para una elección cuidadosa y controlada de sujetos con características especificadas en el planteamiento del problema (HERNÁNDEZ, 2003). El objetivo del muestreo cualitativo es comprender el fenómeno de interés, por lo tanto, en este caso, la selección se realizará a través del muestreo de “casos típicos”, los cuales son representantes de las distintas realidades y percepciones de las mujeres con experiencia de parto natural.

La selección de la muestra se realizará basándose en la revisión de tarjeteros de control prenatal y el libro de partos del Hospital Paillaco, considerando los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se efectuará una visita a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión para solicitar su participación en la investigación, a través de la firma de un consentimiento informado.

En este tipo de investigación, la cantidad y calidad del conocimiento que se desea obtener sobre el tema en cuestión, no está necesariamente en función del tamaño de la muestra empleada para hacer la entrevista. El número de sujetos a estudiar esta determinado por la saturación de la muestra, definido esencialmente por las necesidades del proceso investigativo.

3.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica de recolección de información es la entrevista en profundidad utilizada para adquirir el máximo de información e ir al fondo de las verdaderas razones que mueven a las

usuarias a actuar y a pensar de una determinada manera. Esta técnica se basa en observar, registrar gestos, expresiones del rostro, comportamientos, palabras, expresiones verbales o tonos de voz de las usuarias. En este caso las entrevistas fueron realizadas en forma individual, con el apoyo de una guía temática. Esta técnica fue seleccionada, por ser el instrumento para recolectar información de manera tranquila, provocando un clima óptimo, donde la entrevistada puede desarrollar una plática fluida que permita obtener la información deseada (VALLES, 2000). El cuestionario de apoyo está basado en un repertorio de preguntas que, a modo de guía, nos permite interiorizarnos en el tema y organizar en parte la interacción, aunque en el curso de la entrevista pueden añadirse otras e incluso eliminarse algunas de ellas. De ahí su carácter semi-estructurado, pues se trata de un cuestionario abierto, de respuesta libre y preguntas no absolutamente predeterminadas, aunque con un guión preestablecido (GAITAN, 1998).

Para efectos del análisis no basta sólo con registrar las ideas sino que también se requiere examinar el contexto en que esas ideas aparecen. Para complementar la información se utilizará la Observación, técnica que nos permite evaluar la comunicación no verbal y la comunicación corporal, registrando así gestos, tonos de voz, comportamientos y expresiones faciales a través de notas de campo (PINEDA et al, 1994).

La entrevista en profundidad tiene por objetivo motivar a las mujeres que participan de nuestra investigación, a proporcionar información que nos permita explorar la percepción respecto a la aplicación de técnicas psicoprofilácticas durante su estadía en la maternidad del Hospital de Paillaco.

3.5.1 Dimensiones y Tópicos

Durante esta investigación se analizaron las siguientes dimensiones y tópicos:

Objetivos	Dimensiones	Tópicos
<p>Describir la percepción que las mujeres tienen respecto a la importancia de la participación en actividades educativas incluidas en el control prenatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento sobre Apego. -Valoración de Actividades Educativas. - Conocimiento de los talleres educativos durante el proceso de gestación. - Valoración de los talleres educativos durante el proceso de gestación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apego Madre - Padre – Recién Nacido. - Importancia entregada a las actividades educativas respecto al apego. -Influencia de los talleres en el proceso de gestación. - Influencia de los talleres en el trabajo de parto y parto.

<p>Describir la percepción de las mujeres respecto a la importancia de un acompañante o persona significativa durante las actividades educativas y en el trabajo de parto y parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la presencia de una persona significativa durante las actividades educativas. -Valoración de la compañía durante el trabajo de parto y parto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de una persona significativa en los talleres educativos. -Influencia de la compañía en el trabajo de parto y parto.
<p>Explorar la percepción de las púerperas, respecto a la utilización de técnicas psicoprofilácticas en su experiencia de parto natural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del uso de técnicas psicoprofilácticas durante el trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia del empleo de técnicas psicoprofilácticas. - Sensaciones que experimentan las mujeres con el uso de técnicas psicoprofilácticas.
<p>Describir las vivencias de las mujeres, respecto a la experiencia de parto natural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de Parto Natural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensaciones y vivencias atribuidas al parto natural. - Parto natural. - Enfrentamiento a la maternidad.

<p>Describir la influencia del entorno social respecto a la percepción de las mujeres en la asistencia del parto en la maternidad del Hospital Paillaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de calidad de atención profesional y no profesional. - Condicionamiento frente al proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de los funcionarios del servicio de maternidad. - Calidad de atención. - Influencia del entorno social.
--	--	--

3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido. Este tipo de análisis permite una descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto de la comunicación. En el procesamiento de la información se transcribieron las entrevistas grabadas de manera fidedigna y completa, se transcribieron las notas de campo y fueron comparadas con las cintas de modo que reprodujeran lo más fielmente posible las ideas expresadas por las mujeres entrevistadas.

Posteriormente, se realizó un análisis profundo de los contenidos. Se plantearon las dimensiones y tópicos para así poder refinar la información. Se fué retroalimentando el marco teórico ya que se realizó una búsqueda bibliográfica que sustentó la investigación según las categorías emergentes, de aspectos no considerados en la formulación del proyecto.

Las entrevistas fueron realizadas de manera individual en las casas de las mujeres informantes, se realizaron dos sesiones de entrevista, de alrededor de 50 minutos cada una, este instrumento

fue aplicado en el hogar de las informantes para recolectar la información de manera tranquila, generando un clima óptimo, donde la entrevistada puede desarrollar una plática fluida que permita obtener información deseada (VALLES, 2000).

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validación se llevó a cabo mediante la aplicación de los diferentes instrumentos de recopilación de la información como menciona PÉREZ (2001), comparando y contrastando la información con las categorías, hallazgos de la investigación y marco teórico. Para validar internamente el estudio, se utilizó la técnica de la triangulación, que es definida como la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación. En este estudio se aplicó la triangulación, donde se cruzó la información aportada por diferentes técnicas de recolección de información (GARCÍA, 2002). De este modo, se trianguló la técnica de entrevista en profundidad y la Observación.

3.7.1 Consideraciones éticas

Todo trabajo investigativo debe regirse por un código ético, que consiste principalmente en el compromiso de no distorsionar la realidad y guardar discreción acerca de la vida de las personas participantes del estudio, en este sentido, el resguardo de la confidencialidad y anonimato se llevó a cabo con la identificación para las citas de las informantes a través de nombres ficticios y con la fiel transcripción de las entrevistas, las cuales fueron entregadas a las informantes para agregar o quitar lo que estimen conveniente de la información proporcionada.

Para asegurar confiabilidad, las preguntas planteadas en la entrevista son comprensibles para las entrevistadas, la utilización de grabadoras durante la entrevista fue informada previamente para evitar distorsionar la información y respetar el consentimiento de las informantes.

Al término de la investigación, los resultados serán informados a la comunidad donde se realizó el estudio, en un formato y lenguaje pertinente.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se presentan los resultados de acuerdo a las categorías de análisis generadas a partir de las dimensiones y tópicos elaborados con anterioridad, que fueron contrastados con los discursos de las informantes a fin de resguardar la condición de estudio inductivo.

En primer término se presenta un cuadro resumen con el perfil de las participantes del estudio y a continuación las categorías y subcategorías de análisis.

4.1 PERFIL DE LAS MUJERES INFORMANTES.

Para asegurar la confidencialidad los nombres reales fueron reemplazados con nombres de aves, ya que representa la libertad con que las mujeres vivieron su experiencia de parto natural.

Dentro de las características de las mujeres a investigar destaca que sus edades fluctúan entre los 21-35 años. Todas son dueñas de casa con escolaridad media completa, tres de ellas son casadas, tres conviven y una de ellas está soltera pero con pareja, por lo tanto todas cuentan con el apoyo de la pareja.

Respecto a los antecedentes obstétricos todas son multíparas de dos, tres planificaron su embarazo y las otras cuatro aceptaron su embarazo sin problemas. El tipo de parto fue en su mayoría vertical y sólo dos tuvieron su parto semisentadas. El número de veces que asistieron a los talleres fue entre tres y cinco veces, ninguna de ellas acudió a los seis talleres. Sólo dos de ellas acudió a los talleres con compañía pero casi la totalidad estuvo acompañada durante su trabajo de parto y parto.

El cuadro numero dos muestra el detalle de los perfiles de las mujeres informantes.

Cuadro 2: Perfil de la Mujeres Informantes

	Paloma	Loica	Golondrina	Gaviota	Garza	Zorzal	Torcaza
Edad	24	35	24	29	32	35	21
Escolaridad	E.M. Completa	E.M. Completa	E.M. Completa	E.M. Completa	E.M. Completa	E.M. Completa	E.M. Completa
Estado civil	Soltera c/ pareja	Casada	Casada	Casada	Conviviente	Conviviente	conviviente
Religión	Creyente	Católica	Evangélica	Católica	Católica	Católica	Creyente
Ocupación	Dueña de casa	Dueña de casa	Dueña de casa	Dueña de casa	Dueña de casa	Dueña de casa	Dueña de casa
Paridad	Multipara de 2	Multipara de 2	Multipara de 2	Multipara de 2	Multipara de 2	Multipara de 2	Multipara de 2
Embarazo planificado y/o aceptado	Aceptado	Planificado	Aceptado	Aceptado	Planificado	Planificado	Aceptado
Compañía en talleres	Si	Si	No	No	No	No	No
Compañía en parto	Pareja	Mamá, Hermana	No	Mamá, Hermana	Hermana	Mamá	Pareja, Hermana
Tipo de parto	Vertical	Vertical	Vertical	Vertical	Vaginal, semisentada, sutura 2 puntos	Vaginal, semisentada, sutura 2 puntos	Vertical
Número de talleres que asistió	4	3	5	3	4	3	5

Fuente: Datos recopilados de entrevista a usuarias informantes.

4.2 PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS INCLUIDAS EN EL CONTROL PRENATAL.

4.2.1 Apego Madre-Padre-Recién Nacido.

Según AIZPURU (1994), original no consultado, apego es el vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre, que los impulsa a permanecer juntos en el espacio y en el tiempo. Otra definición para apego es que es considerado un proceso de maduración a través del cual el cuidador principal de la infancia adquiere la calidad de un objeto de amor.

Desde una perspectiva sicosocial, el apego se considera un sistema comportamental creado entre el recién nacido y su madre, dedicado a organizar de manera coherente ciertas conductas (llanto, búsqueda de proximidad, protesta frente a la separación) de acuerdo a las necesidades del recién nacido, asegurando la creación de vínculos firmes entre ambos, con el fin de favorecer la protección y la supervivencia. Además de proporcionar protección y confort, el apego permite una sincronía psicobiológica entre el recién nacido y su madre, entre los estados emocionales internos de cada uno, donde las alegrías así como también los miedos y ansiedades se transmiten entre ambos (MINSAL, 2007).

El nacimiento es un momento especial, mágico, donde se crean las condiciones para que se produzca el vínculo madre-hijo, el cual tendrá efectos duraderos en su relación. MARSHALL y KENNEL (1986), señalan que este período es el más susceptible para el desarrollo del vínculo y que aquellas madres que lo experimentan tienen un comportamiento materno más adecuado y los niños se desarrollan mejor. Por ello el nacimiento medicalizado tiene consecuencias no sólo físicas, sino psicológicas y sociales, ya que puede afectar tanto la confianza de la mujer en su capacidad para criar a su hijo, como el desarrollo emocional del bebé (MINSAL, 2007).

La presencia de padre en el parto también es positiva, ya que claramente revaloriza a su mujer, al verla en la experiencia del parto. Se sienten más cercanos al hijo que vieron nacer y más responsables frente a las necesidades del recién nacido (a).

Durante esta investigación destaca que, siete de seis entrevistadas, señaló sentir una mayor cercanía con su hijo (a) al experimentar el apego y lo clasifican como una hermosa experiencia, dentro de sus relatos se menciona la importancia del apego en su relación posterior con su hijo (a). Las mujeres utilizan palabras como “afiatarnos”, “apegado” “cercanía” para describir el vínculo que se genera al momento de recibir a su recién nacido.

“Hace que uno tenga más cercanía con su bebé y esté más consciente de las cosas, más atenta a su bebé” (Golondrina).

“Ah me acercó... yo sentí que fui más cercana con mi hija, es que lo que pasa es que con mi otra hija, la Matrona sacó la pura cabecita y mi esposo recibió todo el cuerpo y todo y después él la fue a vestir y se la llevó y yo siento que por eso tiene más apego con él, ella es como súper allegada a su papá y la Anai (segunda hija) no, es como más apegada a mí y se nota la diferencia. Es mejor para uno” (Golondrina).

Los meses de embarazo brindan a los futuros padres la oportunidad de prepararse tanto psicológicamente como físicamente. Cuando existen complicaciones físicas éstas ponen en peligro la adaptación psicológica. WINNICOTT (1986), original no consultado, pediatra y psicoanalista inglés, sostiene que la madre puede entablar una relación de unidad con su recién nacido gracias a que entra en un estado de preocupación maternal primaria, que surge de los cambios hormonales que sufre el organismo materno durante el embarazo y el parto, y de la experiencia de ver al recién nacido, lo que produce un estado de sintonía o receptividad emocional, tan especial, que permite que la madre actúe en forma intuitiva y aprenda rápidamente a tomar a su hijo, a mudarlo y a desarrollar conductas de adaptación mutua.

“Influye porque uno como que está más apegada a él, igual fue diferente y verlo, porque por ejemplo en el otro parto, uno no lo ve estando en esa posición, y en este yo vi cuando salió, le vi la cabecita, me sentí como más protagonista de lo que estaba pasando, porque en mi otro parto yo estaba botada y después me lo pasaron, en cambio yo aquí estando sentada iba viendo cuando él iba saliendo y eso fue más lindo. Mi esposo no estuvo conmigo ya que él trabaja en Puerto Montt pero cuando lo conoció no se apartó de él, fue él el que lo acostumbro a los brazos” (Gaviota).

El proceso de vinculación afectiva consta de tres momentos claves: la gestación, el momento del parto y el postparto. Durante el momento del parto se produce una activación de las conductas de apego en la madre a través del contacto físico como besar, acariciar, abrazar, estimulando la liberación de mediadores químicos que favorecen el vínculo. MARSHALL y KENNEL (1986), señalan además que este período es el más susceptible para el desarrollo del este vínculo y que aquellas madres que lo experimentaban tenían un comportamiento materno más adecuado y los niños se desarrollaban mejor. En el periodo posparto, el recién nacido (a) comienza paulatinamente a reaccionar a la vinculación afectiva de la madre, entrando en una escalada de refuerzos mutuos que favorecen el desarrollo del apego seguro esto es decisivo para continuar con un crecimiento vigoroso, donde la conexión entre madre e hija(o) se construye desde la interacción, proximidad y afecto que el apego proporciona.

“Buena, porque ahora como la vi nacer y ahora ayudé hartito porque antes a mí no me la pasaron al tiro porque como salió por fórceps se la llevaron, en cambio ahora la vi al tiro y la pude tener hartito rato, entonces eso es rico porque uno cuando la ve nacer lo único que quiere es poder verla y tenerla y besarla entonces ahora yo estoy feliz con mi bebé con eso. Como que me siento más apegada a ella” (Torcaza).

“Fue súper bueno porque cuando ellos ven lo que es realmente, es distinto que le vayan a decir mira nació tu guagua o que se yo, pasa a ver tu guagua, es distinto a que él esté ahí vea lo que uno tiene que pasar para poder tenerla, lo valoran más. Él tenía mucho miedo

de entrar al parto y no quería y no quería... derrepente dijo sí y decía que no se hubiese perdonado no haber estado, porque lo marcó. Y el hecho de estar los tres nos ayudó a afiatararnos más” (Zorzal).

4.2.2 Importancia entregada a las actividades educativas respecto al apego.

El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el bebé, y se consolida como un vínculo afectivo cuando existe un amor recíproco entre el recién nacido y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollaran los demás vínculos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de la vida. (WIDLÖCHER, 2004)

Desde que el feto está en el vientre, la madre empieza a relacionarse con él, siente sus movimientos, le habla y comienza a pensar y a crearse imágenes sobre él, posteriormente cuando el niño(a) nace, la madre tendrá la necesidad tenerlo en sus brazos, de contemplarlo, acariciarlo, mecerlo y protegerlo. El contacto corporal, el intercambio de miradas y sonrisas entre la madre y su hijo (a), y todas las expresiones de afecto entre ambos son las que irán formando el vínculo madre-hijo.

El vínculo se desarrolla como consecuencia de las repuestas de la madre ante las conductas innatas del niño. Desde que él nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel a piel, las miradas y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia. El niño empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia. Éstas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su hijo.

Según BRAND (2004), las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer

un buen ajuste social, por el contrario la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social. Las interacciones madre-niño, son las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor.

Según RODRIGUEZ (2006), original no consultado, la relación del niño (a) con su madre crea la matriz emocional necesaria para el desarrollo del pensamiento. El desarrollo óptimo de las funciones perceptivas e intelectuales del niño depende de una variada y equilibrada estimulación durante los primeros meses de vida. GARCÍA (1992), menciona que la educación maternal, con una preparación física y psicológica adecuada, va a repercutir favorablemente en la embarazada y el feto.

Considerando todo lo anterior podemos señalar que las mujeres entrevistadas relatan que los talleres prenatales sirven para conocer a su hijo y para involucrar a la familia en el proceso:

“... así los vínculos se estrechan, se estimula al bebé” (Garza).

La mayoría de las entrevistadas coinciden en que a través de esta estimulación lo sienten más cercanos y que nacen más atentos a los estímulos del medio.

“Pude saber realmente lo que a él le pasaba dentro de mi guatita, entonces así yo sabía que le tenía que hablar que cantar y todas esas cosas que a una le enseñan para que así nazcan más despiertos” (Zorzal).

“Como en los talleres me dijeron que tenía que hablarle, yo le hablé y se quedaba tranquilito... como que lo sentía más cercano” (Paloma).

Sólo una de las mujeres entrevistadas señaló que desconoce la influencia de los talleres en el vínculo madre- feto ya que su embarazo fue planificado y no notó cambios.

“Es que no sé como influyeron porque igual yo me llevo bien con mi bebé, y no encuentro que haya mucha diferencia. Yo la quiero harto” (Torcaza).

Respecto a la incorporación de la pareja sólo una de las entrevistadas mencionó a la pareja y señaló que:

“... no encontré cambios en la relación porque el siempre ha sido preocupado...” (Loica).

Esta única respuesta puede verse influida a que las parejas no pueden participar de los talleres prenatales porque su horario de trabajo no lo permite, y esto se refleja en que sólo dos mujeres acudieron con su pareja a algunos talleres.

Los hallazgos en nuestro estudio fueron concordantes con los estudios anteriores, ya que la educación maternal, favorece la relación de unidad con el recién nacido desde el momento de recibirlo, las entrevistadas destacan la importancia del apego en su relación posterior con el recién nacido/a y consideran que las actividades educativas son importantes para el fortalecimiento del vínculo afectivo, ya que las ayuda a conocer su hijo/a, aprenden a estimularlos/as y se sienten más cercanas a ellos/as.

4.2.3 Influencia de los talleres en el proceso de gestación.

La mayoría de las mujeres entrevistadas relaciona la incorporación de talleres educativos en los controles prenatales con sensaciones de confianza, seguridad, y preparación para enfrentar todo que significa ser madres y además le atribuyen al conocimiento de los cambios que experimentan tanto ellas, como su hijo (a) en todo su desarrollo un gran valor para poder actuar, en libertad, informadas, y con propiedad para tomar decisiones y gozar con plenitud su embarazo.

Las mujeres entrevistadas manifiestan que esta nueva modalidad de aprender es para ellas un gran beneficio, aunque hoy la información se puede obtener fácilmente a través de los medios

de comunicación, ellas valoran mucho contar con el profesional Matrona (ón) para resolver sus dudas, ya que argumentan que en los controles no alcanzan a preguntar todo lo que quisieran saber, sin embargo, la instancia de reunión con otras mujeres las motiva a participar y creen que es muy positivo conocer las otras experiencias de mujeres para ir aprendiendo y desmitificando creencias.

Sin duda que enfrentar el proceso de gestación y estar preparadas para el parto es algo que todas las mujeres quisieran hacer con la mayor cantidad de herramientas posibles, sin embargo, la maternidad es un mundo que siempre puede sorprender incluso a las madres que se enfrentan por segunda vez al proceso, es así como las mujeres que participaron de este estudio mencionan en las entrevistas, que con la ayuda de los talleres pudieron hacer frente mucho más preparadas a su segundo embarazo, ya que en la experiencia anterior nadie les explicó lo que iba a suceder con tanto detalle y el saber les permite estar más tranquilas y darse tiempo para disfrutar.

Las mujeres entrevistadas consideran que los talleres educativos influyen de manera positiva en el proceso de gestación porque:

“... las ayuda a prepararse, a no estar tan nerviosas y a saber que viene para adelante...”
(Golondrina).

Destacan además que:

“... es súper bueno especialmente para las mamas que son primerizas” (Golondrina).

“... ya que hay algunas que tienen temor” (Gaviota).

Algunas mujeres coinciden en que los talleres:

“... sirven para resolver dudas” (Zorzal).

“... pueden conversar más que un control habitual, porque hay más tiempo” (Gaviota).

Los beneficios que de las entrevistas se pueden inferir, se relacionan con estar informadas, conocer las etapas que van a enfrentar, les permite estar más tranquilas, relajadas, se sienten en confianza y pueden familiarizarse mejor con lo que va a suceder, y también mencionan que se sienten más en confianza.

“... conocer las etapas, como va creciendo, que va sintiendo uno, igual nos prepara mejor para enfrentarnos a todo lo que va a suceder...” (Garza).

Las mujeres informantes le atribuyen, a los talleres prenatales, valor para enfrentar lo que significa ser madres, tanto en el conocimiento de los cambios que experimentan, como en la toma de decisiones que realizan de manera libre, informada y con propiedad, lo que les permite gozar con plenitud su embarazo; rescatan la importancia de contar con el profesional matrona y/o matrócn para resolver sus dudas, argumentando que en los controles no alcanzan a preguntar todo lo que quisieran saber y que la instancia de reunión con otras mujeres las incentiva a participar, afirman que conocer otras experiencias sirve para aprender y desmitificar creencias erróneas.

La relación establecida por las mujeres entrevistadas entre la incorporación de talleres educativos en los controles prenatales y sentimientos de seguridad, confianza y preparación para enfrentar la maternidad, es un hallazgo del estudio que no puede ser contrastado con información adicional, ya que en la literatura no existe evidencia científica que avale este resultado, puesto que los estudios que se encontraron sólo muestran resultados desde la metodología cuantitativa.

4.2.4 Influencia de los talleres en el trabajo de parto y parto.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas concuerda en que los talleres las ayudaron a estar más preparadas, haciendo alusión a que éstos fortalecen lo que ya saben.

“Como éste era mi segundo bebé... yo estaba más preparada, pero igual ayuda,... fortalece lo que uno ya sabe” (Golondrina).

Uno de los beneficios que las mujeres le atribuyen a haber participado de los talleres prenatales es la preparación física y mental que les permite relajarse a través del empleo de ejercicios durante el trabajo de parto.

“... los ejercicios que a uno le enseñan sirven para relajarse durante las contracciones...” (Zorzal).

“... sabía lo que me iba a pasar... cómo tenía que respirar y me enseñaron a usar una pelotita” (Paloma).

“... Durante el parto estuve súper tranquila además de que todo salió bien, fue rápido, y como yo sabía lo que me iba a pasar estuve más relajada hice todo lo que me habían enseñado para ayudarme a mi misma y a mi bebé” (Garza).

Sólo una de las entrevistadas dice que no recuerda mucho lo que tenía que hacer para ayudarse durante las contracciones, sino que estando acompañada por la matrona sólo hacía lo que ella le indicaba.

“... sólo hacía lo que la Matrona me decía cuando estaba con los dolores” (Torcaza).

Los beneficios que resultan de la incorporación de talleres educativos, han sido estudiados desde el punto de vista cuantitativo, sin embargo la percepción de las mujeres del estudio coincide en señalar que experimentaron un acortamiento de la duración del trabajo de parto, aunque no existe evidencia cualitativa que lo respalde. Los hallazgos del estudio en cuanto a la importancia de contar con el profesional Matrona (ón), en instancias educativas, que le permite a la mujer resolver dudas, no ha sido estudiada, sólo existen evidencias en cuanto a la importancia otorgada al apoyo constante del o la profesional Matrona (ón) durante el trabajo de parto y parto.

4.3 PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE UN ACOMPAÑANTE O PERSONA SIGNIFICATIVA DURANTE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

4.3.1 Presencia de una persona significativa en los talleres educativos

La presencia de una persona significativa en los talleres educativos se vio mermada por la incompatibilidad de tiempo por motivos laborales sobre todo de las parejas de las mujeres entrevistadas. Por lo tanto sólo dos fueron acompañadas durante los talleres y una de ellas tuvo la compañía constante en los talleres de la madre en cambio la otra su pareja fue sólo una vez. A través de esto se puede analizar que la presencia de una persona significativa lo consideran necesario en el trabajo de parto y parto y aún no incorporan, por factores ya mencionados, la relevancia que tiene durante el proceso de gestación para el desarrollo del vínculo en la tríada. Al preguntar si fueron acompañadas durante los talleres estas fueron sus respuestas:

“No pude estar acompañada porque mi marido trabajaba en Argentina...” (Golondrina)

“A los talleres fui sola...” (Gaviota)

“No fui acompañada a los talleres...” (Zorzal)

“No, no fui acompañada porque mi pareja estuvo trabajando...” (Torcaza)

“No, no fui acompañada a los talleres...” (Garza)

“Sí, me acompañó mi pololo a un taller...” (Paloma)

“A los talleres fui con mi mama...” (Loica)

4.3.2 Influencia de la compañía en el trabajo de parto y parto.

Mientras la OMS declara 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, en Chile, de acuerdo a información proporcionada por MINSAL solo un 40% de los partos incluyen acompañamiento del padre u otro familiar. (FOSIS – MIDEPLAN, 2006)

Según SOTO (2005), original no consultado, se demostró por ensayos clínicos controlados que la compañía durante el trabajo de parto y parto, está asociada con una reducción de la utilización de oxitocina, de anestesia peridural o de cualquier otra anestesia o analgesia, de los partos operatorios (cesárea, fórceps-ventosa), del monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca fetal y de recién nacidos con puntajes de Apgar menor a 7 al quinto minuto de vida.

Las entrevistadas catalogaron como beneficiosa la experiencia de estar acompañada durante el trabajo de parto y parto. Relatan sentirse más cómodas, más seguras y apoyadas. Los acompañantes participaron de forma activa ya que les realizaron masajes, y cuidados básicos, disminuyendo de esta forma su ansiedad y temor frente al proceso.

“A los talleres fui con mi mamá, y en el trabajo de parto y parto estuve acompañada por mi mamá y mi marido. Sí, yo me sentí más cómoda, mejor que con el primero, el primero

lo tuve sola, como fue en Valdivia lo tuve sola, en este me sentí más acompañada, no sé tenía más ganas, (risas) más fuerza, no con tanto miedo” (Loica).

“El apoyo es súper importante porque en mi otra hija si estuvo mi marido en el parto, entonces eso si ayuda harto, uno se siente más segura, más acompañada, tiene a quien retar (risas)” (Golondrina).

La literatura recomienda que siempre que sea posible es mejor que la madre esté acompañada por una persona elegida por ella. Este acompañamiento, es para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional continuo y cuidados básicos. Durante todo el proceso de parto la persona está presente, escucha, da consuelo, brinda confianza, tranquiliza y toma medidas para mejorar el confort de la parturienta. También puede asistirle masajeando su zona sacrolumbar, sosteniéndole las manos, explicándole los progresos del parto, las etapas siguientes y maniobras que realizan. Este tipo de apoyo produce una serie de beneficios (FOSIS-MIDEPLAN, 2006).

“A los talleres fui sola, pero en el trabajo de parto y en el parto sí, estuve acompañada por mi mamá y mi suegra. Es bueno porque estuve más relajada, fue más acogedor, y fue bien bonito mi parto en realidad, porque el primer parto que tuve, fue el parto en camilla, botada, y éste fue en cuclillas, estuve en una pelota, me hicieron masajes, estuve todo el tiempo con mi mamá y mi suegra, mi mamá le cortó el cordón y mi suegra lo recibió. En mi parto anterior yo estuve sola, y ahora me sentí más apoyada, acompañada, conversaba con mi mamá, conversaba con mi suegra, fue más bonito estar acompañada que sola”(Gaviota).

El cuidado que reciban la mujer y su hijo durante el parto tiene impacto a largo plazo en su autoestima, su relación de pareja, como va a cuidar a su hijo y su bienestar. Cada vez existe más información que apoya lo que se ha llamado "Período Sensible". Durante este período la madre está especialmente abierta a mejorar su futura relación con el niño dependiendo del cuidado y ambiente que la rodea durante el parto. El cuidado de la madre y el niño, afectuoso,

personalizado y con las prácticas recomendadas en la Iniciativa del Hospital Amigo de la Madre, tales como el permanecer piel con piel, amamantar dentro de la primera hora, habitación conjunta, lactancia a libre demanda y posiblemente la presencia del padre en el parto, han resultado en un menor abandono de recién nacidos en el hospital, disminución de las tasas de maltrato infantil, lactancias más exitosas durante todo el primer año y mayor participación del padre en el cuidado del niño (VALDÉS, 2005).

“Fui acompañada durante el parto por el papá de la bebé y por la hermana de él, influyó la presencia de ellos o sea cambia el no sentirse tan sola, más acompañada tener a quien gritarle (risas) me sentí más segura, me ayudó mucho la presencia de ellos porque mi otra hija la tuve sola en Santiago entonces fue como triste, ya que quedé con la sensación de haber estado sola, sin compañía, sentí una pena que se quedó, pero ahora fue como distinto o sea todo compartido, sentir en cierto modo que los demás saben lo que se siente, o sea que están ahí viendo que pasa” (Zorzal).

“Él tenía mucho miedo de entrar al parto y no quería y no quería y de repente dijo si y decía que no se hubiese perdonado en realidad no haber estado porque lo marcó, y el hecho de estar los tres nos ayudó a afiatarnos más” (Zorzal).

Los sentimientos experimentados por las mujeres acompañadas durante el trabajo de parto y parto fueron de seguridad, compartir el proceso, apoyo y comodidad, donde el temor y la soledad quedan fuera para enfrentar en mejores condiciones el proceso.

“... todo compartido, sentir en cierto modo que los demás saben lo que se siente, o sea que están ahí viendo que pasa...” (Zorzal).

“... ahora me sentí más apoyada, acompañada, conversaba con mi mamá, conversaba con mi suegra, fue más bonito estar acompañada que sola...” (Gaviota).

“... uno se siente más segura, mas acompañada, tiene a quien retar (risas)” (Golondrina).

“Yo me sentí más cómoda, mejor que con el primero, el primero lo tuve sola, como fue en Valdivia lo tuve sola, en este me sentí mas acompañada, no se tenía más ganas, (risas) más fuerza, no con tanto miedo” (Loica).

“Fue bueno porque estar acompañada me hizo sentir más segura, le podía contar lo que me pasaba y él me acariciaba cuando tenía los dolores, me llevaba agua... por eso fue bueno” (Paloma).

El parto es de las pocas experiencias en la vida de una mujer que la pueden marcar tan profundamente, positiva o negativamente, dado que es un período muy sensible, en el que ella está abierta al cambio. Como señalan Simkin y Ancheta (2000), citados por VALDÉS (2005) demostraron que el recuerdo del parto sigue vivo en la mujer al menos por 20 años y que estos recuerdos están determinados por el cuidado ofrecido por quienes la rodeaban y no tanto por el parto mismo. Como señala VALDÉS (2005), un parto vaginal, rápido y sencillo podía ser recordado negativamente si la mujer era dejada sola y no sabía lo que estaba pasando, por el contrario, un parto prolongado, complicado, que incluso podía haber terminado en cesárea podía ser recordado como una experiencia muy positiva si se sintió, acompañada, informada y respetada. La presencia continua de la doula puede hacer la diferencia en la experiencia y el recuerdo de la mujer.

4.4 PERCEPCIÓN DE LAS PUÉRPERAS, RESPECTO A LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS PSICOPROFILÁCTICAS EN SU EXPERIENCIA DE PARTO NATURAL.

Las mujeres mencionan con énfasis en su relato que el uso de técnicas psicoprofilácticas, las ayudó a tener un parto más “lindo”, se sintieron más cómodas, pudieron buscar la forma que más les acomodara para tratar de relajarse y enfrentar mejor el trabajo de parto y parto, lo cual significó que recordaran la experiencia como algo único, reconfortante, natural y hermoso.

Más allá de reconocer que haber utilizado alguna técnica en particular les ayudó a tener un parto más rápido y sentir más o menos dolor, la atmósfera que genera este tipo de preparación es lo que hace que las mujeres recuerden lo positivo, y hay quienes mencionan que aunque sintieron dolor volverían a repetir la experiencia de parto natural.

4.4.1 Influencia del empleo de Técnicas psicoprofilácticas.

Todas las mujeres entrevistadas coinciden en que el uso de técnicas psicoprofilácticas las ayudó a tener un parto más rápido, le atribuyen a la ducha un avance más rápido de la dilatación, además de reconocer que las ayudó a sentirse más relajadas.

“...lo que más me ayudó fue la ducha, como que me relajé y después cuando me examinaron me dijeron que había avanzado la dilatación” (Paloma).

“...me dí una ducha para relajarme y me fui al hospital y creo que eso también influyó para que todo sea más rápido” (Garza).

Algunas de ellas señalan que los masajes en la región sacro coccígea influyeron de manera positiva en la percepción del dolor, ya que mientras se los realizaban sentían menos dolor durante la contracción.

“...encontré que este parto fue más rápido con los masajes” (Golondrina).

“La Matrona me hacia los masajes en la espalda y donde me dolía entonces ahí yo sentía que los dolores me pasaban un poco...” (Torcaza).

“...cuando mi pololo me hacia masajes me pasaba un poco el dolor” (Paloma).

El uso del balón terapéutico también es mencionado como efectivo para reducir los dolores causados por las contracciones uterinas, asociado a movimientos de la pelvis en dirección

hacia adelante y hacia atrás, además lo asociaron a un avance de la dilatación cervical y descenso del bebé, lo que ellas señalan como la posición que las mujeres utilizaban antes para dar a luz.

“...me senté en el balón, mi mamá me hacía masajes...donde me hacían masajes y yo me movía como que se olvidaban los dolores” (Gaviota).

“Yo utilicé el balón, me sentaba y me balanceaba y sentí que los dolores eran menos fuertes...” (Zorzal).

“...el balón lejos fue lo que más me ayudo porque yo ya no tenía fuerza en las piernas entonces sentarme, me relajaba en las contracciones” (Zorzal).

Una de ellas señala que la música ambiental de relajación ayuda a generar un ambiente apropiado para el nacimiento.

“...la música también favoreció... calma el ambiente” (Golondrina).

La percepción de las mujeres acerca de la utilización de técnicas psicoprofilácticas en su experiencia de parto natural es positiva, dentro de los relatos mencionan que las ayudó a tener un parto más lindo, se sintieron cómodas, pudieron buscar libremente la forma que más les acomodara para relajarse, lo que significó que recordaran la experiencia como algo único, reconfortable, natural y hermoso; La atmósfera que se genera con la preparación, hace que las mujeres recuerden lo positivo e incluso mencionan que aunque sintieron dolor, volverían a repetir la experiencia de parto natural.

4.4.2 Sensaciones que experimentan las mujeres con el uso de técnicas psicoprofilácticas.

Desde tiempos inmemoriales se ha usado la masoterapia (masajes) y la hidroterapia (baños en agua a una temperatura agradable). Según nuestro planteamiento forma parte de nuestra

programación instintiva. Estas técnicas nos hacen recordar los momentos vividos dentro del útero materno cuando estábamos flotando en el líquido amniótico y frotándonos permanentemente con el útero, es indudable que estas formas agradables de atención, proporcionan sensaciones de confort y placer.

Las mujeres relatan que el haber utilizado técnicas psicofilácticas las hizo experimentar sensaciones confortables para ellas, como por ejemplo se sintieron más preparadas, con más seguridad, con mayor comodidad, menos dolor, se sintieron más relajadas, mas calmadas, también dentro de la afectividad destacan la cercanía que pudieron sentir con su recién nacido/a al igual que experimentaron cercanía con el profesional matrona que la atendía.

*“...me sentí como más preparada y más cercana también con ustedes, con las matronas”
(Golondrina).*

“En la ducha, me sentía como más cómoda...” (Golondrina).

*“En este parto sentí menos dolor, fue más rápido y sentí mas cercanía con mi bebé”
(Golondrina).*

Sin embargo, el sentimiento que más se repite en los relatos de las mujeres entrevistadas es la sensación de relajo que percibieron, al igual que la sensación de dolor que según señalan fue disminuyendo cuando utilizaban alguna técnica psicofiláctica.

“...pero este parto me gustó mucho, porque fue más relajado” (Gaviota).

“Me calmaba más cuando me hacían masajes” (Gaviota).

“...con los masajes en la espalda sentía que los dolores me pasaban un poco y lo otro igual es que la ducha que me dí me relajó hartó” (Torcaza).

“...con la ducha, como que me relajé....con los masajes me pasaba un poco el dolor” (Paloma).

“...sentí que los dolores eran menos fuertes, disminuían” (Zorzal).

“...me sentí más relajada y con más seguridad” (Garza).

4.5 VIVENCIAS DE LAS MUJERES RESPECTO A LA EXPERIENCIA DE PARTO NATURAL.

4.5.1 Sensaciones y vivencias atribuidas al parto natural.

Las mujeres entrevistadas relatan tener un alto grado de satisfacción con la nueva experiencia de parto natural, no relacionan esta experiencia con ser “valiente” ni una “mártir” sino más bien considerar el parto como algo natural innato al ser humano y no como una patología médica. A pesar del dolor que la mayoría experimentó, pero en menor intensidad que el parto anterior, encuentran que fue una experiencia absolutamente gratificante y que significó mayor protagonismo en el proceso viviendo el nacimiento de su bebé de una forma mucho más cercana, todas coinciden en relatarlo como una experiencia bonita y cargada de emoción, donde lo que más rescatan es recordarlo como un parto rápido y con menos dolor.

“...yo encuentro que fue más rápido que mi hijo anterior, parece que no me dolió tanto...” (Paloma).

“Buena... ahora todo fue distinto, los dolores no más que me hacían doler harto, pero como la matrona me ayudaba esos dolores fueron calmándose... porque igual mi parto fue rápido al menos, me demoré menos creo yo, que con mi primera guagüita” (Torcaza).

“Este parto fue una experiencia distinta... da la sensación que es la forma natural porque acostada cuesta más, es más difícil, cuesta un poco... ahora la tuve más tiempo, fue otra

sensación, o sea completamente así como de ternura, que llegó lo que estaba esperando, en cambio la otra fue como salió no más y el trato igual era distinto, era distinto el trato, acá era más cálido allá era más frío y eso me ayudó en el tiempo que estuve hospitalizada. Porque en Santiago me dijeron fue niña y se la llevaron no pude tocarla, mirarla, porque uno tiene la sensación que si uno la toca sabe si está bien o está mal pero si la agarran y se la llevan, uno queda como con incertidumbre” (Zorzal).

“Fue buena, súper buena, mas rápido, es como más relajado...” (Golondrina).

“Con esa posición encontré que fue más rápido, como que bajaba solo casi, lo encontré mejor así que en Valdivia cuando tuve a mi otro hijo, incluso no tuve ningún punto. Mi esposo cortó el cordón, eso fue lindo, él dice que sintió una emoción al cortar el cordón, después se me desvaneció mi marido y tuvo que salir para dejarme sola” (Loica).

“A pesar que fue una experiencia distinta a la anterior, se puede decir que fue un parto natural, si mas rápido, pero igual con bastante dolor... para mí fue una experiencia bonita” (Garza).

“Fue bien emocionante estar ahí con mi suegra, con mi mamá, cuando él nació, cuando lloró, cuando me dijeron que los pañales le quedaron chicos, (risas) porque pesó cuatro kilos, me emocioné mucho al verlo, sentí una alegría, una emoción, con mi primer hijo lloré, pero de alegría y ansiedad, pero con él no, porque estaba más tranquila” (Gaviota).

La rapidez del parto que describen las entrevistadas se refleja en una alta aceptabilidad por parte de las mujeres en cuanto al parto vertical. Además de considerar los aspectos emotivos descritos anteriormente que se viven en este tipo de parto, las mujeres consideraron que les había resultado cómodo y fácil pujar considerando que realizar fuerza en posición vertical es más fácil. Se describen calificativos como hermoso, bonito, bueno, relajado que refleja la experiencia como positiva.

4.5.2 Parto natural

Parto natural no es simplemente un parto “sin intervención”, sino aquel que se produce gracias a la maravilla de la fisiología, y en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en caso de necesidad. Es lo opuesto al parto medicalizado, atendido por la obstetricia convencional, en el cual la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento, y generando riesgos innecesarios para la madre y el bebé. En el primer caso la técnica está al servicio de la naturaleza, en el segundo, la naturaleza es doblegada por la técnica (Del CASTILLO, 2006).

Frente al tópico relacionado con su experiencia de parto natural, las siete entrevistadas manifestaron que fue un parto más rápido y relatan su experiencia con emoción al señalar que fue algo nuevo para ellas. Ninguna de las entrevistadas tuvo episiotomía y cuatro de ellas tuvieron un parto semisentada y tres un parto en cuclillas. En cada uno de los relatos de la experiencia señaladas a continuación se puede apreciar que la posición vertical posee ventajas por sobre la posición de litotomía que concuerda con el estudio realizado en Chile por SOTO (2006), autor de “Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural”, donde se concluye que: “Los protocolos para la atención del parto enfatizan sobre la libertad de posición en el período expulsivo, en especial la posición vertical. Esta posición, tiene ventajas por sobre la posición de litotomía, como tasas más bajas de cesárea, episiotomía, analgesia, oxitocina y duración del período expulsivo. El estudio reportó que sólo 27% de las gestantes tuvieron la opción de usar posición libre en este período, que en comparación con los reportes del Hospital Guillermo Grant Benavente es una diferencia significativa. Sin embargo, está bajo las recomendaciones de la OMS que sugiere que todas las mujeres que tienen parto vaginal no deben utilizar la posición de litotomía” concordando con lo reportado por GUPTA y NIKODEM (1999).

“... la camilla no estaba plana, sino que estaba semisentada, y con esa posición encontré que fue más rápido, como que bajaba solo casi, lo encontré mejor así que en Valdivia, cuando tuve a mi otro hijo, incluso no tuve ningún punto...”(Loica).

“Este parto fue una experiencia distinta... éste bebé lo tuve sentada en la camilla y da la sensación que es la forma natural porque acostada cuesta más es más difícil, cuesta un poco. Lo que más recuerdo cuando nació mi bebé fue cuando me la pasaron, recuerdo su cara me dio ternura y era todo rico... fue otra sensación, o sea completamente así como de ternura que llego lo que estaba esperando en cambio la otra fue como salió no más y el trato igual era distinto, era distinto el trato, acá era más cálido allá era más frío y eso me ayudo en el tiempo que estuve hospitalizada” (Zorzal).

“A pesar que fue una experiencia distinta a la anterior, se puede decir que fue un parto natural, si mas rápido, pero igual con bastante dolor. Lo que más recuerdo es lo rápido que me dilaté y el Benja nació súper rápido, también recuerdo que estuve acompañada, que me atendieron bien, no tuve puntos, mi hermana cortó el cordón y para mí fue una experiencia bonita” (Garza).

“Cuando llegué, me dijeron que camine para que avancemos rápido y que me podía duchar. Después me llevaron a otra salita y ahí las contracciones empezaron a ser más fuertes y me senté en la pelota como me habían enseñado... después cuando estuve lista para el parto me senté y lo tuve así, sentada y yo encuentro que fue más rápido que mi hijo anterior, parece que no me dolió tanto y lo que más recuerdo es cuando me lo pasaron estaba con sangre y me miraba” (Paloma).

Según ODENT (2001), la posición vertical favorece el parto y la horizontal lo entorpece. En horizontal, el canal del parto se alarga y estrecha y el coxis se dirige hacia lo alto, convirtiéndose en una vía de paso más angosta para el bebé, y además cuesta arriba. En posición vertical la vagina se amplía y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la producción interna de oxitocina, y por tanto la dilatación. La posición vertical acorta y amplía el canal del parto, permite que las articulaciones de la cadera se abran más para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad le ayude en su descenso. Episiotomía y fórceps son procedimientos técnicos que sustituyen la fisiología de la mujer y la

gravedad con evidentes y penosos efectos secundarios para la madre y el bebé.

La mujer debe tener la libertad de dilatar y parir en la postura que más le convenga: en cuclillas, sentada en el taburete obstétrico, a cuatro patas, de lado, colgada de alguien, de pie. El instinto indica en todo momento cual es la postura idónea mediante un lenguaje infalible: la más cómoda es también la más fisiológica. (Del CASTILLO, 2006)

“Fue buena, súper buena, mas rápido, es como más relajado, y como la posición es más cómoda para uno que en la camilla... por eso es mucho mejor el parto vertical. Recuerdo muy bien la salida de mi bebé pues...” (Golondrina).

“Bonito..., bonito, bonito, fue rápido, no fue doloroso, fue como más natural no sé, mucho mejor que el anterior por la posición yo creo que fue más cómodo, por ejemplo con el otro fue como mas traumático lo encontré por... los dolores... En cambio este me imagino que por la posición, me imagino que es la adecuada para que nazcan los bebés, estar sentada, hace que es más fácil para que el baje... me gustó” (Gaviota).

“Buena, porque en mi parto anterior yo tuve un fórceps y quedé mal con ese parto entonces ahora todo fue distinto, los dolores no más que me hacían doler harto, pero como la Matrona me ayudaba esos dolores fueron calmándose... porque igual mi parto fue rápido al menos me demoré menos creo yo que con mi primera guagüita. Igual la matrona me ayudo harto si, porque estuvo siempre conmigo” (Torcaza).

Al hacer una revisión de las investigaciones que considere la apreciación de las mujeres respecto a su vivencia de parto natural, nos encontramos que no existe ningún estudio que emplee la metodología cualitativa para explorar la percepción de las mujeres frente a este tema. Consideramos que la apreciación de las mujeres frente a la experiencia de parto natural es significativa, ya que podría constituir un indicador de calidad de la atención maternal e indirectamente, podría contribuir en un continuo del mejoramiento de algunos indicadores maternos perinatales. Los hallazgos encontrados destacan un alto grado de satisfacción usuaria

frente al recuerdo de la experiencia de parto y además, señalan una alta aceptabilidad del parto vertical, atribuyéndole beneficios como acortamiento del período de dilatación, comodidad de la posición y mayor efectividad en el pujo.

4.5.3 Enfrentamiento a la maternidad

La forma como las mujeres enfrentan la maternidad y el parto está relacionada con las expectativas que tienen frente al proceso. El miedo sentido por las mujeres se relaciona con que ellas poseen ideas poco realistas del proceso del parto, lo que desencadena una insatisfacción para este proceso. El problema no es si duele o no, o con qué intensidad; lo importante es estar satisfecha tras el parto, para así enfrentar de una manera más positiva la maternidad.

Un estudio de la Universidad de Newcastle publicado en BMC medicine, LALLY (2008), afirma lo escrito anteriormente ya que tras la revisión de 32 trabajos, halló discrepancias entre el dolor que las mujeres esperaban sufrir durante el parto y los métodos utilizados para paliarlo y sus experiencias. También detectaron desajustes entre el poder de decisión y la participación que las parturientas creían tener y los que después ejercieron.

No sólo la calidad de la preparación al parto influye en la satisfacción final. La forma en que las mujeres se enfrentan a este momento también es decisiva. Uno de los trabajos analizados por este estudio mostró cómo aquellas que esperan que el dolor sea el peor imaginable suelen tener partos dolorosos y una experiencia negativa en general. Por el contrario, el optimismo suele hacer que dar a luz sea algo positivo, independientemente de que sea doloroso. “Creo que es un dolor feliz, aunque sea infernal”, era la impresión de las mujeres más positivas, que participaron del estudio de la Universidad de Newcastle. La ansiedad y el miedo también pueden influir negativamente en el parto.

De las mujeres entrevistadas las expectativas que ellas tenían se veían influidas por su experiencia previa de parto, pero aún así su actitud fue positiva lo que llevó a que la mayoría estuviera satisfecha frente a su proceso y enfrentara más positivamente la maternidad.

“...uno va como más segura a lo que va po, uno ya sabe a lo que va, porque cuando uno no tiene un parto no sabe que tiene que hacer, no sabe nada po...” (Golondrina).

“...iba con más confianza sin temor, esa es como la diferencia entre el primer parto y el de ahora, yo encuentro que el parto que tuve en cuclillas me ayudo hartoo, me gustó” (Gaviota).

“...yo quería un parto con todo lo que eso significa, con todo lo que decían como realmente era porque si todos comentan que duele tanto que se yo... yo lo necesitaba en realidad y me siento más apegada a esta porque como que me costó más...” (Zorzal).

“...tenía miedo, miedo de que me pasara lo mismo, pero como vi que la matrona me ayudó hartoo traté de hacerle caso en todo lo que me decía para que todo saliera bien y nació bien mi bebé así y fue más rápido...” (Torcaza).

El análisis realizado en este estudio, de la Universidad de Newcastle, pone de manifiesto la importancia de la educación prenatal para lograr que las embarazadas manejen la mayor información posible y puedan así tomar mejores decisiones, señala LALLY (2008), autora principal de la revisión. “Si las mujeres están mejor instruidas pueden expresar sus preferencias y saber además que las cosas no siempre salen como se han planeado”. Si se informa a las mujeres embarazadas de todas las posibilidades de atención y los contratiempos que pueden alterar el manejo o los planes, se conseguirá más satisfacción y menos decepción en las mujeres.

“...y en eso influye lo los talleres, es bueno porque una mamá que no ha ido nunca, sabe ya a lo que va...” (Golondrina).

“Más o menos sabía lo que iba a pasar, sabía a lo que iba... y en los talleres me mostraron el lugar...” (Paloma).

“..Me relajé más en mi casa porque ya sabía cómo iban a suceder las cosas, no me fui enseguida al hospital, sino que primero me dí tiempo para hacer todo con calma, me dí una ducha para relajarme y me fuí al hospital y creo que eso también influyó para que todo sea más rápido, porque yo me sentí más relajada y con más seguridad...los talleres influyeron en esto...porque sabía lo que sucedería...” (Garza).

Si las mujeres enfrentan su parto en forma más positiva e informada lograrán que el temor frente a este proceso disminuya logrando tener un parto con menos dolor y estar más satisfechas con el resultado y con su labor en este proceso.

4.6 PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES RESPECTO A LA INFLUENCIA DEL ENTORNO SOCIAL DURANTE LA ASISTENCIA DEL PARTO EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE PAILLACO.

4.6.1 Percepción de los funcionarios del servicio de maternidad.

La información proporcionada a la madre y la familia durante el trabajo de parto es considerado un apoyo para preparar a las mujeres y sus parejas, para la participación activa en el parto. VALDÉS (2005), señala que, dar apoyo emocional a la madre y la familia durante el proceso del trabajo de parto, reduce la demanda de analgesia para el parto, disminuye las complicaciones del intraparto, minimiza las dificultades emocionales posparto, y aumenta la satisfacción de las madres, entre otros beneficios.

Según lo anteriormente señalado, es de considerable importancia para la mujer y su familia las acciones que realizan las personas que interactúan con ellas durante su estadía hospitalaria, ya que del respeto, calidez y amabilidad con que sean tratadas dependerá su satisfacción con el servicio prestado, sobretodo en un momento especialmente sensible para vida de una mujer y

la familia, como es la llegada de un nuevo integrante. En este sentido, la humanización del proceso reproductivo tiene estrecha relación con el conjunto de acciones que realizan los profesionales y técnicos de salud para crear las condiciones más adecuadas y favorables posibles para las personas. Según la OMS, “Humanizar es disminuir los sentimientos y emociones negativas que son factores de riesgo para enfermedades mentales, las cuales pueden prevenirse o atenuarse en la madre, padre, hijo/a y en la relación familiar”. (OMS, 2003).

En este contexto, se puede relacionar la percepción de las mujeres respecto del personal que la atiende, con la forma como es atendida, es decir, el trato brindado por el personal del servicio de maternidad durante su estadía. La mayor parte de las mujeres entrevistadas, señala que el trato otorgado por el personal de maternidad fue muy cálido, con respeto, cordial, hechos que sin duda generaron en ellas sentirse acogidas, seguras, en confianza y sin perder lo más importante, que es el sentirse informadas y consideradas.

“... Me trataron súper bien,...me sentí acogida y como más segura...” (Golondrina).

“Me parece que el trato es cordial, a mí siempre me hablaron de buena forma, con respeto, me explicaban todo bien y las matronas que me atendieron igual fueron agradables conmigo y mi familia” (Garza).

ROTHMAN (1982), fue quizás uno de los primeros autores que sugieren una relación entre el apoyo social y las experiencias positivas del parto. Sugirió que el éxito de una mujer en la transición a la maternidad depende de la recepción de adecuado apoyo social durante y después del parto. Este investigador propone que la cantidad de apoyo que una mujer recibe, y puede recibir después del nacimiento de su hijo, influye en decisiones que toma en el curso de su trabajo de parto y parto, y por lo tanto, su experiencia de parto.

“...todos se portaron bien,...me sentí informada por ellos, porque cuando yo estaba con dolores la Matrona me preguntó que parto quería y eso para mí es importante porque yo

puedo decidir... encuentro que es importante preguntar a las mujeres la forma en que ellas quieren tener a su hijo” (Gaviota).

“...siempre estaban pendientes de una y cuando uno quería preguntar algo ellas lo respondían y la ayudaban a una...” (Torcaza).

“...sentí que todos estaban pendientes de mi... sentí que me trataron como si me conocieran”. (Paloma).

De los relatos de las mujeres se desprende que es fundamental para ellas sentirse protagonistas de su proceso reproductivo, sentirse importantes, y participes, según HALL y TAYLOR (2004), el establecimiento de una relación significativa entre la Matrona y la mujer en términos de la intimidad, hace que el trabajo de la profesional durante el trabajo de parto se transforme en una oportunidad para conectarse, lo cual se traduce en proporcionar un espacio seguro en el que las mujeres pueden sentirse liberadas de las restricciones intelectuales del mundo moderno.

“Todas dan la confianza para preguntar, y si a uno le pasa algo uno sabe que no lo van a pasar por alto... hay una confianza absoluta”. (Zorzal).

Estos hallazgos apoyan la labor de HODNETT (2002), quien sostiene que en la mayoría de las mujeres, lo que ejerce una poderosa influencia acerca de la percepción de su experiencia de parto, es la actitud y el comportamiento que los (as) cuidadores (as) adoptan al atenderlas y la relación que establecen con ellas.

Sin embargo, no todas las entrevistadas tienen igual opinión acerca del trato hacia ellas, ya que una de las mujeres señala que a su juicio no le gustó el trato recibido por parte de una de las Matronas que la atendió, específicamente cuando a su hija se le realizó un examen, no obstante ella reconoce que en general el trato recibido la deja muy satisfecha.

“La Matrona que atendió a mi hija para tomarle un examen, la encontré torpe con la bebé, la encontré brusca, en cambio, la Matrona que me atendió mi parto, fue súper amorosa, cariñosa, conmigo, con mi mamá, con mi marido...” (Loica).

Cabe señalar también que en su mayoría las mujeres le otorgan una importancia especial al trato recibido por parte de los (as) profesionales Matronas (es) y se infiere que en general ellas están contentas con la atención recibida en cuanto a empatía y competencia profesional, en cuanto a la atención brindada por parte del personal técnico, no hacen mucho énfasis en su relato, sólo una de ellas se refiere a que algunas funcionarias técnicas tuvieron un trato poco deferente con ella, sin embargo pierde relevancia al sentirse acogida por la Matrona.

“...alguna que otra enfermera por ahí medias pesaditas, pero en general la Matrona, y todos se portaron bien...” (Gaviota).

4.6.2 Calidad de Atención

No es fácil describir qué se entiende por “calidad en salud”, hay muchas respuestas porque son muchos los ámbitos a los que nos podemos estar refiriendo, ya que es una totalidad de funciones, características o comportamientos de un determinado servicio, además no existe calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis del servicio que se es recibido. La calificación siempre debe verse de una forma integral, evaluando todas las características, funciones y/o comportamientos. La calidad también es considerada cuando las necesidades de los usuarios son satisfechas, aquellas que no se logran no son de calidad. Si la usuaria no sale satisfecha de un determinado servicio no percibirá que fue atendido de buena manera (como a ella le hubiera gustado), no habrá recibido una atención de calidad. El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadosamente, pero si no satisface las necesidades de la usuaria, ésta no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado (OTERO, 2002).

Todo esto se acompaña de la subjetividad, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente.

En el caso de las mujeres entrevistadas, el grado de satisfacción que tuvieron fue en la mayoría alto, el trato de los funcionarios y la atención en general lo señalan como, “*súper bueno*”, trato cordial, implícitamente ellos consideran como atención de calidad cuando el trato es adecuado, les informan lo que se les realizará, y por sobre todo, se sienten cómodas en el lugar y son consideradas como individuos activos durante el proceso.

“Me parece que el trato es cordial... a mí siempre me hablaron de buena forma, con respeto...” (Garza).

“Súper bien, a mí me trataron súper bien, no tengo nada que decir, porque como todos dicen ahí son súper penca, aquí en Paillaco atienden súper mal, pero a mí siempre me atendieron súper bien, el primer parto y ahora igual, en los controles en todo” (Golondrina).

“Súper bien... me sentí informada...yo encuentro que es importante preguntar a las mujeres la forma en que ellas quieren tener a su hija” (Gaviota).

“El buen trato es notable, ya que son muy preocupadas de su maternidad, alguna pregunta que hacer lo dejaban a uno todo muy claro, el trato era igual para todas, todo el personal era así las señoras de la comida, ustedes, todos, todos” (Zorzal).

Una de las entrevistadas señaló que la atención no fue completamente de calidad ya que un personal del servicio no realizó adecuadamente el examen a su hijo, ella consideró que fue muy torpe y esto influenció en forma negativa su percepción, señala además que la infraestructura del lugar era muy precaria.

“Yo tenía prejuicios en cuanto a la atención, me decían que acá no la tuviera, me decía que la atención no era muy buena, que en Valdivia era más higiénico, y yo lo tenía presente, incluso cuando fui a reconocer la sala de parto igual como que me dio cosa, no me gusto, la encontré muy antigua, fea, falta renovación ahí, pero decidí tenerlo acá por la cercanía de mi marido, para que pudiera estar presente, porque él trabaja en Panguipulli” (Loica).

A través de la información entregada por las mujeres confirmamos la importancia de considerar a la mujer activamente en el proceso de trabajo de parto y parto, informándola adecuadamente, con un trato digno, cordial, sin discriminaciones, realizando adecuadamente los procedimientos, todo lo anteriormente mencionado nos indica que para cumplir las expectativas de calidad de las mujeres solo basta considerarla en su entorno integral siendo profesionales de la salud más cercanos a nuestras usuarias, desarrollando las competencias y habilidades adquiridas eficaz y eficientemente, teniendo presente esto lograremos satisfacer sus necesidades y haber logrado una atención de calidad.

La satisfacción usuaria de las mujeres del estudio, fue en su mayoría de alto grado, el concepto de calidad que utilizan está centrado en la información pertinente y oportuna proporcionada por funcionarios de orden profesional, ser consideradas como personas activas durante su proceso de trabajo de parto y parto y en general durante su estadía hospitalaria, y desatacan también, el trato cordial con que se les atendió.

ASOREY (2003), en su estudio de calidad del servicio y el profesional de la salud, señala que ofrecer un servicio profesional es, ni más ni menos, que la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a

cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos, conceptuales y de comportamiento. Para las mujeres del estudio, es de especial importancia el carácter tangible de calidad de atención con que son atendidas, desde que son recepcionadas al ingreso de la atención, hasta como se sienten en el contacto interpersonal que se genera a partir de la comunicación, pasando por el confort que le ofrece el lugar de hospitalización, sin embargo la evidencia muestra que dentro de la evaluación de calidad existen otros aspectos a considerar como pertinentes dentro de las características que debería tener un servicio de calidad, entre ellos ASOREY (2003), destaca la competencia del profesional que la atiende, la fiabilidad en el desempeño de su trabajo, la rapidez, cortesía, credibilidad, seguridad, comunicación y conocimiento del usuario/a, puesto que cada día usuarias/os están más exigentes, sin embargo, la percepción de la calidad varía de una a otra persona y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio.

4.6.3 Influencia del entorno social.

El embarazo y el parto son procesos normales fisiológicos, procesos sociales y emocionales que acontecen en la vida de cualquier mujer y su familia, proceso que no siempre esta libre de temores y miedos asociados a lo que el entorno puede transmitir respecto de la experiencia del parto y también experiencias previas de las mujeres.

Según SEARLE (1996), el centro de atención de los temores de la mujer en su mayoría es el bienestar del bebé, SZEVERENYI (1998), señala que la mujer comúnmente se preocupa por la salud del feto y las anomalías congénitas, para FAVA (1990), las posibles complicaciones que puedan afectar la propia salud y el bienestar de las mujeres, también tiene un importante valor. MELENDER (2002), afirma que es común para las mujeres preocuparse por el proceso biológico de dar a luz, tales como el trabajo de parto, el dolor de las contracciones y las posibles intervenciones médicas que podrían necesitar. Según WIJMA (2002), cuando la mujer asocia el parto a miedo y temor, se puede inferir que tanto el personal y las condiciones externas desempeñan un papel importante en la generación de temores.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas expresa que el entorno social, en cierto modo influyó sobre su impresión acerca del proceso y la predisposición que pudieron tener al enfrentarse tanto al momento del parto, como también para enfrentarse al personal que les proporcionaría atención.

Dentro de los relatos de las entrevistadas se destaca la influencia negativa del entorno respecto a la experiencia del parto, relacionado directamente a la sensación de dolor y haciendo énfasis en lo traumático del proceso, hecho que como ellas lo nombran, genera en ellas temor, y nerviosismo, mencionan que aunque hallan tenido la experiencia previa, saben que ningún parto es igual a otro.

“...siempre le están diciendo a uno que es doloroso, te asustan, y eso hace que uno se coloque más nerviosa, porque también es un proceso desconocido” (Garza).

El futuro miedo tiene tanto dimensiones sociales, como personales. Las dimensiones sociales se presentan como “el miedo de lo desconocido”, “historias de terror” y “temor general acerca del bienestar del bebé”. Las posibles dimensiones personales del temor se presentan como “el miedo al dolor” “Perder el control y la marginación” y “la singularidad del nacimiento de cada uno”. (COLLEN et al., 2006)

Sólo una de las entrevistadas señala que ella no tuvo una influencia negativa de su entorno respecto a las historias de parto, de su relato se puede deducir además que para ella significó un condicionamiento positivo el hecho de haber tenido una experiencia previa de parto sin riesgos ni complicaciones, hecho que puede haber influido en su experiencia posterior.

“No escuché tantas cosas respecto al parto, aparte que mi primer parto fue súper rápido tampoco fue tan doloroso, yo pensaba que iba a ser terrible que iba a sufrir pero no fue así” (Gaviota).

Este negativismo con el que las mujeres enfrentan la maternidad, no solo es fruto de la transmisión de experiencias de otras personas, sino que tiene componentes de la propia experiencia de las mujeres, ya que ellas tienen la vivencia previa, aunque no todas manifiestan haber tenido alguna influencia negativa, sin embargo, ellas no señalan en sus argumentos haber escuchado algún comentario positivo respecto de la experiencia del parto en sí, ni del trato recibido por parte de los funcionarios del servicio.

“A uno siempre le dicen que el parto duele... que la tratan mal y eso,... yo como que tenía miedo porque como mi primer parto lo tuve en Valdivia y allá igual me trataron mal y yo estuve triste porque mi guagüita sufrió harto cuando nació, entonces yo no quería que le pasara lo mismo”(Torcaza).

En los casos en que la mujer ha experimentado anteriormente una situación negativa en el nacimiento de un hijo, siguen teniendo miedo con posteriores nacimientos (SAISTO et al., 1998). En esencia, las mujeres emiten sus temores de sus experiencias anteriores a su próximo parto.

“Siempre a las primerizas les echan miedo y todos dicen que son súper mañosas las Matronas...” (Golondrina).

“Me decían que el dolor es muy fuerte, que las Matronas las trataban mal a uno, cuando grita y eso” (Paloma).

Las sensaciones de temor y miedo que les son transmitidas por otras personas, también tienen relación con la percepción de la atención brindada, algunas señalan que las matronas son mañosas y otras dicen que si gritan mucho durante el parto, las matronas las tratan mal, sin duda que ante esta posible situación, las mujeres adquieren una postura para enfrentarse a ello, la que puede influir en cómo vivan el proceso y cómo se preparen para enfrentarlo.

CAMPBELL y PORTER (1997), original no consultado, encontró que el apoyo social antes, durante y después del parto representa una alternativa a los productos farmacéuticos para

ayudar a las mujeres hacer frente a ambos, el miedo y el dolor. Según un estudio australiano (How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example, COLLEEN, F. et al., 2006), dentro de sus hallazgos, indican que hay dos factores centrales que median contra el miedo en el parto para las mujeres: el apoyo prestado a través de las relaciones entre las mujeres y la asistencia por sus matronas, y en segundo lugar, el apoyo recibido dentro de su red informal entre ellos de su pareja, miembros de la familia y amigo.

5. CONCLUSIONES

El nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo, incorpora aspectos de la atención prenatal, que antes no eran considerados necesarios desde el punto de vista de la integralidad que supone la experiencia de maternidad.

Luego de la realización de este estudio, se concluye que la percepción en torno al parto de las mujeres entrevistadas es positiva, cuando durante la gestación se han realizado acciones que contribuyan a transformar la experiencia, en una oportunidad para el crecimiento familiar y el desarrollo de sus potencialidades.

La percepción que las mujeres entrevistadas tienen respecto a la importancia de la participación en actividades educativas, es relacionada con el desarrollo posterior del apego entre la madre, el padre y el recién nacido (a), puesto que demuestra que la madre entabla una relación de unidad con el recién nacido al momento de recibirlo, generándose un estado de sintonía emocional, importantes para el fortalecimiento del vínculo afectivo, destacan la importancia del apego en su relación posterior con el recién nacido (a), ya que las ayuda a conocer su hijo (a), aprenden a estimularlos (as), se sienten más cercanas a ellos (as).

Las mujeres atribuyen a los talleres prenatales, valor para enfrentar lo que significa ser madres, tanto en el conocimiento de los cambios que experimentan, como en la toma de decisiones que realizan de manera libre, informada y con propiedad, lo que les permite gozar con plenitud su embarazo.

Contar con el profesional Matrona y/o Matrón es considerado importante por las informantes para resolver sus dudas, argumentando que en los controles no alcanzan a preguntar todo lo

que quisieran saber y que la instancia de reunión con otras mujeres las incentiva a participar, afirman que conocer otras experiencias sirve para aprender y desmitificar creencias erróneas.

Respecto a la importancia de los talleres prenatales, relacionado con la aplicación de conocimientos acerca del trabajo de parto y parto, destacan los beneficios que las mujeres atribuyen a la preparación física y mental que les permite relajarse a través del empleo de ejercicios durante el trabajo de parto y parto.

La percepción de las mujeres acerca de la utilización de técnicas psicofiláticas en su experiencia de parto natural es positiva, dentro de los relatos mencionan que las ayudó a tener un parto más lindo, se sintieron cómodas, pudieron buscar libremente la forma que más les acomodara para relajarse, lo que significó que recordaran la experiencia como algo único, reconfortable, natural y hermoso; La atmósfera que se genera con la preparación, hace que las mujeres recuerden lo positivo e incluso mencionan que aunque sintieron dolor, volverían a repetir la experiencia de parto natural.

Las mujeres establecieron una relación entre la utilización de técnicas psicofiláticas en su trabajo de parto, y el tiempo que dura el trabajo de parto, tanto en el avance de la dilatación, como por el descenso del feto, atribuyéndole al uso de éstas técnicas, el acortamiento de la duración del trabajo de parto. El uso de la ducha lo asociaron a avance en la dilatación cervical y sensación de relajo. El uso del balón terapéutico lo relacionaron con disminución de los dolores durante la contracción uterina, y los movimientos pélvicos realizados sobre el balón, a un avance en la dilatación cervical y al descenso del feto, destacaron que esta posición natural, era utilizada antes por las mujeres para dar a luz.

Las sensaciones que las mujeres experimentaron con el uso de técnicas psicofiláticas, se relacionan con comodidad, confort, seguridad, tranquilidad al estar mejor preparadas, y relajación, destacan que pudieron experimentar mayor cercanía con su recién nacido/a y también con la profesional matrona que las atendió. En cuanto a la sensación de dolor, señalan que fué en disminución cuando utilizaban alguna técnica psicofilática.

La presencia de una persona significativa durante el trabajo de parto y parto, es considerada importante para el desarrollo del vínculo en la tríada durante el trabajo de parto y parto, la presencia del padre es valorada en forma positiva, mencionan que lo sienten más cercano al hijo/a que ven nacer y más responsables frente a las necesidades del recién nacido/a, no obstante, la compañía de una persona significativa en los talleres educativos, específicamente el progenitor, aún es considerada como irrelevante por las entrevistadas, situación justificada por ellas en la incompatibilidad de tiempo de sus parejas.

Aunque los progenitores participaron en menor cantidad de los talleres prenatales, el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto fué continuo, incluso por familiares cercanos, destacando siempre la presencia de una mujer como persona significativa.

Las mujeres del estudio relatan que estar acompañadas durante el trabajo de parto y parto, las hizo sentir más cómodas, seguras y apoyadas, además la participación de sus familiares fué activa, ya que les proporcionaron cuidados básicos como masajes, que favorecieron el confort e incidieron en la disminución de la ansiedad y el temor.

La apreciación de las mujeres después de haber vivido la experiencia de parto natural, es de un alto grado de satisfacción, que se atribuye sobre todo a que el parto sea considerado como un proceso natural, innato al ser humano y no como una patología médica, dejando de lado las asociaciones negativas y la relación con el dolor.

La experiencia significó mayor protagonismo en el proceso, que lo hace recordar como una vivencia absolutamente gratificante, sintieron el nacimiento de su hijo (a) de manera mucho más cercana, lo recuerdan como un parto rápido y con menos dolor, hecho que puede estar influenciado por la preparación previa recibida y la atmósfera que generó la compañía durante el trabajo de parto.

La aceptabilidad al parto vertical se atribuye a la comodidad que experimentaron en esa posición, la facilidad con que pudieron pujar y lo efectivo del pujo, además de considerar los aspectos emotivos señalados anteriormente.

La forma como las mujeres enfrentan la maternidad, se relaciona con las expectativas que tienen frente al proceso, muchas tienen ideas poco realistas por lo que la calidad de la preparación al parto y la forma como se enfrentan, influye en la satisfacción final. La experiencia previa de parto, intervino en las expectativas de las mujeres entrevistadas, el optimismo con que se enfrentaron al proceso logró que la mayoría estuviera satisfecha y lo recordara como una experiencia positiva, dejando de lado el dolor.

La educación otorgada en los talleres fué fundamental, ya que la información que ellas manejaban ayudó para que puedan estar más activas y saber que lo planificado no siempre sucede como se espera, por lo que hubo más satisfacción y menos decepción con su labor.

En un momento especialmente sensible para la mujer y su familia tras la espera y la llegada de un nuevo integrante, la influencia del entorno puede favorecer o entorpecer este proceso, por lo que es importante para la familia y la mujer, que las acciones que realicen las personas que interactúan con ellas durante su estadía hospitalaria, sea en un clima de respeto, calidez y amabilidad, ya que de esto dependerá el grado de satisfacción frente al servicio prestado por el personal y/o el hospital. En este contexto, la mayoría de nuestras mujeres informantes, señaló que el trato otorgado por el personal de maternidad fué muy cálido, respetuoso y cordial, hechos que sin duda generaron en ellas sentirse acogidas, seguras, en confianza y sin perder lo más importante, el sentirse informadas y consideradas.

Para las mujeres entrevistadas es fundamental sentirse protagonistas de su proceso reproductivo y establecer una relación significativa con la matrona, puesto que con ello se consigue que el trabajo de la profesional durante el trabajo de parto y parto, se transforme en una oportunidad para conectarse, proporcionando así un espacio seguro en el que las mujeres pueden sentirse libres. Las actitudes que los profesionales y no profesionales adoptan al

atender a las mujeres, influye en la percepción de su experiencia de parto, y es por esto que no todas las entrevistadas tienen la misma opinión acerca del trato hacia ellas. Es importante señalar que en su mayoría, otorgan importancia especial al trato recibido por las matronas. En esta investigación se puede apreciar que las mujeres, en general, están contentas con la atención recibida por parte de estas profesionales, ya que se sienten acogidas e informadas, en cuanto al personal técnico, no hacen mucho énfasis, sólo una de ellas señala que tuvieron un trato poco deferente.

Respecto a la calidad de atención, las mujeres entrevistadas consideran que tienen un alto grado de satisfacción, ya que el trato de los funcionarios fué el adecuado y la atención en general la consideran como buena y cordial; implícitamente las mujeres relacionan atención de calidad, con un trato respetuoso y afable, cuando se les mantiene informadas y son consideradas personas activas durante el proceso, sensación que les otorga comodidad y seguridad en el lugar donde tendrán a su recién nacido (a). A través de la información recopilada en las entrevistas, confirmamos la importancia de considerar activamente a la mujer en el proceso de trabajo de parto y parto, informándola adecuadamente, recibiendo un trato digno, cordial, sin discriminaciones, con la realización adecuada de los procedimientos, por lo que cumplir las expectativas de calidad de las mujeres sólo basta con considerarla en su entorno de una forma integral siendo profesionales de la salud más cercanos a nuestras usuarias, desarrollando las competencias y habilidades adquiridas, eficaz y eficientemente, para lograr satisfacer sus necesidades biomédicas y psicosociales logrando una atención integral de calidad.

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos, que no siempre están libres de temores y miedos asociados a lo que el entorno puede transmitir, respecto a la experiencia del parto y también las experiencias anteriores de las mujeres del estudio. Las mujeres entrevistadas expresan que el entorno social influyó en su impresión acerca del proceso, aún teniendo experiencia previa de parto, asimismo influyó la predisposición que tuvieron al enfrentarse tanto al momento del parto, como al personal de maternidad. La influencia negativa del entorno, respecto a la experiencia del parto, es relacionada directamente por las mujeres del

estudio, con sensaciones de dolor, ya que generalmente se enfatiza lo traumático del proceso, que según ellas genera temor y nerviosismo, aún cuando hayan tenido una experiencia, pues saben que ningún parto es igual a otro. La transmisión de sensaciones de miedo y temor, por su entorno más próximo, también se relaciona con la percepción de la atención brindada, ya que en su mayoría los relatos hacen referencia cuando la percepción es negativa, y se observa que en estos casos, la mujer adquiere una postura defensiva que podría influir en su vivencia del proceso; por otra parte, cuando el entorno de la mujer ha tenido una experiencia positiva, omite los comentarios, destacando sólo los aspectos negativos de su vivencia.

Los resultados obtenidos en esta investigación, esbozan una evaluación inicial de la percepción de las usuarias de la maternidad del Hospital de Paillaco, respecto de la implementación de talleres incluidos en las atenciones prenatales, de acuerdo al nuevo Modelo de Atención Integral en el Proceso Reproductivo y del Sistema de Protección a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo, cuya puesta en marcha coincidió con esta investigación.

El desarrollo de esta investigación cualitativa, nos permitió evidenciar la aceptación de las mujeres hacia esta nueva modalidad de atención, lo cual trajo beneficios tanto para la mujer, su hijo (a) y su familia, puesto que el nacimiento es concebido como una experiencia familiar donde todo el grupo es foco de atención perinatal, haciendo especial énfasis en brindar atención de salud integral, centrada en la familia, afectando de manera decisiva el posterior desenvolvimiento de la existencia humana, hecho que afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Nacimiento, (2005).

5.1 Proyecciones

Dentro de las proyecciones de este trabajo, destaca la necesidad de incorporar la evaluación cuantitativa de los parámetros que se desprenden de la inclusión de este nuevo modelo de atención, para obtener una visión integral que complemente los aspectos psicosociales evaluados a través de este estudio, con aspectos biomédicos cuantitativos. Se hace necesario también, conocer la experiencia de primigestas, mediante la evaluación cualitativa explorando

la percepción de éstas frente al proceso de gestación y nacimiento, y desde el enfoque cuantitativo, para conocer resultados tangibles derivados de la incorporación de este nuevo modelo.

A largo plazo, es imprescindible continuar en esta línea investigativa, para evidenciar si las estrategias actuales de intervención, basadas en el nuevo Modelo de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, resulta en una disminución de las tasas de maltrato infantil, mayor participación del padre en el cuidado del niño (a), lactancia más exitosa durante todo el primer año y menor abandono de recién nacidas (os), objetivos centrales incluidos en el Sistema de Protección a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo.

De este trabajo se desprende un profundo crecimiento profesional y valórico, que nos permitió enfrentar la atención del proceso reproductivo desde una mirada mucho más cercana, durante la realización de este trabajo de investigación, preparándonos para continuar enfatizando en la integralidad y la búsqueda constante de la participación familiar en cada nacimiento y en cada atención brindada.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. AIZPURU, A. 1994. La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*. Vol 2. Pp 37 – 44.
 2. ARBULÚ, A. 2004. Padres, bebé y el apego inicial. *Familiae*. Pp 1-10.
 3. ASOREY, G. 2003. Calidad del Servicio y el profesional de la salud. *Research & development Institute*. <<http://www.gerenciasalud.com/art74.htm>> (22 de marzo de 2008).
 4. BRAND, G. 2004. Humanizando la relación Madre- Hijo. Construyendo una sociedad basada en el amor. *Medicina UFRO. Pediatría al día*. Vol. 20. Pp 67-75.
-
1. CAMPBELL & PORTER. 1997. Feminist theory and the sociology of childbirth: A response to Ellen Annandale an Judith Clark. *Sociology of Health & Illness*. Vol 19. Pp. 348 – 358.
 2. COLLEEN, F. HAUCK, Y y FENWICK, J. 2006. How social context impacts on women´s fears of chilbirth: a Western Australian example. Edith Cowan University, Joondalup, WA Australia, *Rev. Science Direct*. Vol 63. Pp. 64-65.
 3. CHALMERS, B. MANGIATERRA, V y PORTER, R. 2001. Principios de la organización mundial de la salud (O.M.S) acerca del cuidado perinatal. *Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto*. Organización mundial de la Salud. Pp. 202 – 207.

4. DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD. DEIS. 2004. < <http://deis.minsal.cl/>> (12 de Octubre de 2007).
5. Del CASTILLO, I. 2006. La revolución del Nacimiento. Editorial Granica.
6. DONOSO, E. 2007. Descenso de la natalidad en Chile: Un problema país. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. Vol.72. Pp.73-75. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262007000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526> (12 Marzo de 2008).
7. FAVA, GRANDI, y MICHELACCHI. 1990. Hypochondrial fears and beliefs in pregnancy. Acta Psychiatry Scandinavia. Pp. 70–72.
8. FONDO DE SOLIDARIDAD E INVERSIÓN SOCIAL. FOSIS. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. MIDEPLAN. 2006. Sistematización de las bases científicas y empíricas que apoyan modalidades de parto integral. <http://www.crececontigo.cl/download.php?c=upfiles/documentos&a=46e1b4bd10dae_02_Disenos_para_el_parto_integral.pdf> (03 de Julio 2007).
9. GAITAN, J. 1998. Técnicas de Investigación en Comunicación Social. Madrid. Síntesis. Pp. 94-95.
10. GARCIA, A. MERINO, P. PEREZ, P. GONZALEZ, A. 1992. Influencia materno-fetal de la preparación física al parto. Educación Maternal en el estado materno-fetal. Rev. Acta Ginecológica. Vol. 49. Pp. 376-381
11. GARCÍA, S. 2002. La Validez y la Confiabilidad en la Evaluación del Aprendizaje desde la Perspectiva Hermenéutica. Universidad Nacional Experimental de Guayana. Venezuela. Revista Pediatría. Vol 23 N.67. Pp. 168-170.

12. GUPTA, J. NIKODEM, V. 1999. La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto. Cochrane Review. <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119023274/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>> (03 de Septiembre de 2007).
13. HALL, J. y TAYLOR, M. 2004. Birth and spiritually, In S. Downe (Ed) Normal Childbirth evidence and debate. Pp. 41 – 56. Sydney: Churchill Livingston.
14. HERNANDEZ, R. 2003. Metodología de la investigación. Ed. Editorial Mc Graw-Hill, Pp: 5, 12,115-117,120.
15. HODNETT E. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol 186. Pp 160-172.
16. LALLY, J. 2008. More in hope than expectation a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour <www.biomedcentral.com/1741-7015/6/7> (15 Mayo 2008).
17. LAMAZE INSTITUTE NORMAL BIRTH. 2005. Internacional. Método Lamaze. <<http://www.lamaze.org>> (28 de noviembre de 2006).
18. MARQUES, N y DE SOUSA, J. 2005. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. Brazil. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100009> (15 de Octubre de 2006).
19. MARSHALL, K. y KENNEL, J. 1986. Maternal- Infant Bonding: Impact of early separation or Loss on Family Development. St. Louis. CV. Mosby. Co.

20. MELENDER. 2002. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol 4. Pp. 256–263.
21. MINSAL. 2007. Manual de Atención Personalizada con enfoque familiar en el proceso reproductivo.
<<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ciclo vital/saludreproductiva.pdf>>
(26 de Abril de 2007).
22. MINSAL. 2006. Chile. Nacer en el siglo XXI.
<http://www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/nacer_siglo_xxi.pdf> (22 de Enero de 2007).
23. MOLINA, S. 1996. Impacto de la Educación Maternal: Vivencia Subjetiva Materna y Evolución del Parto.
<<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/educmat6.htm>> (18 de Junio de 2007).
24. ODENT, M. 2001. La científicación del Amor. Fundación Creavida. Pp.120-205.
25. OTERO, J. 2002. Calidad en Salud. <<http://www.gerenciasalud.com/art17.htm>> (22 de marzo de 2008).
26. PEREZ, G. 2001. Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas. Segunda edición. Madrid. Editorial Nancea. Pp: 222-225.
27. PINEDA, E. ALVARADO, A. CANALES, F. 1994. Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la salud. Pp 225.

28. RIVEROS M. 2006. Nacer en el siglo XXI, de vuelta a lo humano. Nacer Bien, un derecho de los hijos. Renacer, oportunidad de los padres. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Pp. 133.
29. RODRIGUEZ, G. 2006. Tipo de vínculo madre / hijo y desarrollo intelectual sensoriomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. Vol.23, N°2 Pp.175-201. <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272006000200003&lng=es&nrm=iso> (10 Noviembre 2007).
30. ROTHMAN B. 1982. Giving Birth: Alternatives in childbirth, Harmondsworth, UK: penguin. <<http://gas.sagepub.com/cgi/content/refs/13/3/326>> 17 de abril de 2007.
31. SAISTO, T. YLIKORKALA y HALMESMAKI. 1999. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. Obstetrics and Gynecology. Vol 94. Pp. 679-682.
32. SÁNCHEZ, M. REVUELTA, F. 2002. Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de información. Universidad de Salamanca. <http://www3.usal.es/teoriaeducacion/rev_numero_04/n4_articulos.htm> (10 de Octubre de 2007).
33. SEARLE. 1996. Fearing the worst: Why do pregnant women feel at risk?. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol 36. Pp. 279–286.
34. SILVA, C. 2003. Los métodos psicosomáticos en la educación para la maternidad. Academia de Medicina de Colombia. <<http://encolombia.com/medicina/academedicina/academ25363-metodos.htm>> (07 de Octubre de 2006).

35. SOTO, C. CABRERA, C. TEUBER, H. CABRERA, J. 2005. “Intervención educativa en el embarazo y su efecto en el parto”. Ponencia presentada en el Seminario Políticas sociales y desarrollo infantil en un enfoque de resiliencia. MINSAL–Unicef, Santiago.
36. SOTO, C. CABRERA, C. TEUBER, H. CABRERA, J. 2006. Educación Prenatal y su relación con el tipo de Parto: Una vía hacia el parto natural. <<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art05.pdf>> (07 de Octubre de 2006).
37. STRAKE, R. 1999. Investigación con estudio de casos. 2ª ed. Madrid, Morata. Pp157.
38. STRAUSS, A y CORBIN, J. 2002. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera Edición. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia. Pp. 17.
39. SZEVERENYI. POKA. HETÉY y TOROK. 1998. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partners presence at delivery. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Vol 19. Pp. 38–43.
40. TAYLOR, S. y BOGDAN, R. 1987. Introducción a la metodología cualitativa de la investigación. 2º Ed. Barcelona. Ediciones Piados Ibérica S.A. Pp. 92, 101.
41. TOURNAIRE, M. y THEAU, Y. 2007. Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. Evidence Based complementary and alternative medicine: eCam. Vol 4. Pp. 409 - 417.
42. VALDES L., MORLANS H. 2005. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología.Vol.70, no.2. Pp. 108-112. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262005000200010&lng=es&nrm=iso> (28 de Noviembre de 2007).

43. VALLES, M. 2000. Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis S.A.
44. WEAVER, J. 2004. Caesarean section and maternal choices. Fetal and Maternal Medicine Review. Vol 15.Pp. 1-25.
45. WIDLÖCHER, D. 2004. Sexualidad infantil y apego. Pp. 159-164.
46. WIJMA. 2003. Why focus on 'fear of childbirth'. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Pp. 141–143.
47. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva, Zwitterland.

7. ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo..... Declaro haber sido invitada a participar y colaborar en la entrega de información para la elaboración de la tesis de las Egresadas de Obstetricia y Puericultura Srtas. Carolina Ivón Aguayo Ortiz y Ana María Angulo Carrasco, que consiste en conocer mi vivencia en los talleres prenatales y de mi de parto en la maternidad del Hospital Paillaco.

Declaro estar en conocimiento de que la información entregada durante las entrevistas en las que participaré en forma libre y espontánea, será confidencial, y solo será utilizada en la elaboración de la tesis, para que las investigadoras logren el grado académico de Licenciada en Obstetricia y Puericultura, en la Universidad Austral de Chile.

Declaro tener conocimiento de los objetivos y metodología del proyecto.

Consiento y autorizo a las investigadoras a grabar nuestras conversaciones en cada sesión, las que luego de ser transcritas se me facilitarán para revisarlas y agregar o quitar la información que estime pertinente.

Estoy al tanto de poder retirar mi colaboración y participación del proyecto en el momento que lo desee.

Declaro haber entendido todo lo anteriormente nombrado y otorgo mi consentimiento sin haber sido forzada ni obligada, y para que así conste, firmo el presente documento.

.....
Firma Informante

.....
Firma Tesista Carolina Aguayo Ortiz.

.....
Firma Tesista Ana María Angulo Carrasco

Paillaco,.....de.....de 2008.

ANEXO 2**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.**

1. ¿Cuénteme que opinión tiene usted acerca de los talleres en los controles prenatales?
¿Cómo éstos influyeron durante su trabajo de parto y parto?
2. ¿Como influyeron los talleres prenatales en su relación con su hijo/a?
3. ¿Fue acompañada a los talleres prenatales y en su trabajo de parto y parto? ¿Cómo cree usted que influye la presencia de una persona significativa?
4. ¿Cómo fue su experiencia de parto natural? ¿Qué es lo que más recuerda?
5. ¿Qué técnica de relajación como: ducha, masajes, música ambiental, respiración, ejercicios con balón terapéutico, utilizó durante su trabajo de parto? ¿Cómo se sintió?
6. ¿Qué técnica de relajación le brindó mayor comodidad para controlar mejor las molestias durante el trabajo de parto? ¿Por qué?
7. ¿Qué significó esta experiencia en el vínculo entre usted, su pareja y su hijo?
8. ¿Considera usted que conocer la maternidad durante los talleres influye en su preparación y predisposición para enfrentar el trabajo de parto y parto?
9. ¿Qué aspectos de su entorno, ya sea social, familiar y cultural, cree que influyen o han influido en su opinión respecto al parto y la forma como enfrenta el proceso?
10. ¿Considera usted que su experiencia previa de parto influyó en su experiencia actual?
¿Por qué?
11. ¿Repetiría usted esta forma de dar a luz?, ¿Por qué?
12. ¿Que opinión le merece el trato del personal de maternidad durante su atención?