



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”**

---

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA A LA MADRE  
PRIMERIZA Y SU RECIÉN NACIDO HOSPITAL “VÍCTOR  
RAMOS GUARDIA” – HUARAZ – 2014**

Tesis para optar el grado de Doctor  
en Enfermería

**URSULA LEZAMETA BLAS**

Asesora: **Dra. MAGNA GUZMAN AVALOS**

Huaraz - Ancash - Perú

2020

Nº. Registro: TE0073



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,  
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.  
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

**1. Datos del Autor:**

Apellidos y Nombres: **Lezameta Blas Ursula**

Código de alumno: **2013.0177.6.AF**

Correo electrónico: **urlezab@hotmail.com**

Teléfono: **987550712**

DNI o Extranjería: **15643170**

**2. Modalidad de trabajo de investigación:**

Trabajo de investigación

Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo Académico

Tesis

**3. Título profesional o grado académico:**

Bachiller

Licenciado

Título

Magister

Segunda especialidad

Doctor

**4. Título del trabajo de investigación:**

**CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA A LA MADRE PRIMERIZA Y SU RECIÉN  
NACIDO HOSPITAL "VÍCTOR RAMOS GUARDIA" – HUARAZ – 2014**

**5. Facultad de:**.....

**6. Escuela, Carrera o Programa: Doctorado en Enfermería**

**7. Asesor:**

Apellidos y Nombres: **Guzman Avalos Magna**

Correo electrónico: **magu\_av18@hotmail.com**

Teléfono: **949460797**

DNI o Extranjería: **32855895**

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

**Firma:**  .....

**D.N.I.:**

**FECHA:**

## MIEMBROS DEL JURADO

*Doctora* Bibiana María León Huerta

Presidenta

---

*Doctora* Consuelo Teresa Valencia Vera

Secretaria

---

*Doctora* Magna Guzmán Avalos

Vocal

---

## **ASESORA**

*Doctora Magna Guzmán Avalos*

## **AGRADECIMIENTO**

- A Dios por ser mi fortaleza, mi guía en éste mundo y permitirme alcanzar cada una de mis metas
- A mi asesora Dra. Magna Guzmán Avalos por la orientación y su apoyo permanente para la culminación de la presente tesis.
- A mis jurados por los aportes para la finalización de la tesis

## **DEDICATORIA**

- A mi esposo por su paciencia y apoyo para la finalización de mi tesis
- A mis hijos Rudy Ronald y Katerine porque son mi razón de ser y la luz que ilumina mi vida.
- A mis queridos padres José Santos y Regina a quienes agradezco por su entrega y dedicación para ser quien soy.
- A mis hermanos Delina, Romer, Edwin, Hugo y Eder por su apoyo permanente e incondicional.

## INDICE

	<b>Página</b>
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1-6
Objetivos	4
II. MARCO TEÓRICO	7 – 34
2.1. Antecedentes	7– 12
2.2. Bases teóricas	15 - 34
2.3. Definición de términos	33
III. METODOLOGIA	35 - 42
3.1. Tipo de Investigación	35
3.2. Plan de recolección de la información y/o diseño estadístico	36
3.3. Instrumento(s) de recolección de la información	37
3.4. Plan de procesamiento y análisis de la información	39
IV. RESULTADOS	43 - 55
V. DISCUSIÓN	56 - 67
VI. CONCLUSIONES	68
VII. RECOMENDACIONES	69
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
ANEXO	

## RESUMEN

El propósito de la investigación fue conocer cómo es el cuidado humanizado que brinda la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido en el Hospital Víctor Ramos Guardia. La metodología que se utilizó fue: Investigación de trayectoria cualitativa, descriptiva. La información se recolectó con una entrevista semiestructurada aplicada a doce madres primerizas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia, se tuvo en cuenta los criterios éticos y de rigor científico. Del análisis se obtuvieron dos categorías: modos de cuidar de enfermería, con tres subcategorías: (des) cuidado de enfermería, prevalecen los procedimientos y limitaciones para desarrollar el cuidado humanizado; la segunda categoría: orientación para la maternidad conformada por dos subcategorías: orientación para atender al recién nacido y orientación a la madre para su cuidado personal. Se concluye que: No todas las enfermeras brindan el cuidado humanizado a las madres primerizas y su recién nacido. Los procedimientos y la administración de medicamentos son acciones que prevalecen al momento que la enfermera atiende a la madre primeriza. La dimensión técnica-procedimental es la que predomina en las acciones que realiza la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido.

**Palabras clave:** cuidado, primeriza, recién nacido, post parto

## ABSTRACT

The purpose of the research was to know what the humanized care of the nurse is like for the first-time mother and her newborn at the Víctor Ramos Guardia Hospital. The methodology used was: Qualitative, descriptive trajectory research. The information was collected with a semi-structured interview applied to twelve first-time mothers treated in the Gynecology-Obstetrics service, ethical criteria and scientific rigor were taken into account. Two categories were obtained from the analysis: ways of nursing care, with three subcategories: (dis) nursing care, procedures and limitations prevail to develop humanized care; the second category: guidance for motherhood consisting of two subcategories: guidance for caring for the newborn and guidance for the mother for personal care. It is concluded that: Not all nurses provide humanized care to new mothers and their newborn. Procedures and medication administration are actions that prevail at the time the nurse attends to the first-time mother. The technical-procedural dimension is the one that predominates in the actions performed by the nurse to the first-time mother and her newborn.

**Key Words:** care first, newborn, postpartum

## I. INTRODUCCIÓN

Las madres primerizas después del parto afrontan una serie de cambios anatómo-fisiológicos, emocionales y las molestias propias del post parto, adaptarse a su nuevo rol materno y asumir la atención del recién nacido.

El proceso del parto es un acontecimiento único e impactante en la vida de la mujer, la experiencia de las contracciones uterinas que van en aumento, ocasiona temor, ansiedad, tensión muscular, incrementando la sensación de dolor en la madre, todo ello va favorecer el nacimiento del bebé y al alumbramiento (Lowdermilk, 2013, p. 315). Al concluir el proceso del parto, la mujer experimenta modificaciones en su organismo, con el propósito de que los diferentes órganos involucrados durante la gestación regresen a su etapa de no embarazo, además hay disminución de las hormonas progesterona y estrógeno que repercuten en la variación del estado de ánimo (Burroughs, 2002, p. 213).

Después de esa experiencia tan intensa la madre primeriza se encuentra cansada, con sueño, con dolor y asimismo debe atender al recién nacido, que en muchas ocasiones ellas no saben cómo hacerlo, generando miedo, inseguridad, ansiedad, etc.

La madre conforme se adapta al nuevo integrante de la familia, el primer día adopta una conducta pasiva, dependiente y se centra más en sus propias necesidades, solo sigue las indicaciones del personal de salud y duda al momento de tomar decisiones. Al segundo o tercer día después del parto, ella puede retomar el control de su vida y de su bebé (Ladewig, 2006, pp. 817-818). En tal sentido el personal de enfermería es quien debe apoyar, orientar y guiar a las madres para que se sientan seguras al

hacerse cargo de la atención de su bebé y del cuidado de sí misma cuando regresen al hogar.

El profesional de enfermería es quien interactúa de manera permanente con las madres en la etapa de la maternidad y realiza acciones para promover el bienestar de la familia y del neonato, es muy importante la participación activa de enfermería al momento de brindar el cuidado para empoderar a las nuevas madres y se adapten a su nuevo rol materno. (Mercer 1995, citado en Marriner y Raile, 2007, pp. 614-615)

En el post parto se pueden presentar una serie de complicaciones en la madre como en el recién nacido y para prevenir este hecho es necesario la participación activa del equipo de salud entre ellos el profesional de enfermería, quien debe preparar a la nueva madre para que pueda reconocer los signos de alarma y así ella pueda acudir de inmediato al establecimiento de salud para recibir la atención adecuada.

Según los datos reportados en ENDES 2012, en el Perú la mortalidad de neonatos es de aproximadamente 30%, está relacionada al proceso de atención y cuidados del recién nacido (RN) dentro de los establecimientos de salud y en el domicilio, los que son prevenibles. Por otro lado la mortalidad neonatal entre los primeros 7 días de vida son frecuentes (49%) y se relacionan con la capacidad institucional de atención del RN y la educación sobre su cuidado en el hogar. Asimismo, el 37% de la notificación de defunciones fetales y neonatales están relacionadas a deficiencias en la salud materna; el 27% a problemas en el cuidado del embarazo, el 6% a problemas del último trimestre de gestación y atención del parto; y un 30% está relacionada al proceso de atención y cuidados del RN dentro de los establecimientos de salud y en los domicilios (ENDES, 2012).

Mientras que en la Región Ancash ENDES (2012) en el periodo 2011-2012, se estimaron 442 muertes neonatales, con una tasa de mortalidad de 9.4 por cada mil nacidos vivos. En relación al género, la tasa de mortalidad en hombres fue de 10.7 y en mujeres 8.1 por cada mil nacidos vivos respectivamente. Siendo la principal causa de muerte aquellas supeditadas a infecciones. Por estas causas fallecen en promedio 355.9 neonatos por cada 100 mil nacidos vivos ENDES, 2012).

Estos datos estarían indicando que las madres no están atendiendo de manera adecuada al recién nacido en sus hogares y puede estar relacionado al desconocimiento o a las prácticas inadecuadas que estarían afectando la salud del neonato. La falta de conocimiento puede deberse a que durante la hospitalización después del parto, la información que se brindó a las madres referente a la atención del recién y el reconocimiento de los signos de alarma no fue suficiente.

Por otro lado en Lima en un estudio realizado por Curahua, 2015, en el instituto nacional materno perinatal refiere que, las complicaciones maternas durante el postparto de las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron: anemia 42%, fiebre puerperal 7% e infección urinaria 4%, mientras que en las pacientes de parto por cesárea con cesárea anterior presentaron: anemia el 42.4%, fiebre puerperal 11.1%, infección de herida operatoria 4% y hemorragia postparto e infección del tracto urinario 3%. Estos resultados pueden estar relacionados a la falta de información de las pacientes, que mientras estuvieron hospitalizadas no recibieron orientación del profesional de salud acerca de los cuidados que deben realizar en sus hogares después del alta.

En el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia se ha observado a las madres primerizas después del parto cansadas, con sueño, con

hambre y adoloridas, y a la vez deben hacerse cargo de la atención de su hijo recién nacido, en muchos casos no saben cómo cargar al bebé, no saben cómo dar de lactar, tienen dificultades al momento de realizar la higiene de su bebé, cambiarles el pañal y/o la ropa, algunas manifiestan que no tienen leche para dar de lactar a su bebé. Algunas madres refieren su incomodidad por el corte que les han hecho en el parto, se sienten preocupadas por el sangrado se preguntan hasta cuándo va durar, causando preocupación y miedo al asumir su nuevo rol materno.

Frente a esta realidad se consideró necesario plantear la siguiente interrogante: ¿Cómo es el cuidado humanizado que brinda la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido?

Teniendo como:

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Cuidado humanizado de la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Describir las acciones de la enfermera en el cuidado a la madre primeriza y su recién nacido.
- b. Identificar las dimensiones del cuidado humanizado que brinda la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido

La trayectoria metodológica que se empleó fue cualitativa, descriptiva y las bases teóricas del cuidado fueron de Leonardo Boff y Regina Waldow.

El estudio es importante porque permitió conocer como es el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería a la madre primeriza y a su recién nacido.

Con los resultados obtenidos las autoridades, jefe del departamento de enfermería, jefe del servicio de la institución de salud planteen estrategias para fomentar la práctica del cuidado humanizado en los profesionales de enfermería, como la implementación de programas de capacitación y actualización sobre el cuidado humanizado, asignar mayor número de profesionales de enfermería, y la ampliación de la infraestructura para atender la mayor demanda de la población en los servicios de ginecoobstetricia.

Es de relevancia social porque las usuarias que acuden al servicio de ginecoobstetricia recibirán un cuidado adecuado en un marco de respeto, gentileza, interés y preocupación por el personal de enfermería quienes les apoyaran en la transición hacia la maternidad, para que puedan asumir la atención de su bebé y el cuidado de sí misma con mayor seguridad y confianza.

La utilidad metodológica que se empleó fue la trayectoria cualitativa, el que será un referente para otros trabajos de investigación similar.

La investigación tiene valor teórico porque proporcionará información para nuevas investigaciones que se puedan desarrollar.

El estudio fue viable porque se contó con los recursos humanos, materiales financieros fueron asumidos en su totalidad por la investigadora; los recursos documentales: libros de textos, publicaciones, trabajos de investigación y los recursos tecnológicos: computador, servicio de internet.

Del análisis de los discursos se obtuvieron dos categorías: Modos de cuidar de enfermería, con tres subcategorías: (des) cuidado de enfermería, prevalecen los procedimientos y limitaciones para desarrollar el cuidado humanizado; la segunda categoría: orientación para la maternidad conformada por dos subcategorías: orientación para atender al recién nacido y orientación a la madre para su cuidado personal.

Se evidencia que el cuidado humanizado no lo realizan todos los profesionales de enfermería, hay predominio en la realización de procedimientos, los elementos que limitan el cuidado humanizado es el incremento de la demanda de pacientes, poco personal, infraestructura que no satisface la demanda de los usuarios, el tiempo de permanencia de las pacientes en hospitalización; por otro lado la orientación que se brinda a la madre para la atención del recién nacido, se centran en la promoción de la lactancia materna y la curación del muñón umbilical, mientras que no todas madres recibieron orientación para su cuidado personal.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1. ANTECEDENTES

Francisquini, Higarashi, Serafim y Bercini, (2011). Orientaciones recibidas durante el embarazo, parto y post parto por un grupo de puérperas. Brasil. Método: Estudio descriptivo con abordaje cualitativo. Llegaron a los siguientes resultados: se evidenciaron tres unidades temáticas: Pre-natal: qué orientaciones necesitamos incorporar?; Parto: orientaciones necesarias; y post-parto: cuidado materno olvidado? Concluyen: a pesar de que las pacientes en el post parto poseen un buen nivel socioeconómico y de escolaridad, haber recibido varias orientaciones en los tres etapas estudiadas (prenatal, parto y post parto) por los profesionales de la salud y de otras fuentes de información, aún existen fallas importantes, principalmente en relación a la higiene y actividad física de la gestante, a la participación del padre en todos los cuidados con el recién nacido, a los cuidados maternos en el hogar de acuerdo al tipo de parto realizado y al manejo de la lactancia materna.

Prieto y Ruiz, (2012). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. Colombia. Método: estudio cualitativo de tipo etnográfico. Resultado: el significado que le asigna la madre al cuidado cultural en el puerperio está representado en cada uno de los cinco temas que emergieron del estudio: el poder secreto de las plantas, el peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, el cuidado de sí misma, y alimentos protectores. Concluyen: que la lactancia es un aspecto crítico durante el post parto, el cual necesita apoyo tanto de la familia como del personal de

enfermería, debido a las complicaciones que suceden en los primeros días de lactancia, en especial para la madre primeriza, que representa una vivencia dolorosa; y un aprendizaje para ella como para su bebé, por eso es importante la ayuda de los cuidadores.

Prieto, (2012). Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a La luz de La teoría de los cuidados. Colombia. Método: enfoque marco lógico. Resultado: se reconocieron prácticas que sitúan en peligro a la madre en la etapa del puerperio, como el no acudir a las instituciones de salud para ser evaluadas por temor a los efectos del frío, el empleo de fajeros y de botones en el ombligo del neonato. Asimismo, el desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Conclusión: El cuidado de enfermería es de suma importancia en la etapa del postparto, debido a las complicaciones que se presentan en la madre como en el recién nacido.

Álvarez-Franco, (2013). Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. Colombia. Método: Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo. Resultados: identificaron tres temas: el cuidado como un todo, la otra cara de la enfermera: acciones de no cuidado, y el proceder de las pacientes que condicionan el comportamiento de las enfermeras. Concluye: las mujeres que reciben el cuidado de enfermería percibieron la importancia del mismo, a través de las conductas y acciones de las enfermeras y auxiliares durante el trabajo de parto, parto y postparto, sus discursos manifiestan agrado cuando el personal de

enfermería ofreció comodidad y bienestar a ella, su bebé y su familia, desde lo físico y lo emocional. Asimismo, se identificó la reciprocidad que hay entre la conducta de las madres y el personal de enfermería cuando se brinda un cuidado humanizado.

Beltrán-Salazar, (2014). Las instituciones sanitarias no favorecen la atención. Significado del cuidado humanizado para las personas que participan directamente en él. Colombia. Método: Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo. Resultados: las instituciones no benefician el cuidado humanizado debido a las posibles causas como, el exceso de trámites, la carencia de recursos y las esperas prolongadas. Asimismo, la sobrecarga de trabajo de las enfermeras la aleja de los pacientes y les impide cuidarlos. Conclusión: la práctica del cuidado humanizado está afectada negativamente, tanto, por el servicio que ofrecen las instituciones de salud; y, por la influencia que ejerce sobre las enfermeras lo que condiciona, a su vez, la forma de llevar a cabo el cuidado.

Beltrán-Salazar, (2015). Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Colombia. Método: Estudio fenomenológico interpretativo. Resultado: la receptividad sin discriminación, el interés por cuidar, escuchar las quejas, cuidar en todas las esferas e involucrar a la familia son detalles imprescindibles en el cuidado humanizado. Conclusión: el cuidado humanizado incluye detalles para favorecer la interacción enfermera-paciente.

Cáceres-Manrique, Molina-Marín y Ruiz-Rodríguez, (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Colombia. Método: investigación cualitativa, con sustento teórico en el interaccionismo simbólico y el método de la teoría fundamentada. Resultados: emergieron categorías que dan cuenta de la maternidad como proceso, con preocupación, responsabilidad, adaptación/acomodación y como una experiencia positiva. Como categoría central emergió la maternidad como proceso transformador con experiencias positivas y construcción de vínculos. Conclusiones: la maternidad es un proceso complejo y de transformación personal que ayuda a las madres a establecer relaciones con su bebé, con la pareja y con los familiares que la apoyan. En éste periodo experimentan sentimientos encontrados de alegría y satisfacción, así como de preocupación y angustia por los retos que implica la maternidad.

Rodríguez, Dodou, Lago, Mesquita, Melo, y Souza, (2014). Cuidados al binomio madre-hijo en el puerperio inmediato: estudio descriptivo”. Brasil. Método: estudio descriptivo con abordaje cualitativo. Resultados: se evidenciaron tres categorías: cuidados con el recién nacido; El (des)cuidado con la puérpera; y fallas estructurales de la maternidad. Conclusión: la asistencia al postparto aún es limitada, requiriendo de mayor atención y compromiso de los profesionales de salud, bien como adaptaciones en las

condiciones estructurales y organizacionales de la maternidad para un cuidado digno y humano.

Silva y Carneiro, (2014). Adaptación a la parentalidad: el nacimiento del primer hijo. Portugal. Método: paradigma cualitativo. Resultado: las figuras maternas destacaron el cansancio y un estado psicológico que varió entre la alegría y la tristeza, y que no consiguieron especificar. Las figuras paternas describen su papel como accesorio en un escenario en el que las madres y los recién nacidos interpretaron los papeles centrales. Conclusiones: contribuyó a la comprensión de la transición hacia la parentalidad. Los padres y las madres hablaron de ella de forma diferente. Mientras que la parturienta espera de los enfermeros atención, acompañamiento y orientación, el padre desea una mayor participación en este proceso.

Beltrán-Salazar, (2015). Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y afectividad. Colombia. Método: Estudio fenomenológico interpretativo. Resultados: la situación del paciente, las habilidades comunicativas de las enfermeras y la condición de ambos, como seres humanos, influyen en las palabras, gestos y actitudes durante la relación enfermera paciente, en la cual la presencia, lo que se hace y la forma de hacerlo permiten dejar una importante huella en los pacientes y sus familiares. Conclusión: la interacción entre pacientes y enfermeras pasa por varias etapas hasta lograr la empatía, compasión, afecto y familiaridad necesarios para dar cuenta de un cuidado humanizado.

Cassiano, Araújo, Holanda y Costa, (2015). Percepción de enfermeras en humanización en la atención de enfermería en puerperio inmediato. Brasil. Método: estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo. Resultado: En la percepción de las enfermeras, la humanización corresponde a la adopción de una postura diferenciada frente al cuidado, con el establecimiento de relaciones rodeadas de empatía, respeto y cariño. También emergió la comprensión de que este es un proceso complejo que involucra la articulación de los diferentes niveles de atención, la gestión de las instituciones de salud y el buen estado de la infraestructura y los recursos humanos. Conclusión: la humanización es vista principalmente como una práctica subjetiva dotado de sentimientos afectivos hacia las puérperas.

### **Bases Filosóficas y Epistemológicas**

Heidegger (1969), citado en Waldow, (2004) refiere que el cuidado es la esencia del ser humano. El ser humano existe en el mundo, a través del cuidado que incluye una dimensión ontológica (es un modo ser), sin él, deja de ser humano. El ser humano es un ser que debe cuidar de sí mismo y de los otros. (p. 21)

Mientras que Torralba (2005) concibe el cuidar como una actividad fundamental del ser humano, indispensable para su subsistencia y desarrollo, necesita ser cuidado desde su origen hasta el final, solo así puede desarrollar sus potencialidades. (p. 885)

Para Boff (1999), el término cuidado, contiene dos significados básicos, el primero, señala a la actitud de desvelo, de solicitud y de atención hacia el otro, mientras que el segundo, corresponde a la actitud de preocupación e inquietud; la persona que tiene cuidado se siente involucrada y vinculada afectivamente hacia el otro. Asimismo, plantea que el cuidado siempre acompaña al ser humano porque éste nunca dejará de amar y de desvelarse por alguien (primer sentido), ni dejará de preocuparse y de inquietarse por la persona amada (segundo sentido). Si no fuera así, no se sentiría comprometido con ella y mostraría negligencia y dejadez con respecto a su vida y su destino, manifestando indiferencia, que es la muerte del amor y del cuidado (p.75).

El cuidado existe *a priori*, es decir antes de nacer el ser humano está sometido a la esencia del cuidado; él es el camino para la superación, la perfección. El ser humano vive el significado de su vida a través del cuidado. El ser- ahí, el ser-en-el- mundo se caracteriza por el cuidar. Significa un venir-a-ser; el modo de ser-unos-con-los-otros-en-el-mundo permite la expresión del cuidado. El cuidado es lo que viabiliza la condición de humanidad al ser. Así es que el ser (el sujeto que realiza la acción de cuidar y el sujeto que recibe la acción de cuidado) está siempre en función del otro como su próximo, y es lo que conlleva al principio de la fraternidad. (Waldow, 2014, p. 5)

Para Watson (1988), el cuidado es la esencia de la práctica enfermera. Es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo. Considera características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, que

sucede cuando existe una relación de cuidado autentica entre la enfermera y el paciente. (citado en Marrinner y Raile, 2007, p. 93)

Asimismo, la autora señala que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo. (p. 84)

Mientras que Waldow (2008) define al cuidado como una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida. (p. 89)

La autora considera el cuidar como una forma de *ser y estar con*, que tiene características existenciales, relacionales y contextuales. Existencial se refiere al modo de ser del individuo, es lo que diferencia al ser como un ser humano, que posee racionalidad, cognición, intuición, y espiritualidad; relacional, sucede cuando se está frente al otro, es una coexistencia con otros seres y contextual, se refiere al entorno o al medio que le rodea, en el cual se da el cuidado. (Waldow, 2015, p. 24)

Asimismo, el cuidado es indispensable para el desarrollo del ser, la autora refiere que hay personas que han sido cuidadas durante las etapas de su vida,

pero también hay otras que han experimentado el no cuidado, por lo tanto pueden ser personas no cuidadas, pues no ha vivido la experiencia de ser cuidada. Para cuidar es necesario haber tenido la experiencia con el cuidado, haberlo vivido, transformándose entonces en seres de cuidado. Pero a su vez refiere que se puede despertar la sensibilidad en las personas para que el cuidado emerja en ellas, y quienes pueden estimular y promover son las personas encargadas de las entidades formadoras, del sector salud y considera que debe ser una responsabilidad institucional. (Waldow, 2014, pp. 4 y 6)

## **2.2. Bases teóricas**

### **Cuidado humanizado de enfermería**

El cuidado humano implica la comprensión del significado de la vida, la capacidad de percibir y comprender a sí mismo y al otro, que se encuentra en el mundo y el sujeto de su propia historia. (Waldow y Borges, 2011, p 416)

Asimismo, el cuidado humano ha sido identificado como el núcleo de la formación y ejercicio del profesional de enfermería, el que está centrado en la persona, en su *continuuus* salud-enfermedad, desde la concepción hasta la muerte, en la familia y los grupos poblacionales. (Carrasco, Delfino, Gonzales, y Pi, 2011 p.33)

El cuidado de enfermería es un proceso de intercambio afectivo, de saberes y de prácticas, que transita a partir del vínculo entre la/el enfermera/o y la persona, familia y/o comunidad, a lo largo de las etapas de vida, orientado a la

promoción, protección, recuperación y rehabilitación en el continuo salud-enfermedad; así como ayudar a un bien morir y contribuir al desarrollo de una vida digna y plena. (Carrasco, *et al.*, 2011 p. 38)

La enfermería es una de las disciplinas que mejor conoce al ser humano y su condición – en especial cuando está vulnerable, sufriendo y enfermo. Como un ser humano, el profesional de enfermería cuida de y con el otro, el que se encuentra en necesidad de cuidado (Waldow, 2013, p. 56).

El profesional de enfermería debe rescatar su esencia, la práctica de cuidar en su ejercicio profesional, considerando la ética, la sensibilidad, el arte y la sabiduría; ofrecer una conducta de respeto, simpatía y compasión, así como desarrollar la capacidad de relacionarse y convivir con los infortunios y situaciones límites que vive el paciente (Waldow, 2014, p. ix).

Por otro lado, la autora refiere que no todos los profesionales de enfermería cuidan en su sentido real, las intervenciones, los procedimientos y técnicas se han denominado tradicionalmente *cuidado de enfermería*, lo que diferencia el cuidado no es lo que se hace, sino el cómo se hace, considerando la preocupación, conductas y actitudes que caracterizan el cuidado; cuando se realiza un procedimiento en un paciente no se considera cuidado, es solo un procedimiento. El cuidado es una acción moral cuando se realiza en el paciente para y con él, es una acción interactiva que involucra al sujeto cuidado y al ser que cuida con participación y compromiso. (Waldow, 2015, p. 23)

Por otro lado, Boff (1999), plantea las resonancias para poder entender el cuidado, entre ellas tenemos:

- El amor, es siempre una apertura al otro y una convivencia y comunión con el otro. En tal sentido el profesional de enfermería debe acoger al otro (paciente, familia, colega, etc.) con amor lo que va permitir una adecuada convivencia y unión. (p. 88)
- La ternura, es un sinónimo de cuidado esencial, es el afecto que se dedica a las personas y el cuidado que se aplica a las situaciones existenciales. Es el cuidado sin obsesión, la ternura no involucra angustia. Conforme a ello el profesional de enfermería debe demostrar afecto al momento de realizar el cuidado a las madres en la etapa del post parto, comprendiendo que ellas se encuentran muy sensibles, por todo el proceso del parto que acaban de experimentar. (p. 96)
- La caricia, es una expresión máxima del cuidado, que se expresa a través de la mano que toca, que acaricia y que requiere total altruismo, respeto por el otro y renuncia a cualquier otra intención, así pues, es necesario que el profesional de enfermería a través de la mano transmita afecto, respeto a las madres en el postparto. (p. 97)
- La cordialidad, significa el modo de ser, que descubre un corazón palpitando en cada cosa, en cada ser, la persona cordial ausculta, pega el oído a la realidad, presta atención y pone cuidado en todas las cosas; en tal

sentido se requiere que el profesional de enfermería sea sensible y cordial al momento de interactuar con la parturienta. (p.100)

- Convivencialidad, se refiere a aprender a usar los instrumentos tecnológicos como medios y no como fines. Aprender a convivir con todo aquello que rodea al ser humano tratando con respeto y cortesía, en tal sentido se requiere que el profesional de enfermería armonice el uso de la tecnología con el afecto al momento de brindar el cuidado a la madre. (p. 101)
- Compasión, es la capacidad de compartir la pasión del otro y con él, se trata de ver el mundo del otro para compartir su dolor, su alegría, es decir el profesional de enfermería debe ser empático, comprender los sentimientos que experimentan las madres después del parto que les genera incertidumbre al asumir la maternidad. (p. 102)

Sin embargo, Boff (1999), hace referencia que, así como existe el cuidado también existe el no cuidado o, el descuido, que lo denomina las patologías del cuidado:

- Negación del cuidado, el ser humano se dedica íntegramente al trabajo, se excluye al otro y se produce el maltrato de las personas de la casa, de la cosa pública y de sí mismo. Como consecuencia se produce la deshumanización y se entorpece las relaciones, rechazando la relación y ahogando la capacidad de ternura y de amor, se puede observar cuando el profesional de enfermería realiza los procedimientos considerando a la

madre como un objeto, sin respetar sus emociones, ni la experiencia que está viviendo al asumir la maternidad. (p. 130)

- El descuido, las actividades no se realizan de manera adecuada, ya sea porque asumen muchas responsabilidades o porque no se dedican en lo que hacen, las tareas están mal hechas, postergadas, desordenadas, confusas, es decir descuidadas. Estas personas se impacientan y pierden la calma y la serenidad. (p. 132)

En consecuencia, el cuidado no se relaciona ni con el exceso, ni con el defecto, es el punto ideal de equilibrio entre los dos.

Por otra parte, Boff (2012) propone las actitudes del cuidado hacia los pacientes:

- **Compasión:** es la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de sentir con él. Que perciba que no está solo en su dolor. (p. 132)
- **Toque de la caricia esencial:** tocar al otro es devolverle la certeza de que pertenece a nuestra humanidad; el toque de la caricia es una manifestación de amor. Muchas veces la enfermedad es una señal de que el paciente quiere comunicarse, hablar y ser oído, pero tiene dificultad para hacerlo pero, por el toque se siente escuchado y busca un sentido escondido tras la enfermedad que el personal de salud puede ayudarlo a descubrir. (p. 132).
- **Asistencia sensata:** El paciente necesita ayuda y el profesional de enfermería desea cuidar y crearle un soporte que le permita mantener relativa autonomía. Se debe fomentar que el paciente realice todas las

actividades que él pueda y ayudarlo cuando ya no puede hacerlo por sí mismo, el enfermero debe estar evaluando al paciente para que evolucione de la fase de dependencia a la de independencia. (p. 133).

- Devolverle la confianza en la vida: lo que más desea el paciente es recuperar el equilibrio perdido y volver a estar sano. Es necesario fomentar la confianza en sí mismo preparándolo para que pueda retomar sus actividades cuando retorne a su hogar. La palabra tranquila y serena del profesional de enfermería puede darles paz y tranquilidad. (p.133).

Estas actitudes deben ser ejercidas por el equipo de salud en especial por personal de enfermería al momento de interactuar con los pacientes.

### **Aporte teórico del cuidado de Regina Vera Waldow**

El cuidar es una acción que mueve a hacer algo, es una acción moral que tiene como objetivo, aliviar, satisfacer, ayudar, confortar, apoyar. La acción de cuidar siempre tiene una indicación para proveer, favorecer el bienestar para otro ser; para enfermería, el ser que padece, se encuentra carente, vulnerable. La vulnerabilidad es una condición que requiere cuidado y que el cuidar viene a ser un compromiso para ayudar al otro ser a crecer promoviendo su integridad y unidad, manteniendo su dignidad, su singularidad. (Waldow, 2008, pp. 90-91)

El proceso de cuidar es considerado como cuidado cuando los procedimientos, la técnica y acciones que realiza el profesional de enfermería incluyen el

respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, compasión entre otros. La autora refiere que las personas que necesitan de mayor cuidado son en la infancia, el adulto mayor, así como aquellos que experimentan dependencia para realizar sus actividades diarias a nivel físico, social y mental. (Waldow y Borges, 2008, p. 766)

Por otro lado, al momento de interactuar con el paciente, el enfermero debe tener en consideración la forma de comunicarse a través de las palabras, el escuchar, los gestos, la mirada, el tocar, lo que va contribuir a su bienestar, proporcionando un medio seguro y cómodo, limitando los riesgos y reduciendo su vulnerabilidad. (Waldow, 2008, p. 91)

La autora refiere que los pacientes están expuestos a la vulnerabilidad cultural, esto se produce cuando desconocen el tipo de cuidado y tratamiento a los que serán sometidos (Waldow y Borges, 2008, p. 767).

Situación que se presenta en las madres primerizas durante el proceso del parto, en la etapa del puerperio, por los cambios que sucede en ella y la atención del recién nacido que son experiencias nuevas. El profesional de enfermería tiene el deber moral de promover la transición hacia la maternidad proporcionando cuidado humanizado, información adecuada y pertinente sobre los cambios propios del puerperio, y educar a la madre para asumir su cuidado personal y del recién nacido.

Para que se surja el cuidado, la enfermera debe distinguir al paciente y a la experiencia que está viviendo cómo un todo, lo que va accionar el pensamiento crítico, haciéndose preguntas y posibles respuestas por ejemplo, ¿Qué le sucede al paciente? ¿Quién es éste paciente? ¿Qué necesito saber de su historia y su estado? ¿Cómo puedo ayudarlo?. Finalmente, el profesional de enfermería identifica la necesidad de cuidado y los medios con que cuenta para la realizar el cuidado. Esta etapa corresponde a la interacción interpersonal; se debe proporcionar un ambiente adecuado (limpieza, privacidad, seguridad, condiciones térmicas adecuadas, etc.) para entablar la comunicación con el paciente y su familia demostrando aceptación. (Waldow, 2008, p. 92)

El paciente al recibir el cuidado, vive una experiencia única tanto en relación a su enfermedad y a la hospitalización. Sentirse enfermo o estar enfermo crea una ruptura entre el ser humano y el mundo. El individuo hace frente a una amenaza a lo desconocido (su estado, su destino, del ambiente y personas extrañas) y con una transitoria o definitiva desestructuración denominada según Pellegrino de crisis ontológica, la cual afecta al individuo como un todo, tanto físico como psicológico, social y espiritual. Estas vivencias agravan la vulnerabilidad del paciente, tornándolo más frágil. La relación del paciente con los otros también se ve complicada, ya que su intimidad, su privacidad son invadidas, modificando su rol social. El paciente se siente oprimido, paralizado en sus movimientos y pensamientos, humillado y dependiente. (Waldow & Borges, 2008, p. 768)

Es necesario que el profesional de enfermería tenga conocimiento de lo que pasa o de lo que pueda suceder a los pacientes, no solo es importante la competencia profesional, sino también sensibilidad, discernimiento e intuición. El tener conocimiento de los antecedentes, experiencias previas, expectativas, formas como se cuida y el grado de vulnerabilidad del paciente va permitir establecer el proceso de cuidado, también incluir a la familia, quienes al recibir información y apoyo se convertirán en un gran soporte durante el cuidado del paciente. (Waldow y Borges, 2008, p. 769)

La cuidadora deberá entender que significa ser paciente, estar enfermo, estar hospitalizado, así como ser sensible a los temores, ansiedad, miedos e inseguridad que el usuario y su familia puedan manifestar. Asimismo deberá ayudar al ser cuidado a afrontar la situación de estar enfermo, hospitalizado y de necesitar ayuda, resguardando su identidad y preservando su integridad. Durante el proceso de cuidado, la cuidadora deberá evaluar al paciente y su estado, como un todo para brindar el cuidado. Al momento de realizar las acciones la enfermera debe comunicarse, oír, tocar, manifestar interés, preocupación y aceptación. Así el paciente reconocerá el interés, o preocupación de la enfermera por él, pero, sí por el contrario este comportamiento está ausente pierde toda la confianza en la cuidadora. Es fundamental la presencia genuina en el estar con y en el ser con el otro. (Waldow y Borges, 2008, pp. 769-770)

En un encuentro de cuidado hay diferencias entre la enfermera, quien posee el saber y el que recibe el cuidado (el paciente), que se encuentra en una situación

de vulnerabilidad. El ser que cuida, puede relacionarse a través de la comunicación verbal y no verbal como el contacto visual, el toque, el silencio. Por otro lado, además de realizar alguna acción específica de cuidar (terapéutica, procedimiento, confort, etc.), debe proporcionar información, conocimientos, compartir emociones y no sólo recolectar datos, señales, síntomas, diagnósticos y exámenes. El cuidador debe comprometerse para que el otro (paciente) pueda vivir una experiencia en la forma más humana y digna posible. (Waldow, 2013, p. 55)

Waldow (2008, p. 92) plantea que la cultura organizacional de las instituciones de salud está constituida por factores que repercuten en la forma como se realizará el cuidado, entre ellos tenemos:

Componente estructural:

- Físico, la infraestructura, equipamiento y material suficiente y adecuado
- Administrativo, representado por la dirección hospitalaria y las autoridades responsables de proporcionar el material y personal a toda la institución, así como promover la capacitación permanente del personal a nivel técnica y científica, buscando la calidad de la atención.

Componente afectivo:

- Medio ambiente social, es la socialización y valoración del cuidado, fomentando en toda la institución las actitudes y relaciones armoniosas a través de la cortesía, cordialidad, respeto, consideración, buena voluntad, buen humor y paciencia.

### Componente tecnológico

- Medio ambiente tecnológico, son las actividades que favorecen al cuidado del paciente, a través de la comunicación e información en la prevención, diagnóstico y tratamiento, así como en el procesamiento de datos e investigación.

Waldow (2014), refiere que algunas relaciones en las instituciones hospitalarias entre el personal de salud médicos y enfermeras hacia los pacientes son descritas como situaciones de no-cuidado tales como la indiferencia, negligencia, falta de responsabilidad y respeto. Los pacientes son tratados como objetos realizando las acciones de cuidado de manera obligatoria, mecánica, impersonal y malos tratos, provocando en ellos sentimientos de despersonalización, ansiedad, inseguridad y soledad. Pero cuando los pacientes perciben que los profesionales son atentos, afectivos, sensible e interesados, desarrollan sentimientos de confianza, confort, seguridad y motivación. (p. 152-153)

### **Cuidado humanizado a la madre primeriza**

Para poder ofrecer un cuidado humanizado, durante el proceso de la procreación, es necesario comprender que la madre y su hijo, son seres holísticos, por lo tanto, no se puede separar lo fisiológico de lo emocional, social, cultural y espiritual. Es necesario que las enfermeras que cuidan a las madres, reconozcan la responsabilidad que tienen sus acciones y su actitud humanizada frente a este proceso, se precisa conocer el mundo de la madre para entender y fortalecerlo, de tal manera que se promueva la autonomía para que

logre vivir su experiencia de la maternidad como una de las vivencias más maravillosas y dignificantes del ser humano. (Vanegas, 2006, p. 244)

Los servicios de maternidad deberían apoyar a la madre, a su hijo y a la familia, promoviendo la seguridad y bienestar futuros. Ayudar a las mujeres a vivir el embarazo y el parto como experiencias positivas de crecimiento y maduración. Nadie tiene más interés de tener un hijo sano y un resultado feliz, que la madre por lo cual la asistencia debería programarse y practicarse no solo para ella, sino con su participación. (Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga, y Vicario, 2009, p. 416)

El objetivo de los cuidados de enfermería en el período del post parto es ayudar a la nueva madre o madre primeriza y a su familia a adaptarse con éxito a las transiciones del post parto y a las exigencias de la maternidad y la paternidad. Los cuidados de enfermería se enfocan a la valoración y modificación de factores que afecten a la recuperación de la madre después del trabajo de parto y el parto, en su capacidad para cuidar del nuevo niño, y en la capacidad funcional y para la transición de papel tanto de la madre como de la familia. (Reeder, Martin, y Koniak, 2009, p. 627)

### **Cuidados de enfermería en el periodo postparto**

Los cuidados de enfermería durante el puerperio involucran la valoración de las necesidades físicas y psicológicas de la madre y la familia, observando minuciosamente el funcionamiento fisiológico y la respuesta emocional de la madre para brindar el cuidado y orientación en el momento oportuno para favorecer y fomentar el desarrollo de la relación entre los padres y el recién

nacido. Asimismo, enseñar los cuidados personales, del recién nacido y reconocer los signos de alarma para buscar evaluación profesional. (Reeder, et al, 2009, p. 627)

Muchas veces las necesidades de la mujer hospitalizada en el puerperio pueden estar en conflicto con las necesidades del personal de enfermería de mantener una rutina o proporcionar el tipo de enseñanza que se considera necesaria. Las madres responden de manera diferente al asumir su nuevo rol y tienen diferentes preocupaciones individuales. Uno de los principales retos que afrontan las enfermeras es encontrar la manera de responder a las necesidades individuales y llevar a cabo de manera simultánea un programa educativo eficiente. Los padres requieren fuentes de cuidados continuos y orientación durante los primeros meses en el hogar en especial porque la mayoría de las mujeres salen del hospital de seis a 48 horas después del parto. La enfermera de puerperio debe estar familiarizada con los recursos de este tipo en su comunidad. (Reeder, et al, 2009, p. 352)

### **Etapas del post parto o puerperio**

Es un periodo que comprende las seis primeras semanas que siguen al parto. Se considera desde que termina el alumbramiento hasta el retorno del aparato reproductor y otros órganos de la mujer a su estado de no embarazo. (Varney, Kriebs y Gegor, 2006, p.1101)

Algunas pacientes pueden experimentar cierto desamparo después del parto, debido a que la atención se centra en el lactante. Esta etapa del puerperio puede

ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, y Spong, 2011 p. 646)

El puerperio genera mucha tensión por los cambios físicos que experimenta la madre, la experiencia del embarazo y trabajo de parto, el cambio de roles que debe producirse dentro del complejo familiar y la incertidumbre con respecto a la relación temprana entre la madre y el hijo. La fatiga, la confusión y los sentimientos de ineptitud e impotencia, junto con la depresión suelen complicar este periodo. (Reeder, et al, 2009, p. 351)

### **Adaptaciones psicológicas en el postparto**

Ladewig, et al. (2006), indican que el postparto es un período de reajuste y adaptación de toda la familia que tiene un nuevo niño, pero especialmente para la madre. La mujer experimenta una serie de respuestas a medida que se adapta al nuevo miembro de la familia, a las incomodidades del postparto, a los cambios de su imagen corporal y a la realidad de que ya no está embarazada. Durante el primer día o los dos primeros días tras el parto, la mujer tiende a ser pasiva y en cierto modo dependiente. Sigue las sugerencias, duda al tomar decisiones y aún está bastante inmersa en sus propias necesidades. Puede tener una gran necesidad de hablar de sus percepciones sobre el parto y el nacimiento. Hablar le ayuda a ser consciente del proceso, a separar la realidad de la experiencia elaborada en su fantasía, y a clarificar todo aquello que no comprendía, la alimentación y el sueño son fundamentales. (p. 817)

La autora refiere que, hacia el segundo o tercer día tras el parto, la nueva madre está preparada para retomar el control de su vida. Puede empezar a controlar

sus funciones corporales como las deposiciones. Si está dando de mamar, puede preocuparse por la calidad de la leche y su capacidad de alimentar a su hijo. Si el niño regurgita después de una toma, puede considerarlo como un fallo personal. También puede sentir que la enfermera trata más eficientemente a su hijo que ella, y se la debe tranquilizar sobre lo bien que lo está haciendo como madre. La mujer en el postparto debe adaptarse a los cambios en su imagen corporal. Con frecuencia, la mujer expresa su insatisfacción en relación con su aspecto y su preocupación por la normalización de su peso y su figura. (p. 818)

En tal sentido la adquisición del papel materno es un proceso en el cual la mujer aprende las conductas maternas y acaba por encontrarse cómoda con su identidad como madre, la formación de la identidad materna tiene lugar en toda mujer que tiene un niño. A medida que crece en la madre el conocimiento del niño y se crea una relación, se desarrolla gradual y sistemáticamente la identidad materna de la madre y ésta “se liga” al lactante. (p. 818)

Maldonado, (2011) refiere que cuidar a un bebé requiere enormes esfuerzos de la madre como tiempo, conocimiento, dedicación de energía, y un grado considerable de sacrificio de su propio bienestar, aunque ella deseará seguir durmiendo si su bebé llora en la noche tendrá que interrumpir su sueño para atenderlo. (p. 111)

### **Cuidado de enfermería a la madre en el post parto inmediato**

La evaluación del estado de la mujer y los controles postparto se realizan con el objeto evitar las posibles complicaciones y satisfacer las necesidades de la mujer (Torrens y Martínez, 2012, p. 194).

La enfermera realiza lo siguiente (OCEANO, 2010, p. 823):

- Valorar a intervalos regulares tono, posición y altura del útero mediante la palpación abdominal.
- Evaluar la cantidad de loquios, su color y olor, y la presencia de coágulos; interrogar a la mujer sobre el número de toallas sanitarias que emplea y el grado de saturación de éstas.
- Palpar las mamas para verificar su firmeza e hipersensibilidad con objeto de valorar la ingurgitación.
- Inspeccionar el periné y el recto para valorar la presencia de enrojecimiento, edema, equimosis, secreción y aproximación de los bordes de la herida.
- Medir la ingesta y la excreta hasta que se recupere la función normal, para identificar una posible retención urinaria.
- Observar la presencia de náuseas y vómitos en la mujer y preguntarle si siente flatulencia o ha evacuado el intestino; auscultar los ruidos intestinales dos veces al día.
- Inspeccionar las extremidades inferiores para verificar sensibilidad, fuerza, edema y signos de tromboembolia o tromboflebitis.
- Investigar el grado de reposo y sueño que está teniendo la madre.

- Vigilar con regularidad el comportamiento de la mujer y permitirle expresar sus sentimientos sobre la experiencia del nacimiento y sobre su hijo.

La Norma Técnica N° 105 del Ministerio de Salud, Perú (2013), indica que en la sala de puerperio/internamiento/hospitalización (después de dos horas hasta completar el primer día) entre otras actividades que se brinda a la puérpera se debe comunicar a la madre acerca de los signos de alarma en la etapa del puerperio, entregar material educativo necesarios, adecuada y de fácil comprensión, por otro lado en caso de evolución favorable, se puede dar de alta a la puérpera cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación postparto y mínimo 48 horas en puérperas adolescentes. (p. 22)

### **Cuidado humanizado al recién nacido**

El nacimiento de un hijo es un desafío fundamental la familia. Convertirse en padres trae consigo un periodo de cambios e inestabilidad para los hombres y mujeres que deciden tener hijos. Para promover la transición hacia las actividades de la crianza, los padres necesitan adquirir conocimientos, comportamientos y habilidades para enfrentar los cambios y desequilibrios que se presentan durante el periodo del postparto. (Ruiz, 2006, p. 217)

El autor indica que se está produciendo un egreso temprano al hogar de las madres y sus hijos recién nacidos. Viéndose a madres con poca experiencia en el cuidado de ella misma y de su hijo, se encuentran ahora fuera de los hospitales entre las ocho y las doce horas posparto. Para compensar esta

situación la enfermera debe hacer lo necesario y preparar a la madre para el egreso mientras se encuentra hospitalizada (Ruiz, 2006, p. 218).

La enfermera proporciona el cuidado y lo enfoca hacia la recuperación fisiológica de la mujer, su bienestar psicológico y su capacidad para autocuidarse y cuidar a su hijo, para esto debe conocer los cambios físicos y emocionales que experimenta la madre, los ajustes que debe hacer el neonato durante el periodo de transición para adaptarse a la vida extrauterina y los cambios psicosociales y emocionales que afectan a toda la familia. Además, la enfermera debe considerar las necesidades de los otros miembros de la familia e incluir estrategias en el plan de cuidado que ayuden a la familia a adaptarse a la presencia del nuevo hijo. Todos estos elementos le permiten desarrollar un plan de acción orientado hacia el cuidado neonatal y materno con apoyo del grupo familiar. (p. 218)

### **Cuidado de enfermería al recién nacido**

En la Norma Técnica N° 106 Atención Integral de la Salud Neonatal del Ministerio Salud, Perú (2015), señala que, la enfermera especialista en atención neonatal conforma el equipo de atención inmediata, y que debe realizar actividades de información, educación y comunicación a la madre.

Orientar a la madre durante su permanencia en la institución de salud y brindar información sobre:

- Lactancia materna exclusiva
- Técnica de lavado de manos

- Higiene del recién nacido e identificación de signos de alarma en el periodo neonatal
- Los cuidados del niño/a
- Inmunizaciones
- Pautas de crianza y la importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño/a.

Así mismo debe informar a la madre y familia previa al alta neonatal, sobre la importancia de la lactancia materna y el apoyo familiar para su mantenimiento, cuidados del niño/a, importancia del control de crecimiento neonatal e infantil, estimulación del desarrollo, etc. (p. 15).

### **2.3. Definición de términos**

- Cuidado humanizado de enfermería: es cuando las acciones que realiza el profesional de enfermería dirigidas al individuo además del conocimiento, experticia para realizar los procedimientos éstas están acompañadas de respeto, consideración, gentileza, cariño, solidaridad, interés, compasión, empatía, preocupación, etc. (Waldow, 2008, p. 91).
- Madre primeriza: mujer que pare por primera vez y se inicia en la atención de su hijo (Larousse. 2001. Diccionario Enciclopédico 2002. 8va ed. Colombia: Larousse p. 822-823.)
- Recién nacido: el niño desde su nacimiento hasta el final del primer mes (Crespo, C. 2000. Cuidados de Enfermería en Neonatología. España: SINTESIS. S. A, p. 60)

- Descuido: las personas que cuidan menos son los descuidados, las actividades no se realizan de manera adecuada, ya sea porque acumulan exceso de tareas o por no haber puesto empeño en hacerlo. (Boff, 1999, p. 143)

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de Investigación**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Se empleó el tipo cualitativo, descriptivo con el propósito describir en forma natural cómo es el cuidado humanizado que brinda la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido en el hospital Víctor Ramos Guardia. (Berenguera, Fernández, Pons, Pujol, Rodríguez y Saura, 2014, p. 79)

La metodología cualitativa se refiere, a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico. (Vázquez Ferreira, Mogollón, Fernández, Delgado y Vargas, 2006, p. 37).

##### **3.1.2. Técnica de investigación**

La entrevista (técnica conversacional) es una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar repuestas (Vázquez, et al, 2006, p.54), para obtener información de las madres primerizas referente al cuidado humanizado que recibieron de la enfermera, con propósito de entender y comprender los significados que el objeto de estudio tiene para ellas. (Berenguera et al, 2014, p. 106)

## **3.2 Plan de recolección de la información y/o diseño estadístico**

### **3.2.1. Unidad de Análisis**

Cada una de las madres primerizas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterio de inclusión:**

- Madres primerizas de parto eutócico hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia.
- Madres primerizas de parto por cesárea hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia.
- Madres primerizas quienes participaron voluntariamente en el estudio.
- Madres primerizas con recién nacidos a término.

#### **Criterio de Exclusión:**

- Madres primerizas con problemas mentales.
- Madres primerizas que no aceptaron participar en el estudio.
- Madres primerizas que solo hablen otro idioma y no el español.

### **3.2.2. Plan de muestreo:**

Se seleccionó a doce participantes que eran madres primerizas hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetrica del Hospital Víctor Ramos Guardia, quienes se encontraban en la etapa del puerperio inmediato, cuyas edades fluctuaban entre 19 a 35 años, tres de ellas tuvieron parto por cesárea y nueve partos eutócicos, cuatro eran casadas y ocho se encontraban en unión libre.

A cada participante se le asignó un identificador anónimo: entrevista cuidado humanizado y el número de la participante: ECH1, ECH2, ECH3, ECH4,

ECH5, ECH6, ECH7, ECH8, ECH9, ECH10, ECH11, ECH12. (Berenguera et al, 2014, p. 143)

Las participantes en la investigación fueron seleccionadas intencionalmente, hasta que el objeto de estudio se saturó, es decir cuando la información se repite, son redundantes y no aportan aspectos nuevos a los ya indicados en las entrevistas. (Berenguera et al, 2014, p. 86)

### **3.3. Instrumentos de recolección de la información**

#### **Instrumento:**

Se empleó la entrevista semiestructurada, es una guía que considera los temas y preguntas que fueron abordados durante la entrevista (Berenguera et al, 2014, p. 106). Asimismo, se usó la grabadora, para grabar la información proporcionada por las madres primerizas, previa autorización de la entrevistada.

Delimitación: El Hospital Víctor Ramos Guardia, se encuentra ubicado en la ciudad de Huaraz, del departamento de Ancash, el servicio de neonatología y de gineco-obstetricia se ubican en el segundo piso en la zona este, lado izquierda, tienen una entrada común, al inicio se encuentra unidad de cuidados intermedios de neonatología, seguido de alojamiento conjunto y finalmente se ubica el servicio de gineco-obstetricia que cuenta con veintisiete camas, distribuidas de la cama número uno hasta la seis para las púerperas de partos eutócicos, la siete y ocho para pacientes con problemas infecciosos, la nueve a la once, para pacientes con problemas ginecológicos, la doce hasta la catorce

para gestantes con complicaciones, la quince hasta la veinte son para pacientes de cuidados intermedios, la veintiuno hasta la veintitrés para pacientes adolescentes con diferentes patologías, la veinticuatro y veinticinco para pacientes con amenaza de aborto, aborto y aborto provocado, y la número 26 y 27 para pacientes con hiperémesis gravídica.

La permanencia de las puérperas en hospitalización depende del tipo de parto, si es una paciente cesárea, pueden estar internada de 48 a 72 horas, mientras que si son de parto eutócico, permanecen hospitalizadas de 12 a 24 horas; transcurrido ese tiempo son dadas de alta, esta situación se debe a la falta de cama y la elevada demanda de pacientes.

Este servicio cuenta con una enfermera por turno, quienes realizan el control de funciones vitales, administración del tratamiento farmacológico, procedimientos especiales, valoración de las pacientes, registro en la historia clínica, ingreso y alta de pacientes. Además, se cuenta con el apoyo de dos técnicas de enfermería por turno, quienes realizan la higiene y confort a las pacientes.

Mientras que el servicio de Neonatología cuenta con una enfermera por turno en el área de alojamiento conjunto, quien realiza la atención inmediata del recién nacido en sala de partos, así como en sala de operaciones y también se encarga de dar el cuidado al recién nacido en alojamiento conjunto, realiza la hospitalización del recién nacido de alto riesgo, traslada al recién nacido de alojamiento conjunto a sala de parto para la lactancia materna, cuando la madre se encuentra en observación por el periodo de dos horas después del parto,

realiza la valoración del recién nacido, control de funciones vitales; evalúa la hidratación de la madre, ayuda a formar el pezón y producción de calostro, evaluación y cuidado integral del recién nacido, administra dextrosa en caso de hipoglucemia. Orienta a la madre sobre lactancia materna, lavado de manos, signos de alarma del recién nacido, curación del muñón umbilical. Además, realiza la labor administrativa de apertura y cierre de fichas de lactancia materna, preparación para el alta del recién nacido, consejería, trámites para el documento nacional de identidad, seguro integral de salud, realiza el registro del cuidado de enfermería en la historia clínica; por otro lado, cuentan con dos personales técnicos que se encarga de la higiene del bebé y apoyo a la madre en la lactancia materna.

#### **3.4. Plan de procesamiento e interpretación de la información**

Después de obtener la autorización para la ejecución de la investigación, por los directivos del hospital se inició la recolección de los datos:

- Las participantes fueron seleccionadas en el servicio de ginecoobstetricia en diferentes visitas realizadas al servicio de ginecoobstetricia entre los meses de febrero a mayo del año 2015.
- Se les explicó cuáles eran los objetivos de la investigación y la importancia de la información que iban a proporcionar para ayudar a mejorar el cuidado de las enfermeras a las madres en la etapa del puerperio, por lo que era muy importante su participación en forma voluntaria. Si ellas aceptaban, se acordaba el día, la hora y el lugar en la cual se realizaba la entrevista semiestructurada.

- Llegada la fecha acordada se acudió a la dirección proporcionada por la entrevistada, se le explicó sobre el consentimiento informado asegurando la confidencialidad de la información obtenida y la necesidad de firmar el documento (anexo 1).
- Se solicitó autorización verbal a la entrevistada para grabar la información que iba proporcionar.
- Al realizar la entrevista semiestructurada (anexo 2) a la madre primeriza, se obtuvo los datos generales de las participantes: nombre, edad, ocupación, dirección, hora de inicio y final de la entrevista las cuales transcurrieron sin ningún inconveniente.
- Concluida la entrevista se le explicó y aclaró las dudas que tenía en relación a la atención del recién nacido, asimismo se le orientó acerca de los cambios que estaba experimentando después del parto, así como otras dudas que surgían en ese momento.
- Al finalizar la entrevista y grabación de la información se realizaron la transcripción literal de todos los datos obtenidos, considerando los criterios de confidencialidad no se transcribieron los nombres de las informantes, sino, se les asignó un identificador anónimo. (Barenguera et al, 2014, pp. 139-140)
- Después de haber realizado la transcripción de los datos se regresó a visitar a las informantes para confirmar si lo que se había analizado era lo que ellas

habían querido decir o manifestado durante la entrevista, como un mecanismo para asegurar el rigor metodológico. (Vásquez et al, 2006, p. 91)

### **Análisis de contenido temático**

Según Barenguera et al, (2014), el análisis temático resalta el sentido del texto y la descripción y/o interpretación del contenido temático de los datos. El significado de las palabras y de las expresiones viene dado principalmente por la significación literal (p. 136). Para analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado se fragmenta el corpus textual (conjunto de textos o imágenes en un soporte material) en unidades que posteriormente se recomponen, creando, clasificándose, juntando y ordenando categorías para volver a construir una unidad que permita la comprensión global de los textos. (p. 141)

La fase de preanálisis, consiste en leer y releer los textos hasta familiarizarse y luego elaborar un primer listado de las primeras presunciones que explican de manera global el texto, es decir las primeras ideas que resumen lo que los informantes quieren transmitir. Una vez definida las intuiciones, se debe regresar al texto y hacer una lectura intencionada de él para esclarecer si las conjeturas preanalíticas elaboradas lo organizan de forma coherente en su conjunto (p. 140-141). Se elabora una lista tentativa de temas que aparecen en el texto identificando similitudes y diferencias que permitan agruparlos, para ello se diseña un esquema provisional de clasificación de los temas anteriores (p. 142).

Mientras que en la fase de análisis consiste en describir los datos hasta la interpretación de los mismos. Con el objetivo de crear categorías temáticas a partir de los datos, fraccionar el cuerpo textual por categorías y posteriormente agruparlas en un marco explicativo, generador de conceptos o teorías en función del grado de interpretación de la investigación. (p. 142).

La categoría es un concepto que procede de los discursos y que dan respuesta a la pregunta de investigación. La categoría agrupa por similitud los códigos del mismo tema y es una primera línea de interpretación (p. 144).

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Presentación de los resultados

Después de la codificación y clasificación de los discursos de las madres primerizas se construyeron dos categorías, la primera denominada: modos de cuidar de enfermería, con tres subcategorías: (des) cuidado de enfermería, prevalecen los procedimientos y limitaciones para desarrollar el cuidado humanizado; la segunda categoría: orientación para la maternidad conformada por dos subcategorías: orientación para atender al recién nacido y orientación a la madre para su cuidado personal.

### 4.2. Análisis e interpretación de la información

#### 4.2.1 Categoría 1: Modos de cuidar de enfermería a la madre primeriza

##### a. Sub categoría: (Des) Cuidado a la madre primeriza

Se presentan los discursos de las madres primerizas de cómo han percibido el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería:

*[...] “Cuando me trato bien, sí satisfecha, más bien quería seguir hablando con ella, me gusto como me trato. [ECH2]*

*[...] “Me han cuidado bien, me han atendido bien, esa noche ha habido un parto nomas, mientras eso me han atendido bien [ECH5].*

*[...] “Bien, bien especialmente de una enfermera, yo no podía darle de lactar y me preocupaba eso, siempre le estaban dando formula, vino ella y me dijo tienes que darle de lactar, tienes que insistirle, ella me enseñó” [ECH6].*

*[...] “No me puedo quejar, si me han tratado bien, no me han gritado”*  
[ECH7].

*[...] “Me sentí cómoda, porque no me faltó el respeto en ningún momento, fue amable, el trato ha sido adecuado”* [ECH10].

Según estos discursos las madres primerizas señalan que han recibido buen trato, respeto e interés del personal de enfermería al momento de interactuar con ellas, manifestando sentirse bien y satisfechas por el trato recibido.

Por otro lado, también se ha percibido la falta de cuidado humanizado es decir el descuido, como se aprecia en los siguientes discursos:

*[...] “Regular... bien con algunas...algunas son también de carácter fuerte, algunas son más pacientes, solo una de ellas es más amable, nos explicaba más, se preocupaba por nosotras, las otras creo por cumplir...”.*  
[ECH1]

*[...] “No se ponen en tu lugar y piensan que es como cualquier día, te tratan como cualquier persona, como si no hubiera pasado nada... quería irme a mi casa, porque en mi casa me van a tratar mejor”.* [ECH2]

*[...]“El cuidado no fue tan bueno, porque, después de la cesárea estaba con el dolor, me trajeron a la bebé y me dijeron: tienes que darle de lactar, ni siquiera me pudieron poner en una posición adecuada, porque no podía moverme para poder darle de lactar... no es forma de tratarte, encima que uno es primeriza ... El trato no es humanizado, no tienen ese cuidado que*

*uno deba dar, brindar la empatía más que nada, piensan que como estás cesareada es como un parto vaginal, el dolor es bien intenso, bien fuerte, no se puede ni toser, ni reír, no se puede, ¡fue desagradable estar en el hospital!” [ECH3].*

*[...] “De tres enfermeras sólo una se preocupa por uno, el trato es inhumano, no se ponen en tu lugar, te tratan muy indiferente [ECH4].*

*[...] “Uno está sensible por la emoción que ha tenido a su bebé, y que te traten como indiferente al dolor que tiene la mamá, o sea, está bien que se aboquen a lo del bebé, es un recién nacido, pero, la mamá también en ese momento está sensible, está con todas las emociones, creo que no supieron respetar... nadie te ayuda, yo quería levantarme de la cama para ir al baño y por poco me caigo al piso si no es por mi mamá, que me ayudo” [ECH9].*

*[...] “Una de las enfermeras era muy renegona porque se le había pasado el suero, se alteró, le grito a la paciente, como pacientes te sientes mal y eso que ellas están ganado su dinero, no te están atendiendo gratis, su trabajo es atenderte y no te tratan como debería ser, te sientes mal, no te tratan bien. ¡Ellas son indiferentes, mientras no te has muerto, no estás grave, les da igual” [ECH12].*

En estos discursos se aprecia una divergencia en relación a los anteriores acerca del cuidado que el personal de enfermería ofrece a las madres primerizas, apreciándose el descuido o el no cuidado de enfermería al momento de interactuar con ellas, como la falta de empatía, falta de interés e indiferencia al dolor que experimentan las madres, trato inadecuado, falta de respeto, no se preocupan por ellas salvo si están graves o próximas a morir y no reciben ayuda para poder atender a sus hijos recién nacidos, ni cuando ellas desean ir a los servicios higiénicos que si no es por la presencia del familiar podían haberse caído.

**b. Sub categoría: prevalecen los procedimientos**

*[...] “La enfermera se acercó solamente al momento de la visita y para cambiar el frasco nada más, se dedican a lo físico, no se preocupan por el aspecto emocional, la enfermera solo recibe y entrega turno... las técnicas para hacerte la limpieza vaginal, nos decían ¡ropa interior abajo!, como no podía levantarme, le pedí ayuda y me dijo ¡tú puedes hacerlo sola! ... tenía que hacer el esfuerzo para poder levantarme y ella coloque la chata, fue una experiencia muy fea. [ECH3].*

*[...] “Mayormente las enfermeras se dedican a la parte física y procedimientos, porque emocionalmente no te habla nada” [ECH11]*

*[...] “Te llaman la paciente de la cama tal, no te dicen por tu nombre, cuando la enfermera viene a administrarte tu medicamento, no te dice:*

*señora cómo está, te dice: a ver tu mano y te administran el medicamento y luego se van, se dedican a cuidar los frascos de suero, que no se pasen, en vez de dedicarse a las pacientes, la enfermera como que se desentienden del apoyo emocional” [ECH12].*

*[...] “habían mandado para que nos hagan la higiene, ... me soba fuerte y le digo. ¡Me duele!, pero igual sigue, después de terminar de limpiarme me dijo que me pare, yo le digo que no puedo porque me duele, y me dice: ¡parto normal tiende tu cama, porque tú eres de parto normal!, me dijo así, y me levante, tendí mi cama, me volví a echar y la sábana se volvía a salir, me dijo ¡tu cama parece de un chanchito debes tenderlo bien!, y yo decía: ¡como lo voy a tender bien si se sale yo no tengo la culpa!, no tienes que moverte entonces, me dijo así”. [ECH2].*

*[...] “las técnicas decían ¡ya levanten ese trasero para hacer su higiene! están como soldados, en ese momento estamos sensibles, hemos pasado por parto por cesárea, algunas por parto normal, yo creo debe haber un poco de humanidad en esta área de maternidad” [ECH6].*

Las madres refieren que las enfermeras se dedican más a los procedimientos, a la parte física, no les preguntan cómo se sienten cuando le administran la medicación, están más pendientes de que el suero de los frascos no se pase, que de ellas, y no se preocupan por el aspecto emocional.

Por otro lado, en los discursos hacen referencia que el personal técnico al momento de realizar la higiene el trato no es cordial, ni muestran gentileza, además no brindan ayuda a las madres que no pueden moverse por efecto del dolor y que les obligan a tender las camas.

**c. Subcategoría: Limitaciones para desarrollar el cuidado humanizado**

*[...] “Hay falta de personal, no se abastecen” [ECH3].*

*[...] Parece que las enfermeras solo quieren cumplir con las horas, para ellas una paciente de parto normal no necesita cuidado especial” [ECH5].*

*[...] “Lo malo del hospital es que yo di a luz un domingo a la una de la tarde y me dieron de alta el lunes a las once de la mañana, ... quería preguntar que iba a comer, no había nadie para que me expliquen, lo que es de ginecoobstetricia no me han ayudado en nada. La enfermera se pasa escribiendo... el gran problema que hay en el servicio de ginecoobstetricia es que hay demasiada demanda de pacientes, porque cuando yo estuve en la sala de partos, dos pacientes que ya habían dado a luz, todavía estaban ahí, habían pasado la noche en camilla porque no había camas y es una sola enfermera como para treinta pacientes, la enfermera...las enfermeras no se abastecen para atender a todas las pacientes, el hospital esta chiquito ya no alcanzan [CH7].*

*[...] “El personal no se abastece, hay cantidad de madres, yo sé que tienen voluntad de atender a todas, pero no se puede y en lo pueden hacen lo que ellas saben” [ECH9].*

*[...] “Hay muy poco personal, las enfermeras no se dan abasto, es un servicio que se llena de pacientes y no se dan abasto, tratan de dar lo mejor pero no pueden, faltan manos” [ECH10].*

De los discursos de las madres primerizas se evidencia que una de las limitaciones para dar el cuidado humanizado por el personal de enfermería está relacionado a la alta demanda de pacientes que acuden al hospital, limitando el tiempo que la enfermera debe dedicar a cada paciente, por otro lado también se observa que la infraestructura de la institución no es el pertinente para satisfacer la demanda de la población, además el tiempo de hospitalización de las madres es menor a las 24 horas.

#### **4.2.2 Categoría II: Orientación para la maternidad**

Presenta dos subcategorías: orientación para atender al recién nacido y orientación a la madre para su cuidado personal

##### **a. Sub categoría denominada: orientación para atender al recién nacido**

*[...] “Me hablo sobre lactancia, que le hace bien al bebé, que lave con agüita mis pezones y que antes de lactar me lave las manos, que le dé de lactar cada dos horas, cada pecho por quince minutos, pero no me dijo nada si mi pecho se hinchaba, me hablo de como curar su ombligo. La*

*enfermera no me explicaba porque mi bebé lloraba, solo había una que me decía que a veces lloran porque no se llenan, me ayudaba, lo llevaban para que tome su leche, para que lo complementen, luego lo regresaban para que descanse” [ECH1].*

*[...] “Me dijeron sobre su ombligo, que iba a caer en siete días, si se pone rojo, o sale pus, si tiene fiebre que también vaya al hospital, me dijeron sobre lactancia materna que coja mi pecho en forma de “C”, con cuatro dedos abajo y uno arriba, no me explicaron sobre el baño de mi bebé” [ECH2].*

*[...] “Lavarme las manos antes de darle de lactar, después de cambiarle los pañales, como sacarle el chanchito, como curar el ombligo, que tenía que darle de lactar quince minutos de cada pecho cada dos horas, eso me explicaron, nada más” [ECH3].*

*[...] “Solo los signos de alarma, pero nada de la atención a mi bebé” [ECH4].*

*[...] “Me explico cómo cambiarlo, cómo atenderlo, cómo darle de lactar y hasta cuando puedo lactarlo, me sentía bien con lo que la enfermera me explicaba, pero no me imaginaba el dolor que me iba a venir, tenía demasiada leche que invadió el pezón, ya no tenía punta, cuando yo quería darle de lactar el bebé no agarraba bien y se formó herida, me dolía mucho,*

*¡el pezón se me partió!, ¡había un pedazo que colgaba y lo jale!, ¡el pezón duele duro, no hay ganas ni para comer con dolor del pezón! ” [ECH5].*

*[...] “Las enfermeras me explicaron sobre lactancia materna, limpieza del cordón umbilical, me **generaron miedo** de que se iba volver amarillo, porque me dijeron que si no le daba de lactar mi bebé se va poner amarillo, se va enfermar, lo van a llevar a la incubadora y peor te tensiona, te asustan, eso no me gusto de las enfermeras” [ECH6].*

La enfermera con el deseo de que las madres cumplan con darle de lactar a sus bebés, les causa temor y tensión, lejos de ayudar

*[...] “Me explicaron sobre lactancia materna, limpieza del cordón umbilical, sobre ictericia fisiológica porque mi bebita estaba amarilla, hubiera querido que me expliquen más temas pero no hubo tiempo, ... en el hospital estaba bien, yo asumía que estaba bien, pero cuando llegue a casa fue otro cantar, no sabía qué hacer con mi bebé, me hubiera gustado que me enseñaran como colocar el pezón en la boca del bebé, al tercer día no sabía cómo **hacer con la mastitis**, el dolor era terrible, insoportable, mis senos estaban hinchados, la punta había quedado fea, se me había agrietado... ” [ECH7].*

*[...] “Los signos de alarma, fiebre en el bebé, que tuviera cuidado de no aplastarlo al momento de dormir” [ECH10].*

*[...] “Me explicaron como lavar el ombligo, como le debo cambiar, como le debo limpiar cuando cambio los pañales, con agua tibia, una de ellas si me dijo como debemos sentarnos, como poner los cuatro dedos para dar de lactar y eso me explico cómo debemos colocar la mano, lactar cada dos horas, eso nomas.” [ECH11].*

*[...] “me explicaron sobre lactancia, pero no es suficiente, curación del cordón umbilical, pero no dijeron nada que se hace después de que caiga” [ECH12].*

En estos discursos, se aprecia que no todas las madres han recibido información referente a la atención del recién nacido. Se da mayor énfasis a la higiene del muñón umbilical y lactancia materna, otras madres refieren haber sido informadas sobre los signos de alarma, higiene del bebé. Por otro lado, hay discursos que evidencia las dificultades que las madres presentaron en los senos como mastitis, ingurgitación mamaria y erosiones y laceración en el pezón, como consecuencia de una mala técnica de lactancia materna. Al respecto nadie les había informado de las complicaciones que se podían presentar cuando estuvieran en sus domicilios, que no se imaginaban lo que iba a suceder. Se aprecia en los discursos que no ha sido suficiente el tiempo de permanencia en el hospital ni la información recibida Otra madre refiere que le ocasionaron tensión y miedo cuando le dijeron que si no daba de lactar a su bebé se iba volver amarillo.

**b. Sub categoría denominada: orientación a la madre para su cuidado personal**

*[...] “Me hablaron para no salir embarazada, después otras cosas nada” [ECH1].*

*[...] “me dijo que cuando estaba en mi casa, si me salía abundante sangre, siapestaba, si los pezones se me hacían herida, que vuelva de emergencia” [ECH2].*

*[...] “Me dijo que me hiciera masajes a nivel de mi útero, lavarme las manos antes de que coma mis alimentos, de ahí nada más ... las enfermeras no venían pues para explicarme, yo pensé que aunque sea me iban a explicar, pero no venían... las enfermeras deben tener un poco de tiempo no todo es llenar notas, ... solamente al momento de ponerme los medicamentos me decían como has amanecido y tu bebé?... creo que cada enfermera debe ponerse en el lugar de otro, y decir cómo me gustaría que me traten... en ginecología hay enfermeras que están por cumplir, ir a su turno y ya está” [ECH3].*

*[...] “Sólo me informaron de mi higiene y alimentación” [ECH4].*

*[...] “Me dijeron que haga mi higiene con agua tibia, no me dijeron sobre mi sangrado ni cuantos días me iba durar” [ECH5].*

*[...] “Del sangrado no me explicaron, yo creía que iba ser escaso y después iba ser como una regla (menstruación), eso no me explicaron, eso es una debilidad, yo estaba asustada con el sangrado, solo me explicaron sobre los masajes en mi útero, el hecho de que me hubieran explicado sobre mi sangrado, el dolor del corte hubiera mejorado mi experiencia fuera del hospital, cuando llegue a casa no sabía qué hacer, no sabía qué hacer con mi bebé.” [ECH7].*

*[...] “después del parto no podía moverme, poco a poco paso, solo mi estómago después que di a luz se hinchaba ( se refiere al útero), me dijeron que tenía que sobarme para que no me duela y para que baje la sangre; pero no me han dicho nada del corte, eso me dolía , no podía sentarme, no me daba ganas de cargar a mi bebé porque me dolía y nadie me ha dicho nada, por mí no preguntaban cómo me sentía, por el bebito si cada dos horas entraban para hacer tomar leche” [ECH8].*

*[...] “Me explicaron sobre mi alimentación para la producción de leche, también masajes al útero que tenga cuidado con la herida de la cesárea” [ECH9].*

*[...] “Me dijeron que tenía que hacerme los masajes a mi útero para que baje, hacerme mi higiene para evitar las infecciones, que debía comer cinco veces al día, debía estar cómoda al momento de lactar para que no me duela la espalda” [ECH10].*

*[...] “Ninguna me explico, no me explicaron nada, las enfermeras se dedican a cuidar sus frascos, que no se les pase, a eso, a dedicarse al paciente. La higiene después del parto es difícil que te laves, llega el agua, llega el jabón, duele esa zona, no te dicen cómo te vas hacer tu lavado, yo quería hacerme mi higiene en casa, me dolía, me sentía incomoda, no puedes ni sentarte ni pararte, solo quería estar echadita. ” [ECH12].*

En los discursos se evidencia que el personal de enfermería orienta a las madres primerizas acerca del masaje al útero, pero que no todas reciben información sobre alimentación, higiene y signos de alarma. Se aprecia en los discursos que las madres cuando estuvieron en sus casas no sabían qué hacer con sus bebés, que no les habían explicado sobre el sangrado, qué hacer con el dolor que tenían en la zona de la episorrafía, otra no sabía porque le habían cortado y que nadie la había dicho nada y el dolor no le permitía sentarse y no le daba ganas de cargar a su bebé y en el hospital más se preocupaban por el bebé y por ella no preguntaban. Otra madre refiere que no le explicaron nada cuando estuvo en el hospital y no sabía cómo hacerse su higiene.

El personal de enfermería realiza de manera parcial la orientación a las madres primerizas, priorizando el masaje al útero a todas las madres. Esta situación genera disconformidad en las pacientes en relación con el cuidado de enfermería.

## V. DISCUSIÓN

La primera categoría que emergió fue “Modos de cuidar de enfermería a la madre primeriza” con tres sub categorías: (Des) cuidado de enfermería; prevalecen los procedimientos y limitaciones para el cuidado humanizado.

**Primera subcategoría: (Des) cuidado de enfermería**, en algunos discursos se evidencian que las madres han recibido el cuidado humanizado, mientras que otras el descuido.

Referente al cuidado humanizado los discursos de las madres primerizas enfatizan que recibieron buen trato, respeto, preocupación e interés del personal de enfermería al momento de interactuar con ellas, que han sido cuidadas y refieren sentirse bien y satisfechas por el trato recibido.

Estos resultados son similares a los alcanzados por Álvarez-Franco (2013), quien concluye: las mujeres que recibieron el cuidado de enfermería manifestaron agrado cuando el personal de enfermería ofreció comodidad y bienestar a ella, su bebé y su familia, desde lo físico y lo emocional. Cuando las madres reciben un trato cordial, interés y preocupación por el personal de enfermería, ellas se muestran agradecidas y satisfechas por el cuidado recibido y eso va contribuir a adaptarse con mayor seguridad a su nuevo rol de la maternidad. Al respecto Waldow (2014) refiere que los pacientes al percibir que los profesionales son atentos, afectivos, sensibles e interesados, ellos desarrollan sentimientos de confianza, confort, seguridad y motivación. (p. 153)

El personal de enfermería que labora en el servicio de maternidad brinda el cuidado humanizado porque comprende que la madre y su bebé, son seres holísticos y que no se puede separar lo fisiológico de lo emocional, social, cultural y espiritual. Saben de la importancia, la repercusión de sus acciones y su actitud humanizada para promover la autonomía de la madre en su nuevo rol y logre vivir la maternidad como una experiencia maravillosa y dignificante del ser humano (Vanegas, 2006, p. 244).

El cuidado humanizado que el profesional de enfermería realiza al momento de interactuar con las pacientes debe involucrar actitudes de respeto, interés, empatía, gentileza entre otros, además del conocimiento y experiencia al realizar todo tipo de procedimiento (Waldow, 2013, p. 56).

En relación al descuido, existe divergencia con los discursos anteriores, apreciándose el personal de enfermería al momento de interactuar con ellas muestran falta de empatía, de interés, trato inadecuado, falta de respeto, no se preocupan por ellas salvo si están graves o próximas a morir y no reciben ayuda para poder atender a sus hijos recién nacidos, ni cuando ellas desean ir a los servicios higiénicos que si no es por el familiar podían haberse caído, generando desagrado e insatisfacción por el trato recibido, deseando muchas veces irse a su domicilio ya que ahí si iban a ser mejor tratadas, y que la experiencia de estar en el hospital fue desagradable.

Resultados son similares a los obtenidos por Rodríguez et al. (2014), la asistencia al puerperio aún es limitada, se necesita mayor cuidado y compromiso del profesional de salud, para un cuidado digno y humano.

No todos los profesionales de enfermería brindan el cuidado humanizado, otras se muestran descuidadas con las madres primerizas quienes después del parto están cansadas, sensibles, experimentando en su cuerpo los cambios relacionados al postparto, así como la incomodidad propia del puerperio y simultáneamente deben atender a su bebé. Muchas veces ellas no tienen conocimiento de lo que está aconteciendo en su cuerpo posterior al parto, ni saben cómo atender al recién nacido, encontrándose en una situación de vulnerabilidad, necesitando el apoyo, la ayuda y comprensión del profesional de enfermería es decir el cuidado humanizado, que a veces no lo reciben.

El descuido según Boff (1999) es inherente a la condición humana, más que un obstáculo, constituye un desafío para la vivencia del cuidado. El cuidado no es una meta a alcanzar sólo al final del camino sino un principio que acompaña al hombre en cada paso, en cada momento, a lo largo de toda su vida. Por lo tanto, siempre es posible incrementar la práctica del cuidado en toda circunstancia (142). El autor se refiere que hay personas que cuidan menos, es decir son los descuidados e indiferentes, son personas que asumen demasiada responsabilidad sin poder cumplirlas o porque no realizan las actividades de manera organizada provocando en ellas falta de paciencia, pérdida de la calma y la serenidad. (p. 143)

Asimismo, Waldow (2014) manifiesta que no todos los profesionales de enfermería cuidan en su sentido real, algunas realizan los procedimientos de manera mecanizada o por rutina y lo consideran como si fuera el cuidado, lo que diferencia el cuidado, del descuido es la forma como se hace (p. 23). Es decir, al momento de interactuar con la madre primeriza la enfermera debe comunicarse con palabras

amables, con gestos de aceptación, con la mirada de comprensión, actitudes de respeto, gentileza, empatía lo que va contribuir al bienestar de las pacientes, esta conducta del profesional de enfermería de acogimiento a las madres primerizas va generar confianza, de que están en un ambiente seguro, rodeada de personas prestas a brindar ayuda, reduciendo así su vulnerabilidad. (Waldow, 2013, p. 56)

Asimismo, Waldow (2014), indica que algunas relaciones en las instituciones hospitalarias entre el personal de salud médicos y enfermeras hacia los pacientes son descritas como situaciones de descuido tales como la indiferencia, negligencia, falta de responsabilidad y respeto. Los pacientes son tratados como objetos realizando las acciones de manera mecánica, impersonal y con malos tratos, provocando en ellos sentimientos de despersonalización, ansiedad, inseguridad y soledad. (p. 152-153)

Es necesario que las autoridades de la institución de salud promuevan el desarrollo del cuidado humanizado en el personal de salud, como propone Waldow (2014) se puede despertar la sensibilidad en las personas para que el cuidado emerja en ellas, a través de las capacitaciones y/o actualización sobre el cuidado y uno de los responsables para que esto suceda son las autoridades del sector salud y que debe ser una responsabilidad institucional, con el propósito de mejorar el servicio que se ofrece a la población. (pp. 4 y 6)

### **Segunda subcategoría: prevalecen los procedimientos**

Según los discursos de las madres, las enfermeras dan mayor prioridad a los procedimientos como la administración del tratamiento farmacológico, se dedican a la parte física de las pacientes y no se dirigen a las madres por sus nombres sino

por el número de cama, no reciben apoyo emocional. Al momento de administrar la medicación no preguntan a las madres cómo se sienten, se preocupan más que no se les pase el suero.

Waldow (2008) indica que el cuidado no es exactamente la técnica o el procedimiento que se realiza, lo que diferencia el cuidado de un procedimiento es la preocupación, el interés, la motivación, gentileza, respeto, consideración, que el profesional de enfermería tiene cuando interacciona con el paciente a través de las palabras, los gestos y la mirada. (p. 89)

Las madres primerizas muestran su inconformidad e insatisfacción por las acciones del personal de enfermería, quienes priorizan los procedimientos y lo realizan de manera rutinaria y mecanizada, sin tener en consideración la experiencia personal que ellas están vivenciando, como es la maternidad. Las madres necesitan ser acogidas, recibir ayuda para que puedan comprender lo que les está sucediendo a consecuencia del parto y no ser tratadas de manera impersonal, como si fueran objetos. En tal sentido urge establecer estrategias para capacitar y actualizar de manera permanente acerca del cuidado humanizado a los profesionales de enfermería, para lograr la satisfacción de las pacientes que acuden a la institución de salud.

Por otro lado, en los discursos hacen referencia que el personal técnico de enfermería no muestran un trato cordial, ni gentileza al momento de realizar la higiene, no brindan ayuda a las madres que no pueden moverse por efecto del dolor y que les obligan a tender sus camas, ocasionando incomodidad por el trato recibido en un momento que ellas se encuentran sensibles y vulnerables.

Al respecto Waldow, (2013, p. 768) indica que las vivencias agravan la vulnerabilidad del paciente, tornándolo más frágil. La relación del paciente con los otros también se ve complicada, ya que su intimidad, su privacidad son invadidas, modificando su rol social. El paciente se siente oprimido, paralizado en sus movimientos y pensamientos, humillado y dependiente. En tal sentido el profesional de enfermería debe comprender la importancia de brindar el cuidado humanizado a las pacientes que se encuentran en una situación de vulnerabilidad acompañándolas, preparándolas para que puedan asumir la maternidad como una experiencia maravillosa.

Por otro lado las madres han vivido una experiencia muy intensa en el parto, que las vuelven sensibles y necesitan ser acogidas y comprendidas, por el personal de salud, y sobre todo, por la invasión de su privacidad al momento de realizar la higiene íntima. Es necesario que el personal técnico de enfermería entienda que las pacientes en el servicio de maternidad necesitan un entorno seguro, cómodo, confortable, y cuando se interactúa con las madres se debe hacer en un marco de respeto, consideración y empatía, que va favorecer la adaptación de su nuevo rol materno. Asimismo se debe orientar a las madres acerca de su cuidado personal e higiene para que ellas lo puedan realizar adecuadamente cuando se encuentre en su hogar.

### **Tercera subcategoría: Limitaciones para desarrollar el cuidado humanizado**

En los discursos las madres primerizas manifiestan que el personal de enfermería no brinda el cuidado humanizado porque hay alta demanda de pacientes que acuden al hospital, además la infraestructura de la institución no es suficiente para satisfacer

la demanda de la población, la corta permanencia de las madres primerizas en hospitalización, hay poco personal, y no se abastecen para atender, algunas se dedican a escribir. Algunas señalan que no han visto a la enfermera mientras han estado hospitalizadas para hacerle algunas preguntas.

.Los resultados obtenidos son similares a los hallados por Beltrán-Salazar, O. (2014), la sobrecarga de trabajo de las enfermeras las aleja de los pacientes y les impide oír del personal para lograr la calidad de la atención.

**La segunda categoría: Orientación para la maternidad,** con dos subcategorías: orientación para atender al recién nacido y orientación a la madre para su cuidado personal.

**Primera sub categoría: orientación para atender al recién nacido**

En estos discursos, se aprecia que las enfermeras orientan a las madres sobre higiene del muñón umbilical y lactancia materna, mientras que a algunas madres se les informa además sobre los signos de alarma, higiene del bebé, pero no a todas. Por otro lado, hay discursos que evidencian las dificultades que se presentaron en los senos al congestionarse y por lo tanto el bebé no podía lactar ocasionándole lesiones en el pezón: erosiones y que al respecto nadie le había informado en el hospital que podía hacer en casa, y como eran primerizas no sabían que hacer. Asimismo, se aprecia en los discursos, que no fue suficiente la información proporcionada, algunas deseaban saber más, pero también mencionan que el tiempo de permanencia es una limitante para ello, las madres de parto vaginal son dadas de alta antes de las veinticuatro horas. Pero las madres con cesárea permanecen tres

días en hospitalización, también refieren que no han recibido toda la orientación que necesitaban para atender a sus hijos en casa.

Ladewig, et al. (2016, p. 817), afirma que las madres después del parto en el primer o segundo día se muestran pasivas y dependientes, están enfocadas en ellas mismas (tratando de comprender los cambios que está experimentando en el periodo del puerperio), tienen la necesidad de hablar sobre su experiencia en relación al parto y al nacimiento de su bebé.

En tal sentido enfermería debe promover que la madre comente su experiencia durante el parto, favorecer el descanso para reponer la energía gastada en el parto y pueda asumir la atención de su bebé.

Para Ruiz, (2006, p. 217-218) el nacimiento de un hijo es un desafío para la familia. Para promover la transición hacia las actividades de la crianza, es necesario que los padres adquieran conocimientos, conductas y habilidades para enfrentar los cambios y desequilibrios que se presentan durante el periodo del postparto. Asimismo, se observa que se está produciendo un egreso temprano de las madres y sus bebés a sus hogares, quienes tienen escasa experiencia en el cuidado de sí misma y de su bebé.

En los discursos se evidencian que no todas las madres han recibido suficiente orientación acerca de la atención del recién nacido y que al llegar a sus hogares han presentado dificultades y no sabían que hacer. El tiempo de permanencia de las madres en hospitalización después del parto no es suficiente para que el personal de enfermería realice toda la orientación necesaria a las pacientes. Además se sabe que el primer día del postparto ellas se están adaptando a los cambios que

experimentan como consecuencia del parto, se muestran dependientes y pasivas. Y en ese momento explicarles sobre lactancia materna, curación del muñón umbilical, signos de alarma, higiene, baño y vestido del recién nacido es abrumador para que pueda entender y comprender toda esa información.

Al conocer que las madres se van de alta antes de las 24 horas, se podría implementar programas de seguimiento como las visitas domiciliarias, crear el fono ayuda para comunicarse con ellas y aclarar las dudas que puedan tener, promover la implementación de material educativo: folletos, tríptico que deben ser entregados al momento del alta. Asignar a una enfermera que sea responsable de orientar y aclarar dudas de la madre y familia antes del alta. Se debería promover la participación de enfermería en el tercer trimestre de la etapa gestacional para preparar a las madres en la atención del recién nacido y el cuidado de sí mismas. Asimismo, es necesario dotar con más profesionales de enfermería para que se dediquen exclusivamente a preparar, acompañar y realizar el seguimiento de las madres después del alta.

**Segunda sub categoría denominada: orientación a la madre para su cuidado personal.**

En los discursos se evidencia que personal de enfermería orientan a las madres primerizas sobre el masaje al útero, pero que no todas reciben información sobre alimentación, higiene y signos de alarma. Se aprecia en los discursos que las madres cuando estuvieron en sus casas no sabían qué hacer con sus bebés, que no les habían explicado sobre el sangrado, qué no sabían qué hacer con el dolor que tenían en la zona de la episiorrafía, otra no sabía porque le habían hecho la episiotomía, nadie le

había dicho nada y el dolor no le permitía sentarse y no le daba ganas de cargar a su bebé y cuando estaba en el hospital más se preocupaban por el bebé y por ella no preguntaban cómo se sentía. Otra madre refiere que en el hospital no le explicaron nada en relación a su cuidado personal, que las enfermeras se dedicaban a cuidar los frascos de dextrosa en vez de dedicarse a las pacientes, no le habían indicado como hacerse su higiene íntima.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Rodríguez, D., Dodou, H., Lago, P., Mesquita, N., Melo, L., y Souza A. (2014), quienes concluyen que la asistencia al puerperio aún es limitada, necesitando de mayor atención y compromiso de los profesionales de salud.

Al respecto se concuerda con los autores, porque en los discursos de las madres primerizas se evidencia que no todas las enfermeras realizan el cuidado humanizado. En algunos discursos se evidencia que las madres no recibieron suficiente orientación de cómo deberían cuidarse, desconocían de los cambios que se presentan en su cuerpo después del parto causándoles extrañeza por ejemplo el “el bulto que había en su estómago” que “porque le habían cortado durante el parto” y que nadie les ha explicado nada. En tal sentido es necesario que el personal de enfermería entienda la repercusión de sus acciones y su actitud humanizada ante este hecho, asimismo debe comprender y ponerse en el lugar de las pacientes para promover su autonomía y así puedan experimentar la maternidad como una experiencia maravillosa y dignificante del ser humano (Vanegas, 2006)

Reeder, et al, (2009) refiere que el objetivo de los cuidados de enfermería en la etapa del puerperio es ayudar a la nueva madre o madre primeriza y a su familia

adaptarse con éxito a las transiciones del puerperio y las exigencias de la maternidad.

Por otro lado, Prieto, B. (2012), en su estudio concluye que el cuidado de enfermería es esencial en la etapa del puerperio, debido a las complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido suceden en este periodo. Asimismo, los padres necesitan adquirir conocimientos, comportamientos y habilidades para enfrentar los cambios y desequilibrios que se presentan durante el periodo del postparto.

Waldow y Borges, (2008), refiere que la vulnerabilidad es una condición que requiere cuidado y que el cuidar viene a ser un compromiso para ayudar al otro ser a crecer promoviendo su integridad y unidad, manteniendo su dignidad y su singularidad (p. 91)

Waldow manifiesta que las personas que necesitan de mayor cuidado son aquellas que experimentan dependencia para realizar sus actividades diarias. Como sucede en el caso de la madre primeriza, que el primer día muestran una conducta pasiva, dependiente y centrada en los cambios fisiológicos y emocionales que está experimentando en su cuerpo, además del dolor, cansancio y sueño.

En relación al cuidado de las madres primerizas hay enfermeras que realizan el cuidado humanizado al momento de interactuar con ellas, realizan sus actividades en el marco del respeto, interés, empatía y preocupación por las pacientes, sin embargo, también hay personal de enfermería que no brindan el cuidado humanizado, priorizan los procedimientos, no tienen un trato adecuado, no muestran empatía, no interactúan con las pacientes y la orientación sobre el cuidado de las madres se enfatiza en el masaje uterino.

Es responsabilidad de enfermería preparar a las nuevas madres para que asuman su maternidad de manera adecuada, para ello es necesario que en el hospital se les proporcione información o material educativo impreso relacionado a los cambios que sucede en el cuerpo de la mujer en la etapa del puerperio, higiene, alimentación, signos de alarma, cambios emocionales, etc., así ellas puedan vivir la experiencia de la maternidad con mayor seguridad y confianza.

Es necesario la participación del profesional de enfermería en la educación de las gestantes en el tercer trimestre para orientarles acerca de su cuidado personal en el postparto.

Por otro lado, la sobredemanda de pacientes, la infraestructura insuficiente, el reducido número de personal de enfermería y el tiempo de permanencia de las madres en hospitalización, son factores que afectan al cuidado humanizado que el profesional de enfermería debe ofrecer a las madres hospitalizadas.

## VI. CONCLUSIONES

- El cuidado humanizado a la madre primeriza y su recién nacido no es realizado por todas las enfermeras. La sobredemanda de pacientes, el poco personal de enfermería, la inadecuada infraestructura, el tiempo de hospitalización de las madres primerizas, afectan el desarrollo del cuidado humanizado por enfermería.
- Los procedimientos y la administración de medicamentos son acciones que prevalecen al momento que la enfermera atiende a la madre primeriza.
- La dimensión técnica-procedimental es la que predomina en las acciones que realiza la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido.

## VII. RECOMENDACIONES

- Proponer al departamento de enfermería la creación de un programa de seguimiento y acompañamiento a las madres primerizas.
- Implementar un ambiente para la orientación sobre la atención del recién nacido y los cuidados de las madres antes del alta.
- Elaborar e implementar material educativo cartillas, folletos u otros relacionados con los cambios físicos y emocionales, alimentación, higiene, complicaciones y signos de alarma de la madre durante la etapa del post parto.
- Elaborar material educativo cartillas, folletos u otros relacionados con lactancia materna, baño del recién nacido, higiene del muñón umbilical, signos de alarma del recién nacido.
- Implementar el fono ayuda para orientar a las madres primerizas cuando tenga duda sobre la atención del recién nacido y acerca de ellas mismas.
- Realizar eventos académicos de actualización en relación al cuidado humanizado de enfermería.
- Implementar la participación del profesional de enfermería en la preparación de la gestante en el tercer trimestre para la atención del recién nacido y el cuidado de sí misma.
- Las autoridades de la institución de salud deben asumir la responsabilidad de mejorar las condiciones que limitan el cuidado humanizado para el beneficio de la población.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez-Franco, C. (2013). Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan*, 13(1), 17-26. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972013000100003&lng=en&tlng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000100003&lng=en&tlng=).

Armendáriz, A. y Medel, B. *Teorías de enfermería y su relación con el proceso de atención en enfermería*. Recuperado de: [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2008/05/12/enfermeria.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/05/12/enfermeria.pdf)

Beltrán-Salazar, O. A. (2014). Las instituciones de salud no favorecen el cuidado. Significado del cuidado humanizado para las personas que participan directamente en él. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 194-205. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200002&lng=en&tlng=es).

Beltrán-Salazar, O. A. (2015). Paying attention to details, a requirement for humanized care. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 49-53. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>

Beltrán-Salazar, O. A. (2015). Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 17-27. Retrieved from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&tlng=en).

Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M, Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol). Recuperado de: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do Humano, compaixão pela terra*. Petropolis: Vozes

Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: Ética de lo Humano compasión por la tierra*. Madrid: Editorial Trotta,S.A

Burroughs, G. (2002). *Enfermería Maternoinfantil* (8va. ed.). México: Mc. GrawHill.

Cáceres-Manrique, F., Molina-Marín, G., & Ruíz-Rodríguez, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*, 14(3), 316-326. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2803>  
DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.4

Cardona, L. y Silva, L. (2006). Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara. En Grupo de Cuidado, Facultad

de Enfermería. *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá; Colombia: Universidad Nacional de Colombia. (p. 160)

Carrasco, A., Delfino, M., Gonzáles, P., Margel, G. y Pi M. (2011). El cuidado Humano desde la perspectiva de Enfermería en el Uruguay. En el cuidado humano: reflexiones (inter) disciplinarias. Uruguay: UR.FCS-DS: CSE: MSP. Montevideo; Uruguay. Recuperado de: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/carrasco-alma-delfino-mirtha-gonzalez-pilar-margel-geyser-pi-maria-victoria-el-cuidado-humano-reflexiones-interdisciplinarias/>

Cassiano, A., Araújo, M., Holanda, C., & Costa, R. (2015). Perception of nurses on humanization in nursing care in immediate puerperium. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2051-2060. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2051-2060>

Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., y Spong, C. (2011) *Williams Obstetricia*. (23<sup>a</sup> ed.). México: McGraw Hill; p. 646.

Curahua Sanchez, L. V. (2015). *Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el primer semestre del año 2014*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4149>

Francisquini, A., Higarashi, I., Serafim, D., & Bercini, L. (2011). Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de

puérperas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 734-751 doi:  
<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i4.13826>

GRUPO OCEANO. (2010). *Nuevo Manual de la Enfermería*. Barcelona; España:  
OCEANO/CENTRUM.

Guana, M., Cappadona, R., Di Paolo, A., Pellegrini, M., Piga, M., y Vicario, M.  
(2009). *Enfermería Ginecoobstetrica*. México, D.F.; México: Mc Graw Hill.

Guillaumet, M., Fargues, I., Subirana, M. y Bros, M. “Teoría del cuidado humano.  
Un café con Watson”. *Metas de Enfermería* 8 (1 de enero 2005): 28-32.  
Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/216704707\\_Teoria\\_del\\_cuidado\\_humano\\_Un\\_cafe\\_con\\_Watson/references](https://www.researchgate.net/publication/216704707_Teoria_del_cuidado_humano_Un_cafe_con_Watson/references)

Hernández, C., Fernández, P. y Baptista, . *Metodología de la investigación*. 6ta ed.  
México: McGraw Hill; 2014.

INEI. (2013). *Perú Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2012*. Lima; Perú:  
Recuperado de  
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib1075/Libro.pdf>

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: MASSON.

Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do Humano, compaixão pela terra*. 6  
edição. Petrópolis; Rio do Janeiro: Editora Vozes

Ladewig, P., London, M., Moberly, S. y Olds, S. (2006). *Enfermería maternal y del recién nacido*. 5ta ed. Madrid; España: McGraw Hill.

Lowdermilk, D., Perry, S. y Bobak, I. (2003). *Enfermería Materno-Infantil*. 6ta ed. Barcelona; España: Harcourt/OCEANO.

Maldonado, M. (2011). *Salud mental perinatal*. Washington; Estados Unidos: OPS.

Marriner, A, y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías*. 6ta ed. Barcelona; España: Elseiver Mosby.

MINSA. (2013). *Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011 – 2012*. Lima; Perú: MINSA. Recuperado de: <https://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>

MINSA, (2013). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna* N° 105. Lima; Perú: MINSA. Recuperado de: [http://saludmoquegua.gob.pe/web/images/Programas/Materno/jRM8272013\\_normas%20tecnicas%20de%20salud%20materna.pdf](http://saludmoquegua.gob.pe/web/images/Programas/Materno/jRM8272013_normas%20tecnicas%20de%20salud%20materna.pdf)

MINSA, (2014). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal*. Lima; Perú: MINSA. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>

Moreno, M., Muñoz, S. y Alvis, T. (2006). Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En Grupo de

Cuidado, Facultad de Enfermería. *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogota; Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermas en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>

Prieto, B. y Ruiz, C. (2013). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichán*, 13(1), 7-16 Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972013000100002&Ing=es&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000100002&Ing=es&tlng=es).

Prieto, B. (2012). Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría de los cuidados. *Revista Cuidarte*, 3(1), 377 – 381. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.35>

Reeder, S., Martin, L. y Koniak, D. (2009). *Enfermería Materno Infantil*. 17ª ed. México D.F.; México: Nueva Editorial Interamericana. pp 627, 736-739; 745

Rodrigues, D., Dodou, H., Lago, P., Mesquita, N., Melo, L., y Souza A. Care for both mother and child immediately after childbirth: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13 (2), 227-238. Recuperado de: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4231>

Ruiz, B. Cuidado neonatal y materno con apoyo del grupo familiar. En Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogota; Colombia: Universidad Nacional de Colombia. (p. 217)

- Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência, ser IV* (3), 17-26. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>
- Siles, J., & Solano, M. (2012). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados, 0*(21), 19-27. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2007.21.04>
- Torrallba, Francesc. Esencia del cuidar. Siete tesis. Sal Terrae: Revista de teología pastoral. Tomo 93, N° 1095, 2005, págs. 885-894 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1313246>
- Torrens, R. y Martínez, C. (2012). *Enfermería obstétrica y ginecológica*. Barcelona; España: Ediciones DAE.
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. En General Conference; 33rd; Actas de la Conferencia General, 33ª reunión, París, 3-21 de octubre de 2005, v. 1: Resoluciones; 2005. Recuperado de: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Vanegas, B. Humanización en el cuidado de salud de la mujer. (2006). En Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogota; Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Varney, H., Kriebs, J. y Gegor, C. (2006). *Partería Profesional*. (4ª ed.). México D.F.; México: McGraw-Hill Interamericana. p. 1101

Vásquez, L., Ferreira, R., Mogollón, A., Fernández, J., Delgado, E. y Vargas, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. España: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

Waldow, V. R. (2008). Atualização do cuidar. *Aquichán*, 8(1), 85-96. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&tlng=pt).

Waldow, V, & Borges, R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 765-771. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>

Waldow, V. R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*, 9(3), 246-256. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000300005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300005&lng=en&tlng=es).

Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 414-418. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>

Waldow, R. (2013). Cuidar de sí, cuidar del otro, cuidar del todo: implicaciones para la salud y enfermería. En revista Enfermería: *Cuidados Humanizados*. Vol. 2, Núm. 1 (2013). Recuperado de: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/783>

Waldow, V. (2014 a). *Cuidado de enfermería reflexiones entre dos orillas*.  
Granada, España: Fundación Index.

Waldow, V. (2014 b). Enfermería: la práctica del cuidado desde un punto de  
vista filosófico. *Investigación En Enfermería: Imagen Y  
Desarrollo*, 17(1). doi: [https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-  
1.epdc](https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc)

# **ANEXOS**



## ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL  
SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO

ESCUELA POSTGRADO  
DOCTORADO ENFERMERÍA

### FICHA CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Yo**, por medio del presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado Cuidado humanizado de enfermería a la madre primeriza y su recién nacido hospital “Víctor Ramos Guardia” – Huaraz – 2014.

**Que tiene como objetivo:** Conocer cuidado humanizado de enfermería a las madres primerizas y su recién nacido atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

**Se me explicó que** mi participación consistirá responder a las preguntas que me formularán acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Gineco obstetricia a las madres primerizas

**Declaro que se me ha explicado minuciosamente** respecto a la investigación a realizar que no presenta molestias, ni inconvenientes, en el aspecto físico, psicológico y social, en caso se requiera la investigadora aclarará mis dudas respecto a cada pregunta que me formule.

**También he sido informada** que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que crea conveniente.

**La investigadora se compromete** en que todo momento se mantendrá el principio de la confidencialidad.

**El beneficio del estudio para mi persona** será: saber acerca de los cambios que se presentan en la etapa del puerperio, así como el cuidado del recién nacido

**Me han informado también** en el caso de que sí ocurriera que el paciente sea menor de edad quien firmará el consentimiento informado será el padre o madre o tutor.

---

**Firma de la paciente**

La investigadora Mag. Ursula Lezameta Blas le agradece su participación.

**ANEXO B**  
**GUÍA DE ENTREVISTA**

Sra., tenga Ud. Buen día, mi nombre es Ursula Lezameta Blas, estudiante del Doctorado en Enfermería de la Escuela de Post Grado de la UNASAM, solicito su participación con total veracidad en la entrevista para recolectar información respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera a las madres primerizas y a su recién nacido. Los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

I. Datos generales:

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_ 3. Estado civil: \_\_\_\_\_ 4. Ocupación: \_\_\_\_\_
5. Dirección \_\_\_\_\_

II. Se consideran las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cuéntame cómo fue el cuidado que recibiste de la enfermera?
2. ¿Cómo ha sido el trato que has recibido de la enfermera?
3. ¿Me puedes decir qué le explico la enfermera acerca de los cambios que iba experimentar en su cuerpo después del parto?
4. ¿Cuéntame, que le dijo la enfermera acerca de cómo debía cuidarse después del parto?
5. ¿Qué hubiera querido que le explique la enfermera sobre los cambios que le ocurrieron en su cuerpo después del parto?
6. ¿Me puede decir que le explico la enfermera acerca de la atención del recién nacido?
7. ¿Qué más hubiera deseado que le explique la enfermera acerca de la atención tu hijo recién nacido?
8. ¿Por qué crees la enfermera no da el cuidado humanizado?

## ANEXO C

### MATRIZ DE CONSISTENCIA LÓGICA

TITULO: CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA A LA MADRE PRIMERIZA Y SU RECIÉN NACIDO HOSPITAL “VÍCTOR RAMOS GUARDIA” – HUARAZ – 2014.

PROBLEMAS	OBJETO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	MARCO TOERICO	ASPECTOS METODOLÓGICO
¿Cómo es el cuidado humanizado que brinda la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido?	Cuidado humanizado de la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir las acciones de la enfermera en el cuidado a la madre primeriza y su recién nacido.</li> <li>- Identificar las dimensiones del cuidado humanizado que brinda la enfermera a la madre primeriza y su recién nacido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado humanizado de enfermería</li> <li>- Aporte teorico del cuidado de Regina Waldow</li> <li>- Cuidado humanizado a la madre primeriza</li> <li>- Cuidado humanizado al recién nacido</li> </ul>	<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</u> Cualitativo-descriptiva</p> <p><u>UNIDAD DE ANALISIS:</u> Cada una de las madres primerizas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p><u>PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANALISIS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación del lugar donde se buscó la información.</li> <li>▪ Selección de las participantes.</li> <li>▪ Recojo de información en función al objeto de estudio</li> <li>▪ Pre análisis y análisis de la información.</li> </ul> <p>Para el análisis de la información se empleará la técnica de análisis cualitativo: Triangulación de teorías.</p> <p><u>INSTRUMENTO(S) DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</u> Recojo de información: Entrevista Instrumentos: grabadora</p> <p><u>ANALISIS DE LA INFORMACIÓN</u> Para el análisis de la información se empleó la técnica cualitativa y la triangulación de teorías.</p>