

Parto humanizado: entre lo ideal y lo vivido, experiencias de mujeres en su embarazo y parto

LAURA VANESSA DUQUE LONDOÑO

MARÍA PAULA LLANOS ROSERO

VALENTINA SACOTTO BOTIA

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de Psicóloga

DIEGO EMIRO CORREA SANCHEZ

Asesor de Trabajo de Grado

ANA MARCELA URIBE FIGUEROA

Evaluada – trabajo de grado



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI, VALLE

2025

AGRADECIMIENTOS

A nuestro director, Diego Emiro Correa, por su total entrega, por ser guía constante y por ofrecer siempre una disposición genuina y cariñosa. Su acompañamiento fue indispensable para el desarrollo de esta tesis y para nuestro crecimiento académico y personal.

A nuestras compañeras de equipo, por realizar este trabajo con amor, compromiso y dedicación. Compartir este proceso con ustedes lo hizo profundamente enriquecedor y, sin duda, mucho más hermoso.

Por último, agradecemos a las mujeres que participaron en nuestro estudio. Aun con sus bebés tan pequeños, brindaron su tiempo y entregaron lo mejor de sí para contribuir a esta investigación. Su generosidad y confianza hicieron posible este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	13
Tipo de estudio	13
Diseño	14
Participantes	15
Categorías de análisis	15
Instrumentos	16
Procedimiento	17
Consideraciones Éticas	19
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	43
REFERENCIAS	54

Lista de tablas y figuras

	Pág.
TABLA 1 Definición conceptual de las categorías de análisis	15
FIGURA 1 Síntesis de los hallazgos	52

Lista de anexos

- ANEXO A Consentimiento informado
- ANEXO B Protocolo de atención en crisis
- ANEXO C Entrevista Semiestructurada
- ANEXO D Tabla preguntas grupo focal

RESUMEN

Objetivo: comprender el significado que las mujeres atribuyen a su experiencia durante la atención en el embarazo y el parto en relación con las expectativas construidas previamente. **Método:** se realizó un estudio cualitativo, con diseño fenomenológico y enfoque hermenéutico con 16 mujeres que habían vivido un parto. La recolección de información se efectuó mediante entrevistas semiestructuradas y un grupo de discusión; y se utilizó análisis temático para identificar patrones de significados en sus relatos. **Resultados:** las participantes construyeron expectativas influenciadas por creencias culturales, experiencias familiares, información social y deseos personales. Sin embargo, la mayoría evidenció discrepancias entre lo esperado y lo vivido. Aunque se reportaron experiencias positivas, caracterizadas por acompañamiento, respeto y comunicación clara, también emergieron experiencias de trato distante y poco humanizado, información insuficiente, poca sensibilidad y prácticas que limitaron la autonomía. Estas situaciones generaron miedo, incertidumbre, frustración y percepción de deshumanización durante el proceso de atención. La calidad de la interacción con el personal de salud se destaca como un elemento central para la vivencia del parto y para el soporte emocional en el posparto. **Conclusiones:** las experiencias revelan la necesidad de fortalecer la atención humanizada mediante prácticas centradas en la escucha, el respeto por la autonomía y la comunicación empática. Promover estos elementos contribuye a mejorar la calidad de la atención obstétrica y a favorecer el bienestar materno.

***Palabras clave:** parto humanizado, bienestar materno, trabajo de parto, embarazo, violencia obstétrica*

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning women attribute to their experience during pregnancy and childbirth care in relation to their previously formed expectations. **Method:** A qualitative study was conducted using a phenomenological design and a hermeneutic approach with 16 women who had given birth between 6 and 18 months earlier. Data were collected through semi-structured interviews and a discussion group, and thematic analysis was used to identify patterns of meaning in their narratives. **Results:** Participants formed expectations influenced by cultural beliefs, family experiences, social information, and personal desires. However, most showed discrepancies between what they expected and what they lived. Although positive experiences were reported, characterized by support, respect, and clear communication, there also emerged accounts of distant treatment, brusqueness, insufficient information, low sensitivity, and practices that limited autonomy. These situations generated fear, uncertainty, frustration, and a sense of dehumanization during the care process. The quality of interaction with healthcare personnel emerged as a central element in shaping the childbirth experience and in providing emotional support during the postpartum period. **Conclusions:** The experiences reveal the need to strengthen humanized care through practices centered on listening, respect for autonomy, and empathic communication. Promoting these elements contributes to improving the quality of obstetric care and fostering maternal well-being.

Keywords: *humanizing delivery, maternal welfare, labor obstetric, pregnancy, obstetric violence*

INTRODUCCIÓN

El parto es uno de los eventos más significativos en la vida de la mujer, ya que no solo marca la culminación del embarazo, sino también el comienzo de una nueva vida, este tiene un valor crucial para la mujer, porque impacta directamente en su salud, bienestar y calidad de vida (Reyes et al., 2023). Sin embargo, aunque el embarazo y parto son eventos importantes, a menudo no se garantiza un trato humano, y las mujeres enfrentan situaciones complejas en las instituciones de salud, incluyendo procedimientos innecesarios, falta de información y maltrato psicológico, verbal e incluso físico. Por eso, este proyecto quiere aproximarse a las experiencias que vivieron las mujeres durante el embarazo y parto.

El parto, es un proceso fisiológico que puede estar influenciado por diversos factores médicos, psicológicos y socioculturales mediante el cual una mujer da a luz a su bebé, generalmente entre las semanas 37 y 42 de gestación, de manera espontánea y sin complicaciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado por Sánchez et al., 2012), un parto natural es aquel que se desarrolla sin intervenciones innecesarias, permitiendo que la mujer tenga un rol activo en la experiencia de nacimiento de su hijo.

En este sentido, es derecho de las mujeres recibir una atención digna durante el embarazo y el parto, por lo que cualquier forma de maltrato constituye una violación de sus derechos humanos. Para prevenir estas situaciones, se requiere fortalecer políticas públicas en salud reproductiva, mejorar la calidad de la atención materna con enfoque en el respeto, promover el parto digno y consolidar una comunicación adecuada con el personal de salud (Bachilli et al., 2021; Bermúdez-Quintana et al., 2022; OMS, 2014; Farías-Vela et al., 2023).

Dar a luz no siempre garantiza cuidado y respeto. A pesar de la promoción del parto humanizado, la OMS (2019) encontró que más de un tercio de las mujeres en países de ingresos

bajos sufren maltrato durante el parto, incluyendo abuso físico y verbal, estigmatización, procedimientos sin consentimiento y abandono; el 42% reportó maltrato y el 14% agresiones físicas. En Latinoamérica, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2023) estima que el 43% de las mujeres enfrenta este tipo de violencia.

En América Latina, la violencia durante el parto es significativa; según el colectivo Parteras de América (2020), el 60% de las mujeres se sintieron humilladas, el 56% no pudo expresar dudas, el 38% sufrió insultos y el 49% fue infantilizada (Ordoñez Rodríguez, 2022). En Brasil, el 27,3% recibió procedimientos sin explicación, el 16,3% respuestas evasivas y el 9,3% no tuvo acompañante (Da Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017), mientras que en México, entre 2011 y 2016, el 33,4% de las mujeres experimentó violencia durante el parto (Instituto Nacional de Salud Pública [INS], 2020).

En Colombia, según el informe de la Encuesta nacional de parto y nacimiento (Gómez Castañeda et al., 2024), aún hay prácticas de violencia obstétrica en instituciones de salud del país, pues, un 42,2% de las mujeres sintieron que sus dudas fueron ignoradas; un 35,7% fueron criticadas por expresar sus emociones; y un 27,1% fueron amenazadas por el personal de salud. Estas actitudes se dieron especialmente a aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad.

Adicionalmente, Jojoa-Tobar et al. (2019) evidenciaron que, en su estudio realizado en Popayán, el 69% de las mujeres sufrieron violencia obstétrica, pero también institucional y psicológica, manifestada en falta de información, ausencia de consentimiento informado y la imposición de actitudes de sumisión.

De igual manera, la investigación “*Se robaron mi parto*” del Observatorio Huitaca, del Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva (MNSSR), recopiló testimonios de 106 mujeres de Bogotá, Cali y Medellín entre 1986 y 2018. De ellas, 81 reportaron comentarios o

actitudes desobligantes del personal médico que generaron incomodidad, agresión o vergüenza. Muchas también señalaron haber estado solas, presenciado maltrato a otras mujeres o haber sido silenciadas al expresar su dolor o emociones (Uran, 2023).

Ante este panorama, la presencia de movimientos como el MNSSR, conformado por más de 20 organizaciones, resulta fundamental. Surgieron para garantizar la libertad de decisión sobre el propio cuerpo y promover los derechos sexuales y reproductivos mediante diálogos informativos, blogs, recopilación de relatos y difusión de herramientas para un parto humanizado.

En el contexto nacional, el Proyecto de Ley 063 de 2017 y la Ley 2244 de 2022 buscan garantizar un parto humanizado, asegurando respeto, autonomía y una atención integral y de calidad, acorde con enfoques interculturales y diferenciales del Plan Decenal de Salud Pública. Aunque estas normas representan avances importantes hacia un modelo de atención más respetuoso y centrado en la mujer, persisten prácticas que continúan vulnerando el bienestar de las madres durante el parto.

A continuación, se presenta la revisión sobre los estudios empíricos realizados en temáticas relacionadas con parto humanizado, violencia obstétrica, y se incluye el duelo perinatal, ya que se le ha empezado a dar mucha relevancia en los últimos estudios en el contexto del parto humanizado

La partería ha demostrado mejorar el bienestar materno, reduciendo intervenciones innecesarias y la hipermedicalización. En Chile y Canadá, el acompañamiento de parteras mejora la experiencia del parto (Gagnon y Orellana, 2022), mientras que en Turquía se reporta trato empático y comprensivo (Turan et al., 2022). A diferencia del modelo médico tradicional, las parteras priorizan la dimensión emocional mediante prácticas sensibles (Atayde Manriquez y González Robledo, 2020), y se recomienda integrar la humanización del parto en todos los modelos, educando a mujeres y profesionales (Curtin et al., 2020; Mateus Peña et al., 2024).

En Francia y Portugal, se destaca que las mujeres valoran la flexibilidad, el acompañamiento y la información sobre el parto, promoviendo preparación prenatal y empoderamiento en la toma de decisiones (Gélinas y Mallé, 2022; Silva y López, 2020). Desde la psicología de la salud, se enfatiza la importancia de los aspectos emocionales y sociales del bienestar reproductivo (Pérez Rosiles y Marqués Barradas, 2004). En México, se identificaron formas de abuso durante el parto, como abandono, falta de información, abuso verbal y físico, y procedimientos invasivos sin anestesia (Valdez et al., 2016).

En Latinoamérica, pese a avances como la inclusión de enfermeras obstétricas que reduce intervenciones innecesarias, la violencia obstétrica persiste (Ritter et al., 2020). Aunque los profesionales promueven asistencia humanizada, continúan prácticas sin beneficio claro, incluyendo episiotomías sin consentimiento, exceso de exámenes vaginales, maniobra de Kristeller, uso de oxitocina exógena y limitaciones en manejo del dolor, elección de posición y acompañamiento durante el parto (Rodrigues et al., 2021; García-Torres et al., 2020; Rodrigues et al., 2022; Roa Morales et al., 2018).

En Ecuador y Brasil, prácticas como tecnologías no invasivas, libertad de posición y contacto piel con piel mejoran la lactancia, reducen la depresión postparto y enriquecen la experiencia del parto (Alvares et al., 2020; Choez y Cárdenas, 2023). No obstante, muchas mujeres desconocen sus derechos y normalizan la ausencia de estas prácticas (Santos et al., 2022). Además, el acompañamiento de la pareja es valorado por la mayoría (98,3%) en Perú (García-Carrera et al., 2021), aunque en Ecuador persisten deficiencias en la atención humanizada y la comunicación centrada en la dignidad de la mujer (Nazate-Chuga et al., 2023; Reyes et al., 2023).

En Brasil, las percepciones sobre parto vaginal y cesáreo se construyen principalmente a partir de experiencias de otras mujeres, más que del conocimiento médico (Damaceno et al., 2021).

Aunque se prefiere el parto vaginal, persisten temores al dolor y la ansiedad, mientras que el cesáreo se considera necesario en complicaciones, entre adolescentes, predomina la preferencia por el parto vaginal por la recuperación rápida, pese al miedo al trabajo de parto (Centenaro et al., 2015). Esto evidencia la necesidad de mayor humanización y educación, apoyada en información, grupos de apoyo y experiencias previas (Baggio et al., 2021).

En Colombia, el maltrato y la violación de los derechos reproductivos durante el parto son prácticas naturalizadas que afectan la experiencia de las mujeres (Lafaurie Villamil et al., 2020; Vallana Sala, 2019). Aunque los profesionales de la salud perciben el parto como un proceso rutinario, este tiene un fuerte impacto físico y emocional en las mujeres y sus bebés, lo que evidencia la necesidad de eliminar prácticas vulneradoras y promover un modelo humanizado que respete la autonomía de las gestantes (Basile Ibrahim et al., 2023; Bermúdez-Quintana et al., 2022; Biondo et al., 2024; Esteban-Sepúlveda et al., 2022; Vanegas et al., 2020).

En Medellín, la baja adherencia del personal médico a las recomendaciones de la OMS sobre parto humanizado generó experiencias de deshumanización, con procedimientos innecesarios, represión de emociones y ausencia de acompañante (Jiménez-Hernández y Peña Jaramillo, 2018; Mejía et al., 2018). Estudios recientes destacan el duelo perinatal como un aspecto crucial en la humanización del parto (Palma-Espinoza, 2020; León et al., 2020; De la Garza-Jiménez, 2023; Godoy y Lantieri, 2024; Páez Cala y Arteaga Hernández, 2019; Valenzuela et al., 2020). En Colombia, un estudio con once madres que perdieron a sus hijos durante la gestación o etapa neonatal evidenció prácticas inadecuadas que afectaron su bienestar y dignidad, y aunque existe mayor sensibilidad hacia estas pérdidas, siguen siendo infravaloradas; en 2019 se registraron 45.191 defunciones fetales y neonatales (Gomez et al., 2020; Fernández-Alcántara et al., 2012).

En un hospital de tercer nivel en Cali, aunque se brindó cuidado médico en alimentación, respiración y pujo durante el parto, la atención humanizada fue deficiente. Las madres señalaron falta de interés por sus necesidades emocionales, información limitada y actitud apática del personal, especialmente hacia primerizas, evidenciando la necesidad de fortalecer la formación en parto humanizado (Jaramillo Placer y Jiménez González, 2018). Además, se reportaron dolor, fatiga, sed y sentimientos de soledad, afectando el bienestar y satisfacción durante el parto (Giraldo Montoya et al., 2015).

En síntesis, los antecedentes revisados incluyen estudios con enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos. Sin embargo, diecisiete de ellos han abordado el tema del parto humanizado desde una perspectiva cualitativa, explorando las experiencias y percepciones de las mujeres gestantes (Almaguer González et al., 2012; Alves et al., 2016; Baggio et al., 2021; Basile Ibrahim et al., 2023; Bermúdez-Quintana et al., 2022; Biondo et al., 2024; Camacho y Romero, 2017; Damaceno et al., 2021; García-Torres et al., 2020; Gleason et al., 2021; Gómez Amín et al., 2020; Jojoa-Tobar et al., 2019; Lafaurie Villamil et al., 2020; León et al., 2020; Mejía Merino et al., 2018; Paneque, 2012; Vallana, 2019). Por otro lado, cinco se han llevado a cabo bajo un enfoque cuantitativo (Da Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017; Instituto Nacional de Salud Pública, 2020; Rodrigues et al., 2022; Saldarriaga Gil et al., 2022; Santos et al., 2022), tres con un enfoque mixto (Atayde Manríquez y González-Robledo, 2020; García-Carrera et al., 2021; Silva y López, 2020), y cuatro son revisiones sistemáticas sobre la temática (Curtin et al., 2020; Farías-Vela et al., 2023; Mateus Peña et al., 2024; Palma-Espinoza, 2020).

En general, se ha encontrado que estos estudios analizan la humanización del parto desde la perspectiva de las mujeres y de los profesionales de la salud (Baggio et al., 2021; García-Torres et al., 2020; Vallana, 2019), así como las barreras para su implementación (Bermúdez-Quintana et

al., 2022; Farías-Vela et al., 2023; Rodrigues et al., 2022). Además, exploran las experiencias maternas en el parto y su impacto emocional (Almaguer González et al., 2012; Alves et al., 2016; Basile Ibrahim et al., 2023; Damaceno et al., 2021; Gleason et al., 2021; Mejía Merino et al., 2018).

A partir de los artículos revisados anteriormente, lo que se pretende con esta investigación radica en la falta de estudios que exploren cómo las mujeres significan su experiencia de parto en relación con sus expectativas previas; si bien existen investigaciones sobre la implementación de prácticas humanizadas y la percepción de los profesionales de la salud, hay un vacío en la comprensión del significado subjetivo que las mujeres atribuyen a su experiencia de parto. Por ello, este estudio busca aportar en la comprensión de esta relación proporcionando información que permita mejorar la atención obstétrica desde un enfoque centrado en la mujer.

Así pues, en el ámbito de la salud reproductiva, el parto humanizado emerge como una alternativa que promueve el respeto y la autonomía de las mujeres durante el proceso de dar a luz. A pesar de las políticas nacionales e internacionales, muchas mujeres experimentan prácticas obstétricas que vulneran sus derechos y afectan su bienestar físico y emocional. Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta de investigación que guía este trabajo es, ¿cómo significan las mujeres su experiencia en el proceso de atención de embarazo y parto con relación a sus expectativas previas al parto?

El objetivo general de esta investigación es comprender el significado que las mujeres le otorgan a su experiencia en el proceso de atención de su embarazo, y posteriormente de su parto, en relación con las expectativas previas; para lograrlo, se han planteado tres objetivos específicos: identificar las expectativas previas que tenían las mujeres acerca de la atención recibida en su embarazo y su parto, describir sus experiencias sobre el proceso de atención durante el embarazo y parto; y por último, hacer un contraste entre las expectativas y la experiencia vivida.

El presente trabajo de grado surge ante la creciente preocupación social y científica por las prácticas obstétricas y la salud materna, especialmente en torno al parto humanizado como modelo de atención respetuoso y centrado en las necesidades de las mujeres. Su aporte es relevante para entidades como las Secretarías de Salud, ya que puede facilitar la implementación de prácticas que promuevan la autonomía y reduzcan la violencia obstétrica, y se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el de Salud y Bienestar. Partiendo de este objetivo, comprender las expectativas y experiencias de las mujeres aportará al diseño de políticas en salud pública, y permitirá la generación de propuestas que permitan mejorar la formación de los profesionales sanitarios, contribuyendo a ofrecer una atención más humanizada y adecuada a las necesidades de las pacientes.

Por otro lado, su pertinencia radica en que pese a las políticas y recomendaciones que promueven una atención humanizada como las de la OMS y la Ley 2244 de 2022, aún persisten prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante el parto y afectan su bienestar. Esta investigación busca visibilizar estas vulneraciones y aportar elementos para una reflexión crítica sobre las prácticas obstétricas actuales.

Teniendo en cuenta que la experiencia del parto constituye un fenómeno profundamente subjetivo, cargado de significados personales, sociales y culturales, en esta investigación se plantean los siguientes supuestos: 1) Las mujeres participantes expresarán expectativas previas positivas frente a su proceso de embarazo y parto, influenciadas por sus creencias, deseos y conocimientos previos. 2) Durante su experiencia de parto, las mujeres manifestarán haber enfrentado situaciones negativas, como negligencia o formas de violencia obstétrica, así como diversas barreras que afectaron su vivencia. 3) Las mujeres participantes encontrarán una

discrepancia entre lo que habían idealizado o esperado y lo que realmente vivieron, debido a las dificultades encontradas en el proceso.

Aunque existen avances en la humanización del parto, persisten vacíos teóricos, metodológicos y prácticos. Este estudio aporta al conocimiento teórico al identificar hallazgos sobre la experiencia del parto y su relación con el bienestar materno. Metodológicamente, al ser cualitativo, privilegia la voz de las mujeres y permite acceder a significados que revelan factores subjetivos y estructurales que afectan la calidad de la atención. Los resultados pueden orientar a las instituciones de salud en la implementación de prácticas humanizadas que reconozcan la autonomía y los derechos reproductivos de las mujeres.

En la práctica, además de la educación en parto humanizado, se requieren guías de buenas prácticas y evaluación continua. La capacitación permanente del personal es clave frente a deficiencias en formación y trabajo interdisciplinario. Los hallazgos pueden orientar intervenciones y sensibilización que fortalezcan la confianza de las gestantes, mejoren la atención y promuevan un modelo respetuoso y centrado en la mujer, reflexionando sobre las dinámicas de poder en los servicios de salud.

Esta investigación se enmarca en la Psicología de la Salud, campo que integra las ciencias del comportamiento y la biomedicina para comprender los procesos de salud y enfermedad (Luzoro, 1992). Este enfoque resulta esencial para analizar los factores psicológicos, sociales y emocionales que el modelo médico tradicional tiende a ignorar durante el proceso reproductivo. Dado que el parto implica dimensiones subjetivas influenciadas por relaciones de poder y factores culturales y sociales (Pérez Rosiles y Marqués Barradas, 2004). Desde esta perspectiva, la investigación se articula con el grupo de investigación *Salud y Calidad de Vida*, en la línea “Calidad y Humanización de los Servicios de Salud”.

Una vez revisados los antecedentes empíricos y planteados los objetivos de esta investigación así como su justificación, a continuación, se presentan los referentes teóricos que la fundamentan. Este marco conceptual permite entender el parto humanizado desde una perspectiva integral, abordando su definición y el impacto en la experiencia humana, así mismo se exploran los referentes conceptuales relacionados con el proceso de embarazo-parto, las expectativas y experiencias del parto y del duelo perinatal.

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos y emocionales que marcan una etapa crucial en la vida de la mujer. Tras la confirmación del embarazo se recomienda iniciar el control prenatal para monitorear la salud materno-fetal y brindar educación. Durante el parto, la mujer atraviesa tres fases: dilatación, expulsión y alumbramiento; la forma en que se viven estas etapas depende de factores médicos, emocionales y sociales, por lo que una atención humanizada y centrada en la mujer es clave para favorecer una experiencia positiva (Castañeda et al., 2019).

Históricamente, el parto fue un proceso natural acompañado por mujeres con saberes propios, origen del rol de las parteras. Este enfoque cambió en el siglo XVII, cuando las complicaciones frecuentes llevaron a que el personal médico, principalmente hombres, asumiera la atención desde una perspectiva más clínica y centrada en la enfermedad (Almaguer González et al., 2012).

El concepto de parto también ha evolucionado dentro del ámbito médico, durante años se entendió como un procedimiento puramente clínico, hasta que Fernand Lamaze perfeccionó el método psicoprofiláctico, incorporando la respiración y la relajación como elementos centrales. En 1959 este método obtuvo reconocimiento y dio origen a la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO). Más adelante, en 1976, Frederick Leboyer publicó *Por un*

nacimiento sin violencia, obra que centró la experiencia en el recién nacido y cuestionó la naturaleza violenta del parto tradicional (Almaguer Gonzalez et al., 2012).

El concepto de parto humanizado surge en 1985 durante una reunión en Brasil convocada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, con más de 50 especialistas, proponiendo garantizar a las mujeres atención prenatal adecuada y participación activa en la planificación y evaluación de su parto. Este tipo de parto incluye apoyo continuo, libertad de movimiento y posición, consumo de líquidos y alimentos, y limita intervenciones rutinarias como episiotomías, rasurados, enemas, amniotomías y tactos múltiples (Farías-Vela et al., 2023).

En 2014, la OMS condenó el maltrato durante el parto en centros de salud, considerándolo una violación de los derechos de las mujeres, y subrayó la importancia de acciones e investigaciones para prevenirlo. Posteriormente, en 2018, la OMS reforzó la importancia de una atención centrada en la mujer, que respete su dignidad, privacidad y decisiones informadas, asegurando apoyo continuo y ausencia de malos tratos.

Según la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2013), **el parto** inicia con el rompimiento de la fuente o con contracciones regulares y termina con el nacimiento y el periodo posparto, que dura hasta seis semanas para supervisar la recuperación física y emocional de la madre. Fisiológicamente, involucra cambios bioquímicos en útero y cuello uterino y se organiza en cuatro fases: quiescencia (casi toda la gestación), preparación (6–8 semanas antes del término), trabajo de parto (contracciones hasta la expulsión del feto) y puerperio (tras la expulsión de placenta y cordón) (Saldarriaga et al., 2022).

Según la OMS (2018), una **experiencia de parto** positiva es aquella que se ajusta o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto implica dar a luz a un bebé sano en un entorno seguro tanto desde el punto de vista clínico como psicológico,

además de recibir apoyo práctico y emocional constante, es decir, estar acompañada durante el parto y ser atendida por un personal amable y competente.

Por otro lado, para entender la experiencia en el contexto del parto, es útil enfocarse en cómo la fenomenología interpreta el parto como una experiencia que no solo es un conjunto de eventos observables, sino que también es una vivencia cargada de significados profundos y personales que la mujer percibe y siente a través de su propia conciencia, pues la atención obstétrica moderna ha desplazado el valor de la experiencia subjetiva, reduciendo el parto a un acto biológico y clínico (Alves et al., 2016). Sin embargo, desde la perspectiva fenomenológica de Edmund Husserl, el verdadero entendimiento del parto no debería centrarse únicamente en su aspecto fisiológico, sino en cómo cada mujer vive y atribuye significado a este evento, lo cual permite que el parto sea entendido como una experiencia profundamente humana e intersubjetiva, donde la mujer, a través de su percepción, estructura su vivencia en torno a aspectos como el apoyo emocional, autonomía y respeto hacia sus necesidades y deseos en el proceso de dar a luz (Alves et al., 2016).

Las **expectativas de parto** son una construcción compleja influenciada por experiencias previas y factores sociales y culturales, orientan la preparación mental y emocional de la mujer y sirven para evaluar su experiencia. La satisfacción depende de la coherencia entre lo esperado y lo ocurrido; una gran discrepancia puede afectar la confianza materna y aumentar el riesgo de depresión posparto. Estas expectativas cambian a lo largo del proceso (Camacho y Romero, 2017).

De acuerdo con algunos autores, el **postparto** es una etapa crucial que ocurre tras el nacimiento del bebé, durante la cual la mujer atraviesa una serie de transformaciones tanto físicas, como emocionales. Este periodo implica no solo la recuperación biológica, sino también una reorganización psicológica y social que demanda apoyo integral. Esta fase es determinante para

el bienestar de la madre y la consolidación del vínculo afectivo con su hijo (Kumarasinghe et al. (2024).

En relación con lo anterior, resulta fundamental abordar el duelo perinatal, que ocurre tras la pérdida de un hijo desde la semana 28 de gestación o los primeros 28 días de vida, ha sido históricamente minimizado y, en ocasiones, negado mediante prácticas como la sedación materna o la retirada inmediata del bebé. Es un duelo complejo que implica la pérdida de un proyecto de vida, sentimientos de fracaso biológico y soledad por la falta de reconocimiento social y apoyo, por lo que se considera un duelo desautorizado (Paneque, 2012).

La preocupación por la atención en el parto se vincula con la violencia obstétrica, una forma de violencia de género que vulnera los derechos de las mujeres mediante maltrato, irrespeto e imposición de prácticas deshumanizantes. Este fenómeno refleja un habitus médico autoritario y un sistema de salud que prioriza intereses de mercado sobre el bienestar de las mujeres, manifestándose en niveles institucionales, psicológicos, simbólicos o sexuales (Gleason et al., 2021; Jojoa-Tobar et al., 2019).

MÉTODO

Diseño

El diseño de este estudio es fenomenológico, enfoque que busca comprender la realidad desde la perspectiva interna del individuo, explorando sus experiencias, percepciones y significados mediante una descripción fiel y un análisis interpretativo profundo (Leal, 2000; Escorcía, 2020). En este sentido, el estudio cobra relevancia dentro del enfoque fenomenológico, ya que se centra en las experiencias, vivencias y significados que las mujeres otorgan al proceso de parto.

La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo y un paradigma hermenéutico, orientado a comprender los significados que las mujeres atribuyen a su experiencia de parto en relación con sus expectativas. Este enfoque permitió interpretar sus vivencias desde sus propias narraciones, partiendo de la idea de que la realidad social es construida intersubjetivamente mediante significados compartidos (Estrada-Mesa, 2010; Salgado Lévano, 2007; Escorcía, 2020; Corona Lisboa, 2018). En este sentido, se priorizó la comprensión profunda de la experiencia vivida por las mujeres en lugar de su cuantificación, lo que permitió captar las dimensiones subjetivas del parto. Por otro lado, a través del enfoque hermenéutico, centrado en la interpretación, se analizaron los relatos para comprender cómo las participantes dan sentido a su experiencia. Se buscó no solo describir los acontecimientos vividos, sino también interpretar su impacto en la percepción del parto y su contraste con las expectativas previas.

Participantes

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo intencional y por conveniencia, conformando un total de 16 mujeres. El tamaño de la muestra se definió según el criterio de saturación teórica, que indica detener la recolección cuando la información comienza a

repetirse y no aporta nuevos elementos (Arias Valencia y Giraldo Mora, 2011). La captación se hizo mediante muestreo bola de nieve, un método no probabilístico en el que las participantes recomiendan a otras que cumplen los criterios del estudio, útil para acceder a poblaciones de difícil contacto (Naderifar et al., 2017). Este se consideró útil, ya que es pertinente porque facilita la captación de mujeres a través de redes de contacto, permitiendo así acceder a experiencias diversas.

Se incluyeron tanto madres primerizas como aquellas que ya hayan tenido más hijos. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 20 y 40 años, haber tenido el parto en el último año, de forma natural o cesárea con un intervalo mínimo de seis meses entre el parto y la entrevista. Por otro lado, los criterios de exclusión incluyen: presentar alguna enfermedad mental diagnosticada, que presente sintomatología de depresión posparto o esté pasando por una crisis emocional y que la participante no se encuentre en las capacidades físicas para responder adecuadamente a la entrevista.

Categorías de análisis

Tabla 1

Definición conceptual de las categorías de análisis

Categoría	Definición conceptual categoría
Revelación del estado de embarazo y momentos iniciales	Hace referencia a la experiencia de la mujer durante la gestación, incluyendo los cambios físicos, emocionales y sociales que influyen en cómo vive el embarazo. Analiza su percepción de esta etapa, considerando factores biológicos, psicológicos y emocionales, así como las interacciones con su entorno, que pueden impactar su vivencia y sus decisiones sobre la salud propia y del bebé (Castañeda et al., 2019; Alves et al., 2016; Reyes et al., 2023; Sánchez et al., 2012).

Proceso de embarazo	Hace referencia a la experiencia de la mujer durante la gestación, considerando los cambios físicos, emocionales y sociales que influyen en cómo vive el embarazo. Analiza su percepción y la forma en que transita esta etapa, integrando factores biológicos, psicológicos y emocionales, así como las interacciones con su entorno, que pueden afectar su vivencia y sus decisiones sobre la salud propia y del bebé (Castañeda et al., 2019; Alves et al., 2016; Reyes et al., 2023; Sánchez et al., 2012).
Experiencia del parto y el posparto	Comprende las vivencias físicas, emocionales y sociales de la mujer durante el parto y el periodo inmediato posterior. Esta experiencia está influida por la percepción de los procedimientos, la calidad y claridad de la información, el apoyo y la comunicación del personal de salud, así como por la presencia de la red de apoyo y las condiciones del entorno. El posparto implica un proceso de adaptación a la maternidad marcado por cambios físicos y emocionales, los cuales pueden verse afectados por la calidad de la atención recibida (Alves et al., 2016; Castañeda et al., 2019; Kumarasinghe et al., 2024).

Nota. Elaboración propia

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, que combina preguntas previamente diseñadas con la flexibilidad de explorar temas emergentes y ajustar el orden según el diálogo (Tonon, 2008). Este formato, útil en estudios cualitativos orientados a profundizar en experiencias y percepciones (Vargas-Jiménez, 2012), permitió comprender los significados que las participantes atribuyeron a sus vivencias relacionadas con el parto humanizado.

Se elaboró una entrevista preliminar (Anexo B), que fue validada por dos juezas expertas en psicología de la salud. Recomendaron unir preguntas con intenciones similares (ítems 12 y 13, 46 y 48) y reformular algunos ítems para hacerlos más claros (ítems 1, 12 y 20). También enfatizaron que la guía debía ser flexible para permitir que las participantes expresaran sus experiencias con libertad.

Una vez incorporadas las recomendaciones de los jueces, estas se integraron en la matriz de validación por jueces (Anexo C). Posteriormente, se aplicó la prueba piloto de la entrevista con una participante que cumplía los criterios de inclusión. Durante esta aplicación se evaluó y confirmó la claridad, pertinencia y secuencia de las preguntas, así como la duración y la dinámica general de la entrevista. Además, se identificó que la pregunta 22 generaba confusión, por lo que fue reformulada para facilitar su comprensión y obtener una respuesta más clara. Con este ajuste, quedó conformada la versión final de la entrevista semiestructurada (Anexo D).

Adicionalmente, se empleó como instrumento un grupo focal como técnica cualitativa para profundizar en las percepciones compartidas frente a los hallazgos preliminares. Esta herramienta consiste en una conversación grupal guiada por un moderador, quien plantea preguntas abiertas después del análisis preliminar de los resultados de las entrevistas (Anexo E). A través del intercambio entre las participantes emergen opiniones, emociones y significados que enriquecen el análisis y favorecen la construcción colectiva del sentido (Bonilla-Castro y Rodríguez, 2005).

La inclusión del grupo de discusión amplía la comprensión del fenómeno y valida la información de las entrevistas individuales, al permitir reflexiones colectivas, reconocer experiencias compartidas y profundizar en aspectos que podrían pasar desapercibidos, fortaleciendo así la interpretación y la rigurosidad del análisis mediante triangulación cualitativa (Benavides y Gómez-Restrepo, 2005).

La investigación cumplió los tres criterios de validez cualitativa: credibilidad, asegurando que los hallazgos reflejen fielmente la experiencia de las participantes mediante triangulación y validación de datos; transferibilidad, que permite aplicar los resultados a contextos similares mediante una descripción detallada; y reflexividad, mediante la discusión y reflexión constante del

equipo para minimizar sesgos y representar rigurosamente las narrativas sobre embarazo y parto humanizado (Noreña et al., 2012; De la Cuesta-Benjumea, 2011).

Análisis de datos

El tipo de análisis que se realizó en este estudio fue de tipo temático, un método inductivo que permite identificar y examinar patrones significativos en los datos mediante una lectura cuidadosa y reiterada, especialmente útil cuando la información no es cuantificable. Dado el enfoque fenomenológico del estudio, este tipo de análisis facilita la categorización de significados, creencias y emociones, respetando el carácter subjetivo del fenómeno estudiado (Escudero, 2020).

Procedimiento

Una vez aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Humanidades y Ciencias sociales, el proyecto se desarrolló a partir de las siguientes fases:

Fase de contacto con las participantes

Esta fase se llevó a cabo a través de redes sociales, se diseñó y difundió un cartel informativo invitando a las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión a participar en el estudio. Además, por medio de canales de comunicación digital, se estableció contacto con profesionales de la salud que trabajan en el área de ginecología y obstetricia con el fin de ampliar la captación de posibles participantes y facilitar su vinculación al estudio.

Fase de recolección de la información

La fase de recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas virtuales, ofreciendo también la posibilidad de realizarlas en los consultorios o salas de estudio de la Universidad Javeriana Cali. Antes de iniciar, se explicaron los objetivos del estudio, se resolvieron dudas y se firmó el consentimiento informado como requisito para la participación. Como segunda parte, se llevó a cabo un grupo de discusión virtual con algunas de las participantes,

con el propósito de validar y complementar los hallazgos obtenidos en las entrevistas, permitiendo generar un espacio de diálogo en torno a los temas emergentes en el análisis inicial.

Fase de procesamiento, sistematización y análisis de la información

Una vez finalizada la recolección de datos, se pasó a la fase de procesamiento, sistematización y análisis de la información, para ello, las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas de manera textual. Después, se procesaron y analizaron utilizando el software ATLAS.ti versión 25, lo que permitió sistematizar y organizar la información de manera estructurada,

Elaboración del informe final

Una vez procesada la información, se procedió al análisis de los resultados, los cuales fueron discutidos teniendo en cuenta los referentes conceptuales y empíricos revisados. A partir de este análisis, se estructuró el informe final, incluyendo las conclusiones del estudio, recomendaciones y limitaciones de la investigación.

Devolución de los resultados

Finalmente, una vez sustentado y aprobado el trabajo de grado, se realizará la devolución de los resultados a las participantes; esta podrá realizarse de manera grupal, en modalidad presencial o virtual, con el propósito de compartir los hallazgos de la investigación y brindar un cierre adecuado a la participación de las mujeres en el estudio.

Consideraciones éticas

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos establecidos para la investigación con seres humanos, según lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. En su Artículo 5, se enfatiza el respeto por la dignidad de las participantes, así como la protección de sus derechos y bienestar; para garantizar esto, se resguardará la privacidad de cada

mujer siguiendo lo establecido en el Artículo 8 y se obtendrá su consentimiento informado (Anexo A) conforme al Artículo 16.

Además, en cumplimiento de los Artículos 10 y 11 de la misma resolución, se determinó que el nivel de riesgo de la investigación es mínimo, ya que no se realizarán intervenciones que comprometan la salud física o mental de las participantes. No obstante, debido a la naturaleza del estudio sobre maternidad, algunas mujeres podrían experimentar reacciones emocionales; por ello, las investigadoras ofrecerán acompañamiento y soporte, y se dispone de un protocolo de atención en crisis (Anexo F) en caso necesario.

Por otro lado, la investigación se realiza bajo las disposiciones de la ley 1090 de 2006, respetando y protegiendo la integridad y el bienestar del usuario, trabajando de manera confidencial con la información recolectada a través de las entrevistas, con pleno conocimiento de las normas y estándares profesionales.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 16 mujeres. A continuación, se incluye una descripción de cada participante que aborda su relación con la maternidad y sintetiza la información sociodemográfica. Posteriormente, los resultados se organizan según las categorías de análisis: revelación del embarazo y momentos iniciales, proceso de embarazo, y experiencia del parto y posparto. En cada categoría se destacan los significados, percepciones y vivencias expresadas por las participantes, acompañadas de narrativas ilustrativas que permiten contrastar expectativas y experiencias, las citas de entrevistas se identifican con la letra **E**, y las del grupo de discusión con **GD**.

El rango de edad de las participantes osciló entre los 21 y 37 años. Además, tres de las participantes vivieron el proceso de Método Canguro debido a que sus bebés nacieron de forma prematura. Predominaron las mujeres en convivencia, ya sea casadas por lo civil, religioso o en unión libre, con un nivel educativo mayoritariamente profesional y ocupaciones en sectores como docencia, psicología, abogacía y servicios. Finalmente, el tiempo transcurrido desde el parto varía entre 6 meses y 1 año y medio, y todas las participantes residen en diferentes ciudades de Colombia, principalmente en Cali.

Descripción de las participantes

Dalia: mujer de 34 años, soltera, con formación de bachillerato y actualmente estudiante universitaria de nutrición y dietética, además tiene un emprendimiento. Reside en Cali y tuvo a su hija hace nueve meses, mediante parto por cesárea. Define la maternidad como amor incondicional y la vivió como el cumplimiento de un sueño personal, aunque su embarazo llegó de forma inesperada. Durante la entrevista se mostró tranquila y reflexiva, aunque respondió de manera concreta a las preguntas y con poca apertura para profundizar en sus respuestas.

Amapola: mujer de 21 años, soltera, con formación de bachillerato y actualmente estudiante universitaria de diseño. Reside en la ciudad de Cali y tuvo a su hijo hace ocho meses, mediante parto por cesárea. Concibe la maternidad como la experiencia más significativa de su vida, asociándola con el amor incondicional y una nueva comprensión del vínculo materno. Durante la entrevista se mostró comunicativa y sensible; al inicio se percibió algo reservada, pero a medida que avanzó la entrevista, se mostró más abierta y reflexiva al compartir su experiencia.

Clavel: mujer de 23 años, soltera, profesional universitaria y actualmente desempleada. Reside en la ciudad de Bogotá y tuvo a su hija hace seis meses, mediante parto vaginal. Considera la maternidad como una experiencia profundamente transformadora, que combina amor, fortaleza y una alta exigencia emocional. Durante la entrevista se mostró expresiva, organizada en su relato y con una comunicación clara, evidenciando una actitud reflexiva y sensible al describir tanto los aspectos positivos como las dificultades de su experiencia.

Tulipán: mujer de 35 años, soltera, psicóloga con posgrado, residente en Pasto. Tuvo a su hijo hace seis meses mediante parto vaginal. Concibe la maternidad como un proceso de aprendizaje que implica cuidado del otro y autocuidado. Durante la entrevista se mostró expresiva, reflexiva y comunicativa, se destaca su mirada crítica sobre las dinámicas sociales y el sistema de salud, y por su capacidad para articular ideas y argumentos.

Petunia: mujer de 28 años, en unión libre, abogada y comunicadora social, actualmente trabaja como docente, residente en la ciudad de Ipiales. Tuvo a su hija hace seis meses, mediante parto por cesárea. Concibe la maternidad como un proceso transformador que le permitió reconectarse con su naturaleza, la sensibilidad y el instinto de cuidado. Durante la entrevista se mostró elocuente, analítica y emocionalmente abierta, expresando con claridad y sentido crítico tanto la gratitud como las inconformidades que surgieron de su experiencia.

Gardenia: mujer de 37 años, en unión libre, con formación profesional y dedicada al área de ventas. Reside en Cali y tuvo a su hijo hace un año y tres meses mediante un parto vaginal prematuro a las 35 semanas. Concibe la maternidad como una experiencia de responsabilidad, aprendizaje y amor, que le ha permitido reconocer sus capacidades y transformaciones personales. Durante la entrevista se mostró amable y comunicativa, expresándose con naturalidad y seguridad.

Jazmín: mujer de 29 años, en unión libre, psicóloga y trabajadora en mercadeo, residente en Buga. Dio a luz a su hija hace diez meses mediante cesárea de urgencia tras intentar un parto natural. Concibe la maternidad como una experiencia profunda y transformadora, marcada por la responsabilidad y el amor. Durante la entrevista se mostró emotiva, reflexiva y transparente.

Hortensia: mujer de 25 años, casada, profesional e independiente, residente en Medellín. Tuvo a su hijo hace seis meses por parto vaginal en una clínica privada. Para ella, la maternidad representa una etapa de crecimiento, amor y descubrimiento personal. En la entrevista se presentó serena, afectuosa y con una comunicación clara al compartir su experiencia.

Lirio: mujer de 30 años, en unión libre, con estudios de bachillerato y técnico inconcluso, profesora de yoga e independiente, residente en Cali. Dio a luz hace ocho meses mediante cesárea de emergencia. Concibe la maternidad como un camino espiritual de cambio y conciencia orientado a la crianza respetuosa. Durante la entrevista se mostró crítica, introspectiva y pausada.

Orquídea: mujer de 26 años, en unión libre, abogada y residente en Cali. Tuvo a su hija hace 16 meses mediante parto vaginal. Percibe la maternidad como una oportunidad para el autoconocimiento y la madurez emocional. Resaltó el acompañamiento activo de su pareja como un apoyo decisivo. En la entrevista se mostró comunicativa, reflexiva y segura al expresar su vivencia.

Margarita: mujer de 37 años, casada, abogada con formación de posgrado, residente en Cali. Dio a luz hace seis meses mediante cesárea programada. Concibe la maternidad como un acto de entrega y amor profundo, atravesado por retos físicos y emocionales. Se evidenció en la entrevista una actitud emocional, crítica y muy expresiva al reconstruir su experiencia.

Rosa: mujer de 25 años, en unión libre, profesional y dedicada al hogar, residente en Cali. Tuvo a su hijo hace ocho meses mediante cesárea programada. Describe la maternidad como un amor sin medida que le ha permitido fortalecer su carácter y sentido de responsabilidad. Durante la entrevista se mostró calmada, agradecida y con tono afectivo al compartir su historia.

Azucena: mujer de 37 años, en unión libre, con formación tecnológica y dedicada a las ventas, residente en Tuluá. Tuvo a su hija hace seis meses mediante parto vaginal en Buga. Concibe la maternidad como una experiencia plena, colmada de alegría y gratitud, que transformó su vida familiar. Resalta el apoyo incondicional de su pareja y familiares como un elemento esencial en su vivencia. Durante la entrevista se mostró alegre, espontánea y agradecida por su experiencia.

Girasol: mujer de 29 años, de Cali, casada, diseñadora de modas con formación en gastronomía, actualmente dedicada a su negocio de repostería en Florida, Estados Unidos. Tuvo a su hijo hace seis meses en Vero Beach mediante una cesárea de emergencia. Concibe la maternidad como una experiencia profundamente transformadora que cambia la manera de ver la vida. Durante la entrevista se mostró tranquila, alegre y dispuesta a profundizar en sus respuestas.

Camelia: Mujer de 33 años, casada, con formación tecnológica y dedicada al trabajo independiente y al cuidado del hogar. Tuvo su hijo hace 1 año por cesárea en la ciudad de Cali, Colombia. Para ella, la maternidad es un regalo hermoso y difícil de describir. Durante la entrevista se mostró seria pero abierta a responder.

Peonia: Mujer de 30 años, casada, con formación tecnológica y dedicada al cuidado del hogar. Tuvo su hija hace 1 año por cesárea después de intentar parto natural, en la ciudad de Cali, Colombia. Para ella la maternidad es una experiencia muy bonita, pero que viene acompañada de muchos retos. Durante la entrevista, en un principio se mostró un poco distraída, pero posteriormente, logró concentrarse en la entrevista.

Revelación del estado de embarazo y momentos iniciales

Con respecto a las expectativas y creencias sobre la maternidad, el embarazo y el parto, las participantes señalaron que estas representaciones correspondían a lo que pensaban antes de vivir su propio embarazo. Dichas ideas se habían construido a partir de su historia familiar, sus valores personales, sus creencias espirituales y los mensajes recibidos desde su entorno. En varios casos, la maternidad se asociaba con el cumplimiento de un deseo profundo o con un ideal de amor, hogar y plenitud.

“Era lo que yo más anhelaba, tener una familia, tener un hogar, era mi sueño” (Dalia, 34 años, E).

Por otro lado, algunas concebían la maternidad, antes de ser mamás, como un proceso natural ligado a la capacidad de dar vida, mientras que otras crecieron escuchando que ser madre implicaba sacrificio, dificultad, dolor y limitaciones, así como la necesidad de renunciar a actividades o aspectos personales importantes.

“Ser madre o ser padre ya no está dentro de nuestro plan de vida porque realmente no tenemos tiempo, ni ese espacio para estar compartiendo con otro. Para mí la maternidad siempre fue de esas cosas femeninas muy difíciles, de mucha entrega y responsabilidad, porque tienes que ser buena madre” (Petunia, 28 años, E).

En cuanto al parto, las participantes expresaron expectativas marcadas por temores y deseos personales. Varias lo imaginaban durante su embarazo como un momento difícil, asociado al dolor, la pérdida de control o el miedo a complicaciones, ideas influenciadas por relatos familiares y experiencias de su entorno.

“Entonces yo decía: “Si yo voy a tener parto vaginal, me voy a morir del dolor, me voy a desmayar y no voy a responder, y mi bebé se va a quedar adentro”. Eran como esos pensamientos” (Orquídea, 26 años, E).

Otras, en cambio, lo visualizaban como un proceso natural y significativo que debía vivirse con tranquilidad, acompañamiento y respeto. También desearon un parto en el que pudieran decidir, estar acompañadas por sus parejas y sentirse parte activa del nacimiento.

“Yo soñaba con mi parto natural, vaginal, porque como profe de yoga yo dije, tengo todas las habilidades físicas para tener un parto natural sin tanto rollo, me sentía muy capaz” (Lirio, 30 años, E).

Referente a conocimientos previos a estar embarazadas, la mayoría conocía los síntomas comunes como mareos, retención de líquidos, cambios de humor, crecimiento del abdomen y aumento de peso, aunque vivirlos fue distinto a lo imaginado. También señalaron tener poco conocimiento sobre el parto: en general solo habían escuchado del parto natural y la cesárea, sin información más profunda sobre el proceso real.

“Había visto muchos videos de mamás y eso, como que sabía más o menos como los cambios que uno iba a tener hormonales en el cuerpo, pero ya cuando uno los vive es algo que uno dice como que el cuerpo es increíble” (Girasol, 29 años, E).

Por otra parte, algunas participantes comentaron que, antes de ser mamás, habían escuchado diversas experiencias de violencia obstétrica, como maltrato por parte del personal de

salud, realización de procedimientos innecesarios o invasivos, burlas y otras situaciones similares. Estas narrativas generaron temor y una percepción anticipada de vulnerabilidad frente al momento del parto.

“Yo había escuchado que eran situaciones muy degradantes; el trato y algunos procedimientos me parecían invasivos. Incluso una clienta me contó que, en vez de dejarla dilatar sola, le abrían con las manos” (Peonía, 30 años, E).

Las participantes describieron experiencias muy distintas durante los controles iniciales y las citas médicas. Por un lado, algunas relataron interacciones que generaron confianza y tranquilidad, caracterizadas por un acompañamiento organizado, un trato cercano y gestos compasivos por parte del personal de salud. Estas formas de atención favorecieron una vivencia inicial más segura y fueron valoradas porque incluían interés genuino por su bienestar, sensibilidad frente a posibles situaciones de riesgo y una comunicación clara y respetuosa.

“Me hice la prueba positiva y pedí cita. Me la dieron en 15 días y después todo fluyó muy rápido y organizado. Incluso, en esa cita le pidieron a mi esposo salir del consultorio para preguntarme cosas sobre mi bienestar como que si sufría violencia, si el embarazo era consentido, que podía interrumpirlo si quería. Me pareció chévere que lo hicieran, aunque no lo necesité” (Orquídea, 26 años, E).

Por otro lado, varias participantes describieron experiencias marcadas por ansiedad y malestar, derivadas tanto de sus propias inquietudes como de las demoras, la desorganización y un trato distante por parte del personal asistencial. En estos casos, sintieron que sus emociones eran interpretadas como signos de desajuste y que, en consultas que ellas consideraban importantes, por abordar inquietudes sobre su salud, el bienestar del bebé o decisiones clínicas relevantes, el equipo de salud mostraba incomodidad ante sus preguntas o temores. Algunas relataron que, en lugar de

recibir escucha y acompañamiento, fueron remitidas rápidamente a psicología, lo que aumentó la sensación de incompreensión y falta de apoyo.

“La primera cita con la ginecóloga fue extremadamente dura y eso me produjo mucha tristeza y sobre todo ansiedad. Era muy científica y decía cosas como: ‘Si sale positivo, no celebres porque puede que no’. También cuando le expresé que me sentía mal de salud, me dijo: ‘Eso no es nada, cambie el pensamiento y siga, el embarazo hay que disfrutarlo’. Fue muy duro para mí.” (Margarita, 37 años, E).

También se evidenciaron emociones mixtas entre las participantes, ya que algunas experimentaron satisfacción en ciertos momentos de la atención, mientras que otras expresaron frustración frente a su proceso. Estas diferencias estuvieron relacionadas, en gran medida, con las desigualdades entre los regímenes subsidiado y contributivo, lo que afectó la calidad, continuidad y oportunidad del cuidado.

“Como estaba en régimen subsidiado, me dijeron que debía empezar a cotizar [...] todo salió mal, pasarse al contributivo fue desgastante porque debía esperar tres meses y no me orientaban. Solo me daban órdenes y exámenes sin explicación. Cuando por fin me pasé, me cambiaron de IPS y tuve que empezar todo de cero. Con la barriga encima, ir de un lado a otro fue agotador” (Lirio, 30 años, E).

Asimismo, los cambios administrativos y los traslados de un régimen a otro interrumpieron los controles, generando demoras, trámites repetidos y una sensación generalizada de desamparo. La desorganización de los servicios de salud, la rotación de profesionales y el alto volumen de pacientes también limitaron la continuidad y el acompañamiento, reforzando la impresión de una atención despersonalizada.

“Otra mujer que estaba embarazada me dijo “¿A qué hora es tu ecografía y con quién?” y le dije no con la doctora a las 5, y dijo “ay la mía también es a las 5 con ella”, entonces yo siento que, por atendernos a todas a la vez, nos acumulaban y lo atendían a uno treinta, cuarenta minutos después” (Amapola, 21 años, E).

Además, las mujeres expresaron distintas formas de comprender su preferencia de parto. Algunas deseaban un parto natural por verlo como un proceso íntimo, consciente y sanador, que les permitía reconectarse con su cuerpo. Otras, en cambio, temían el dolor o desconfiaban de las instituciones de salud, por lo que consideraban la cesárea una opción más segura o menos dolorosa. En general, sus relatos muestran que la elección del tipo de parto tiene un significado profundo y convierte al cuerpo en un medio de transformación y recuperación emocional.

“Siempre quise una cesárea, nunca quise pasar por el dolor del parto natural, me daba miedo la rajadura de la episiotomía y los puntos” (Dalia, 34 años, E).

“Durante todo el embarazo estuve en un estado de shock del que no lograba salir. Entonces pensé que para volver a la realidad y sentirme persona debía tener el parto natural, como un momento que me permitiera sentir que realmente el bebé estaba saliendo de mí” (Hortensia, 25 años, E).

En cuanto a las reacciones emocionales iniciales durante el embarazo, estuvieron determinadas por factores económicos, personales, familiares y culturales. Predominaron el miedo y la incertidumbre frente a los cambios y a no sentirse preparadas, e incluso algunas consideraron interrumpirlo. Aun así, en la mayoría, ese impacto inicial se transformó en emoción, incluso cuando el embarazo no había sido planeado.

“Para mí fue una sensación muy extraña, muy loca esa dualidad, por un lado, un susto de pensar de tu vida, de pensar cómo decirle a tu familia, a tus amigos, que eran de las

personas más críticas, mis amigos me dijeron “vos no podías tener hijos”. De hecho, mi tesis fue de la IVE como derecho fundamental. [...] Pero ya había estudiado, entonces me consideraba como una buena mamá futura, yo tengo un trabajo estable, mi familia que me va a apoyar, mi pareja yo sabía que él es buena persona” (Petunia, 28 años, E).

En contraste, las mujeres que sí esperaban o deseaban el embarazo experimentaron emociones de alegría, gratitud y cumplimiento de un proyecto de vida. Para ellas, la noticia no generó disonancia, sino una confirmación de deseo y sentido, vivida como una etapa natural, esperada y coherente con su momento vital.

“Yo estaba buscando el bebé, porque ya cuando me casé y mi esposo era tan espectacular, dije bueno, vamos a tener. El día que me dijeron que quedé, fui súper feliz y mi esposo también” (Margarita, 37 años, E).

Proceso de embarazo

La autopercepción de salud durante el embarazo fue variada. Algunas mujeres se sintieron bien física y emocionalmente, con un embarazo estable que les permitió mantener sus rutinas con normalidad. Otras, en cambio, enfrentaron síntomas intensos que afectaron su vida diaria y las hicieron vivir el embarazo como un periodo de vulnerabilidad y agotamiento, en contraste con las expectativas sociales de normalidad.

“Todo el primer trimestre vomitaba hasta cinco veces, estaba cansada y bajé mucho de peso. Decían ‘no estás enferma, estás embarazada’, pero yo sabía que mis síntomas también tenían una raíz emocional” (Hortensia, 25 años, E).

“Mi embarazo fue tranquilo, me sentía cansada, pero no tuve molestias mayores. Durante todo el embarazo trabajé y me sentí bien” (Gardenia, 37 años, E).

Varias mujeres experimentaron malestar emocional durante el embarazo como ansiedad, miedo y tristeza, ligado a cambios físicos, hormonales y familiares, y la falta de espacios de escucha las llevó a afrontar solas momentos críticos a nivel emocional. En contraste, otras vivieron mayor estabilidad gracias al apoyo de sus parejas, la paciencia o la fe, y algunas reportaron una sensibilidad emocional más intensa, expresada en llanto, conmoción o alegría.

“Tuve emociones fuertes con el miedo a la cesárea y cuando casi pierdo al bebé. Estuve dos veces por urgencias, y fue frustrante que me dijeran que al otro día veían si el bebé estaba vivo. Además, me sentí triste porque no podía ni barrer ni trapear, y yo soy muy activa” (Camelia, 33 años, E).

“Después de tanto sufrimiento con los vómitos, tuve un embarazo feliz, lleno de unión. Somos padres jóvenes, todo muy en paz” (Lirio, 30 años, E).

Algunas participantes fueron remitidas a atención psicológica durante el embarazo, pero dicho espacio no siempre fue percibido como un verdadero apoyo emocional. Las consultas se redujeron al diligenciamiento de formularios o preguntas rutinarias que no propiciaban una escucha genuina, lo que llevó a que desistieran de continuar el proceso o no lo consideraran útil para su bienestar.

“Entonces yo fui a la primera atención y no me dio esa confianza, la situación de ella fue preguntarme literalmente, ¿estás bien, sí o no? Con una actitud muy cerrada, ¿tú qué le vas a decir? sí, sí estoy bien, muchas gracias, es como por cumplir. [...] yo en lo personal, decidí no volver porque lo que te digo, no me sentí conforme con la atención de la psicóloga” (Petunia, 28 años, E).

En cuanto a la información recibida y el acompañamiento médico y la interacción con el personal de salud, las participantes señalaron que ambos aspectos marcaron su vivencia del

embarazo. Varias relataron atenciones positivas, donde valoraron la claridad de las explicaciones, la continuidad del profesional, la calidad del trato, la actitud empática, respeto e información clara, resultaron determinantes.

“La doctora siempre me explicaba lo que aparecía en las ecografías y estaba pendiente. Me dio más controles cuando los necesitaba, buscó alternativas para el peso de la bebé, me mandó suplementos y me dio su teléfono por si había alguna emergencia” (Peonía, 30 años, E).

Por otro lado, se mencionaron cursos ofrecidos por las entidades de salud, pero, aunque algunos fueron útiles, la mayoría los vio generales y poco ajustados a su gestación. Por ello, muchas buscaron información adicional por su cuenta, recurriendo a recursos digitales o asesorías privadas.

“Ellos tenían la intención de hacer un curso psicoprofiláctico, la EPS lo tenía, [...] Eran clases grupales, con muchas mamás, y los que las dictaban parecían estar ahí por obligación. Entonces en ningún momento fui, yo hice un curso por internet, me metí a varias clases, pero no me interesaron los de la EPS” (Orquídea, 26 años, E).

Además, las participantes también señalaron vacíos e inconsistencias en la atención, la interacción con el personal y la información recibida, mencionando que a menudo no se sintieron escuchadas y fueron tratadas desde una postura distante que no respondía a sus necesidades emocionales. La falta de comunicación generó malestar, especialmente en urgencias, donde las experiencias fueron poco humanizadas. En el grupo de discusión coincidieron en que la ausencia de empatía y una comunicación poco cuidadosa intensifican la angustia, aun comprendiendo que el personal debe mantener cierta objetividad clínica.

“Siento que ningún médico al que había ido me apoyó, no me sentí respaldada, ni emocional, ni de manera médica, siento que no me daban toda la información, y eso me daba una ansiedad, [...] es un tema tan íntimo, y tan sagrado, que uno espera acompañamiento y que te den toda la información” (Hortensia, 25 años, E).

“Hubo un momento donde tuve que ir porque la bebé no se movía, le hicieron una ecografía, y la bebé tenía latidos. Entonces me dijo: “Ay, pero su bebé está bien”, yo le pregunté que sí se estaba moviendo, y dijo: “Pues si tiene latidos es porque está viva, si no estaría muerta”. Pero entonces son súper bruscos, yo sé que tienen que ser realistas, pero hay formas de decir las cosas” (Clavel, 23 años, GD).

Asimismo, algunas mujeres recibieron comentarios inapropiados o descalificadores al resolver dudas; su búsqueda de información fue vista como exagerada o impertinente, generando incomodidad y desconfianza.

“Yo llevé preguntas anotadas en el celular y él me respondió, sin embargo, al salir, le comentó a mi esposo: su esposa sí es preguntona. Eso me incomodó, entiendo que era una persona “recochera”, pero sentí que no debería ser objeto de burla el hecho de informarme sobre lo que harían en mi cuerpo” (Orquídea, 26 años, E).

Varias participantes describieron la atención de salud como distante, poco empática y excesivamente operativa, percibida más como un trámite que como un trato humano. Muchos testimonios señalaron prácticas de violencia obstétrica, incluyendo procedimientos bruscos, falta de explicaciones y comentarios descalificadores. Aunque reconocieron que la actitud operativa podría estar ligada a las condiciones laborales del personal, en el grupo de discusión enfatizaron que el trato humano y la comunicación empática son fundamentales para diferenciar una atención humanizada de una experiencia violenta.

“Con un ginecólogo que me trató muy mal. Ese aparativo con el que ellos ven al bebé, me lo asentaba muy duro en el estómago. Incluso me puse a llorar porque dije, yo lo trato muy bien a mi bebé, no puede ser que un extraño venga y me golpee el estómago. [...] le dije “¿sabes qué? dejé así” y él, en lugar de disculparse dijo “ay, ahora si sale feo, no me vas a echar la culpa” (Petunia, 28 años, E).

“Lo más importante es no sentirse un número. Se nota cuando el personal te mira, explica y acompaña, frente a solo leer la historia clínica. La diferencia entre un parto humanizado y uno violento está en el trato y la comunicación. El parto es un momento único, pero muchos profesionales trabajan en condiciones precarias, lo que afecta la atención” (Lirio, 30 años, GD).

Por otro lado, en la toma de decisiones durante el embarazo, las participantes describieron una tensión entre la autonomía que deseaban y las dinámicas institucionales que a veces la limitaron. Varias relataron que, cuando hubo diálogo y explicaciones claras por parte del personal de salud, pudieron participar activamente y sostener sus decisiones de manera informada.

“Yo sabía que estaba en una clínica y me iban a atender bien, muchas cosas dependen de uno. Te preguntaban “¿te gustaría que te hagamos tacto?” No es como, “ah, te vamos a hacer el tacto”, sino es como si tú quieres, te lo hacemos [...] Es como que te dejan que vos decidas” (Girasol, 29 años, E).

Sin embargo, en otros relatos predominó la sensación de ser direccionadas para aceptar recomendaciones médicas o no haber sido informadas adecuadamente, específicamente frente a decisiones futuras acerca del parto vaginal o cesárea. Aun así, hubo quienes lograron sostener sus elecciones y sentirse escuchadas por los profesionales, lo que les permitió vivir el proceso con mayor seguridad y tranquilidad.

“Le estaba diciendo a la ginecóloga que ya reserváramos la fecha para la cesárea del bebé y ella me insistió mucho en tenerlo en parto natural, entonces, pues me dijo “no, en 15 días nos vemos, piénsalo”, y yo en 15 días la vi y le dije, “no, yo no quiero” [...] Siento que ella me puso a dudar y yo estaba muy segura de mi decisión. Fue como un mes de “qué hago” y no me quería sentir así porque ya tenía una decisión tomada” (Amapola, 21 años, E).

En el grupo de discusión, el testimonio de una de las participantes permitió evidenciar la sensación de pérdida de autonomía y la percepción de que las decisiones médicas no siempre respondieron a criterios clínicos, sino también a dinámicas institucionales o intereses de carácter económico.

“Quería un parto natural, pero el ginecólogo me generó miedo diciéndome que ponía en riesgo la vida de mi hijo. Luego entendí que no había tal riesgo. Sentí que todo era un negocio: las cesáreas, la epidural, la rapidez del proceso. Todo se vuelve mecánico y deja de ser humano; una confía porque está vulnerable, pero terminan decidiendo por una.” (Lirio, 30 años, GD).

Otras mujeres relataron que el personal de salud se opuso a decisiones como elegir una cirugía para no tener más hijos o ciertos métodos anticonceptivos, lo que generó frustración al sentir limitada su autonomía. También mencionaron episodios de imposición médica, donde se tomaron decisiones sin consultarlas o incluso en contra de su voluntad.

“No, no me permitían tomar decisiones. Yo le dije a la ginecóloga, yo me quiero operar cuando vaya a hacerme la cesárea, pero me dijo “no, usted ni siquiera ha tenido el bebé y ya está pensando en operarse, primero téngalo, después hablamos”. Yo dije ¿cómo así? Acaso soy una niña de 16 años que quedó embarazada, yo ya casi voy a tener 40 años. O

sea, me sentí muy mal, ese día llegué a mi casa a llorar pensando que hasta eso me están vulnerando, esa libertad de decidir, horrible” (Margarita, 37 años, E).

Durante el embarazo, la mayoría de las decisiones se centraron en la planeación del parto, especialmente en la elección del tipo y la forma en que se desarrollaría. Sin embargo, señalaron que las decisiones finales recaían sobre los profesionales de la salud, sobre todo en situaciones de urgencia. También mencionaron la influencia de la familia y la pareja, que en algunos casos brindó apoyo y en otros generó tensiones.

“Yo digo: ¿cómo es que uno, en medio de algo tan fuerte emocionalmente, termina creyéndole ciegamente a un profesional? Obvio, él es la figura de autoridad y uno cree que tiene la razón. Y claro, con el miedo de poner en riesgo a mi bebé, yo me quebré. Lloré y lloré... y dije: “listo, está bien, cesárea” (Lirio, 30 años, E).

“Yo quería parto natural, me puse a leer, a meditar, a hacer yoga. Pero mi familia es de médicos, para ellos, es como si fuera satanás el parto natural. [...] fue mucha presión de mi familia como de decirme, “ya vete al hospital a tener ese niño, por favor” hicieron todo lo que ellos querían, pero no comprendieron que yo quería un parto natural. Al final accedí por cuestión de no pelear” (Petunia, 28 años, E).

Experiencias del parto y posparto

En cuanto a la percepción del soporte y la atención durante el parto y postparto, la mayoría de las participantes relataron experiencias positivas asociadas a equipos de salud atentos, trato cálido, respeto por sus decisiones y sensación de acompañamiento.

“En la cesárea me fue muy bien; me gustó mucho cómo ha cambiado la situación. Desde el anestesiólogo hasta las enfermeras, el trato fue muy especial, como si una fuera una

hija para ellos. Estuvieron siempre pendientes de mí y del bebé, eso me hizo sentir acompañada hasta el momento del nacimiento.” (Camelia, 33 años, E).

En contraste, algunas participantes describieron que percibieron un soporte deficiente, manifestado en gestos poco empáticos que transmitían la sensación de ser una paciente más en un momento que para ellas debía ser especial. Sin embargo, una de las mujeres interpretó este mismo comportamiento como señal de experiencia y seguridad profesional, lo que le brindó tranquilidad durante el parto.

“No me gustó que en el quirófano estaba desnuda mientras sacaban a mi bebé, y los médicos hablaban de la fiesta del sábado. Yo pensaba: este es el momento más importante de mi vida, ¿por qué no lo toman con seriedad? Eso me generó mucha rabia porque, además del dolor, sentí falta total de respeto.” (Petunia, 28 años, E).

“Mientras los doctores hacían la cesárea estaban hablando de su vida, como si estuvieran haciendo algo fácil, supongo que ellos hacen mil cesáreas al día, [...] todo eso que me dio también mucha calma, que no estuvieran asustados, como si estuvieran tomándose un café.” (Amapola, 21, E).

Además, varias mujeres relataron intervenciones realizadas sin recibir información suficiente sobre los riesgos de los procedimientos, lo que evidenció una participación limitada en las decisiones durante el parto. La falta de comunicación y la presión para aceptar determinadas prácticas fueron vividas como formas de violencia obstétrica y generaron incertidumbre y vulnerabilidad.

“Cuando me indujeron el parto no me explicaron las posibles consecuencias de las pastillas que me iban a dar, solo me dijeron que se hacía así y ya, no tenía conocimiento de nada más. Después tuve una complicación porque la placenta quedó adherida y sufrí

una hemorragia. Más tarde la ginecóloga comentó que posiblemente fueron las pastillas” (Tulipán, 35 años, E).

Por otra parte, otras participantes describieron situaciones distintas, relacionadas con la sensación de abandono y de falta de respuesta oportuna del personal. En estos casos, la demora en la atención, especialmente frente a solicitudes de analgesia, intensificó el dolor físico, aumentó la impotencia y reforzó la percepción de indiferencia por parte del equipo de salud.

“Cuando pedí la epidural, el anestesiólogo estaba en cirugía y después, según dijeron, estaba descansando. Yo llevaba demasiado tiempo pidiéndola y no me brindaron el servicio a tiempo. Estuve casi una hora y media abajo en la parte de cirugía, ya con siete de dilatación y con mucho dolor.” (Orquídea, 26 años, GD).

Asimismo, algunas participantes relataron interacciones normativas y culpabilizantes en torno a la lactancia y otros cuidados, que se expresaron en presión, regaños y recomendaciones poco adecuadas. La falta de escucha frente a sus dificultades reales incrementó la angustia y deterioró la confianza en su propio proceso.

“Me decían: pero es que tú sabes que la fórmula es mala. Tú no sabes que tienes que darle lactancia materna exclusiva. Pese a que miran que mi bebé está en riesgo de desnutrición, me regañan porque digo que no produzco leche. En vez de ayudarte, vuelves y te sientes mal” (Petunia, 28 años, E).

Adicionalmente, algunas participantes describieron protocolos rígidos que limitaron su autonomía, como la prohibición de usar posiciones alternativas durante el parto, mientras que otras destacaron instituciones que ofrecieron acompañamiento continuo y respeto a su plan de parto. Estas diferencias generaron percepciones opuestas sobre el soporte recibido.

“En relación con el parto, uno les dice: Quiero moverme más, quiero tenerlo vertical. Y dicen: No, aquí no hay para eso. El protocolo es acostada. Desde los cursos te van metiendo esa idea. No te dan otra opción.” (Tulipan, 35 años, E).

“Me sorprendió que me dejaran moverme, ingerir líquidos, llevar mi balón de pilates, estar con mi esposo desde que llegué hasta que me fui. Todas esas cosas me sorprendieron.” (Orquídea, 26 años, E)

Las participantes del grupo de discusión señalaron que los estilos de comunicación del personal de salud eran a menudo alarmistas e inapropiados. Coincidieron en que la forma de informar, más que la situación en sí, impactó negativamente la experiencia del cuidado.

“La partera era muy brusca. Me dijo: Te vamos a inducir el parto porque tienes COVID. Normalmente el riesgo de muerte es del 2%, pero con COVID sube al 50%. Me asusté horrible. [...] Me pareció que lo comunicó fatal” (Girasol, 29 años, GD)

Además, el acompañamiento durante el parto y posparto fue determinante en la vivencia emocional y la percepción de seguridad. La presencia de una figura cercana brindó apoyo activo, generó alegría y gratitud, fortaleció el vínculo afectivo y otorgó al nacimiento un sentido de unión familiar y fortaleza emocional.

“La presencia de mi esposo transformó por completo la experiencia. Estuvo conmigo todo el tiempo [...] Aunque hubo fallas en la atención, lo que más recuerdo es su apoyo y tranquilidad. Siento que parimos juntos, y esa compañía activa hizo toda la diferencia en cómo viví y recuerdo mi parto.” (Orquídea, 26 años, GD)

En contraste, algunas mujeres enfrentaron el parto en soledad o con restricciones que limitaron la presencia de acompañantes, lo que generó angustia, miedo y sensación de abandono, afectando su percepción de cuidado y calidez en el entorno hospitalario.

“Estuve sola toda la noche hasta el otro día a las ocho de la mañana. [...] Me hicieron firmar un papel que decía que iba a ser un parto humanizado, pero nunca me explicaron que después de las seis de la tarde no dejaban quedarse a nadie. [...] Uno entra y no sabe qué va a pasar, a uno nadie le ayuda en ese proceso, es horrible.” (Jazmín, 29 años, E).

Algunas mujeres señalaron un contraste entre el acompañamiento en el embarazo y el trato recibido durante el parto y el posparto. Mientras en la gestación percibieron atención cercana, en el nacimiento y después experimentaron un trato más distante, lo que generó decepción y sensación de vacío afectivo.

“En el embarazo el acompañamiento es muy personalizado, cualquier cosa la toman en cuenta, te ayudan a calmarte. Pero apenas uno saca al niño, es un trato totalmente diferente. Ya te tratan como X, ya no te tienen la misma atención, y eso me sorprendió muchísimo.” (Hortensia, 25 años, E)

En cuanto a la información e indicaciones brindadas durante el proceso de parto, aspectos como la claridad en las explicaciones, y la posibilidad de preguntar influyeron directamente en cómo vivieron los procedimientos. Aunque muchas recibieron información constante, otras señalaron que las explicaciones fueron insuficientes, ya que el ritmo acelerado de la atención dificultaba preguntar.

“Antes de la cesárea fue y me explicó todo lo que me iban a hacer, también me dijo que apenas sacaran al bebé, me le iban a poner en el pecho, que si no lloraba pues no me lo iban a poner, sino que le iban a revisar. Entonces yo entré sabiendo el paso a paso lo que iban a hacer.” (Amapola, 21 años, E).

“Hubo un momento donde ellos empezaron a hablar como si estuviera pasando algo grave, pero no me lo hicieron saber, sino que hablaban así entre dientes, yo les dije, ¿qué está

pasando? Y entonces ellas me dijeron “ya no puedes seguir pujando más”. No me dieron más información (Girasol, 29 años, E).

El entorno del parto fue un factor decisivo en la experiencia, elementos como la limpieza, la privacidad, la iluminación y la temperatura influyeron en la sensación de seguridad. Varias participantes estuvieron en espacios cómodos y tranquilos, y valoraron gestos simples del personal como permitir música o ajustar la luz. En contraste, otras relataron entornos fríos, con exceso de personas y poca privacidad, lo que intensificó el miedo y la sensación de exposición.

“No, para mí el ambiente estuvo muy bonito porque de hecho se tomaron el trabajo de preguntarme: Oye, ¿te gusta esta música?, y yo: Sí, me gusta ¿Te relaja? Sí. Y entonces me colocaron una música que me gustaba y estaban muy pendientes de que uno no estuviera tenso” (Camelia, 33 años, E).

“Cuando se complicó empezó a entrar demasiada gente, así solamente por ver qué estaba pasando. Entonces yo, toda desnuda y abierta, escuchaba comentarios: “Ay no, pobrecita, No, mira esto, qué fuerte, ¿Por qué le dejaron eso así?” [...] la ginecóloga llegó como la salvadora, pero a la vez regañona, diciéndome: Eso le pasa por pedir un parto vaginal. Era un ambiente tenso” (Tulipán, 35 años, E).

Las mujeres experimentaron diferentes emociones durante el parto y posparto, que oscilaron entre el miedo, la ansiedad, la alegría y el alivio. El dolor y la incertidumbre se mezclaron con momentos de fortaleza y conexión con su cuerpo, aunque en algunos casos surgieron miedo a la muerte y pérdida de control, especialmente cuando las condiciones o la atención incrementaban la tensión.

“Hubo un momento en el que pensé que no iba a ser capaz, que por el dolor y las contracciones terminaría en cesárea, y yo no quería permitírmelo. [...] Ya en la sala de

partos, cuando debía pujar, me invadió el miedo, miedo de no hacerlo bien, de quedarme ahí, de terminar en cesárea. (Orquídea, 26 años, E).

También, emergieron relatos de tristeza o inconformidad frente a partos que no se desarrollaron como las mujeres esperaban. La imposibilidad de vivir un parto natural o de participar activamente en el proceso fue experimentada como una pérdida simbólica y emocional difícil de aceptar.

“Yo era de esas mujeres que pensaba tenerla natural, si era en agua, en agua, con mi partera. [...] Hay algo inconforme en mí, algo que no logré y que sé que no voy a volver a vivir. Fue una única oportunidad que perdí.” (Petunia, 28 años, E)..

Algunas participantes describieron amor, plenitud y alivio al nacer el bebé, donde el contacto inmediato transformó el sufrimiento en gratitud y alegría. Para otras, el parto tuvo un sentido espiritual o trascendente: la conexión con lo divino y con el hijo les permitió resignificar el dolor, encontrar calma y experimentar paz, propósito y gratitud ante la vida.

“Yo no sé cuántas veces recé el Padre Nuestro. [...] Cuando la escuché llorar sentí mucha tranquilidad, fue hermoso. Le dije: ‘que Dios te bendiga, bienvenida’, y al instante dejó de llorar.” (Petunia, 28 años, E).

En los días posteriores al parto, la mayoría vivió un proceso emocional complejo, marcado por cansancio, cambios hormonales, dolor y sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y frustración. En el grupo de discusión, el posparto fue considerado una de las etapas más difíciles. Varias mujeres se sintieron abrumadas por los cambios físicos y la pérdida temporal de autonomía, lo que generó deseo de aislamiento y necesidad de descanso, sin que ello significara rechazo hacia el bebé.

“Yo me sentía contenta por mi bebé, pero fue un cambio muy drástico. Solo quería dormir y estar sola; no quería visitas. El dolor de la cesárea era horrible y no sabía bien cómo tomarme los medicamentos. Me sentía vulnerable, hinchada, incapaz de hacer cosas por mí misma. Lloré mucho, me repetía que todo iba a pasar y le pedía a Dios que me ayudara. Fue un proceso que no esperaba.” (Jazmín, 29 años, GD).

En contraste, algunas participantes describieron una vivencia emocional más estable, aunque con momentos puntuales de sensibilidad o frustración. En estos casos, el acompañamiento familiar y la percepción de bienestar del bebé se destacaron como factores protectores que les permitieron mantener un mayor sentido de tranquilidad durante el proceso.

“Tranquilidad y felicidad de que la bebé fuera juiciosa y que todo hubiera salido bien, me hace feliz haber dado pecho y haber tomado esa decisión.” (Azucena, 37 años, E)

Al cierre del grupo de discusión, las participantes coincidieron en que la atención en embarazo, parto y posparto debe incluir acompañamiento emocional y comunicación empática; un trato humano, más allá de lo clínico, favorece confianza y bienestar, mientras que las prácticas frías generan miedo. Por ello, consideraron indispensable formar profesionales sensibles que garanticen una atención digna y respetuosa.

“Podrían enseñarles a ver a los pacientes como personas que están sintiendo, cambiando física y emocionalmente. Cuando estás tan vulnerable, encontrarte con alguien empático cambia todo. Pero vas a la entidad de salud y muchas veces son los únicos que no te hacen sentir bien” (Girasol, 29 años, GD).

“Yo propongo que para mejorar esto incluya una materia que conecte la medicina con lo humano, porque allá hay mucho maltrato, mucha deshumanización, es una cadena. Yo comí mierda y al que sigue también le toca.” (Lirio, 30 años, GD).

DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue comprender el significado que las mujeres le otorgan a la experiencia vivida en el proceso de atención de su embarazo, y posteriormente de su parto, en relación con las expectativas previas. En esta sección se discutirán los objetivos específicos a la luz de los referentes teóricos y empíricos, identificando coincidencias, diferencias y aportes frente a la literatura sobre maternidad y atención humanizada. Este análisis busca ampliar la comprensión de las vivencias femeninas en el ciclo reproductivo y resaltar la importancia de incorporar su voz en prácticas de atención más respetuosas y sensibles. Finalmente, se presentan las conclusiones, limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones.

Con relación al primer objetivo específico, el cual buscó identificar las expectativas previas sobre la atención en el embarazo y el parto, los resultados muestran que estas no fueron homogéneas, sino que se construyeron a partir de referentes personales, familiares, culturales e institucionales. De manera similar a lo señalado por Santos et al. (2022), los medios de comunicación, las experiencias previas y los testimonios de otras mujeres influyeron notablemente en su formación. Para la mayoría, el embarazo y especialmente el parto eran concebidos como un acontecimiento altamente significativo que debía ser cuidado y respetado, en coherencia con Reyes et al. (2023), quienes destacan que el nacimiento no sólo cierra el proceso gestacional, sino que impacta el bienestar físico, emocional y social de la mujer.

Asimismo, varios relatos mostraron expectativas positivas en torno a la maternidad, donde la llegada del bebé representaba realización personal. Algunas participantes habían soñado con ser madres desde edades tempranas, por lo que asumieron el embarazo con ilusión pese a los temores del proceso. Estas expectativas incluyeron no solo la atención médica, sino también el acompañamiento afectivo, especialmente el de la pareja, percibida como clave para brindar

seguridad y contención emocional. Esto coincide con lo planteado por García-Carrera et al. (2021) y Camacho y Romero (2017), quienes destacan la importancia del apoyo emocional de la pareja y del personal de salud para fortalecer la confianza de la gestante y promover expectativas más realistas y positivas frente al parto.

Sin embargo, las expectativas no fueron solo positivas, varios relatos mostraron expectativas negativas marcadas por el deseo de un parto respetado y al mismo tiempo, el temor a situaciones de deshumanización. Este temor surgía, principalmente, de experiencias previas, de historias compartidas por otras mujeres y de contenidos difundidos en redes sociales, que anticipaban un trato inadecuado durante el trabajo de parto. Esta ambivalencia se entiende a la luz del contexto regional y nacional descrito en la literatura, donde pese a avances normativos, persisten prácticas de maltrato, negligencia, ausencia de soporte y procedimientos no consentidos durante el trabajo de parto (OMS, 2019; Ordoñez Rodríguez, 2022; Gómez Castañeda et al., 2024; Roa Morales et al., 2018; Mejía Merino et al., 2018; Jaramillo y Jiménez, 2018). De igual manera, esto coincide con lo planteado por diversos autores, quienes señalan que la violencia obstétrica se ha naturalizado al punto de ser esperada dentro del parto institucionalizado (Jojoa-Tobar et al., 2019; Vallana Sala, 2019; Mejía Merino et al., 2018; Gleason et al., 2021).

Otro elemento relevante fue la influencia del nivel de información y la agencia en las expectativas. Las mujeres que conocían el concepto de parto humanizado o que habían accedido a información sobre derechos reproductivos, esperaban una atención participativa, elaboraron planes de parto, solicitaron libertad de postura, presencia de la pareja y explicaciones previas, en línea con lo planteado por Silva y López (2020) y Santos et al. (2022). En contraste, otras participantes reprodujeron un modelo más médico-centrado, orientado únicamente a “que todo saliera bien” y delegando decisiones incluso a costa de su autonomía. Esta diferencia se relaciona con lo planteado

por Damaceno et al. (2021) y Baggio et al. (2021), quienes señalan que el acceso a información por medio de redes de apoyo, grupos de acompañamiento a gestantes y espacios de circulación de información confiable facilita procesos de empoderamiento y de construcción activa de conocimiento, los cuales son clave para la formación de las expectativas y para que estas no dependan únicamente de lo clínico.

Además, las expectativas también estuvieron fuertemente influidas por factores emocionales y simbólicos, especialmente por el miedo al dolor, la preocupación por la seguridad del bebé y la incertidumbre frente al proceso médico. Diversos autores señalan que la ansiedad contribuye a expectativas negativas al relacionarse con la falta de confianza en el equipo de salud y con temores sobre el dolor, la muerte propia o del recién nacido, lo que puede dificultar una vivencia positiva del parto y afectar la construcción de la identidad materna (Centenaro et al., 2015; Camacho y Romero, 2017; Choez y Cárdenas, 2023).

En suma, las expectativas previas de las participantes se configuraron como un entramado de ilusiones, temores y representaciones sociales sobre el parto. Si bien muchas mujeres expresaron deseos positivos vinculados al amor, la maternidad y el acompañamiento de la pareja, también manifestaron incertidumbre y desconfianza frente a las dinámicas institucionales de atención. Esta coexistencia de esperanza y alerta evidencia que aún persiste una brecha significativa entre el ideal de un parto humanizado y las prácticas que se experimentan en el contexto nacional.

En relación con el segundo objetivo, los resultados muestran que las experiencias durante el embarazo, parto y posparto oscilaron entre el acompañamiento empático y prácticas deshumanizadas. Aunque la OMS (2014, 2019) plantea que una atención positiva requiere comunicación clara, acompañamiento continuo y respeto por la dignidad, estas condiciones no

siempre estuvieron presentes. La calidad de la vivencia dependió de la disponibilidad, sensibilidad del personal y de las dinámicas institucionales; cuando hubo empatía e información clara, las mujeres reportaron confianza y seguridad, en línea con Gélinas y Mallé (2022), quienes destacan el trato cercano como clave en contextos donde persiste la violencia obstétrica. Esta relación se confirma en los hallazgos, dado que, ante las prácticas deshumanizadas descritas por las participantes, se evidencia que el trato empático no fue un valor añadido, sino un factor diferenciador para garantizar la seguridad de las pacientes frente a los escenarios de violencia obstétrica.

Asimismo, la atención que garantizaba derechos como la privacidad, la escucha activa y la autonomía fue destacada por varias mujeres como signo de trato respetuoso y empático, en concordancia con estudios que resaltan la importancia de prácticas sensibles y humanizadas en el proceso gestacional (Farías-Vela et al., 2023; Gélinas & Mallé, 2022; Nazate-Chuga et al., 2023; Reyes et al., 2023). No obstante, coexistieron relatos de atención fría y operativa, donde las mujeres sintieron que su proceso se reducía a un trámite, coincidiendo con Mejía et al. (2018), quienes describen interacciones autoritarias y centradas en el cumplimiento técnico. La variabilidad también estuvo influida por el régimen de salud, las afiliadas al contributivo o con planes complementarios reportaron mayor continuidad y comodidad, mientras que las del subsidiado enfrentaron demoras, trato distante y menor acceso a información, especialmente en urgencias.

Desde esta perspectiva, los resultados indican que la calidad del cuidado durante el parto no se limita solo a los procedimientos médicos, sino que está ligada a cómo el sistema de salud respeta la dignidad de las mujeres. La coexistencia de prácticas respetuosas con interacciones despersonalizadas evidencia una brecha persistente entre el ideal de humanización y la realidad

asistencial. Esta investigación sostiene que esta inconsistencia refleja tensiones estructurales y culturales que aún limitan el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres. Por ello, avanzar hacia un cuidado verdaderamente humanizado requiere transformar imaginarios, actitudes y condiciones institucionales, reconociendo a las mujeres como sujetos de derecho y no como pacientes pasivas.

La información fue un elemento clave en la experiencia de atención. Mientras algunas mujeres recibieron explicaciones claras y acompañamiento pedagógico, otras enfrentaron descalificaciones o burlas al expresar dudas. Estas situaciones reflejan formas de violencia obstétrica descritas por distintos autores, como el abuso verbal, la minimización de las emociones y la falta de información sobre los procedimientos. Incluso en contextos considerados humanizados, persisten limitaciones en la comunicación y la participación de las mujeres en las decisiones clínicas, lo que evidencia los retos para consolidar un modelo de atención realmente centrado en sus derechos (Bermúdez-Quintana et al., 2022; Mejía et al., 2018; Valdez et al., 2016).

Durante el parto se evidenciaron experiencias contrastantes mientras algunas mujeres recibieron un trato respetuoso, otras relataron poca comunicación y procedimientos realizados sin consentimiento, lo que generó miedo y pérdida de autonomía. Esta tensión entre prácticas humanizadas y acciones impersonales y operativas coincide con lo señalado por Rodrigues et al. (2021) y Jojoa-Tobar et al. (2019), quienes advierten que la humanización del parto aún enfrenta importantes desafíos y que la ausencia de consentimiento informado y otras prácticas perpetúan formas de violencia obstétrica.

La autonomía emergió como eje central, algunas mujeres fueron consultadas antes de las intervenciones, pero otras sintieron presión o falta de información para decidir, en línea con Jiménez-Hernández y Peña-Jaramillo (2018) quienes evidencian en Colombia prácticas deshumanizadas y procedimientos realizados sin considerar la opinión de la mujer. Esta tensión es

similar a lo descrito por Rodrigues et al. (2022), quienes afirman que la humanización sólo es posible cuando la gestante es reconocida como sujeto activo de derecho. En este sentido, las participantes que lograron defender sus decisiones sobre el parto reportaron mayor tranquilidad y sentido de control, mientras que aquellas que se sintieron forzadas o desinformadas relataron angustia, dudas y desconfianza.

Llama la atención que el posparto fue descrito como la etapa con menor acompañamiento y orientación, especialmente en temas de lactancia. Las participantes reportaron falta de información práctica, respuestas poco sensibles y ausencia de contención emocional, factores que, sumados al cansancio y el dolor, dificultaron su adaptación. Esto coincide con Nazate-Chuga et al. (2023) y Reyes et al. (2023), quienes señalan que la escasa guía y el trato distante aumentan la vulnerabilidad en este periodo. Asimismo, las mujeres indicaron que la atención institucional se enfocó más en el “deber” de lactar que en su bienestar, lo que evidencia la necesidad de una atención que incluya dimensiones informativas, emocionales y psicológicas del posparto.

Los hallazgos evidencian que la experiencia del embarazo, parto y posparto no depende solo de los procedimientos médicos, sino de la forma en que estos son comunicados y acompañados. Aunque se observan avances hacia prácticas más humanas, persisten interacciones marcadas por la falta de empatía, información y escucha. Fortalecer la comunicación clara, la contención emocional y el respeto por la autonomía sigue siendo clave para garantizar un parto digno y humanizado.

En relación con el tercer objetivo, orientado a contrastar las expectativas y la experiencia vivida durante el embarazo, parto y posparto, los resultados mostraron tensiones entre el ideal de un parto respetado y humanizado y la realidad institucional vivida por las participantes, evidenciando el impacto del sistema de salud en su experiencia emocional. La literatura señala que

las expectativas de parto son construcciones complejas influenciadas por factores sociales, culturales y personales, y que orientan la forma en que las mujeres imaginan y posteriormente evalúan su vivencia (Camacho y Romero, 2017).

Los resultados mostraron que las participantes esperaban un parto íntimo, natural, acompañado y respetuoso, con calma, escucha y autonomía. Sin embargo, muchas se encontraron con prácticas deshumanizadas, desinformación y poca empatía, lo que generó frustración y sensación de pérdida de control. Esta brecha entre lo esperado y lo vivido refleja que, en gran parte de los servicios de salud en Colombia, aún predomina un modelo biomédico que limita la autonomía de las mujeres. En contraste, quienes sí lograron cumplir sus expectativas atribuyeron su experiencia positiva a la presencia de profesionales empáticos que les brindaron atención respetuosa y les hicieron sentir escuchadas y valoradas.

En coherencia con esto, para varias, la experiencia del parto estuvo marcada por decisiones tomadas sin su consentimiento, escasa comunicación y un acompañamiento emocional limitado, lo que generó sensaciones de pérdida de control, maltrato y deshumanización. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por diferentes autores, quienes señalan que una experiencia positiva de parto requiere coherencia entre expectativas y trato recibido, así como un acompañamiento respetuoso. Sin embargo, la literatura también muestra que las relaciones de poder en los servicios de salud continúan restringiendo la participación de las gestantes y agravando la percepción de vulnerabilidad cuando falta comunicación y soporte emocional (OMS, 2018, 2019; Roa, Barón y Martínez, 2018; Farías-Vela et al., 2023; Nazate-Chuga et al., 2023; Reyes et al., 2023).

Adicionalmente, los resultados mostraron procesos de resignificación, donde las mujeres transformaron experiencias adversas en aprendizajes sobre fortaleza, autoconfianza y el valor simbólico de la maternidad. Esto coincide con Castañeda et al. (2019) y Pérez Rosiles y Márquez

Barradas (2004), quienes plantean que el parto trasciende lo biológico y constituye un acontecimiento emocional y social que redefine la identidad femenina. Para las participantes, el parto fue una vivencia ambivalente, en la que dolor y frustración coexistieron con la posibilidad de sentirse poderosas y capaces.

Por otro lado, las narraciones mostraron que la experiencia del parto fue tanto física como profundamente emocional. El contraste entre lo esperado y lo vivido llevó a algunas mujeres a resignificar la experiencia como un aprendizaje sobre vulnerabilidad y confianza en su cuerpo, mientras que para otras representó una ruptura entre lo deseado y lo impuesto por el sistema hospitalario. Estas vivencias evidencian la capacidad de reinterpretación desde la resiliencia y la necesidad de un acompañamiento que integre lo físico y lo emocional. En coherencia con esto, Alves et al. (2016) señalan que la comprensión del parto debe centrarse en cómo cada mujer lo experimenta y dota de sentido según su contexto, emociones y significados personales.

Desde una mirada fenomenológica, el contraste entre lo esperado y lo vivido durante el embarazo, parto y posparto se convierte en el eje de la experiencia, pues allí todas las mujeres resignificaron lo ocurrido y le otorgaron un nuevo sentido. En este proceso, emociones, percepciones y expectativas se transforman, generando aprendizajes, frustraciones y nuevas comprensiones sobre su cuerpo y maternidad. Esto coincide con Bermúdez-Quintana et al. (2022) y Castañeda et al. (2019), quienes afirman que la vivencia reproductiva es una experiencia compleja atravesada por dimensiones personales, sociales y culturales. Asimismo, Mejía Merino et al. (2018) y Vallana, V (2019) señalan que la atención institucional suele despojar estos procesos de su carácter humano, priorizando la técnica médica sobre las necesidades emocionales de las mujeres.

Los resultados de esta investigación muestran que la distancia entre expectativas y experiencias afecta el bienestar emocional y evidencia fallas estructurales del sistema de salud y del modelo obstétrico, aún marcado por jerarquías y falta de empatía. En esta línea, Biondo et al. (2024) y Basile Ibrahim et al. (2023) destacan la necesidad de modelos más integrales y humanizados que reconozcan la autonomía y dignidad de las mujeres. Así, el significado del embarazo, parto y posparto se construye en la interacción entre lo esperado, lo vivido y lo resignificado, configurando una experiencia que trasciende lo físico y se inscribe en lo emocional y simbólico.

En conclusión, las expectativas frente al embarazo, el parto y el posparto se construyen a partir de experiencias previas, narrativas sociales y recursos disponibles tanto personales como aquellos ofrecidos por el sistema de salud, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la información y la preparación desde un enfoque humanizado. Las experiencias vividas mostraron que, aunque en algunos casos hubo acompañamiento y comunicación adecuada, persisten prácticas institucionales que limitan la autonomía y la participación de las mujeres, resaltando la urgencia de consolidar modelos de atención basados en derechos, trato digno y decisión informada.

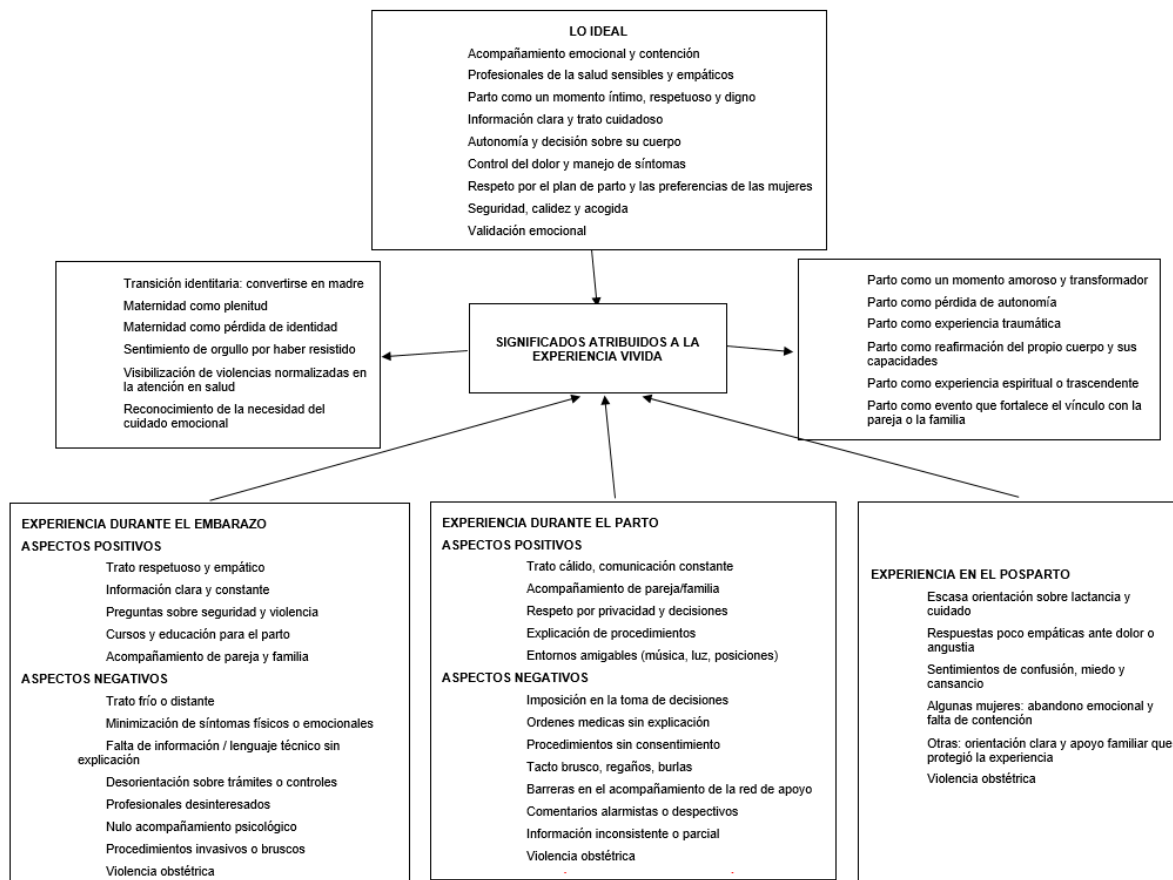
El contraste entre lo esperado y lo vivido permitió comprender que el significado que las mujeres otorgan a su proceso se forma en esa tensión, mientras anticipaban un trato respetuoso, cercano y empático, la mayoría encontraron barreras relacionadas con la falta de información, la deshumanización y la poca sensibilidad del personal. Así, sus experiencias reflejan tanto momentos de cuidado humanizado como fallas estructurales del sistema de salud, las cuales se evidenciaron en prácticas como la ausencia de explicaciones claras, procedimientos realizados sin consentimiento y un acompañamiento emocional insuficiente. Estos hallazgos reafirman la

importancia de avanzar hacia políticas y prácticas que garanticen una atención coherente con sus necesidades y con los principios del parto humanizado.

A continuación, se presenta un gráfico que sintetiza los principales hallazgos de la investigación. En él se integran los tres ejes centrales de la investigación, las relaciones entre lo ideal, lo vivido y los significados atribuidos a sus experiencias durante el embarazo, parto y posparto.

Figura 1

Síntesis de los hallazgos



Nota. Elaboración propia.

Se recomienda que futuras investigaciones sean longitudinales para comparar las expectativas iniciales de las mujeres con sus experiencias durante embarazo, parto y posparto, incluyendo la perspectiva de los profesionales y mayor diversidad de contextos. Asimismo, se sugiere fortalecer la formación del personal en atención humanizada, comunicación empática y respeto por la autonomía, implementar programas psicoeducativos para gestantes y sus parejas, y reforzar políticas públicas que aseguren un parto digno y centrado en las necesidades de las mujeres.

Una de las principales limitaciones del estudio fue que la mayoría de las entrevistas y el grupo de discusión se realizaron de manera virtual, debido a la dificultad para llevarlas a cabo de forma presencial. Si bien esta modalidad facilitó la participación de madres recientes, también limitó la observación de matices no verbales y redujo la espontaneidad de la interacción. No obstante, estas condiciones no comprometieron la validez de los hallazgos y por el contrario, evidencian la necesidad de adaptar las metodologías cualitativas a las características y posibilidades de la población participante.

Referencias

- Almaguer Gonzalez, J. A., García Ramírez, H. J. y Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras*, 10(2/3), 44-59. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Alvares, A., Corrêa, Á., Nakagawa, J., Valim, M., Jamas, M. & Medeiros, R. (2020). Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03606. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018039003606>
- Alves, V. H., Alves, P. M. S., & de Mello Padoin, S. M. (2016). A TECNICIZAÇÃO E PRÁTICA DO CUIDADO AO PARTO: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA A PARTIR DE HUSSERL. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(3), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001750015>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Definition of term pregnancy* (Committee Opinion No. 579). <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>
- Arias Valencia, M. M., & Giraldo Mora, C. V. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y educación en enfermería*, 29(3), 500-514. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406020.pdf>
- Atayde Manríquez, K. X., & González-Robledo, L. M. (2020). Experiencias y emociones de las parteras con relación al sistema formal de salud en México. *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(26), 118–131. <https://doi.org/10.46652/rgn.v5i26.737>

- Bachilli, M. C., Zirbel, I., & Helena, E. T. D. S. (2021). Autonomia relacional e parto humanizado: o desafio de aproximar desejos e práticas no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31, e310130. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310130>
- Bonilla-Castro, E., y Rodríguez, P. (2005). *Grupos focales* (3ra ed.). Grupo Editorial Norma. <https://laboratoriociudadut.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/05/mas-alla-del-dilema-de-los-metodos.pdf>
- Baggio, M., Pereira, F., Cheffer, M., Machineski, G., & Reis, A. (2021). SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O PARTO HUMANIZADO HOSPITALAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRA OBSTÉTRICA. *Revista Baiana De Enfermagem*, 35. e42620. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42620>
- Basile Ibrahim, B., Cheyney, M., Vedam, S. & Poweel Kennedy, H. (2023). “I was able to take it back”: Seeking VBAC after experiencing dehumanizing maternity care in a primary cesarean. *SSM - Qualitative Research in Health*, 4. 100339. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100339>
- Benavides, M. & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&tlng=es.
- Bermúdez-Quintana, E., Mejía-Merino, C., Morales-Giraldo, L., Cano-Bedoya, L., & Cantillo-Barrios, L.(2022). Sistematización de experiencias de un equipo de encuestadoras durante una prueba piloto en parto humanizado. *Salud UIS*, 54. e:22032. <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22032>

- Biondo, C. S., dos Anjos Neta, M. M. S. & Yarid, S. D. (2024). Factores clínicos do bem-estar de mulheres em parturição: perspectivas deontológicas e da bioética principialista. *Revista Enfermagem UERJ*, 32(1), e80274. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.80274>
- Camacho Morell, F., & Romero Martín, M. J. (2017). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería Global*, 17(1), 324–347. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.276061>
- Castañeda, M. I. G., Rodríguez, A. O., Quevedo, J. E. M., & Muñoz, J. (2019). Barreras y facilitadores en la atención prenatal en mujeres gestantes. *Revista de Salud Pública*, 21(2), 258-264. <https://scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/258-264/es/>
- Centenaro, D. L., Marin, A. H., da Silva Pereira, C., & Golembiewski Mendes, M. (2015). ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. *Revista de Psicología*, 33(2), 333-361. <https://doi.org/10.18800/psico.201502.004>
- Choez, J. y Cardenas, F. (2023). Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica : Advantages of Humanized Childbirth in Pregnant Women in Latin America. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(2), 5059–5078. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.956>
- Corona Lisboa, J. L. (2018). Investigación cualitativa: fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. *Vivat Academia*, (144), 69–76. <https://doi.org/10.15178/va.2018.144.69-76>
- Curtin, M., Savage, E. & Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J Clin Nurs*. 29. 1744–1757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15152>

- Damaceno, N. S., Marciano, R. P., & Orsini, M. R. D. C. A. (2021). O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, e224530. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224530>
- Da Silva-Carvalho, I., & Santana-Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 71-79. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 21(3), 163-167. doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.005
- De la Garza-Jiménez, A. (2023). Hallazgos de violencia obstétrica en los centros de salud de Costa Rica: investigación basada en un análisis de percepciones de mujeres usuarias de la CCSS. *Revista Espiga*, 22(45), 241-256. <https://dx.doi.org/10.22458/re.v22i45.4731>
- Escorcía, L. S. S. (2020). Investigación cualitativa: una respuesta a las investigaciones sociales educativas. *Cienciamatria*, 6(11), 101-110. DOI 10.35381/cm.v6i11.327
- Escudero, C. (2020). El análisis temático como herramienta de investigación en el área de la Comunicación Social: contribuciones y limitaciones. *La Trama de la Comunicación*, 24(2), 89-100. <https://doi.org/10.35305/lt.v24i2.746>
- Esteban-Sepúlveda, S., Fabregas-Mitjans, M., Ordobas-Pages, L., Tutusaus-Arderiu, A., Andreica, L. E. & Leyva-Moral, J. M. (2022). The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification. *Enfermería Clínica*, 32(1), S14-S22. 10.1016/j.enfcle.2021.10.007
- Estrada-Mesa, Á. (2010). Recursos crítico-Interpretativos para Psicología Social. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 261-270.

https://www.researchgate.net/publication/49609212_RECURSOS_CRITICO-INTERPRETATIVOS_PARA_LA_PSICOLOGIA_SOCIAL

- Fariás-Vela, A., Capera-López, L., Díaz-Quijano, D., Ortiz-Zornosa, S., Restrepo-Guarnizo, M., & Restrepo-Castro, O. (2023). Conocimiento del parto humanizado en Colombia en residentes y ginecólogos. *Ginecología y obstetricia de México*, 91(5), 299-306. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.8430>
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Fondo de población de las naciones unidas [UNFPA]. (2023, 06 de junio). *No más miedo al parto en América Latina*. <https://www.unfpa.org/es/no-más-miedo-al-parto-en-américa-latina>
- Gagnon, R., & Orellana, P. L.. (2022). Humanization of birth, women's empowerment, and midwives' actions and knowledge: experiences from Quebec and Chile. *Saúde Em Debate*, 46(135), 987–998. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213503>
- Giraldo Montoya, D. I., González Mazuelo, E. M., & Henao López, C. P. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Avances en Enfermería*, 33(2), 271-281. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200009
- García-Carrera, G., Solís Rojas, M., Barja-Ore, J., Salazar Salvatierra, E., & Zagaceta Guevara, Z. (2021). Expectativas de la gestante sobre el acompañamiento de la pareja durante el trabajo de parto. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000400024&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- García-Torres, O., Félix-Ortega, A., y Álvarez-Villaseñor, A. S. (2020). Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio [Perception of humanized childbirth in patients in the puerperium period]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(3), 258–264. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
- Gélinas, É., & Mallé Samb, O. (2022). L’impact d’une intervention d’humanisation des accouchements sur l’expérience de soins des femmes au Sénégal. *Sante publique*, 33(5), 695–704. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0695>
- Gleason, E. G., Berrío, D. P. M., Ríos, J. M. L., & Merino, C. M. M. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud colectiva*, 17, e3727. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
- Gómez Amín, M., Caballero Lopera, J. A., & Muñoz Carrillo, A. M. (2020). *Humanización de la atención en salud ante una muerte gestacional y neonatal en Colombia*. [Tesis de maestría, Universidad de los Andes] Repositorio UniAndes. <https://hdl.handle.net/1992/48643>
- Gómez Castañeda, M. I., Ordóñez Rodríguez, A., Moncayo Quevedo, J. E., Muñoz, J., Jiménez, N., Tribaldos, J., Montenegro, P., & Murad, R. (2024). Encuesta Nacional de Parto y Nacimiento: Informe de Resultados. https://drive.google.com/file/d/18HhUyCnC6m9pimezs2grZsncCOP-I0f_/view
- Godoy, D. E. y Lantieri, S. (2024). Vivencias de padres frente al duelo perinatal. *Crear en Salud*, 22. 63-76. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revcs/article/view/47841>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020, 26 de agosto). *La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer*. <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

- Jaramillo Placer, S. B., y Jiménez González, J. T. (2018). Cuidado en madres atendidas durante el parto en una institución de salud de tercer nivel, Cali, Colombia. *Cuaderno De Investigaciones: Semilleros Andina*, 9(10), 29-38.
<https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/818>
- Jiménez-Hernández, G. E. y Peña-Jaramillo, Y. M. (2018). Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Revista de la universidad industrial de santander. Salud UIS*, 50(4), 320-327.
<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>
- Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Paja Campo, A. M., & Suárez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146.
<https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Kumarasinghe, M., Herath, M. P., Hills, A. P., & Ahuja, K. D. K. (2024). Postpartum versus postnatal period: Do the name and duration matter? *PLOS ONE*, 19(4). e0300118.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300118>
- Lafaurie Villamil, M. M., Angarita de Botero, M. D. P., y Chilatra Guzmán, C. I. (2020). Assistência humanizada à gravidez: o olhar de gestantes que frequentam uma unidade de saúde hospitalar. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (38), 180-195.
<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38376>
- Leal, N. (2000). El método fenomenológico: principios, momentos y reducciones. *Revista Electrónica de Investigación Científica, Humanística y Tecnológica*, 1(5), 51-60.
https://www.academia.edu/31910238/EL_M%C3%89TODO_FENOMENOL%C3%93GICO_PRINCIPIOS_MOMENTOS_Y_REDUCCIONES

- León, C. P. M., Roa, I. D. A., y Pabón, A. C. B. (2020). Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado materno-perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno. *Ciencia y Salud Virtual*, 12(1), 29-35.
<https://revistas.uninunez.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/1370>
- Ley 2244 de 2022. (2022, 11 julio). Congreso de la República.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>
- Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial No 46.383.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de psicología*, 11(1), 10-15.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.1992.18640>
- Mateus Peña, J. D., Ramírez Perdomo, C. A. y Flórez González, A. M. (2024). Experiencias de las mujeres con el proceso de atención del parto: revisión integrativa. *Aquichan*, 24(2), e2425.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.2.5>
- Mejía Merino, C. M., Faneyra Zapata, L., Molina Berrio, D. P., & Arango Urrea, J. D. (2018). La deshumanización en el parto: Significados y vivencias de las mujeres asistidas en la red pública de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería*, 36(1), e03.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993, 4 de octubre). Resolución No. 008430 de 1993,
<https://www.minsalud.gov.co>
- Naderifar, M., Goli, H., & Ghaljaie, F. (2017). Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3). e67670. doi: 10.5812/sdme.67670.

- Nazate-Chuga, Z. R., Aveiga-Hidalgo, M. V., & Guerrero-Cuaical, J. A. (2023). Parto humanizado en el servicio obstétrico de la Clínica Las Lajas, Colombia. *Revista Información Científica*, 102(Sup 2), 4322. <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4322>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en&tlng=es.
- Ordoñez Rodríguez, A (2022, 26 de marzo). *Violencia obstétrica: una breve mirada a las cifras en Latinoamérica y Colombia*. MOVIMIENTO SSR. <https://www.movimientossr.com/blog/post2-72ay3>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1985). *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento Declaración de Fortaleza*. <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaración-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atención-intraparto-1999.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019, 9 de octubre). *Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto*. <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
- Organización Mundial de La Salud [OMS]. (2014, 14 de septiembre). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

- Organización Mundial de La Salud [OMS]. (2018, 7 de febrero). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241550215>.
- Palma-Espinoza, M. (2020). Parto humanizado. *Acta Médica Costarricense*, 62(2), 52-53.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022020000200052&script=sci_abstract&tlng=es
- Páez Cala, M. L. y Arteaga Hernández, L. F. (2019). Duelo por muerte perinatal: Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*, 19(1), 1-10.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273859249003>
- Paneque, M. (2012). M. Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Revista Científica Hygia de enfermería*, (79), 52-55.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3809678>
- Pérez Rosiles, L. & Márquez Barradas, M. L. (2004). La atención a la salud durante el embarazo y el parto. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 61-75.
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1459>
- Proyecto de Ley 063 del 2017. Congreso de la República de Colombia.
<https://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2017-2018/903-proyecto-de-ley-063-de-2017>
- Reyes, E., Paccha, C., Maldonado, J. y Saraguro, S. (2023). Percepción del parto humanizado en las púerperas del primer nivel de atención. *Más Vita*, 5(1), 8–17.
<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0186>
- Roa Morales, A., Barón Rozo, M. A., & Martínez Hernández, M. (2018). Nuevos desafíos en salud materna en Colombia: Violencia obstétrica, parto humanizado y seguridad del binomio

- madre-hijo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 1–15.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs17-35.ndsm>
- Ritter, S. K., Gonçalves, A. C. & Gouveia, H. G. (2020). Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*, 33, 1-8.
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
- Rodrigues, D., Alves, V., Silva, A., Penna, L., Vieira, B., Silva, S. & Branco, M. (2022). Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Sup 2), e20210215. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>
- Rodrigues, D., Alves, V., Paula, C., Vieira, B., Pereira, A., Reis, L., Marchiori, G., & Branco, M. (2021). Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(2), e20210052. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0052>
- Santos, A. P. S., Lamy, Z. C., Koser, M. E., Gomes, C. M. R., Costa, B. M., & Gonçalves, L. L. (2022). Skin-to-skin contact and breastfeeding at childbirth: Women's desires, expectations, and experiences. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, e2020140. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>.
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Dialnet<https://dialnet.unirioja.es>
- Saldarriaga Gil, W., Fonseca Pérez, J. E. y Canaval Erazo, H. O. (2022). Trabajo de parto, parto y partograma. En W. Saldarriaga Gil (Ed.), *Parto: como diría el obstetra* (pp. 11-34). Programa Editorial. <https://doi.org/10.25100/peu.7617-23-0>
- Sánchez, J. A., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El

- caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
- Silva, T. M. D. C., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), e19095-e19095. <https://doi.org/10.12707/RIV19095>
- Turan, Z., Suveren, Y., & Vural, G. (2022). A qualitative study on the expectations and experiences of mothers during the childbirth process in Western Anatolia, Turkey. *Women & health*, 62(5), 444–453. <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2084211>
- Tonon, G., (Comp.). (2008). *Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa*. Universidad Nacional de La Matanza. https://colombofrances.edu.co/wp-content/uploads/2013/07/libro_reflexiones_latinoamericanas_sobre_investigacin_cu.pdf
- Uran, V. (2023). *Parir en casa, lejos de la violencia obstétrica en Colombia*, El tiempo. <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/violencia-obstetrica-un-problema-estructural-institucional-y-de-genero-839027>
- Valenzuela, M. T., Bernales, M., y Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los profesionales de la salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(3), 281-305. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300281>
- Vargas-Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139. <https://doi.org/10.22458/caes.v3i1.436>
- Vallana, V. (2019). " Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista ciencias de la salud*, 17(SPE), 128-144. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

- Vanegas, D. P. O., Gómez, S. M. C., Villamil, M. M. L., y Leon, D. C. R. (2020). Humanization of Reproductive Health Services based on Women's Experiences: Contributions to Reflection. *Revista Cuidarte, 11*(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1005>
- Valdez, S. R., Salazar Altamirano, Y., Rojas Carmona, A., & Arenas Monreal, L. (2016). El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. *Revista CONAMED, 21*(Sup 1), 42-4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7301338>

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

Estimado(a) participante

Desde la asignatura Trabajo de Grado, a cargo del docente Diego Emiro Correa Sánchez, las estudiantes Laura Vanessa Duque Londoño, María Paula Llanos Rosero y Valentina Sacotto Botia, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, están llevando a cabo la investigación titulada *Parto humanizado: entre lo ideal y lo vivido, experiencias de mujeres en su embarazo y parto*.

Dado que el parto es un evento crucial en la vida de una mujer, esta investigación busca comprender cómo las mujeres significan su experiencia en el proceso de atención de su embarazo y parto en relación con sus expectativas previas. Este estudio analizará las narraciones de mujeres que han vivido el proceso de parto en diferentes contextos.

Se le invita a participar en esta investigación mediante la realización de una entrevista semiestructurada. La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos y se llevará a cabo de manera presencial o virtual, según la disponibilidad de la participante. Si usted está de acuerdo, se grabará en audio para su posterior transcripción y análisis.

Los beneficios de su participación incluyen la posibilidad de reflexionar y compartir su experiencia de parto, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre la humanización del parto y el impacto en la salud materna. Además, los resultados del estudio contribuirán a

la comprensión de las necesidades de mujeres en embarazo en el contexto de las instituciones de salud. Estos resultados serán socializados con las participantes que lo deseen, garantizando un proceso de devolución de la información recopilada.

Los posibles riesgos de la participación están relacionados con la evocación de recuerdos sensibles sobre la experiencia de embarazo y parto. En caso de que se genere malestar emocional, se cuenta con un protocolo de atención en crisis mediante el cual se ofrecerá acompañamiento y, si es necesario, orientación para acceder a apoyo psicológico.

Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES; en su lugar, se utilizará un CÓDIGO/PSEUDÓNIMO para identificarla. La información no se revelará usando nombres propios ni datos sociodemográficos que permitan su identificación.
- Durante el estudio, podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En cualquier momento podrá RETIRARSE sin necesidad de informar sus razones.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- No tendrá que asumir ningún gasto económico durante su participación.

- En caso de que los autores de la investigación consideren la posibilidad de escribir artículos para su publicación, los resultados se presentarán de manera general o particular, sin especificar nombres de las participantes.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la Ley 1090 de 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se regulan aspectos científicos, técnicos y administrativos de la investigación en psicología, así como en los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la Resolución No. 008430 de 1993 sobre ética en la investigación en salud y la Ley 1616 de 2013.

Si considera que no tiene dudas sobre su participación, puede firmar el siguiente consentimiento informado.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi participación en la investigación. La firma del consentimiento informado implica mi autorización para la aplicación de la entrevista semiestructurada.

FIRMA PARTICIPANTE Nombre: _____ CC: _____

Teléfono: _____

TESTIGO 1 Firma _____ Nombre:
_____ CC: _____

TESTIGO 2 Firma _____ Nombre:
_____ CC: _____

Laura Duque

Firma del ESTUDIANTE 1

Laura Vanessa Duque Londoño

CÉDULA DE CIUDADANÍA

1115084606

CORREO

lvduque22@javerianacali.edu.co

TELÉFONO

3154523315



Firma del ESTUDIANTE 2

María Paula Llanos Rosero

CÉDULA DE CIUDADANÍA

1080041654

CORREO

mpllanos22@javerianacali.edu.co

TELÉFONO

3206462517



Firma del ESTUDIANTE 3

Valentina Sacotto Botia

CÉDULA DE CIUDADANÍA

1107520295

CORREO

vsacotto@javerianacali.edu.co

TELÉFONO

3206462517



Firma del director/a del trabajo de grado que podrá ser contactado en caso de dudas sobre el proceso de investigación. Diego Emiro Correa Sánchez CÉDULA DE CIUDADANÍA 14.999.598 Docente Correo Institucional dcorrea@javerianacali.edu.co Oficina Teléfono 3174398350

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales y el Decreto 1377 de 2013 de la República de Colombia, reconozco que el proyecto de investigación académica me ha sido explicado y no tengo dudas sobre el mismo. Autorizo que los investigadores manejen mis datos con confidencialidad, garantizando su privacidad y seguridad. No se permitirá el uso de nombres reales ni la identificación de las participantes

en la divulgación de resultados. En caso de tomar fotografías, videos o grabaciones de audio, se implementarán mecanismos para proteger la identidad de las personas.

¿Está de acuerdo? Por favor responda con un SÍ o un NO. _____

Anexo B. Protocolo de atención en crisis

Elaborado por:

Grupo de Investigación Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad (BITACUS)

Pontificia Universidad Javeriana de Cali

A continuación, se presenta un plan de apoyo para la intervención en crisis y remisión a soporte profesional, que debe ser desarrollado por los/as investigadores en caso de que alguno de los participantes del estudio titulado *Parto humanizado: entre lo ideal y lo vivido, experiencias de mujeres en su embarazo y parto*, presente una crisis durante el desarrollo de la entrevista, se presenta el siguiente plan de apoyo.

Se resalta que la estrategia a implementar contará con el apoyo de la red de servicios de cada una de las instituciones universitarias vinculadas o el servicio personal de cada participante; las investigadoras actuarán, en caso de ser necesario, como un canal de orientación para el acceso a estos servicios.

Adicionalmente, se deja claro que el propósito de este protocolo de atención en crisis, es tener las instrucciones y ruta de apoyo, para remitir a el participante y que sea atendido en la red de IPS que atienden las EPS, en tal sentido, se informa los contactos de los consultorios Psicológicos gratuitos de la ciudad y el contacto de algunos Psicólogos en caso de ser necesario.

- Las investigadoras informarán acerca de las características de la investigación y la posibilidad que algunos de los participantes sean remitidos a un psicólogo dispuesto para acompañamiento psicológico o al servicio de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana que atienden a la población externa en caso de ser necesario. Lo anterior, tiene el propósito de anticipar alguna emergencia y estar preparado para ella.
- Durante el desarrollo de la recolección de la información, las investigadoras estarán atentos a las manifestaciones que puedan presentar los participantes y en caso de observar que la persona requiere alguna atención profesional, seguirá los siguientes pasos:
 1. Apagar la grabación de audio o suspender la aplicación del instrumento de recolección de información.
 2. Determinar la necesidad prioritaria del participante (observando los signos físicos y psicológicos que requieran atención).
 3. Realizar una contención emocional, teniendo en cuenta la necesidad evidenciada (tomar agua, respirar, preguntas de contención).
 4. Analizar el caso y determinar si el participante requiere o no acompañamiento psicológico y si puede o no continuar con el desarrollo de las entrevistas.
 5. En caso de requerir acompañamiento psicológico, se remitirá al participante al psicólogo dispuesto para realizar el acompañamiento, al Centro de Bienestar de la

Universidad sede de la entrevista o se orientará la solicitud a la entidad de salud a la que pertenezca el participante.

6. Se realizará un seguimiento personal o telefónico del proceso.

7. En caso de que el participante manifieste su disposición a continuar en el estudio, y de que el equipo de investigadores lo considere pertinente, se convendrá una nueva cita para reanudar el proceso de recolección de información. De lo contrario, la participante puede abandonar el proceso sin que por haya sea expuesta a ninguna repercusión.

Contacto del Servicio Psicología de IPS

EPS	IPS	Teléfono	Dirección
-----	-----	----------	-----------

Contactos del Servicio Psicología de Contactos de Consultorios Psicológicos Estudiantiles en la ciudad:

Nombre	Universidad	Teléfono	Dirección
Centro de Bienestar	de Pontificia Universidad Javeriana	(602) 3218200 Ext. 3645	Ext. Calle 18 No. 118-250
Servicio de Salud Estudiantil	Universidad del Valle	(602)3212100 Ext. 7686	Ext. Calle 13 #100-00 Edificio D7 2do piso
CAPSI	Universidad Icesi	3213486077 +57 (2) 8821093 Ext. 117	Ext. Carrera 9 # 9-49 piso 2, centro de cali # 62-00

Contacto de Psicólogos accesibles para los participantes:

Nombre	Teléfono
Diego Emiro Correa	3174398350
Laura Vanessa Duque	3154523315

Anexo C. Instrumento de recolección de la información (entrevista)

Categoría 1: Revelación del estado de embarazo y momentos iniciales:

1. ¿Qué experiencias de tu historia de vida crees que han sido claves para tu percepción del embarazo y el parto?
2. ¿Antes de conocer su estado de embarazo, qué ideas o creencias tenía con relación a vivir esta experiencia?
3. ¿Qué significa para usted la maternidad?
4. ¿Qué pensamientos le vinieron a la cabeza cuando se enteró que estaba embarazada?
5. ¿Tenía alguna idea de cómo iba a vivir el embarazo?
6. ¿Qué información tenía sobre los cambios que iba a tener su cuerpo?
7. ¿Cómo fue la gestión de los procedimientos y los controles que debía realizarse?
¿Tuvo apoyo en este proceso?
8. ¿Cómo describiría su experiencia con relación a la primera cita médica y los controles médicos iniciales?
9. ¿Qué conocimientos tenía sobre los diferentes tipos de parto a los que podía acceder?
10. ¿Cuál era su preferencia con relación al tipo de parto, antes de recibir la noticia de su embarazo?
11. ¿Cómo describirías su reacción emocional al momento de la noticia de tu embarazo y en las semanas siguientes?

Categoría 2: Proceso de embarazo:

12. ¿Qué información recibió inicialmente sobre el proceso de embarazo por parte de los profesionales?
13. ¿Cómo describiría el acompañamiento que recibió a lo largo de su proceso de embarazo, por parte de su IPS, y de los profesionales de la salud?
14. ¿Percibió cambios importantes en su bienestar físico o mental durante el embarazo?
15. ¿Hubo momentos en los que experimentó emociones intensas, positivas o negativas? ¿Puede describirlos?
16. ¿La interacción con profesionales de la salud, o con su IPS generó algún tipo de reacción emocional negativa? ¿Podría dar un ejemplo?
17. ¿Contó con apoyo emocional de algún profesional o de su círculo cercano?
18. ¿Cómo describiría el acompañamiento de tu pareja y familia durante el proceso de embarazo?
19. ¿Cómo cree que su entorno familiar influyó en su experiencia de embarazo?
20. ¿Tuvo con quien hablar sobre sus emociones y preocupaciones respecto al embarazo?
21. ¿Cómo describiría su nivel de confianza en el personal de salud al tomar decisiones durante su embarazo?
22. ¿Hubo alguna decisión importante durante su embarazo o parto en la que sintió que no se tuvo en cuenta su opinión? ¿Qué le hubiera gustado que fuera diferente?

23. ¿Cómo describiría la relación que tuviste con el personal médico y de enfermería en esta etapa?
24. ¿Sintió que su opinión y decisiones fueron respetadas por los médicos o el personal de salud?
25. ¿Experimentó algún tipo de trato que le hizo sentir incómoda o, por el contrario, especialmente apoyada?
26. ¿Cómo fue la comunicación con el personal de salud? ¿Qué destacarías como aspectos positivos y negativos?

Categoría 3: Experiencia del parto y posparto:

27. ¿Cómo percibió los procedimientos médicos realizados durante su parto?
28. ¿Le explicaron con claridad cada procedimiento antes de llevarlo a cabo?
29. ¿Se sintió en libertad de hacer preguntas sobre el procedimiento que le iban a realizar?
30. ¿Hubo algún procedimiento que consideró innecesario o que le generó malestar?
31. ¿Recibió información clara y suficiente sobre el proceso de parto y posparto?
32. ¿Sintió que podía hacer preguntas y recibir respuestas comprensibles durante el proceso?
33. ¿Cómo describiría la atención y el trato que recibió por parte del personal de salud durante su parto?
34. ¿Se sintió acompañada emocionalmente en el parto? ¿Por quién y cómo lo percibió?

35. ¿En qué momentos se sintió más apoyada y en cuáles cree que faltó más acompañamiento?
36. ¿Hubo alguna situación específica que le resultó molesta o le afectó emocionalmente?
37. ¿Qué pasaba por su mente mientras sentías que tu bebé ya estaba por nacer?
38. ¿Tuvo alguna emoción predominante (miedo, alegría, ansiedad, alivio, confusión) en ese momento? ¿A qué cree que se debió?
39. ¿Podría describir con palabras cómo se sintió emocionalmente mientras su bebé nacía
40. ¿Recuerda si alguien del personal de salud le hizo algún comentario o le expresó algo incómodo en el momento del parto? ¿Cómo la hizo sentir?
41. ¿Tuvo alguna reacción física que se relacionara con lo que estaba sintiendo emocionalmente (llanto, temblores, risa, rigidez)?
42. ¿Ese momento fue como se lo había imaginado emocionalmente? ¿Por qué sí o por qué no?
43. ¿Pudo contar con la compañía de alguien de su confianza durante el parto?
44. ¿Cómo influyó la presencia o ausencia de su red de apoyo en su experiencia de parto?
45. ¿Sintió que el entorno favoreció una experiencia tranquila y segura?
46. ¿Hubo elementos en el espacio (luz, ruido, privacidad) que afectaron positiva o negativamente su experiencia?
47. ¿Cómo fue su experiencia en las dos semanas siguientes de dar a luz?

48. ¿Cómo fue la atención y la respuesta de los profesionales de salud para atender su posparto?

49. ¿Cómo recuerda su estado emocional las semanas siguientes al parto?

50. Finalmente, si compara lo que esperaba y lo que vivió durante su embarazo y parto, ¿Hay algo adicional a lo que le preguntamos que nos quiera compartir?

Anexo D. Instrumento de recolección de la información (grupo de discusión)

Número	Item
1	<p>En la categoría de sentimientos durante el parto, se encontraron emociones contrastantes: miedo, ansiedad y dolor, pero también felicidad, amor y alivio.</p> <p>¿Qué factores creen que influyen para que el parto sea recordado como una experiencia positiva o, por el contrario, como una vivencia traumática?.</p>
2	<p>En los resultados se evidenció que muchas de ustedes asociaron los procedimientos médicos con dolor, brusquedad o falta de explicación, mientras que otras destacaron un trato respetuoso y empático.</p> <p>¿Qué creen que marca la diferencia entre una atención que se percibe cómo negativa y una que se percibe como humanizada?</p>
3	<p>En los relatos sobre el proceso de parto y posparto se evidencian experiencias muy diversas: algunas de ustedes mencionaron sentirse acompañadas, escuchadas y seguras,</p>

	<p>mientras que otras recordaron ese momento con dolor, desinformación o falta de apoyo.</p> <p>¿Qué creen que hizo que la experiencia del parto y el posparto en su caso se viviera como un proceso acompañado y de respeto, o, por el contrario, como un momento difícil o incluso violento?</p>
4	<p>Con base en sus experiencias, y en lo compartido en este espacio de conversación</p> <p>¿Qué recomendarían a las instituciones que forman profesionales de la salud, para sensibilizar frente a la humanización del embarazo y el parto?</p>