

Artículo de investigación

<https://doi.org/10.47460/minerva.v5i15.176>

El parto humanizado: aportes desde la sociología

Gisela Yupangui*

<https://orcid.org/0000-0001-8859-1244>

gyupangui5017@uta.edu.ec

estefaniayupangui@gmail.com

Universidad Técnica de Ambato

Ambato, Ecuador

Eulalia Analuisa

<https://orcid.org/0000-0002-7906-7640>

ei.analuisa@uta.edu.ec

Universidad Técnica de Ambato

Ambato, Ecuador

*Autor de correspondencia: gyupangui5017@uta.edu.ec

Recibido (11/08/2024), Aceptado (13/09/2024)

Resumen: En este estudio se analizó la percepción del personal de enfermería sobre el parto humanizado actualmente. Se realizó una investigación con diseño cualitativo con enfoque fenomenológico exploratorio, con un muestreo propositivo incluyendo a personal del área de maternidad y centro obstétrico. Se aplicó el criterio de saturación de información. Para la recolección de información se utilizaron guías de entrevistas semiestructuradas. El análisis se realizó en base a la teoría fundamentada, consiguiendo cinco categorías: percepción, promoción, conocimiento, factores, derechos sexuales y reproductivos. Los principales resultados muestran que el parto humanizado dejó de practicarse durante la pandemia por razones de temor de contagio y que está siendo retomado desde el año 2022. Finalmente se debe tener en cuenta que el parto humanizado es la mejor opción para las madres, ya que ayuda en la recuperación de la madre y en el bienestar del bebé, pero los centros de salud deben tener la preparación y empatía para atender a las pacientes apropiadamente.

Palabras clave: parto humanizado, enfermería, atención médica, atención hospitalaria

Humanized childbirth: contributions from sociology

Abstract.- This study examined nurses' perceptions of humanized childbirth in the current context. A qualitative research design with an exploratory phenomenological approach was employed, using purposive sampling that included personnel from maternity and obstetrics units. The information saturation criterion was applied. Data collection was carried out using semi-structured interview guides. The analysis was based on grounded theory, resulting in five categories: perception, promotion, knowledge, factors, and sexual and reproductive rights. The main findings reveal that humanized childbirth was largely interrupted during the pandemic due to fear of contagion but has gradually resumed since 2022. Ultimately, it is fundamental to emphasize that humanized childbirth represents the best option for mothers, as it facilitates maternal recovery and contributes to the well-being of the baby. However, healthcare facilities must be adequately prepared and empathetic to care for patients effectively.

Keywords: humanized childbirth, nursing, medical care, hospital care

I. INTRODUCCIÓN

Con la llegada de la pandemia de COVID-19 a inicios del 2020 el sistema de salud en todos los países se vio gravemente afectado por el incremento de pacientes, en muchas ocasiones se dejó de dar la debida atención a las parturientas ya que el simple hecho de tenerlas en una institución de salud era un riesgo para un virus desconocido hasta el momento. Por dicha razón, el parto humanizado dejó de ser prioridad por la precaria situación en los centros de salud, con restricciones impuestas para salvaguardar la salud de la madre y el hijo [1]. A pesar de ello el personal de enfermería al ser un pilar dentro de la atención de la parturienta es quien de primera mano vivió los cambios que se generaron durante la pandemia en relación con el proceso de parto y la aplicación de parto humanizado [2] [3].

El parto humanizado pasó un segundo plano con las necesidades de atención primarias enfocadas en el virus, que ponía en riesgo no solo la vida de un gran número de pacientes sino de un importante número de personal médico y personal de salud. Todo este escenario, evitó que se practicara el parto humanizado, así como que se redujera la atención especial a madres embarazadas, dándole toda la atención a los pacientes por COVID-19, quienes eran mayoría en cantidad y en riesgo de contagio para todo el personal de los centros de salud.

En algunos países, como España, se optó por el parto en casa durante el período de pandemia, y los partos en hospitales se redujeron en un 75%. En países como Estados Unidos y Reino Unido también realizaron la mayor cantidad de partos en casa, creando incluso redes de parteras para atender a las madres embarazadas en el hogar, reducir los problemas de contagio en muerte dada en los hospitales. Sin embargo, en países latinoamericanos, como Perú y Ecuador no tuvieron la misma iniciativa, y en el caso de Perú se dieron importante número de muertes por desatención, mientras que, en el caso de Ecuador, a pesar de haber sido desatendidas, hubo menos fallecidas por razones del mismo tipo.

En este trabajo se analizan los elementos del parto humanizado, que luego del período más duro de la pandemia, se retoma en las salas de parto de los centros de salud. La investigación pretende analizar la función de las enfermeras en el proceso de parto humanizado. Para ello, se ha realizado una metodología cualitativa, exploratoria con enfoque fenomenológico, que considera la participación directa de elementos de la sociedad, como madres que hayan vivido la experiencia y enfermeras que hayan formado parte de la atención en partos durante el período de pandemia. Para esto, se analizan entrevistas personales, se toman en cuenta los criterios expuestos y se asocia con los valores propios del parto humanizado.

II. DESARROLLO

El parto humanizado consiste en procurar una atención integral a la parturienta, brindar las herramientas necesarias para mejorar la experiencia del parto tanto para la madre, la familia y el bebe [4]. Mediante estrategias de relajación y manejo del dolor no farmacológico (deambulación, musicoterapia, visualización, acompañamiento durante el proceso de parto) se busca que la paciente esté cómoda con el proceso de parto y pueda ser una mejor experiencia para ella y el recién nacido. Por lo tanto, es de vital importancia para el personal de salud conocer toda la información necesaria sobre el parto humanizado y aplicarlo dentro de lo posible, ya que se trata de la culminación del embarazo e inicio de una nueva vida [5].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace algunos años insiste en mejorar la experiencia del parto, de acuerdo con un informe emitido en el año 2018 la gran mayoría de los partos que se dan anualmente, no tienen complicaciones. Sin embargo, en un gran porcentaje se han aplicado procedimientos médicos invasivos para acelerar el trabajo de parto, llegando incluso a la práctica de cesáreas innecesarias [6]. Por dicha razón, esta organización a través de actualización de guías de práctica relacionadas con la atención a la gestante promueve el ejercicio de parto humanizado con el fin de mejorar los beneficios para la madre y el hijo.

Sin embargo, en Ecuador el porcentaje de intervenciones quirúrgicas durante el parto en el año 2018 fue del 38%, pero no todas estas tienen una razón que la justifique, solo el 36% de las cesáreas realizadas en el país son justificadas por razones clínicas suficientes [7]. A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública (MSP) por implementar salas y equipamiento necesario en las distintas casas de salud para que pueda brindarse una atención de calidad a las embarazadas, no se ha logrado que ellas se sientan cómodas con el parto natural y que la cesárea no sea una opción prioritaria. La aplicación del parto humanizado ha sido un reto, pero el personal de salud, ya que por desconocimiento o temor no ha tenido la acogida esperada. Y tras la pandemia de COVID-19 esto se dificultó aún más viéndose un retroceso en el parto humanizado en el país.

También, se ha podido observar que en los centros de salud pública existen un importante número de estudiantes pasantes, que muchas veces causan incomodidad a las madres embarazadas, por la inseguridad de que estos puedan brindarle la atención adecuada, haciendo que las mujeres que pueden optar por cesárea en centros privados lo hagan sin evaluar otras opciones. Este desconocimiento, ha hecho que el parto humanizado no sea una práctica común, y no sea algo confiable para un número considerado de madres embarazadas.

Otros escenarios, no muy favorables para el parto humanizado, ha sido la práctica obligatoria del parto en centros públicos, donde madres con problemas de preeclampsia han perdido la vida por intentar el parto natural en condiciones de salud donde no era posible esta metodología. Estos sucesos impiden que el parto humanizado no tenga la mejor acogida entre las mujeres embarazadas, y que el miedo prevalezca en el común de las madres. Sin embargo, existen experiencias de vida que pueden favorecer la promoción del parto natural humanizado, que deben hacerse conocer para que puedan prevalecer estas prácticas de salud.

A. Características del parto humanizado

Si bien es cierto que, de los muchos partos ocurridos en el mundo, la gran mayoría resultan ser procesos exitosos sin mayores complejidades, también es cierto que en los últimos años ha habido un incremento en las complicaciones durante el parto, y con ello se han producido también un aumento innecesario de los partos por cesárea, sobre todo en América Latina y Estados Unidos. A pesar de esto, también es importante destacar que en América Latina es donde más se producen muertes durante el parto natural, bien por enfermedades como preeclampsia, como por situaciones propias de cada paciente o de cada centro de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe publicado en el año 2018, realizó una lista de 56 características que deben cumplirse para realizar un parto humanizado de la mejor manera, y ofrecer tranquilidad a las familias, bienestar a las madres y sus recién nacidos, y promoción del parto natural como mejor alternativa para la salud de la madre y su hijo. Los criterios por considerar en el parto humanizado son [8]:

- Atender respetuosamente a la madre, manteniendo su dignidad, confidencialidad y privacidad.
- Establecer una buena línea de comunicación entre el personal de salud y las embarazadas y brindar apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar, entre otras.
- Informar a la paciente que la etapa latente del parto varía de una mujer a otra, aunque la etapa activa (dilatación cervical mayor a 5 cm y mayor borramiento) por lo general no dura más de 12 horas en primerizas y más de 10 h en multíparas.
- Para reducir las intervenciones médicas innecesarias, no se recomienda establecer el punto de referencia para la dilatación cervical a 1 cm/h por considerarlo inexacto al identificar mujeres en riesgo de resultados adversos.
- No se aconseja la utilización de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto (como la oxitocina o la cesárea) antes de tener una dilatación cervical de 5 cm, siempre que no existan complicaciones.
- No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina para mujeres embarazadas sanas en trabajo de parto.
- Para evaluar el bienestar fetal se indica la auscultación a través de ultrasonido Doppler. En mujeres sanas no se recomienda la cardiotocografía de rutina durante el trabajo de parto espontáneo.
- No se aconseja el rasurado perineal/púbico, la limpieza con clorhexidina, ni la utilización de enemas de rutina antes del parto vaginal.
- En embarazadas de bajo riesgo se debe hacer tacto vaginal cada 4 horas.
- El alivio del dolor depende de la preferencia de cada mujer, quien puede elegir la analgesia epidural durante el trabajo de parto, otros medicamentos analgésicos naturales o no utilizar ningún método.
- Según los deseos de la mujer, se recomiendan técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, música, meditación, etc.) o técnicas manuales (masajes, compresas de agua caliente, etc.).
- Se sugiere que las mujeres con bajo riesgo coman o tomen líquido durante el trabajo de parto.
- La amniotomía sola o con oxitocina, la oxitocina (en mujeres que recibieron anestesia peridural), los fármacos antiespasmódicos o la administración de líquidos intravenosos (con la finalidad de disminuir la duración del trabajo de parto), no se recomiendan como intervenciones para prevenir el retraso en la labor de parto.
- Se aconseja mantener la movilidad y la posición vertical en mujeres con bajo riesgo durante la primera fase del parto. La mujer tiene derecho a elegir la postura en la que quiere dar a luz (incluida la posición de pie), haya recibido o no anestesia peridural.
- Las mujeres en la fase expulsiva deben ser alentadas y apoyadas para seguir su propio impulso de pujar. No deben ser presionadas.
- En las embarazadas con analgesia epidural, en la segunda etapa del trabajo de parto, se recomienda retrasar el pujo durante una o dos horas después de la dilatación completa o hasta que la mujer recupere el deseo de pujar, siempre que se cuente con los recursos para tratar una posible hipoxia perinatal.
- La episiotomía de rutina y la presión manual uterina no se aconsejan en pacientes con parto vaginal espontáneo.
- La paciente puede elegir técnicas para disminuir el trauma perineal, como el uso de compresas calientes o el masaje perineal, entre otros.
- La administración de uterotónicos (oxitocina UI IV/IM) se debe hacer en todas las mujeres que han dado a luz para prevenir la hemorragia posparto.
- Esperar al menos un minuto para cortar el cordón umbilical.
- No se debe succionar la nariz y la boca del recién nacido si éste respiró por sí solo y el líquido amniótico es claro.
- El contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido debe ocurrir durante la primera hora, para estrechar los vínculos afectivos, disminuir el riesgo de hipotermia y estimular la lactancia.
- Es ideal esperar 24 horas antes de bañar al recién nacido.

III. METODOLOGÍA

En este trabajo se realizó una investigación con diseño cualitativo con enfoque fenomenológico y exploratorio, por tanto, se obtuvieron datos de fuentes primarias como el personal médico y de salud para conocer los puntos de vistas según la aplicación del parto humanizado. La población de estudio estuvo constituida por profesionales de enfermería del Hospital General Provincial de Latacunga, que dieron atención directa a pacientes en trabajo de parto. Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo propositivo. De este modo se escogió a personal de maternidad y centro obstétrico que haya laborado en dichos servicios antes y durante la pandemia. También se aplicó el criterio de saturación de información, que trata de recolectar información hasta que esta se vuelva repetitiva y no se consigan datos nuevos o relevantes.

Para la recolección de la información se desarrollaron entrevistas semiestructuradas en base a una guía que podía variar en función de cada participante. El análisis de datos se hizo con base en la Teoría fundamentada, con el fin de clasificar y categorizar la información para comprender a fondo la problemática y la experiencia de los individuos involucrados. Obteniendo así cinco categorías: percepción, promoción, conocimiento, factores y derechos sexuales y reproductivos. Con las que se realizó el análisis de la información. Por tanto, se realizó un tratamiento de información y datos basados en la bioética, con el fin de respetar datos personales y sensibles y recoger solo los necesarios para este estudio.

IV. RESULTADOS

Una vez recolectada la información es posible destacar los siguientes resultados:

En el tiempo más difícil de la pandemia por COVID-19 no fue posible realizar procedimientos de parto humanizado, y solo se tomaron las acciones básicas para que el parto fuera efectivo, sin considerar otros aspectos como el acompañamiento familiar y el reposo adecuado, ya que los procesos de aislamiento y rigor por la pandemia impedían estos métodos, y se le daba más prioridad al hecho de que la madre y el bebé regresaran a casa con la menor estancia posible en los hospitales. Además, por los escasos recursos con los que contaban los centros de salud, no era posible atender a las madres embarazadas de la mejor manera, tanto por la falta de camas, la falta de médicos y enfermeras, que tenían su principal atención en pacientes de coronavirus.

Las situaciones de ansiedad y estrés en madres embarazadas se ha ido incrementando desde el inicio de la pandemia, ya que los riesgos que tiene la madre y su hijo al ingresar a los centros de salud es bastante alto, además de los riesgos de contagio por el mismo personal médico y de salud, que crea desconfianza en las madres que requieren atención de parto. Esta situación de inseguridad, ansiedad y estrés en madres embarazadas pudiera ser causa de otras complicaciones del embarazo, que pueden también afectar la salud de la madre y el bebé.

El conocimiento de la madre sobre el parto humanizado y sobre el parto en general, le permiten a ella tomar las decisiones apropiadas para su momento de parto, ya que esto puede facilitar el nacimiento, el manejo del dolor, los mecanismos de respiración y demás elementos propios de la labor de parto. Por tanto, la difusión del conocimiento es fundamental para la correcta aplicación del parto humanizado, tanto desde la visión de la madre como de la práctica profesional de las enfermeras y personal de salud.

Dentro de la promoción del parto humanizado se ha encontrado que se da desde el primer nivel de atención a través de los controles prenatales, el personal de salud va educando a la gestante durante todo el proceso de embarazo, principalmente sobre el parto humanizado, sus beneficios, la posición que desearía elegir para el parto, quien desea que le acompañe, de manera que la madre se encuentre preparada para el momento de parto y pueda tomar decisiones adecuadas, que procuren el bienestar tanto de ella como de su hijo.

Existen normativas que deben hacerse conocer por los involucrados en el proceso de parto, tanto médicos como pacientes, para de esa manera tener el apoyo necesario a las madres y sus bebés. De esta manera, la Normativa para Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMYN), ofrecen las herramientas necesarias para conocer todos los criterios y detalles del parto humanizado. El conocimiento del personal de enfermería acerca del parto humanizado es importante para su correcta aplicación y aún más para lograr una buena acogida. Además, se nota una necesidad constante de actualización de conocimientos sobre nuevas técnicas. Lo que conlleva a la necesidad de cambios dentro de las normativas vigentes para poder dar una atención de calidad a la mujer durante el proceso de parto.

El rol del personal de enfermería durante el proceso de parto radica en el acompañamiento, en el apoyo y en la ayuda del manejo del dolor mediante diversas técnicas no farmacológicas. Brindando en cada momento atención de calidad y calidez para conseguir que la parturienta tenga una buena experiencia durante el parto. A pesar de ello durante la pandemia estas actividades disminuyeron principalmente por temor de la gestante de permanecer en la institución de salud y contagiarse del virus o que su hijo se contagie. También es importante reconocer que existen centros de salud público donde el rol de la enfermera no es el más apropiado, y las pacientes en situación de paro no se sienten a gusto con el trato, haciendo más difícil la relación para el parto humanizado.

La falta de conocimiento, la inseguridad, el temor, la primiparidad, la falta de promoción, son factores que afectan a la confianza en el parto humanizado en las parturientas ya que no cuentan con la debida información del tema o lo ven como algo innecesario. Los factores que principalmente influyen en la aplicación del parto humanizado es la percepción de riesgo, la falta de información sobre los beneficios, las técnicas de esta práctica, la costumbre.

Finalmente, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres dentro del proceso del parto a pesar de las barreras y restricciones se han respetado en todo momento, tomando en cuenta que ello es parte de la atención a la parturienta. El personal de salud trata de que atención a la mujer sea óptimo haciendo uso de estrategias y normativas vigentes. Por otro lado, que a pesar de los esfuerzos por dar una buena atención existen aún prácticas innecesarias y abusos verbales por parte de ciertos profesionales de salud por lo que aún es un reto conseguir el parto totalmente humanizado en la actualidad que hace falta más educación tanto del personal de salud como a la embarazada.

El consenso científico dice que cada país debería tener una tasa de entre un 10% y 15% de operaciones de este tipo, pero hay lugares en los que sobrepasa el 50%, como el caso de Brasil con un 56%. Sin embargo, es importante destacar que, en el Ecuador, por sus características geográficas, hay un importante número de madres con preeclampsia, que deberían ser atendidas por cesárea, por el alto riesgo que conlleva para ellas un parto natural, según informes de la OMS donde se refleja la necesidad de cesárea en casos de preeclampsia.

CONCLUSIONES

El parto humanizado debe realizarse siguiendo todas las recomendaciones de la OMS, ya que no se trata solamente de dejar a la mujer elegir la posición del parto o la compañía durante este, sino de otros elementos técnicos médicos que deben cumplirse para la buena salud de la madre y su hijo posterior al parto.

Es importante que el personal médico y de salud en general conozca los elementos del parto natural, y que su vocación en la profesión sea sincera y comprometida, porque esto permitirá que se de el trato adecuado a las pacientes, y no incurrir en palabras y tratos inadecuados, que no solo perjudican la motivación de las pacientes, sino que perjudica la imagen del personal de enfermería.

La adecuada aplicación del parto humanizado permitirá una promoción natural de este, en las madres que estén en proceso de gestación, sin mayores complicaciones en la capacitación, ya que la aplicación correcta del parto humanizado hará que la información vaya de persona a persona de forma sencilla y en beneficio de las pacientes.

La formación y capacitación en los centros de estudios, colegios y universidades, puede ser una alternativa para que exista una cultura del parto humanizado desde la infancia y la juventud, de manera que sea un proceso natural en la vida de toda mujer, y que sea concebido como una decisión idónea de las familias por el bienestar de la madre y el bebé.

La selección de enfermeras comprometidas con vocación de servicio será un aspecto importante para asegurar una atención apropiada durante el parto, sea con la aplicación de parto humanizado o por cualquier otro método, ya que representa uno de los momentos más importantes para la madre y su familia, y es la base fundamental de la vida humana.

El parto humanizado debe realizarse siguiendo todas las recomendaciones de la OMS, ya que no se trata solamente de dejar a la mujer elegir la posición del parto o la compañía durante este, sino de otros elementos técnicos médicos que deben cumplirse para la buena salud de la madre y su hijo posterior al parto.

Es importante que el personal médico y de salud en general conozca los elementos del parto natural, y que su vocación en la profesión sea sincera y comprometida, porque esto permitirá que se de el trato adecuado a las pacientes, y no incurrir en palabras y tratos inadecuados, que no solo perjudican la motivación de las pacientes, sino que perjudica la imagen del personal de enfermería.

La adecuada aplicación del parto humanizado permitirá una promoción natural de este, en las madres que estén en proceso de gestación, sin mayores complicaciones en la capacitación, ya que la aplicación correcta del parto humanizado hará que la información vaya de persona a persona de forma sencilla y en beneficio de las pacientes.

La formación y capacitación en los centros de estudios, colegios y universidades, puede ser una alternativa para que exista una cultura del parto humanizado desde la infancia y la juventud, de manera que sea un proceso natural en la vida de toda mujer, y que sea concebido como una decisión idónea de las familias por el bienestar de la madre y el bebé.

La selección de enfermeras comprometidas con vocación de servicio, será un aspecto importante para asegurar una atención apropiada durante el parto, sea con la aplicación de parto humanizado o por cualquier otro método, ya que representa uno de los momentos más importantes para la madre y su familia, y es la base fundamental de la vida humana.

REFERENCIAS

- [1] D. Borges y A. Dominguez, «El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer,» *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 44, nº 3, 2018.
- [2] S. Costa y J. Goberna, «Experiencia del embarazo y parto en casa durante la pandemia de Covid-19,» *Index de Enfermería*, vol. 30, nº 3, 2022.
- [3] D. Proaño, «El parto en tiempos de COVID-19,» *Fundación de Waal*, 20 7 2020. [En línea]. Available: <https://fundaciondewaal.org/index.php/category/parto-humanizado/>. [Último acceso: 2022 6 30].
- [4] M. Palma, «Parto humanizado,» *Acta Médica Costarricense*, vol. 62, nº 2, pp. 52-53, 2020.

- [5] MSP, «Ministerio de Salud Publica,» 2016. [En línea]. Available: <https://www.salud.gob.ec/parto-respetuoso-en-libre-posicion-y-con-pertinencia-intercultural/>. [Último acceso: 30 06 2022].
- [6] S. Lavanderos y C. Diaz, «Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado,» *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 86, n° 6, 2022.
- [7] J. Franco, L. Calderon, M. Cujilan y J. Salazar, «Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi "Dr. José Cevallos Ruíz",» *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, vol. 2, n° 1, pp. 716-736, 2018.
- [8] Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), «Recomendaciones de la OMS para un parto humanizado,» 2018.
- [9] D. Fuster, «Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico,» *Propósitos y Representaciones*, vol. 7, n° 1, pp. 201-229, 2019.
- [10] T. Otzen y C. Manterola, «Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio,» *Int. J. Morphol.*, vol. 35, n° 1, pp. 227-232, 2017.
- [11] C. Martinez, «El buceo en investigacion cualitativa. Principios básicos y algunas controversias,» *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, n° 3, pp. 613-619, 2012.
- [12] T. Vivez y L. Hamui, «La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos,» *Investigación en educación médica*, vol. 10, n° 40, pp. 97-104, 2021.
- [13] O. Arguedas, «Elementos basicos de bioetica en investigacion,» *Acta Médica Costarricense*, vol. 52, n° 2, 2010.
- [14] X. Wang, M. Liu, K. Ian y S. Tee, «Understanding the pregnant women's experiences during the COVID-19 pandemic in Macao: A qualitative study,» *International Journal of Nursing Sciences*, 2022.
- [15] Erika, «A concept analysis of maternal role in pregnant adolescen,» *Enfermeria Clinica*, vol. 29, n° 1, pp. 16-18, 2018.
- [16] C. Peraza, F. Benitez y Y. Galeano, «Modelo de promoción de salud en la Universidad Metropolitana de Ecuador,» *Medisur*, vol. 17, n° 6, pp. 903-906, 2019.
- [17] H. Gonzales, R. Rodriguez y A. Martin, «Recomendaciones y manejo práctico de la gestante con COVID-19: scoping review recommendations and practical management of pregnant women with COVID-19: A scoping review,» *ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. REVISIÓN*, vol. 31, n° 1, pp. 100-106, 2021.
- [18] H. Dodou, D. Rodriguez, E. Guerrero y M. Cavalcante, «The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women,» *Escola Anna Nery*, vol. 18, n° 2, 2014.
- [19] J. Ortiz, C. Adrian, C. Fernandez, M. Mella, M. Villagran, M. Diaz y J. Quiroz, «Childbirth experiences of immigrant women in Chile: Trading human rights and autonomy for dignity and good care,» *Midwifery*, vol. 101, 2021.