

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación fami- liar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención

Luz Angela Sossa Pinilla

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2018

Valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención

Luz Angela Sossa Pinilla

**Tesis presentada como requisito para optar el título de:
Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal**

Directora:

M.Sc. Martha Patricia Bejarano Beltrán

Programa de Maestría en Enfermería

Área de investigación:

Cuidado de la Salud Materno Perinatal

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2018

Dedicatoria

Con infinito amor, y eterna gratitud dedico este triunfo a:

A Dios y a la Virgen María, fuentes de fortaleza espiritual, sabiduría, entendimiento y perseverancia. Por ser la luz que han guiado cada uno de los pasos que he dado en el transcurso de mi vida para seguir adelante.

A mi esposo, hijos, madre y hermanos por ser pilares fundamentales en mi vida; por las palabras de aliento, consejos, y el apoyo incondicional brindado a lo largo del trayecto de mi existencia y por el sacrificio enorme de soportar tanto tiempo mi ausencia, durante mis días académicos y laborales, para alcanzar esta meta propuesta.

A cada uno de los docentes que de manera comprometida y responsable fortalecieron y ampliaron mi conocimiento intelectual y contribuyeron en el crecimiento personal y formación profesional. Permitiendo en primer lugar fortalecer la calidad y humanización del Cuidado, en segunda instancia la transformación de la práctica y la investigación a favor de promover el bienestar biopsicosocial del ser humano.

A todas las personas que ven mi triunfo como suyo, porque de una u otra forma han sido cómplices en el logro de este nuevo objetivo.

Agradecimientos

A Dios y a la Virgen María por darme la capacidad de hacer realidad mis sueños; por posibilitar vencer los obstáculos, no declinar ante las dificultades y permitir culminar con éxito este nuevo reto.

A mi esposo, compañero y amigo; persona fundamental en mi vida, quien me escucho, comprendió y me apoyo con cariño y de manera incondicional a enfrentar este desafío.

A mis hijos, los seres más preciados y motivadores de mi vida, quienes han sido fuente de inspiración, transformación y piezas fundamentales para seguir superándome.

A mi madre que con sabiduría ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos, valores y principios; porque gracias a ello he podido avanzar.

A mis hermanos, quienes han sido cómplices en este proceso, los cuales con cariño y a través de la motivación y colaboración facilitaron su desarrollo.

A la Universidad Nacional en convenio con la Universidad de Sucre, por su aporte en el proceso de edificación formativa, por haber impartido el conocimiento necesario que permitió desarrollar en mí competencias, capacidades y habilidades para crecer, fortalecer y transformar mi actuar como persona, como profesional y como gestora de proyectos.

A la profesora Martha Patricia Bejarano, Directora de Tesis, un ángel que el ser supremo puso en mi camino, quien con su experiencia, conocimiento y paciencia dedico su valioso tiempo para motivarme, guiarme y apoyarme en el desarrollo de esta investigación.

A Xavier, José y Cesar quienes con sus conocimientos, habilidades y consejos posibilitaron la ejecución de cada proceso planteado en el estudio.

A los administrativos de la IPS de atención privada objeto de estudio por su apoyo y colaboración al permitirme desarrollar en la institución la presente investigación orientada a fortalecer el cuidado, y generar mayor bienestar en la mujer durante y después de la gestación.

A los profesionales de enfermería que desempeñaron las funciones de auxiliar investigativo, quienes ejecutaron con habilidad y destreza las actividades asignadas.

A cada una de las gestantes de la IPS de atención, protagonistas del estudio y parte esencial para el desarrollo de la investigación, quienes voluntariamente aceptaron participar en la investigación y me permitieron entrar, compartir y enriquecer las experiencias en sus vidas.

Luz Angela Sossa Pinilla.

Resumen

El profesional de enfermería, como líder del cuidado, tiene el compromiso de brindar a la gestante un cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal. Al realizar la revisión de la literatura, se encontró inadecuada consejería en planificación familiar durante la consulta prenatal, déficit en el autocuidado con respecto a la prevención de embarazos después del parto, aumento en las tasas de fecundidad y natalidad en Sincelejo. De igual forma en la institución de salud, objeto de estudio, se evidenció embarazos en periodos intergenésicos cortos, presencia de embarazos en multíparas y adolescentes; bajas coberturas en la consulta de planificación familiar después del parto. A partir de este contexto se evidencia un problema de cuidado en planificación familiar que requiere ser intervenido por parte del profesional de enfermería durante la consulta prenatal.

La presente investigación es de tipo pre experimental, en ella se plantea una intervención de cuidado en planificación familiar, donde se mide y compara en un único grupo de gestantes el valor del cuidado antes y después de la intervención, a través del instrumento Escala de Cuidado Profesional (ECP) versión en español. El objetivo general de la investigación consiste en determinar la valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención, basada en la teoría de Swanson, en una institución privada de primer nivel de atención de Sincelejo. La muestra fue de tipo no probabilística, por conveniencia, representada por 46 gestantes que acudieron a la consulta prenatal habitual con el profesional de enfermería y que además recibieron la intervención durante el mes de marzo del 2018.

El análisis de los datos sociodemográficos, mostraron que la edad de la muestra estuvo comprendida entre 16 y 40 años; el estado civil que predominó fue la unión libre; prevaleció el embarazo no planeado; la mayoría de las mujeres no usaban un método de planificación familiar antes de la actual gestación. La investigación arrojó que el valor del cuidado profesional de enfermería antes de la intervención en

planificación familiar, derivado de la consulta prenatal habitual fue de 50,07, estimándose como *Bueno*. Así mismo el valor del cuidado obtenido después de la intervención basada en los procesos de cuidado de K. Swanson fue de 56,99, considerando el valor del cuidado como *Excelente*.

Palabras clave: Consulta Prenatal; Planificación Familiar; Intervención; Cuidado; Gestantes.

Abstract

The nursing professional, as a care leader, is committed to providing the pregnant woman with family planning care during the prenatal consultation. When re-viewing the literature, family planning counseling was found inadequate during prenatal consultation, deficit in self-care with respect to the prevention of pregnancies after childbirth, increase in fertility and birth rates in Sincelejo. Similarly, in the health institution, object of study, pregnancies were evidenced in short intergenic periods, presence of pregnancies in multiparous and adolescents; very low coverages in the family planning consultation after delivery. From this text, a problem of care in family planning that needs to be intervened by the nursing professional during the prenatal consultation is evident.

The present investigation is of pre experimental type, in it a care intervention in family planning is proposed, where the value of care before and after the intervention is measured and compared in a single group of patients, through the instrument Scale of Professional Care (ECP) Spanish version. The general objective of the research is to determine the assessment made by pregnant women of professional care in family planning during prenatal consultation before and after an intervention, based on Swanson's theory, in a private institution. Sincelejo's first level of attention. The sample was non-probabilistic, for convenience, represented by 46 pregnant women who attended the usual prenatal consultation with the nursing professional and who also received the intervention during the month of March 2018.

The analysis of the sociodemographic data, it was found that the age of the sample was between 16 and 40 years; the civil state that predominated was the free union; the unplanned pregnancy prevailed; most women did not use a family planning method before the current pregnancy. The investigation showed that the value of nursing professional care before intervention in family planning, derived from the usual prenatal consultation was 50.07, estimated as Good. Likewise, the value of

the care obtained after the intervention based on the care processes of K. Swanson was of 56.99, considering the value of care as Excellent.

Keywords: Prenatal Consultation; Family planning; Intervention; Watch out; Mothers.

Tabla de Contenido

Resumen.....	6
Abstract.....	8
Lista de Figuras.....	14
Introducción.....	18
1. Capítulo I: Marco referencial	20
1.1. Descripción del área problemática	20
1.2. Planteamiento del problema	25
1.3. Justificación.....	26
1.3.1. Significancia social.....	27
1.3.2. Significancia disciplinar.....	29
1.3.3 Significancia teórica	30
1.4. Objetivos	31
1.4.1. Objetivo general.....	31
1.4.2. Objetivos específicos	32
1.5. Hipótesis de la investigación	32
1.6. Variables de la investigación.....	32
1.6.1. Descripción de variables.....	32
1.7. Definición de conceptos	33
2. Capítulo II: Marco conceptual y teórico	35
2.1. Teoría de Kristen Swanson: Cuidado informado para el bienestar de otros 35	
2.1.1. Supuestos de la teoría <i>Cuidado informado para el bienestar de otros:</i> nivel filosófico	39
2.1.2. Procesos de la teoría <i>Cuidado informado para el bienestar de otros:</i> nivel teórico.....	41
2.1.3. Teoría Cuidado informado para el bienestar de otros: nivel empírico... 44	
2.2. Intervención de cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal, basado en los procesos de cuidado de K. Swanson.....	47
2. 3. Consulta prenatal habitual	50
2.4. Evaluación del cuidado profesional.....	50

3. Capítulo III: Marco de diseño.....	52
3.1. Tipo de estudio.....	52
3.2. Universo.....	52
3.3. Población.....	52
3.4. Muestra.....	52
3.4.1. Criterios de inclusión.....	53
3.4.2. Criterios de exclusión.....	53
3.4.3. Tamaño de la muestra.....	53
3.5. Fuente de información.....	54
3.6. Instrumento.....	54
3.6.1. Descripción y variables del instrumento.....	55
3.7. Fases de la investigación.....	58
3.7.1. Prueba piloto.....	58
3.7.2. Procedimiento para la recolección de la información.....	60
3.8. Plan de análisis de los datos.....	62
3.9. Procesamiento de la información.....	64
3.10. Riesgos del diseño.....	64
3.11. Difusión de los resultados.....	66
3.12. Consideraciones éticas.....	66
4. Capítulo IV: Marco de análisis de resultados.....	70
4.1. Resultados.....	70
4.1.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra.....	70
4.1.2. Análisis descriptivo comparativo de los resultados obtenidos en la Escala Profesional de Cuidado (ECP) antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar.....	75
4.1.2.1 Subescala Sanador compasivo antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar.....	75
4.1.2.1.1 Análisis de los resultados encontrados en la Subescala Sanador compasivo antes de la intervención de cuidado (consulta prenatal habitual)	84

4.1.2.1.2 Análisis de los resultados encontrados en la Subescala Sanador compasivo después de la intervención de cuidado en planificación familiar basada en los procesos de cuidado de la teoría de K. Swanson.....	85
4.1.2.2. Subescala Sanador competente antes y después de la intervención de cuidado de cuidado en planificación familiar.....	87
4.1.2.3. Comparación de las variables y análisis estadístico de los valores encontrados	103
5. Discusión, Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones	109
5.1. Discusión	109
5.2. Conclusiones.....	114
5.3. Recomendaciones	116
5.4. Limitaciones	117
Referencias	120

Lista de Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado	131
Anexo 2: Declaración juramentada	135
Anexo 3: Protocolo de capacitación a los auxiliares de investigación con respecto a la teoría de Kristen Swanson.....	136
Anexo 4: Escala de Cuidado Profesional (ECP), versión en español, 2013.....	138
Anexo 5: Solicitud a autora para el uso de la Caring Professional Scale (CPS), versión original	140
Anexo 6: Autorización de la autora para el uso de la Caring Professional Scale (CPS), versión original	141
Anexo 7: Solicitud a autoras para el uso de la Escala de Cuidado Profesional (ECP), versión en español.....	142
Anexo 8: Autorización de autoras para el uso de la Escala de Cuidado Profesional (ECP), versión en español.....	143
Anexo 9: Autorización de la Gerente de la IPS objeto de estudio dirigida al Coordinador para realizar la investigación en la institución de salud	144
Anexo 10: Autorización de la Gerente de la IPS objeto de estudio dirigida a la tutora de la investigación para realizarla en la institución de salud	145
Anexo 11: Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia	146

Lista de Figuras

Figura 1: Supuestos de la teoría Cuidado informado para el bienestar de otros. 41

Lista de Tablas

Tabla 1: Características del cuidado de Milton Mayeroff	35
Tabla 2: Supuestos del cuidado de Jean Watson	37
Tabla 3: Procesos Caritas de cuidado de Jean Watson	37
Tabla 4: Conceptos y definiciones de la teoría Cuidado informado para el bienestar de otros de Kristen Swanson	44
Tabla 5: Estructura del cuidado	46
Tabla 6: Escala de valoración del Cuidado Profesional (ECP)	56
Tabla 7: Características sociodemográficas de las gestantes de la IPS primer nivel de atención objeto de estudio. Sincelejo Sucre marzo 2018.....	63
Tabla 8: Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas gestantes IPS primer nivel de atención, objeto estudio- Sincelejo Sucre- marzo 2018	70
Tabla 9: Datos sociodemográficos de gestantes- IPS primer nivel de atención, objeto estudio- Sincelejo Sucre- marzo 2018.....	71
Tabla 10: Subescala Sanador compasivo antes y después de la intervención en planificación familiar. IPS de primer nivel de atención, objeto de estudio- Sincelejo - Marzo 2018.	75
Tabla 11: Ítem 1: ¿La hizo sentir bien?	77
Tabla 12: Ítem 2: ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	78
Tabla 13: Ítem 3: ¿La escuchó con atención?	79
Tabla 14: Ítem 4: ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	80
Tabla 15: Ítem 5: ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?.....	81
Tabla 16: Ítem 6: ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	82
Tabla 17: Ítem 7: ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	83
Tabla 18: Subescala Sanador competente antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar- IPS de primer nivel de atención, Sincelejo Sucre Marzo 2018.	87
Tabla 19: Ítem 8: ¿La animó para que se siga cuidando durante su embarazo?..	90
Tabla 20: Ítem 9: ¿Fue respetuosa con usted?	91
Tabla 21: Ítem 10 ¿Le brindó ayuda y colaboración?	92
Tabla 22: Ítem 11: ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	93

Tabla 23: Ítem 12: ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	94
Tabla 24: Ítem 13: ¿Le explicó de forma clara las indicaciones a seguir?	95
Tabla 25: Ítem 14: ¿Fue amable con usted?	96
Tabla 26: Ítem 15: ¿La trató como persona?	97
Tabla 27: Pruebas de normalidad.....	103
Tabla 28: Test de Shapiro-Wilk.....	104
Tabla 29: Estadísticos de la prueba de Wilcoxon	104
Tabla 30: Hipótesis estadística Prueba de Wilcoxon	105

Lista de Graficas

Gráfica 1: Subescala Sanador compasivo antes de la intervención de cuidado (consulta prenatal habitual)	85
Gráfica 2: Subescala Sanador compasivo después de la intervención de cuidado en planificación familiar	87
Gráfica 3: Subescala Sanador competente antes de la intervención de cuidado (consulta prenatal habitual)	98
Gráfica 4: Subescala Sanador competente después de la intervención de cuidado en planificación familiar	101
Gráfica 5: Diagrama de caja y bigotes Sanador compasivo	106
Gráfica 6: Diagrama de caja y bigotes Sanador competente	107
Gráfica 7: Diagrama de caja y bigotes Cuidado profesional.....	108

Introducción

El profesional de enfermería, dadas sus habilidades éticas y humanas, para con la disciplina, ha tenido la responsabilidad de ayudar a mejorar el cuidado en el componente de planificación familiar durante la consulta prenatal a través de la incorporación de acciones de cuidado en función del bienestar sexual y reproductivo de la mujer después del parto. En este sentido la presente investigación plantea una intervención de cuidado para ser desarrollada por el profesional de enfermería durante la consulta prenatal aplicando los procesos de cuidado de la teoría de K. Swanson "*Cuidado informado para el bienestar de otros*", en la que se expresa el compromiso de cuidar a la gestante de manera afectuosa y comprensiva, generando en el profesional y en la mujer escenarios de reflexión y responsabilidad frente a la planificación familiar. Así mismo, desea conocer el valor que la gestante le da al cuidado profesional antes y después de ser aplicada la intervención de cuidado; en una IPS privada de primer nivel de atención en Sincelejo Sucre.

El documento en desarrollo está constituido por cinco capítulos: En el primer capítulo se realiza un breve análisis de la problemática identificada en la IPS objeto de estudio con respecto a la baja cobertura de usuarias en planificación familiar después del parto y se correlaciona con los indicadores epidemiológicos de fecundidad, natalidad y anticoncepción registrados a nivel nacional y departamental. Además, se abordan estudios relacionados con el componente de planificación familiar después del parto y el impacto de las acciones del profesional de enfermería. De otro lado, se analizan los planteamientos de la actual Política de Atención Integral de Salud y de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, resaltando el rol del profesional de enfermería como líder del cuidado. Por último, se considera la trascendencia de realizar una intervención de cuidado en planificación familiar en la consulta prenatal y el aporte que genera a la sociedad, a la disciplina y al conocimiento. Así mismo en esta sección se plantean los objetivos, la hipótesis y las variables de la investigación.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco conceptual y teórico de la teoría Cuidado informado para el bienestar de otros de Kristen Swanson y se describen los metaparadigmas de enfermería y la aplicabilidad de la teoría a la práctica. Del mismo modo, se expresan los cinco procesos que debe desarrollar el profesional de enfermería al ejercer el cuidado, caracterizados por la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

En el tercer capítulo se establece el marco del diseño, la naturaleza de la investigación, el universo, la población, la muestra y el proceso metodológico, se explica el instrumento utilizado para la recolección de la información *Escala de Cuidado Profesional*. También se precisan los mecanismos de divulgación del estudio y las consideraciones éticas planteadas para la investigación.

En el cuarto capítulo se analizan las variables demográficas y los resultados obtenidos en el instrumento antes y después de aplicar la intervención de cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal donde se abordan los procesos de cuidado de Swanson.

En el quinto capítulo se exponen las conclusiones, la discusión, las recomendaciones y las limitaciones que se presentaron para ejecutar la investigación.

1. Capítulo I: Marco referencial

1.1. Descripción del área problemática

Para garantizar la salud y promover el bienestar en la mujer con respecto a la salud sexual y reproductiva en los seres humanos, a nivel mundial han surgido propuestas como lo plantea el tercero de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) “salud y bienestar”, en él se destaca que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser equitativos y dignos; a través de la articulación de los programas de salud mediante la estrategia de educación en planificación familiar y la transformación de los estilos de vida (1).

De acuerdo con lo anterior, la actual política de salud en Colombia, a través de la ruta integral de atención materna perinatal, apoyada en la estrategia de Atención Primaria en Salud ha planteado exigir a las Instituciones Prestadoras de salud de primer nivel de atención desarrollar acciones de educación en planificación familiar durante la consulta prenatal (2). La normatividad establece que la asistencia en planificación familiar debe ser prestada de manera oportuna, eficaz y con calidad (3), a través de actividades de promoción, prevención y detección temprana (4) con el fin de incrementar los principios protectores de la salud (5) orientados al bienestar sexual y reproductivo de la mujer después del parto. Del mismo modo el Plan Decenal de Salud Pública, contempla como dimensión prioritaria la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva. A partir de este enfoque, ha propuesto como meta para el 2021, reducir y mantener por debajo de 2,4 la tasa de fecundidad global en mujeres de los 15 a los 49 años; disminuir a 61 la tasa de fecundidad en adolescentes; y conseguir que el 80% de la población usen métodos modernos de anticoncepción (6). Finalmente, las acciones de la Política de Salud están dirigidas a lograr el acceso universal a la salud reproductiva a través de la iniciativa de *maternidad segura* (7), planteada en la Guía detección temprana de las alteraciones del embarazo, donde se aborda el componente de planificación familiar (8).

A pesar de las dinámicas propuestas a nivel nacional para reducir la fecundidad e incentivar el uso de los métodos de planificación familiar, se encontraron en la Institución Prestadora de Salud (IPS) de primer nivel de atención, objeto de estudio,

durante el primer semestre del 2017 dato muy relevante en el programa de control prenatal, asociados directamente con el componente de planificación familiar. En el análisis de los historiales clínicos de 146 gestantes, obtenidos del registro de cohorte de maternidad de la IPS, primer semestre del 2017 se observó que el 53% de las mujeres que ingresaron habían tenido más de dos embarazos; 22% cursaban entre el segundo y el tercer trimestre de gestación; las edades oscilaban entre los 15 y 45 años; destacando que el 8% eran adolescentes; y 19% eran mayores de 35 años. Con respecto a la planeación del embarazo, solamente el 6% de las mujeres acudieron a la consulta preconcepcional; el 2.7% presentaban embarazos con período intergenésico menor de un año. Además, se encontró que del total de mujeres con posibilidades de nueva gestación solamente el 40% habían ingresado después del parto al programa de planificación familiar. Los factores antes mencionados son potencialmente generadores directos de complicaciones de la salud en la vida de la mujer.

En virtud de ello, a partir de las búsquedas bibliográficas para la investigación en desarrollo, se encontró que estudios llevados a cabo tanto en Colombia, como en otros países han explorado el impacto que tienen los programas de control prenatal en relación con la planificación familiar. Para esto, se consideraron artículos y tesis publicados entre los últimos diez años de las bases de datos de *Cochrane Library*, Scielo, PubMed, Dialnet y Google Académico. Para las búsquedas se utilizaron los descriptores *Consulta Prenatal; Planificación Familiar; intervención, Cuidado; y Gestantes*.

De esta manera, a continuación, se relacionan los estudios más relevantes que han abordado el tema. En primer lugar, se destaca el estudio de Cabrera MC (9) en el que se encontró que el 60,5% de las puérperas de los servicios de maternidad tenían un deficiente nivel de comprensión sobre los métodos anticonceptivos y desconocían la importancia y los beneficios de planificar en el post parto, lo cual se relacionó con la inadecuada orientación ofrecida en la consulta prenatal.

Así mismo Moras MM, (10) y Salas RE (11), observaron que respectivamente el 53,8% y el 82% de las puérperas de maternidad objeto de estudio, presentaron un

nivel *Deficiente* de conocimientos en métodos de planificación familiar y por lo tanto una alta probabilidad de presentar un embarazo no planificado en corto tiempo. Similares hallazgos fueron reportados por Burneo G (12), en cuyo estudio se encontró que el 58% de las mujeres en puerperio mediato no recibieron ninguna información sobre la educación en planificación familiar por parte del personal de enfermería.

En Colombia se han realizado algunas investigaciones relacionadas con el cuidado impartido en planificación familiar durante la consulta prenatal y su efecto en el post parto. Entre estos cabe citar el de Cuéllar *et al.* (13) quienes realizaron un seguimiento a 67 binomios madre-niño durante el puerperio con la estrategia de rastreo telefónico. Como resultado principal, se encontró un déficit de conocimiento de la mujer en relación con el autocuidado, de manera que se proyectó el refuerzo de los conocimientos en planificación familiar a las madres consultadas.

También se han encontrado estudios con resultados positivos asociados al compromiso que tiene el profesional de enfermería de educar a la gestante en planificación familiar durante la consulta prenatal. Como botón de muestra sobresale el de Soza L *et al.* (14), en el cual se halló que el 73% del personal encuestado estuvo comprometido y efectuó de manera satisfactoria la consejería en planificación familiar a las embarazadas de bajo riesgo, ofertando los métodos y la favorabilidad de estos en la salud de la mujer en el post parto. Los propósitos de la consejería eran evitar el embarazo no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar la autoestima/autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad materno perinatal (15). Igualmente, Rodríguez I, en su estudio encontró que el 98.1% de los profesionales de enfermería realizaban promoción en planificación familiar durante la consulta prenatal (16). En la revisión sistemática que incluyó nueve ensayos clínicos donde se evaluaron los programas educativos estructurados a 2.284 mujeres gestantes; se encontró un aumento de los conocimientos acerca de temas específicos (RR= 1,20 hasta 2,22). Tres de los estudios incluidos encontraron efectos benéficos (RR=1,20; IC 95%= 1,07-1,35) (4).

Otro atributo importante en el que varios investigadores han decidido ahondar es la percepción del cuidado brindado por el profesional de enfermería durante la consulta prenatal. Dentro de los cuales se encuentra el de Arias J *et al* en su investigación determinaron que el 84% de las gestantes tuvieron una percepción de beneficio en la consulta realizada por enfermería, lo cual incidía en la adherencia al programa prenatal (17). Así mismo Miranda C. *et al*, encontraron que el 94.7% de las gestantes percibieron el cuidado como positivo (18). Jiménez A. *et al* en su investigación con adolescentes gestantes hallaron como una de las barreras la actitud del personal durante la consulta; sin embargo, reconocieron como beneficioso de la consulta el aprendizaje de hábitos saludables y autocuidado (19). De igual modo Guerrero EL *et al* encontraron que algunas madres sienten insatisfacción y consideran insuficiente la educación ofrecida para aclarar las dudas y enfrentar las dificultades (20). Muy similar a lo planteado por Pérez C *et al*, quienes sugirieron fortalecer el seguimiento, evaluación y mejoramiento a los programas de salud sexual y reproductiva, especialmente el de planificación familiar antes, durante y después de la gestación (21).

En este sentido, en la literatura examinada, se encontraron que algunos de los factores que inciden en que las mujeres no ingresen a la consulta de planificación familiar en el post parto son: el desconocimiento de los métodos de planificación familiar, la deficiencia en las acciones de información de anticoncepción durante el control prenatal y la falta de autocuidado de la mujer con respecto a la salud sexual y reproductiva en el post parto. Es por ello que algunos investigadores como Monterrosa E, plantean que el gran reto que deben asumir los profesionales de enfermería en el área materno perinatal es adquirir y desarrollar prácticas de cuidado adecuadas y efectivas (22) que optimicen los servicios de salud otorgados a las madres tanto en el periodo de gestación como después del parto, garantizando la calidad de vida de las puérperas. En correspondencia con esto Hernández LM, enfatiza en la importancia de “desarrollar intervenciones en la gestante con enfoque holístico, que permita individualizar e identificar factores de riesgo biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que puedan afectar en el periodo perinatal” (23).

Por su parte, Soto V considera que el reto del profesional de enfermería consiste en desarrollar la práctica de enfermería tanto en el ámbito científico como en lo social, de modo que en la consulta se demuestren acciones efectivas orientadas a lograr el bienestar y mejorar la calidad de vida, actuando de manera reflexiva en la interacción dinámica entre enfermera – usuario (24). Así mismo Pazmiño *et al*/sugirieron que se debe brindar una información completa y realizar acciones integrales en planificación familiar durante la consulta prenatal, basadas en el conocimiento, las habilidades, los valores y el compromiso ético del profesional, que facilite una interacción afectiva profesional-gestante; y que promuevan en la mujer desde la gestación la toma de decisiones acertadas en beneficio de su buena salud (25).

Además, dentro de la revisión bibliográfica, se encontraron investigaciones que consideran importante evaluar el cuidado brindado por el profesional de enfermería en la consulta prenatal. Dentro de los estudios se encontró el de Gaviria D. quien plantea que, al evaluar el cuidado, le permite al investigador identificar los problemas del cuidado, establecer decisiones con evidencia, mejorar los niveles de calidad y determinar el impacto de las acciones de enfermería. En su estudio, analizó algunos instrumentos de evaluación, como son: el instrumento CARE/ Q y el CARE/ SAT, el cual determina el grado de satisfacción del personal que brinda el cuidado como de las personas que lo reciben; el instrumento Caring Behaviors Inventory, CBI, identifica la percepción del cuidado en los pacientes y en las enfermeras. La escala sobre la eficacia del cuidado de enfermería Caring Efficacy Scale –CES mide la educación de enfermería y su relación con la filosofía del cuidado, la capacidad para desarrollar relaciones de cuidado de impacto con los pacientes. Y el instrumento Caring Assessment Tools Cat mide la percepción del paciente sobre las actividades de cuidado de enfermería. (26). Así mismo Vesga LM Teniendo en cuenta la importancia del cuidado profesional de enfermería y el acompañamiento permanente que se ofrece a la gestante y la determinante relación enfermera – gestante; identificó como una necesidad determinar la validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (SCP) de la doctora Kristen Swanson, que evalúa la percepción que tienen las gestantes del cuidado profesional de Enfermería en la atención prenatal (27).

Los anteriores estudios nos dan a entender que, para lograr intervenciones de cuidado, estas deben ser fundamentadas en el conocimiento teórico, requieren de planificación, deben ser integrales, basadas en el respeto y la comprensión y ameritan ser evaluadas con el fin de mejorar continuamente la calidad del cuidado brindado por el profesional.

1.2. Planteamiento del problema

De acuerdo con las proyecciones de la población presentadas por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) en el año 2010 (28), el departamento de Sucre cuenta con una población de 834 927 individuos, de los cuales 65 690 son mujeres en edad fértil que habitan en la ciudad de Sincelejo, capital del departamento; territorio que posee una tasa general de fecundidad de 84,7 muy por encima de la tasa nacional, la cual está en 74. La tasa global de fecundidad por mujer en el departamento es de 2,63 mayores a la reportada a nivel nacional, que se encuentra en 2.35. La tasa bruta de natalidad se halla en 21,3 superiores a la nacional, que se calcula en 18.8. El 5,9% de las gestaciones ocurren con periodos intergenésicos entre los 7 y los 17 meses (29).

En relación con la IPS objeto de estudio se ha reportado la presencia de gestaciones en edades extremas. La mayoría de las gestaciones fueron no planeadas, además se presentaron embarazos con período intergenésicos cortos. Por otra parte, se encontró una baja cobertura en la consulta de planificación familiar después del parto. Los datos anteriores demuestran debilidades en el cuidado brindado en planificación familiar antes, durante y después de la gestación.

Ante el contexto anterior se evidencia un problema de cuidado en el componente de planificación familiar. Existe la necesidad de que el profesional de enfermería intervenga durante la consulta prenatal en el cuidado que se brinda en este componente; es por ello que la actual investigación, desea realizar un acercamiento a la dificultad y ha planteado una intervención en planificación familiar, para ser realizada de manera presencial en la consulta prenatal basada en la teoría de K. Swanson "*Cuidado informado para el bienestar de otros*" de tal manera que la gestante pueda apreciar el cuidado como útil para su bienestar. Además, la investigación,

desea conocer el valor que la gestante le da al cuidado. Así pues, surgió la siguiente pregunta:

¿Cuál es la valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención en una IPS privada de primer nivel de atención en Sincelejo, Sucre?

1.3. Justificación

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y La política de salud en Colombia, contemplan al grupo de mujeres en estado materno perinatal como uno de los dieciséis grupos de mayor riesgo. Por lo tanto, la normativa le da prioridad al enfoque en la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos; contempla el cuidado como una estrategia y plantea entre sus objetivos mejorar la condición de salud física y mental de la gestante con el acceso oportuno, integral y con calidad a los servicios de salud a través de la articulación y el desarrollo de los programas de promoción y prevención (30).

El esfuerzo realizado en Colombia en los programas de planificación familiar y el abordaje en la educación sexual y reproductiva son acciones que influyen directamente en los resultados positivos. A nivel nacional la tasa general de fecundidad se encuentra en 74 x 1000 mujeres; y prevalece en un 79% el uso de los métodos modernos de planificación familiar en las mujeres en edad reproductiva. En cambio, en el departamento de Sucre la tasa general de fecundidad se encuentra en 84 x 1000 mujeres, por encima de la tasa nacional (31); así mismo en la IPS objeto de estudio se encontró un número elevado de embarazos no planeados, embarazos con periodos intergenésicos cortos y escasos ingresos de mujeres al programa de planificación familiar después del parto.

Los deficientes indicadores encontrados en el programa materno perinatal en la IPS objeto de estudio están relacionados directamente con el cuidado en planificación familiar que se brinda a la gestante en la consulta prenatal. Por lo anterior se decide plantear una intervención basada en la teoría de K. Swanson, aplicando los procesos de cuidado *Mantener las creencias, Conocer, Estar con, Hacer por y Permitir*,

que fortalezca el desempeño del profesional de enfermería, humanice el cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal. Además, la actividad tiene acciones educativas complementarias que pueden ser útiles en reforzar la información, robustecer el vínculo y la comunicación entre el profesional de enfermería y la gestante después de la consulta prenatal. Una de las actividades complementarias es el acceso a una página Web elaborada por la investigadora, donde se plantean temáticas relacionadas con: los derechos sexuales reproductivos, los métodos de planificación familiar para después del parto; los mitos y leyendas acerca de la anticoncepción, mensajes de autoestima y autocuidado. Otro elemento complementario e interactivo es el acceso a un grupo de WhatsApp, que posibilite la formulación de preguntas y resolución de inquietudes asociadas a la temática de planificación familiar.

En este sentido el presente estudio será un referente para futuros estudios relacionados con las intervenciones de cuidado que realiza el profesional de enfermería en la consulta prenatal, ya que ahondará en las bases teóricas y fortalecerá el crecimiento y la evolución disciplinar del cuidado. Igualmente le permitirá al profesional de enfermería liderar y desarrollar las actividades de cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal, orientadas a mejorar el valor del cuidado. Por último, la presente investigación además se justifica en la medida en que, a nivel de Sucre, no se encontró evidencia de investigaciones donde la gestante valore el cuidado que brinda el profesional de enfermería en planificación familiar antes y después de una intervención, utilizando el instrumento de cuidado Escala de Cuidado Profesional (ECP) (27).

1.3.1. Significancia social

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en los países en desarrollo aproximadamente 214 millones de mujeres en edad fértil desean posponer o detener la procreación. La O.M.S señala que el acceso universal a los servicios de planificación familiar de buena calidad es una intervención que favorece el bienestar, la salud, la integridad y la autonomía en la mujer, debido a que reduce la necesidad de acudir al aborto, y previene los embarazos no deseados (32).

En relación con la anticoncepción, según el Instituto Guttmacher, en Latinoamérica y en el Caribe el 65% de las mujeres casadas en edad reproductiva utilizan métodos anticonceptivos modernos. De esto se deduce que más de la mitad de los embarazos no son planeados —62% en el Caribe, 63% en Sudamérica y 43% en América Central (33).

En lo que se refiere a los indicadores de fecundidad, se encontró que para el 2012 la tasa mundial de fecundidad se redujo a 2,5 nacidos vivos por mujer; en las Américas, a 2,1 y en Colombia 2,3. Así mismo en el país se presentó una tasa bruta de natalidad de 19,1, develando que el promedio de edad para tener el primer hijo era de 21,6 años. Según la OMS, entre el 2006 y el 2011 reporto con preocupación que la tasa específica de fecundidad era de 85 en la población entre los 15 y 19 años, corroborando el inicio temprano de una vida sexual activa (28). Por lo anterior, se requiere que los profesionales de enfermería reflexionen acerca de los procesos sociales relacionados con la planificación familiar. Deben considerar que las mujeres en edad fértil se encuentran permanentemente en riesgo de enfermar o incluso de morir, puesto que están sujetas a procesos biológicos de vulnerabilidad, como el embarazo, el parto o el aborto (34).

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de fortalecer el cuidado en la práctica. Es por ello que a nivel social, plantear y medir el efecto de la intervención en el componente de planificación familiar durante la consulta prenatal ayudaría para la sociedad en primer lugar a conocer como la gestante percibe el quehacer del profesional de una manera integral; en segundo lugar la intervención educa a la mujer para el futuro en pro de cuidar su salud sexual y reproductiva después del parto, en tercer lugar en forma indirecta la intervención ayudaría a la mujer a reconocer los derechos sexuales y reproductivos, afianzaría la condición de equidad de la mujer en la sociedad, favorecería la productividad y el desarrollo socioeconómico de una nación, debido a que incidiría en el empoderamiento del autocuidado, el ingreso oportuno a los métodos de planificación familiar después del parto y por ende minimizaría el riesgo de embarazos no planeados. Además, las gestaciones con espacios intergenésicos mayores a dos años contribuyen a un mejor desarrollo

infantil. La evidencia de la buena salud de la mujer durante y después de la gestación implica para la sociedad reconocer indicadores de calidad en los servicios de salud y la efectividad en las acciones integrales de cuidado.

1.3.2. Significancia disciplinar

La enfermería es una disciplina con carácter humanista, dado que el cuidado de la persona es la razón de ser del profesional de enfermería y su función, considerar al individuo como un *todo*, buscando la armonía y el equilibrio en él (35). A nivel mundial, los enfermeros son considerados miembros imprescindibles en los servicios de salud —como sostiene la Declaración de Múnich—, por su dedicación a los cuidados y al servicio de la humanidad (36). Las acciones del profesional de enfermería están basadas en los modelos conceptuales, que contribuyen al cuidado de los seres humanos, especificando su área de intervención y responsabilidad profesional (37).

Los indicadores de la cobertura en los servicios de salud sexual y reproductiva expresan los resultados de las acciones que realizan los profesionales de enfermería en los programas de control prenatal y de planificación familiar y la medida en que se efectúan las intervenciones de cuidado a las mujeres durante y después de la gestación. Por lo anterior, es necesario brindar una atención integrada, oportuna y de calidad a la mujer desde la gestación a través de las acciones plasmadas en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSR), promoviendo los derechos sexuales y reproductivos, los métodos de planificación familiar y resaltando el derecho a la información y a la autonomía reproductiva (25) y los derechos humanos establecidos en la Constitución de Colombia, como son: el derecho a la vida, el derecho a recibir atención y protección durante el embarazo y el derecho a la educación (6), desde un enfoque de reciprocidad, competencia y dedicación en el ejercicio disciplinar.

La presente investigación está fundamentada en la teoría de Kristen Swanson *Cuidado informado para el bienestar de otros* (38) por las siguientes razones: considera a la mujer como sujeto central de cuidado desde la gestación, fortalece el cuidado en salud sexual y reproductiva a través de la información en planificación familiar

desde la consulta prenatal; promueve acciones humanísticas que generan seguridad y confianza entre el profesional y la gestante; e impulsa la autonomía y el empoderamiento de la mujer con respecto a la importancia y beneficios de planificar después del parto.

Plantear en la consulta prenatal la intervención de cuidado en planificación familiar constituye un aporte a nivel disciplinar, ya que desarrolla nuevos conocimientos, que, sustentados en la teoría, en las políticas, y en los conceptos de salud tienden a optimizar el cuidado profesional brindado a la gestante en planificación familiar. Así mismo al conocer el valor del cuidado, se está evaluando el quehacer del profesional; reconocer el rol y la visibilidad del profesional de enfermería en la consulta prenatal. Además, la relevancia de la intervención, posibilitaría ser utilizada como herramienta de cuidado en el desarrollo del componente de planificación familiar durante la consulta prenatal.

1.3.3 Significancia teórica

En la formación disciplinar, el conocimiento llevado a la práctica es el proceso fundamental para el desarrollo de habilidades del profesional de enfermería (39). Así mismo los marcos teóricos y las bases conceptuales incrementan el conocimiento, mejoran la práctica, a través del uso de métodos de trabajo que describan, predigan, expliquen y fortalezcan el fenómeno de estudio (40), en nuestro caso, el del cuidado profesional en planificación familiar desde la consulta prenatal.

La teoría de Kristen Swanson, denominada *Cuidado informado para el bienestar de otros* (38), es fácilmente aplicable en la práctica, ha fundamentado diversas investigaciones en el área materno perinatal, entre los cuales se destacan los siguientes: *Protocolo de enfermería para el cuidado de la salud de la mujer gestante* (41); *Valoración del cuidado de enfermería por mujeres en proceso de parto después de una intervención* (42); *Cuidado para el bienestar de mujeres gestantes orientado a la detección precoz de la hemorragia postparto* (43); y *Cuidado en el hogar al prematuro oxígeno dependiente hijo de padres adolescentes* (44). Sin embargo, al no encontrarse estudios que valoren el cuidado brindado en planificación familiar en la consulta prenatal, se desea realizar la investigación en este componente, dado que

la gestación y el post parto son periodos en los que la mujer presenta cambios físicos y psicológicos en su salud sexual y reproductiva que requieren permanentemente de cuidado, apoyo e información adecuada con respecto a la planificación familiar.

En la actualidad, existen investigaciones que sustentan la práctica del profesional de enfermería, por ejemplo, el de Arias *et al.*, llevado a cabo en Manizales, en el cual se subraya que la atención de enfermería es determinante para la satisfacción en la consulta de control prenatal (17). Según Castillo *et al.*, al establecerse canales de comunicación, surgen ambientes de confianza y comodidad, que derivan en mayor adherencia a los controles (45). Por su parte, Reyes D, al valorar el cuidado que realiza el profesional de enfermería en las gestantes adolescentes antes y después de una intervención durante el control prenatal, comprobó la relevancia que tiene el efecto de la intervención para la valoración de enfermería, especialmente en la dimensión *Sanador compasivo* (46). Además, Carmona G *et al.* realizaron una revisión y hallaron estudios que concluyen que el personal de enfermería, con un entrenamiento apropiado, puede realizar las actividades de planificación familiar con alta calidad (47).

El cuidado profesional que se le brinde a la mujer desde la gestación en planificación familiar, debe estar fundamentado en la teoría, los conocimientos, los principios científicos y éticos. Lo anterior le facilita al profesional de enfermería estructurar y aplicar con acierto los procesos de cuidado; igualmente le permite analizar con pensamiento crítico la manera de afianzar y transformar la práctica del cuidado. Además, los resultados obtenidos ayudaran a consolidar la teoría para futuras investigaciones.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención,

basada en la teoría de Swanson, en una institución privada de primer nivel de atención de Sincelejo.

1.4.2. Objetivos específicos

Medir la valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes de aplicar la intervención de cuidado.

Medir la valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal después de aplicar la intervención de cuidado.

Determinar el cambio que se presenta en el valor del cuidado profesional antes y después de aplicar la intervención de cuidado.

1.5. Hipótesis de la investigación

La intervención de cuidado en planificación familiar brindada en la consulta prenatal, basada en la teoría de Swanson mejora el valor que la gestante le da al cuidado profesional.

1.6. Variables de la investigación

Las siguientes variables, planteadas en la investigación, pretenden establecer si existe o no la asociación entre la intervención de cuidado dada por el profesional de enfermería y la valoración del cuidado profesional realizada por la gestante, lo cual permitirá la recolección y cuantificación de datos para el análisis estadístico.

1.6.1. Descripción de variables

Variable independiente: Intervención de cuidado en planificación familiar, realizada por el profesional de enfermería en la consulta prenatal, basada en la teoría de K. Swanson.

Variable dependiente: Valoración que realiza la gestante al cuidado profesional en planificación familiar, obtenida a través de los puntajes de la Escala de Cuidado Profesional (ECP), que presenta la teoría de K. Swanson.

1.7. Definición de conceptos

La inclusión de los siguientes conceptos ayuda a orientar el tema principal y la finalidad de la investigación.

Consulta prenatal habitual: Es el conjunto de actividades realizadas por el profesional de enfermería en el control prenatal a aquellas gestantes sin factores de riesgo, que permite el seguimiento y detección oportuna de las complicaciones que puedan aparecer durante la gestación. La consulta contempla actividades rutinarias como son: anamnesis, examen físico completo, registro del índice de masa corporal, identificar signos y síntomas de alarma, de violencia intrafamiliar, o riesgo de depresión post parto, Registro de la presión arterial; verificación del esquema de vacunación, medición de la altura uterina, formulación de micronutrientes, análisis de los resultados de paraclínicos, y en caso de anormalidades realizar exámenes de laboratorio complementarios. Incluir información, educación y asesoría en métodos de planificación familiar antes de la semana 36 de gestación, diligenciamiento y entrega del carnet materno. La normatividad de Colombia, reconoce que los profesionales de enfermería capacitados, con entrenamiento certificado en atención materno perinatal deben brindar el cuidado y ofrecer modelos de control prenatal a mujeres con un embarazo de bajo riesgo o curso normal y plantea que la consulta debe estar estructurada, con un contenido definido que permita una evaluación integral (4), (8).

Intervención del cuidado en planificación familiar: Acción de cuidado que realiza el profesional de enfermería frente a una necesidad real o potencial para alcanzar, mantener o recobrar el óptimo bienestar en un ser apreciado; la cual debe estar basada en conocimientos empíricos de la disciplina y ciencias relacionadas, así como del conocimiento ético, experiencias clínicas (48). La intervención informa, amplía los conocimientos en la gestante, le permite explorar, comprender y afrontar de una manera positiva sus propias necesidades frente a la planificación familiar para después del parto (4). Para la actual investigación es la intervención que realiza el profesional de enfermería a la gestante de bajo riesgo obstétrico en la consulta prenatal, donde se aborda el componente de planificación familiar. Se aplican los

procesos de cuidado propuestos por Swanson: *Conocer, Estar con, Hacer por, Posibilitar, Mantener las creencias* (38).

Cuidado profesional: El cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión, y no de aprensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional, diferencia sustancial entre el cuidado genérico y el de enfermería (48). Según Swanson es el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la gestante con alto sentido ético y auténtico; lo concibe como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad. El cuidado profesional se caracteriza por la actitud filosófica, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados (38).

Evaluación del cuidado profesional: Es la medición de la percepción que tienen las mujeres del cuidado brindado por el profesional de enfermería durante la consulta prenatal. Se obtiene a través de un instrumento con validez de contenido, constructo, y confiabilidad (27).

2. Capítulo II: Marco conceptual y teórico

2.1. Teoría de Kristen Swanson: Cuidado informado para el bienestar de otros

La teoría adoptada para guiar la actual investigación es de rango medio. La finalidad de la teoría es promover el fenómeno del cuidado y generar bienestar en la gestante (38). En 1991, la Dra. Kristen Swanson propuso la teoría denominada *Cuidado informado para el bienestar de otros*, cuyos cimientos filosóficos provienen de Mayeroff; quien en su obra *El cuidado humano*; afirma que los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y crecer. Considera que los valores se descubren, se aplican en su experiencia y se articulan con las respuestas humanas. Afirma que la dignidad y el respeto conllevan a la búsqueda del crecimiento y el bienestar del otro. El cuidado significa responsabilidad, compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros, capacidad de sentir lo que la otra persona siente. Concluye que, a mayor comprensión, habrá mayor realización de estas (49).

Tabla 1: Características del cuidado de Milton Mayeroff

Características del cuidado	
Conocer	Entender las necesidades del otro y ser capaz de cuidar adecuadamente, saber las capacidades y fortalezas propias para responder como la persona espera.
Alternar ritmos	Establecer movimientos de ida y vuelta entre los momentos del cuidado, centrarse en los detalles a veces y en otras ocasiones en el panorama más amplio de la persona, realizar acciones o no hacer nada y observar permanentemente las acciones y omisiones para retroalimentarlas.
Paciencia	Permitir que el otro crezca en su propio tiempo, en su propio camino y a su propio ritmo.
Honestidad	Estar abierto a uno mismo, para los demás, y verlos como realmente son y como soy yo mismo, se tiene que ser auténtico en el cuidado.

Confianza	Dejar ir, permitir que el otro crezca en su propio tiempo a su manera para ser mejor, lo que implica un riesgo y un salto a lo desconocido, representa creer en el otro en donde ambos crecen.
Humildad	Siempre hay algo más que aprender, incluyendo el aprendizaje de la persona y de los propios errores; la humildad también significa superar pretenciosas actitudes.
Esperanza	Se debe basar en las posibilidades presentes y realistas, sin confundirse con una ilusión, su falta carcome todo sentido de dignidad.
Valor	Fortaleza fundamental, ya que el cuidado es un viaje a lo desconocido en cualquier relación humana.

Fuente: Mayeroff M. *On Caring*, Harper and Row, New York (1971)

Así mismo, la teoría de Kristen Swanson se apoya en la teoría del *Cuidado humano* de Jean Watson y en la experiencia personal y profesional sobre el cuidado materno perinatal con pacientes y con sus respectivas familias. Considera que, para definir mejor las responsabilidades sociales y éticas de la enfermería y explicar las implicaciones del cuidado humano, es necesario apoyarse en los diez factores de cuidado que construyó y posteriormente modificó, estableciendo el modelo Caritas o modelo de cuidados, en donde ahonda en los aspectos filosóficos, transpersonales, éticos, del arte y los espirituales-metafísicos, los que se describen a continuación (50).

Tabla 2: *Supuestos del cuidado de Jean Watson*

Supuestos	
El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal; se transmite de acuerdo a las prácticas culturales y de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales y según la época, lugar geográfico y a los elementos con que se cuenta.	
El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. Tiene destino, efectos y objetivos.	
El cuidado efectivo promueve la salud, el crecimiento personal y familiar, la satisfacción de necesidades, propende a la relación armónica consigo mismo y con su ambiente.	
Un ambiente de cuidado promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.	
La ciencia del cuidado es complementaria con la ciencia curativa; integra conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento para generar, promover, o recuperar salud.	
La práctica del cuidado es central en la enfermería. El individuo debe acompañarse en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información, que le permita descubrir y encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería debe acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica	

Fuente: Watson J. Filosofía y ciencia del cuidado.

Tabla 3: *Procesos Caritas de cuidado de Jean Watson*

“Formación humanista-altruista en un sistema de valores”.	La enfermera/o evoluciona día a día en su desarrollo moral.
“Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el	La introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias

contexto de un cuidado consciente”	
“El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros”	El ser humano es en primer lugar un ser sintiente
“El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que va más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”	Las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros.
“La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos”	“Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”.
“El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial”	Se convierte en: “el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial”. Para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía.
“La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”	“Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”.
“La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural”	“Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”

“La asistencia con la gratificación de necesidades humanas”	“La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”
“El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”	“Énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión

Fuente: Watson J. Filosofía y ciencia del cuidado.

Existen investigaciones que permiten evaluar el comportamiento del profesional apoyando la teoría del cuidado humano de Jean Watson, dentro de los cuales está el realizado por Saavedra DL, en un grupo de gestantes en trabajo de parto y parto, utilizando el instrumento Inventario de Comportamientos de Cuidado de Wolf (51). Así mismo Guzmán MP en su investigación describió la percepción de las gestantes durante la consulta prenatal utilizando el instrumento Caring Assessment Instrument CARE-Q de Patricia Larson (52).

La Teoría de Kristen Swanson: *Cuidado informado para el bienestar de otros* concibe el cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso personal (38). El valor agregado del enfoque de Swanson estriba en que el cuidado se provee con un alto sentido ético y auténtico, derivado de la calidad humana del profesional que ve al otro como un igual. Por lo tanto, el cuidado desde esta perspectiva reafirma el objetivo de la enfermería de mantener la salud en el sujeto a partir de la promoción y de la prevención durante todo el ciclo vital, interviniendo según las características individuales (6).

2.1.1. Supuestos de la teoría *Cuidado informado para el bienestar de otros*: nivel filosófico

La teoría *Cuidado informado para el bienestar de otros* de Swanson desarrolla los denominados *metaparadigmas* de enfermería, que la autora explica de la siguiente manera:

Personas: Swanson las define como “seres únicos en medio del proceso de llegar a ser y cuya totalidad se manifiesta en pensamientos, sentimientos y comportamientos”. La autora estima que las personas son valiosas y que constantemente crecen, auto reflexionan; que frecuentemente son influidas por el ambiente, la herencia genética, el legado espiritual y la capacidad para ejercer su voluntad, factores que moldean las experiencias de la vida (38). Por lo que se refiere a la investigación, el supuesto-*persona* de Swanson a la que se dirige el cuidado en planificación familiar es a la gestante.

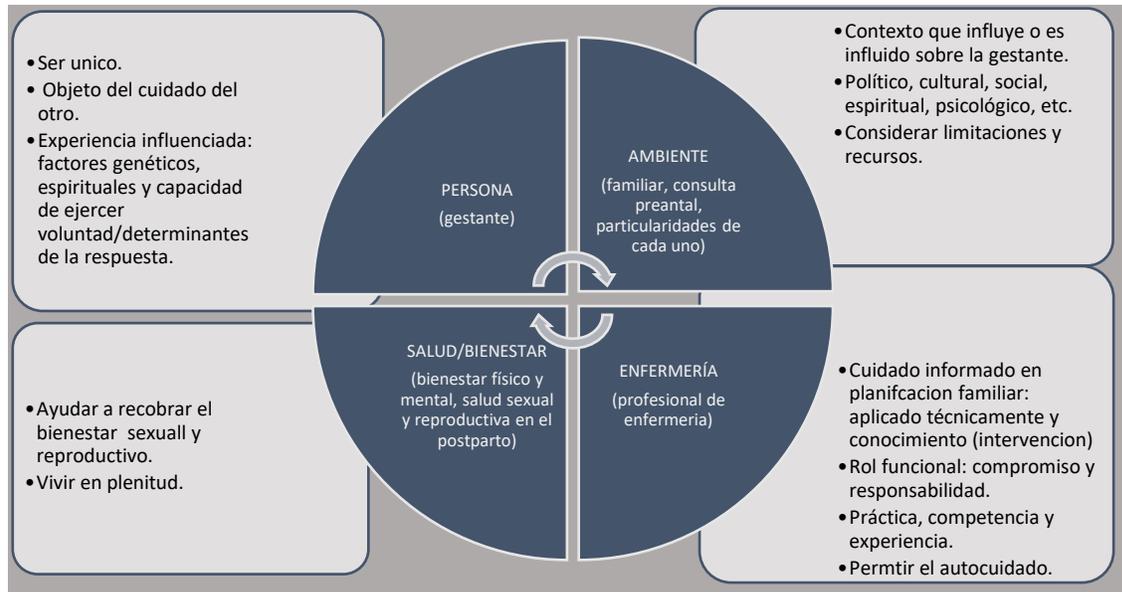
Ambiente: Es el contexto que influye en la gestante o es influido por ella. Las esferas que inciden pueden ser cultural, político, social, biofísico, psicológico y lo espiritual. Al analizar la influencia del ambiente, se deben tener en cuenta las solicitudes, las limitaciones y los recursos con los que cuentan las gestantes, por lo que el ambiente puede llegar a determinar comportamientos en la gestante y puede alterar el orden del ambiente (38). En la presente investigación, el supuesto-*ambiente* hace referencia al abordaje del componente de planificación familiar durante la consulta prenatal.

Salud/bienestar: Consiste en vivir y sentirse en un estado de compromiso con la vida y con la muerte. En otras palabras, es vivir plenamente, expresarse y encontrarles un significado integral a las facetas del ser humano: espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relacionarse y sexualidad (46). En la enfermería, el objetivo central no sólo es mejorar la salud, sino también contribuir a que las personas recobren o mantengan el nivel óptimo de bienestar según sus necesidades y el contexto en el que se desenvuelven (38). Para la investigación, el supuesto-*salud/bienestar* se encuentra enmarcado en informar el componente de planificación familiar a la gestante, con el fin de ayudarla a mantener un óptimo bienestar físico y mental en función de su salud sexual y reproductiva, incentivándola a decidir el momento y el modo de planificar después del parto.

Enfermería: Para Swanson, esta disciplina es entendida como la que se encarga de los cuidados en función del bienestar del otro (38). Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado por quien se siente un compromiso personal (6), Según Swanson, el cuidado de enfermería está fundamentado en los

conocimientos empírico y éticos propios de la disciplina, la experiencia y los valores (38). Para la investigación, el profesional de enfermería, brinda a la gestante la intervención de cuidado donde se aborda el componente de planificación familiar durante la consulta prenatal, en función de ayudar al bienestar sexual y reproductivo de la mujer para después del parto.

Figura 1: Supuestos de la teoría Cuidado informado para el bienestar de otros



Fuente: Swanson K. Nursing as informed caring for the well-being of others (38). Adaptado a la investigación.

2.1.2. Procesos de la teoría *Cuidado informado para el bienestar de otros*: nivel teórico

La teoría *Cuidado informado para el bienestar de otros* de Swanson propone cinco procesos secuenciales: *Mantener las creencias*, *Conocer*, *Estar con*, *Hacer por* y *Permitir*. En el desarrollo de estos procesos, el cuidado de enfermería se caracteriza por la actitud filosófica, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados (38). De acuerdo con esto, a continuación, se presentan las definiciones de los procesos secuenciales empleados:

Mantener las creencias: “Mantener la creencia es la base del cuidado de enfermería [...]. Una orientación hacia el cuidado comienza con la creencia fundamental en las personas y su capacidad de superar eventos, transiciones y enfrentar el futuro con nuevos significados” (38). Esta dimensión es relevante en el proceso de cuidado para la teoría de Swanson, ya que significa sostener la fe en la capacidad del otro para superar un evento adverso y enfrentar un futuro con significado positivo. Por lo tanto, el proceso de cuidado mantener la creencia incluye respetar las creencias y fortalecer los valores; estimar y creer en la gestante, de modo que el que cuida contribuye a mantener una actitud de optimismo a medida que superan el evento al que ella se va a enfrentar (6). Por consiguiente, el profesional de enfermería en la consulta prenatal a través del cuidado en planificación familiar le debe transmitir a la mujer optimismo y confianza para afrontar con seguridad y responsabilidad el cuidado de su salud sexual y reproductiva después del parto.

Conocer: “El conocer es la capacidad que tiene la persona para dar el cuidado. Conocer es una lucha para comprender el significado del evento en la vida del otro, percibiendo la realidad de la persona cuidada sin emitir juicios (38). Esta acción implica que el profesional de enfermería en la consulta prenatal debe brindar un cuidado integral en planificación familiar con una visión humanística que le permita escuchar las opiniones, comprender y respetar las creencias, analizar las inquietudes y orientar las acciones de cuidado en pro del bienestar sexual y reproductivo de la mujer para después del parto.

Estar con: Según Swanson, es la actitud que implica estar emocionalmente presente con el otro. Este proceso de cuidado trasmite a la persona que ella y sus experiencias son importantes para el profesional de enfermería (38). Va un paso más allá del conocimiento, pues es la presencia auténtica del cuidador, quien escucha y responde reflexivamente. El proceso incluye “Estar ahí”, demostrando que el profesional está en disponibilidad continua, emocionalmente abierto a la realidad del otro, y que la experiencia del otro importa (6). *Estar con* significa que el profesional de

enfermería durante la intervención de cuidado en planificación familiar está presente, manifiesta una aptitud de escucha y comprensión; se interesa por las particularidades que expresa y comparte la gestante en la consulta.

Hacer por: Según Swanson, este proceso consiste en “hacer para el otro lo que ella podría hacer por sí misma si le fuese posible” (38). Esta acción conforta, se anticipa y responde a las necesidades del otro de una manera hábil y competente (6). En relación con la investigación, *Hacer por* significa que el profesional desarrolla manera adecuada la intervención de cuidado en planificación familiar, se anticipa y responde a las dudas y necesidades que la gestante tiene acerca de la planificación familiar.

Permitir: Para Swanson, “el cuidado de enfermería es permitir a otros practicar el autocuidado (38). Involucra entrenamiento, información y explicación al otro, ayudarlo a generar alternativas, guiarlo, ofrecer retroalimentación y validar la realidad del otro” (38). La acción de *permitir* requiere de utilizar un conocimiento experto que conlleva a ofrecer apoyo emocional conforme a los sentimientos del otro. De igual manera, ofrece las explicaciones y la información de acuerdo con la realidad de las mujeres en términos de creencias culturales, tradiciones y limitaciones (6). *Permitir* significa brindar la intervención de cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal, con el fin de empoderar y motivar a la mujer a usar con responsabilidad un método de planificación familiar adecuado en el posparto.

La Teoría de mediano rango de K. Swanson “*Cuidado informado para el bienestar de otros*” se ha aplicado para diseñar propuestas de cuidado, con el fin de lograr el bienestar de los pacientes, como se evidencia en los estudios realizados por Ladino *et al* quienes plantearon un plan de cuidado de enfermería orientado a la detección oportuna de hemorragias en el post parto (43). La teoría además de posibilitar la elaboración de planes de cuidado, permite evaluar el cuidado brindado por el profesional de enfermería como lo evidencian Reyes D quien en su estudio presentó una propuesta de cuidado durante el control prenatal, dirigido a gestantes adolescentes, en la investigación comprobó que el efecto de la intervención para la valoración del

cuidado de enfermería fue relevante, el cambio fue atribuido a la dimensión del sanador compasivo (46). Igualmente, Ortega MA quien, a partir de una intervención realizada a mujeres durante el proceso del parto, encontró que el grupo de intervención evaluó el cuidado profesional de enfermería como excelente en las dos subescalas Sanador Compasivo y Sanador Competente, además halló en el grupo control que los puntajes más bajos se obtuvieron en la subescala Sanador Compasivo, demostrando que las enfermeras brindan el cuidado competente, pero no se da una relación afectuosa y de confianza (42). Así mismo Silva *et al* generaron una propuesta de cuidado dirigida a enfermeras que cuidan pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva en la unidad de cuidados intensivos; encontrando que la intervención generó bienestar en el paciente, pero se encontró un vacío de cuidado en el componente “Estar con” (53).

2.1.3. Teoría Cuidado informado para el bienestar de otros: nivel empírico

La estructura del cuidado propuesta por Swanson hace referencia a que las actividades de los profesionales de enfermería, enmarcadas en el *cuidado informado*, deben ser valoradas por las personas que lo reciben. Por otra parte, es perentorio aplicar este modelo al cuidado en planificación familiar que se ofrece a la mujer durante el control prenatal, ya que, los conceptos expuestos por Swanson, permiten guiar, desarrollar y adaptar la teoría a la práctica. Además, le posibilita a la mujer la transformación del conocimiento, a través del empoderamiento en el cuidado de su salud sexual y reproductiva para después del parto.

Tabla 4: Conceptos y definiciones de la teoría Cuidado informado para el bienestar de otros de Kristen Swanson

Conceptos	Definiciones
Cuidado	Es la forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso personal.

Mantener las creencias	Significa mantener la fe en la capacidad del otro, de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación
Conocer	Se trata de esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves de solución, valorando todas las dimensiones y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.
Estar con	Representa estar presente emocionalmente con el otro. Incluye estar allí en persona, estar disponible y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada.
Hacer por	Denota hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si es posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.
Permitir	Implica facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, validando los sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y proponiendo una retroalimentación.

Fuente: Swanson K. Empirical development of a middle range theory of caring (38)

Según Swanson, los cuidados son procesos secuenciales desarrollados para promover el bienestar de otros. Se caracterizan por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

Tabla 5: Estructura del cuidado

Mantener las creencias	Conocer	Estar con	Hacer por/ Permitir	Bienestar
Actitud filosófica	Comprensión	Emocional, físicamente presente	Acciones terapéuticas	Consecuencia del resultado
<p>Creer en las capacidades que tiene la gestante de asumir el futuro con nuevos significados, enfrentando a través de la planificación familiar una sexualidad responsable después del parto.</p> <p>Mantener una actitud esperanzadora en la gestante de iniciar un método de planificación familiar después del parto.</p>	<p>Comprender el significado que tiene para la gestante el cuidado en planificación familiar para después del parto.</p> <p>Entender el compromiso del profesional de informar a la gestante en la consulta prenatal la importancia de la planificación familiar</p>	<p>Compartir en la consulta prenatal sentimientos verbales y no verbales a través de la presencia auténtica del profesional de enfermería.</p> <p>Tener disponibilidad para escuchar y responder.</p>	<p>Hacer por: Realizar con habilidad y competencia la intervención de cuidado en planificación familiar anticiparse a las necesidades que tiene la gestante del cuidado en planificación familiar para después del parto.</p> <p>Permitir: A través del conocimiento experto, facilitar a la mujer desde la gestación empoderamiento en la</p>	<p>Empoderamiento del cuidado en planificación familiar en la gestante y en el profesional de enfermería.</p> <p>Bienestar físico y mental de la mujer con respecto a su salud sexual y reproductiva.</p>

Mantener confianza en la capacidad de la mujer de enfrentar y superar el futuro con optimismo.	después del parto.		práctica del autocuidado en planificación familiar para después del parto.	
--	--------------------	--	--	--

Fuente: Swanson K. Nursing as informed caring for the well-being of others (38).
Adaptado a la investigación.

2.2. Intervención de cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal, basado en los procesos de cuidado de K. Swanson.

Es la intervención que realiza el profesional de enfermería a la gestante de bajo riesgo obstétrico en la consulta prenatal, donde se aborda el componente de planificación familiar, aplicando los procesos de cuidado de K. Swanson.

La intervención es desarrollada con el fin de promover el bienestar en la mujer, brindar un cuidado humanizado y educar frente a una necesidad real y potencial como es la planificación familiar para después del parto.

La intervención de cuidado fue diseñada por la investigadora, orientada a optimizar el cuidado brindado por el profesional de enfermería durante la consulta prenatal en

el componente de planificación familiar de manera confortable y agradable, protegiendo y preservando la dignidad humana de la gestante. La actividad abarcó los procesos de cuidado de la teoría de Swanson *Cuidado informado para el bienestar de otros* (38). La intervención desea motivar al profesional a ofrecer el cuidado de una manera humanística, competente e integral, además le posibilita afianzar las relaciones de afecto y fortalecer el compromiso que tiene con el cuidado de la mujer en planificación familiar para después del parto y le facilita transmitir en su práctica la filosofía del autocuidado. Así mismo, la intervención aporta a la gestante los siguientes beneficios: a) acompañamiento y capacitación, con contenidos de aprendizaje claros y precisos que abarcan consejerías en planificación familiar para después del parto y derechos sexuales y reproductivos; y b) mensajes de autoestima que incentivan el autocuidado y el empoderamiento de la mujer frente a la responsabilidad de usar los métodos de planificación familiar después del parto; c) genera en la consulta prenatal bienestar físico y mental, dado que la presencia física y emocional del profesional durante la intervención promueve el respeto y la comprensión; d) incentiva a la mujer en el empoderamiento y la responsabilidad de comprometerse con el cuidado de su salud sexual y reproductiva después del parto.

El desarrollo de la intervención de cuidado en planificación familiar y la aplicación del instrumento de cuidado (ECP), estuvo a cargo de dos auxiliares de investigación, capacitados y supervisados permanentemente durante todo el proceso por parte de la investigadora.

La intervención en planificación familiar tiene como complemento el acceso a un aplicativo educativo exhibido en una página *web* elaborada por la investigadora con contenidos pertinentes a la temática de planificación familiar. Contiene las temáticas sobre derechos sexuales y reproductivos, información sobre el aparato reproductor femenino y masculino, fecundación, métodos de planificación en el post parto, métodos folclóricos de planificación familiar y mitos de la anticoncepción, trámites administrativos para la asignación de la cita de planificación familiar y la adquisición de método de anticoncepción, además de emitir mensajes de reflexión, esperanza y autoestima.

Los procesos de cuidado basados en la teoría de K. Swanson (38), contemplados en la propuesta de cuidado son:

Mantener las creencias: Es necesario que la mujer desde la gestación mantenga la fe en su capacidad de enfrentarse a afrontar de manera exitosa y responsable el significado de su sexualidad después del parto. Por lo tanto, el profesional de enfermería le debe ofrecer desde la gestación optimismo, acompañamiento y alternativas de planificación familiar, para espaciar futuras gestaciones.

Conocer: El profesional de enfermería al entender la importancia y el significado que tiene para la mujer prevenir un nuevo embarazo, debe evitar conjeturas y centrarse en el cuidado de la mujer desde la gestación, brindándole la educación adecuada en planificación familiar que le amplíe conocimientos, le brinde alternativas y le genere motivación en adoptar la responsabilidad y el compromiso para evitar nuevas gestaciones.

Estar con: Es importante que la mujer desde la gestación sienta que el profesional de enfermería tiene una responsabilidad de cuidarla y apoyarla, y que, a través de la consejería, la motivación y las experiencias la gestante tenga la posibilidad de recibir orientaciones pertinentes para prevenir nuevas gestaciones.

Hacer por: Significa que el profesional de enfermería debe anticiparse a las dudas que la mujer tiene frente al reinicio de su vida sexual y la necesidad de conocer alternativas de planificación familiar después del parto. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe desempeñarse competente y hábilmente en el control prenatal y desde la gestación, informar e incentivar a la mujer en el adecuado uso de los métodos de planificar que se pueden usar en el postparto y que contribuyan junto con la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a una adecuada protección de gestaciones no programadas ni deseadas.

Permitir: Significa que el profesional de enfermería por ser la persona que brinda el cuidado a la mujer desde la gestación tiene la responsabilidad de educarla, usando su conocimiento experto y habilidades en métodos de planificación familiar post-

parto con el fin de lograr motivación, promover reflexión, responsabilidad y autocuidado frente a un nuevo embarazo. Por lo tanto, es importante que en cada interacción que tenga el profesional con la gestante brinde acompañamiento y asesoría con respecto a las alternativas de planificación familiar.

Con el fin de conocer el diseño de la intervención de cuidado en planificación familiar, puede contactar a la investigadora al correo electrónico: lasossap@unal.edu.co

2. 3. Consulta prenatal habitual

Consulta que realiza el profesional de enfermería a la gestante de bajo riesgo obstétrico antes de la aplicación de la intervención de cuidado. En esta consulta el profesional de enfermería realiza un conjunto de actividades rutinarias; brinda información y consejería en planificación familiar.

2.4. Evaluación del cuidado profesional

Es el valor que la gestante le da al cuidado brindado por el profesional de enfermería antes y después de aplicar una intervención en planificación familiar. En la presente investigación, el valor se obtiene de la Escala de Cuidado Profesional (ECP) versión en español, derivada de la teoría Cuidado *informado para el bienestar de otros* de Kristen Swanson, cuya evaluación se enfoca en el apoyo físico y espiritual del profesional como sanador competente y sanador compasivo. La subescala Sanador Compasivo se refiere al comportamiento del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos estable una relación afectuosa y de confianza y el Sanador competente se refiere al comportamiento del profesional de enfermería con compromiso, responsabilidad, idoneidad y pericia para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos (27). A continuación, se da la interpretación de los resultados que pueden obtenerse:

Menor de 23 puntos: El cuidado profesional será considerado Deficiente. El trato a las pacientes es con frialdad, como una “molestia”, lo que lleva a creer que el profesional no ofrece una atención ni comprende al paciente y su situación.

De 23 a 37 puntos: El cuidado profesional será considerado Regular. Se define como “neutral”; es básicamente apática o individual, no es de persona a persona. La vida o los niveles de energía ni mejoran ni son disminuidos.

De 38 a 51 puntos: El cuidado profesional será considerado Bueno. Es caracterizada como benevolente, amable y preocupada. El resultado de este encuentro es que los niveles de energía son sostenidos o aumentados.

De 52 a 60 puntos: El cuidado profesional será considerado Excelente. Implica estar completamente presente, con la curación de amor que fluye. La personalidad se reconoce mutuamente; la atención se negocia y la intimidad profesional se produce. Esta relación favorece la libertad espiritual (27).

3. Capítulo III: Marco de diseño

3.1. Tipo de estudio

El diseño del estudio es pre experimental por tener un grado de control mínimo. Se trata de un diseño pre prueba/los prueba con un solo grupo de 46 gestantes, que consistió en medir en un mismo grupo y en dos momentos diferentes las variables planteadas en el instrumento Escala de Cuidado Profesional (6). El primer momento en que se realizó la primera valoración del cuidado profesional fue después de la consulta prenatal habitual —en la cual no hubo intervención—; la segunda valoración fue realizada en la consulta prenatal donde se realizó la intervención de cuidado profesional en planificación familiar, basada en los procesos de cuidado de Swanson. Esta investigación se llevó cabo durante el mes de marzo del año 2018 a partir de técnicas cuantitativas y permitió conocer el valor que las gestantes le otorgan a cada una de las variables dependientes antes y después de recibir la intervención de cuidado.

3.2. Universo

Para la presente investigación se consideró como universo todas las gestantes que habitan en el municipio de Sincelejo, Sucre; las cuales requerían control prenatal para el mes de marzo del 2018.

3.3. Población

La población del estudio estuvo constituida por 76 gestantes que fueron atendidas en la consulta prenatal con médico, ginecólogo y profesional de enfermería durante el mes de marzo del 2018, en una IPS privada de primer nivel de atención en Sincelejo, Sucre.

3.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por todas las gestantes que acudieron a la consulta prenatal habitual y a la intervención de cuidado brindada por el profesional de enfermería en la IPS privada de primer nivel de atención objeto de estudio ubicada en Sincelejo, Sucre durante el mes de marzo del 2018, para la fecha de recolección

fueron 46 mujeres. La consulta prenatal habitual, para la investigación es considerada como el antes de la intervención.

3.4.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para la muestra seleccionada de la investigación fueron:

- Mujeres inscritas en el programa de control prenatal de la IPS privada de primer nivel de atención en Sincelejo, Sucre.
- Mujeres primigestantes y multigestantes.
- Mujeres con más de trece semanas de gestación.
- Mujeres gestantes que acuden a la consulta prenatal habitual con enfermería (antes de la intervención de cuidado)
- Mujeres gestantes que acuden a la intervención de cuidado en planificación familiar.
- Mujeres en gestación que pueden leer y escribir en español.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres en gestación a las cuales no se les realizó la intervención de cuidado
- Mujeres en gestación que presenten trastornos que impidan comunicarse verbalmente.
- Mujeres en gestación con problemas de ceguera.
- Mujeres en gestación con trastornos cognitivos y mentales.

3.4.3. Tamaño de la muestra

La selección de la muestra fue no probabilística y se realizó por conveniencia (54), teniendo en cuenta que no había suficiente muestra dado que se presentó un elevado número de gestantes que fueron trasladadas a otras entidades prestadoras de salud. Para la fecha en que se realizó la investigación se contaba con un total de 76 gestantes activas; de las cuales 14 eran de alto riesgo obstétrico y ameritaban ser valoradas por médico y ginecólogo. Las siete gestantes que se encontraban en el primer trimestre de gestación no fueron incluidas en la investigación. La muestra

fue elegida de manera cuidadosa; se seleccionó el total de las gestantes que acudieron durante el mes de marzo del 2018 a la consulta prenatal por enfermería y que cumplieron con los criterios de inclusión. A esta población se les aplicó el instrumento *Escala de Cuidado Profesional (ECP)*, el cual valoró el cuidado del profesional antes y después de la consulta en la cual se realizó la intervención de cuidado en planificación familiar.

3.5. Fuente de información

La fuente de información fue suministrada por las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión, habiendo firmado previamente el consentimiento informado.

3.6. Instrumento

El instrumento usado para la presente investigación se denomina *Escala de Cuidado Profesional*, versión en español (27), derivada del *Caring Professional Scale (CPS)*, elaborada por Kristen Swanson en el año 2000. La herramienta está sustentada en la teoría de rango medio *Cuidado informado para el bienestar de otros*; cuenta con validez facial, de constructo y de contenido. Es confiable, breve y de fácil diligenciamiento. Le permite a la gestante evaluar el cuidado brindado por el profesional de enfermería en la consulta prenatal.

Este instrumento surge de las comparaciones que la Doctora Kristen Swanson efectúa a los instrumentos de cuidado *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)* de Larson, *Caring Behaviors Inventory (CBI)* de Wolf, *Caring Assessment Tools* de Cronin, *Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)* de Watson y el *Cuestionario de Inteligencias Múltiples* de Gardner y Wheeler. La autora encontró al analizar los anteriores cuestionarios, que las conductas más relevantes en la práctica del profesional de enfermería son: escuchar al paciente, permitir la expresión de los sentimientos, percibir las necesidades del paciente, conocer al paciente y emplear el tacto para relacionarse con el paciente. Por otra parte, observó que las pacientes le dan mayor valor al comportamiento de los

enfermeros cuando existe una relación positiva con ellos: se responde oportunamente al llamado y se manifiesta suficiente conocimiento para ejercer correctamente la labor (38).

En el año 2012, Posada MN *et al* llevaron a cabo la adecuación semántica del instrumento, en la cual se exploró la claridad y la comprensión de los enunciados de cada uno de los 15 ítems. Del total de los ítems, solamente tres no fueron modificados —los ítems 1, 7 y 14—, mientras que los restantes se sometieron a un proceso de adecuación semántica sin afectar la equivalencia conceptual ni la interpretabilidad; la opción de respuesta era dicotómica: *Sí* o *No* (55). Por su parte, en 2013 Vesga LM realizó la validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (ECP), versión en español (27). Los resultados arrojaron que la comprensibilidad bruta superó el 94%, reveló una validez de contenido con un índice de validez de contenido global de 0,893 y mostró un alfa de Cronbach de 0,907. Así mismo, el constructo reconoce en su estructura teórica dos factores: *Sanador compasivo* (alfa de Cronbach = 0,852) y *Sanador competente* (alfa de Cronbach = 0,859). Cabe considerar que la subescala *Sanador compasivo* en la escala original contiene ocho ítems y la escala *Sanador competente* siete, lo cual se diferencia de la versión elaborada en 2013 en español, pues se cuestiona el ítem que ocupa el lugar nueve con un contenido teórico que apunta a agruparse con aquellos de la subescala *Sanador competente*. Sin embargo, estadísticamente se ubica en la subescala *Sanador compasivo*, mostrando una carga factorial que supera el 0,6.

En la investigación, se modificó la opción de respuesta a escala tipo Likert hasta 15 puntos, con cuatro opciones de respuesta: *siempre*; *la mayoría de las veces*; *algunas veces sí*, *algunas veces no*; *nunca*. La interpretación de la evaluación del cuidado profesional fue propuesta de la siguiente manera: *Deficiente* = menor de 23 puntos; *Regular* = 23-37 puntos; *Bueno* = 38-51 puntos; *Excelente útil*= 52-60 puntos (27)

3.6.1. Descripción y variables del instrumento

La Escala de Cuidado Profesional cuenta con 15 ítems agrupados en dos subescalas. La primera escala, *Sanador compasivo*, cuenta con siete ítems que se asocian

al comportamiento del enfermero en la práctica de cuidado, en la que se establece una relación afectuosa y de confianza, orientando el estado cognitivo-afectivo del profesional de enfermería con la gestante —*reconfortable, positiva, receptiva, atenta a los sentimientos, visiblemente afectada por su experiencia, capaz de ofrecer esperanza y respetuosa*. La segunda escala, *Sanador competente*, está integrada por ocho ítems, relacionados con los siguientes comportamientos del profesional de enfermería: responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica de cuidado. La escala está orientada hacia el estado cognitivo del saber hacer —*informativo, clínicamente competente, personal, dispuesto al apoyo, técnicamente hábil, portador de cuidado, centrado en el paciente*.

En cuanto a la investigación, para la evaluación del cuidado profesional de enfermería de los 15 ítems se empleó la escala tipo Likert con cuatro tipos de opciones. La interpretación del cuidado brindado por el profesional se evaluó así: *Deficiente* = menor de 23 puntos; *Regular* = 23-37 puntos; *Bueno* = 38-51 puntos; *Excelente útil* = 52-60 puntos. Para el análisis de los datos, se recurrirá a la estadística descriptiva. Así mismo, las variables cuantitativas, obtenidas de los puntajes de la escala de valoración del cuidado profesional, se presentaron con media y desviación estándar (DE).

Tabla 6: Escala de valoración del Cuidado Profesional (ECP)

Sanador compasivo: Esta subescala se enfoca en el comportamiento cognitivo-afectivo, del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza con el paciente.

Ítem	El profesional de enfermería...	Nunca	Algunas veces sí, algunas veces no	La mayoría de las veces	Siempre
1.	<i>¿La hizo sentir bien?</i>	1	2	3	4
2.	<i>¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?</i>	1	2	3	4

3.	<i>¿La escuchó con atención?</i>	1	2	3	4
4.	<i>¿Le permitió expresar sus sentimientos?</i>	1	2	3	4
5.	<i>¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?</i>	1	2	3	4
6.	<i>¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?</i>	1	2	3	4
7.	<i>¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?</i>	1	2	3	4

Fuente: Vesga LM. Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la Doctora Kristen Swanson versión en español (27).

Sanador competente: Esta subescala se concentra en la acción del saber-hacer. Se relaciona con el comportamiento del profesional de enfermería, así como con la responsabilidad, el compromiso y la pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado.

Ítem	El profesional de enfermería...	Nunca	Algunas veces sí, algunas veces no	La mayoría de las veces	Siempre
8.	<i>¿La animó para que se siga cuidando durante su embarazo?</i>	1	2	3	4
9.	<i>¿Fue respetuosa con usted?</i>	1	2	3	4
10.	<i>¿Le brindó ayuda y colaboración?</i>	1	2	3	4
11.	<i>¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?</i>	1	2	3	4

12.	<i>¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?</i>	1	2	3	4
13.	<i>¿Le explicó de forma clara las indicaciones a seguir?</i>	1	2	3	4
14.	<i>¿Fue amable con usted?</i>	1	2	3	4
15.	<i>¿La trató como persona?</i>	1	2	3	4

Fuente: Vesga LM. Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la Doctora Kristen Swanson versión en español (27).

3.7. Fases de la investigación

3.7.1. Prueba piloto

Dentro del marco de diseño se planteó para la presente investigación una prueba piloto con el fin de detectar las posibles fallas y ayudar a resolver aquellos problemas que pudieran surgir durante el proceso de recolección de la información. Así mismo, permitió evaluar la solidez de la intervención de cuidado en planificación familiar, tanto en su estructura como en su contenido y el cumplimiento de los criterios éticos. Igualmente, condujo a plantear cada una de las fases de investigación de manera ordenada y secuencial, con lo que se posibilitó evaluar la capacidad y la destreza del auxiliar de investigación al momento de ejecutar la intervención de cuidado en planificación familiar. Finalmente, permitió conocer el escenario de investigación y precisar los tiempos requeridos para la aplicación del instrumento de cuidado.

La prueba piloto de esta investigación se desarrolló en la institución de salud objeto de estudio durante tres días, a un total de seis gestantes en horario sugerido por la institución. El investigador se encargó de capacitar, monitorear y evaluar permanentemente la ejecución de las actividades realizadas por los auxiliares de investigación. La persona encargada de llevar a cabo la consulta prenatal habitual con el

componente de planificación familiar fue el profesional de enfermería que realiza el control prenatal a nivel institucional. Por su parte, el responsable de llevar a cabo la intervención de cuidado en planificación familiar se reconoció como el *auxiliar de investigación 1* —profesional de enfermería supernumerario—, quien previamente recibió una capacitación por parte de la investigadora sobre la teoría de K. Swanson, los procesos de cuidado, el conocimiento de la temática a tratar en la consulta prenatal (ver Anexo 3), y las actividades que deben desarrollar registradas en una lista de chequeo. Por último, el encargado de aplicar el instrumento Escala Profesional de Cuidado de K. Swanson, versión en español se reconoció como el *auxiliar de investigación 2* —profesional de enfermería supernumerario— quien previamente recibió capacitación brindada por el investigador sobre la teoría de K. Swanson, los procesos de cuidado y el instrumento de valoración.

A continuación, se describen cada una de las fases en que se desarrolló la puesta en práctica de la prueba piloto:

Fase 1. Se gestionó el aval ético del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia para poner en marcha la investigación.

Fase 2. Se concertó una reunión con el gerente de la IPS privada de primer nivel de atención en Sincelejo, objeto de estudio en el que se realiza el control prenatal. Esta reunión tuvo como finalidad explicar el objetivo, brindar información de la investigación y promover la participación en el estudio.

Fase 3: Información del objetivo de la investigación: La investigadora informó al recurso humano que directa e indirectamente están relacionados con el programa de control prenatal; a quienes se les expuso la finalidad, modo, espacio y tiempo en que se desarrollara la intervención en planificación familiar. Esto se hizo con el fin de involucrar al personal en el proceso de captación y direccionamiento de la gestante a la consulta prenatal.

Fase 4: Planteamiento de parámetros para evaluar a los auxiliares de investigación: Se consideró evaluar al *auxiliar de investigación 2* con respecto a la mecánica en la

aplicación y diligenciamiento del instrumento de cuidado posterior a la consulta prenatal donde se realiza la intervención en planificación familiar. Así mismo, se tuvo en cuenta apreciar las características del lugar, la privacidad, la comodidad, la individualidad y el tiempo requerido para el diligenciamiento de formularios. Con respecto a los parámetros para evaluar al *auxiliar de investigación 1*, encargado de ejecutar la intervención de cuidado en planificación familiar. Inicialmente se verificó el cumplimiento de las actividades planteadas en la lista de chequeo, el tiempo de ejecución. Además, se comprobaron las características óptimas de las instalaciones donde se realiza la intervención de cuidado en planificación familiar.

Fase 5: Ajustes en el desarrollo del proceso: Diariamente, el investigador realizó los ajustes necesarios, la retroalimentación y las sugerencias a modificar.

Para evitar posibles sesgos; cabe aclarar que los datos recolectados en la prueba piloto no fueron incluidos en la muestra final de la investigación. Además, la investigadora no ejecuto la intervención de cuidado en planificación familiar por ser profesional de enfermería que labora en la institución de salud objeto de estudio.

3.7.2. Procedimiento para la recolección de la información

La información de la presente investigación fue recolectada durante el mes de marzo del 2018 en una institución prestadora de salud de primer nivel, posterior a la entrega del aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia para dar inicio a la investigación, así como la autorización emitida por el gerente de la IPS de salud (ver Anexos 9 y10). Las fases en que se desarrolló la recolección de los datos para la investigación se describen a continuación.

Fase 1. Búsqueda de los dos auxiliares de investigación (profesionales de enfermería), con el fin de realizar la intervención de cuidado y la aplicación del instrumento de cuidado.

Fase 2. Capacitación a los auxiliares de investigación con respecto a: la intervención de cuidado en planificación familiar; la teoría de Kristen Swanson, los procesos de

cuidado, el instrumento de cuidado Escala de Cuidado Profesional versión español (ver Anexo 3)

Fase 3. Información y coordinación de la actividad con el personal que labora en la institución.

Fase 4. Búsqueda de las gestantes: Diariamente por parte de un auxiliar de investigación

Fase 5. Diligenciamiento de los formularios: Realizado por uno de los auxiliares de investigación y bajo la supervisión de la investigadora. Los formularios corresponden a datos sociodemográficos y el instrumento de cuidado Escala de Cuidado Profesional (ECP)

Fase 6. Asignación de la cita para la intervención de cuidado en planificación familiar: actividad a cargo del *auxiliar de investigación N° 2*.

Fase 7. Recordación de asistencia a la intervención de cuidado en planificación familiar: *Actividad asignada al auxiliar de investigación N° 2*.

Fase 8. Recepción de la gestante que acude a la intervención de cuidado en planificación familiar, a cargo de un auxiliar de investigación N° 2.

Fase 9. Ejecución de la intervención de cuidado en planificación familiar: A cargo del *auxiliar de investigación N° 1*, quien aplico los procesos de cuidado de K. Swanson, acción cotejada en la lista de chequeo, y supervisada constantemente por la investigadora. Antes de dar por terminada la consulta prenatal, entrega a la gestante la página *web* que contiene las temáticas alusivas a los derechos sexuales y reproductivos, la función de los órganos sexuales que intervienen en la reproducción, los métodos de planificación familiar en el postparto, los mitos que han surgido alrededor de la planificación conocidos como métodos folclóricos de planificación familiar, los trámites administrativos para el acceso a los métodos de planificación y los mensajes de autoestima y empoderamiento frente a la salud sexual y reproductiva.

Fase 10. Diligenciamiento del instrumento de cuidado después de la intervención a cargo de un *auxiliar de investigación N° 2*.

Fase 11. Entrega de cada uno de los formularios diligenciados —datos sociodemográficos y el instrumento de cuidado— a la investigadora por parte de un *auxiliar de investigación N° 2*.

Se aclara que, dado los fines académicos y éticos de la investigación, los formularios fueron depositados bajo custodia fuera de la institución de salud, y guardados como soporte de evidencia, durante el tiempo necesario.

Es preciso aclarar que, la investigadora y creadora de la intervención de cuidado en planificación familiar, por ser funcionaria de la institución objeto de estudio:

No ejecutó la intervención de cuidado en planificación familiar, ni aplicó el instrumento de cuidado. Pero fue la responsable de capacitar a los dos auxiliares de investigación, verificó la asignación/cumplimiento de la cita de cada gestante; supervisó la intervención y el diligenciamiento del instrumento de cuidado. Lo anterior corrobora que la investigadora no manipuló el ambiente de investigación y mantuvo una postura neutral durante el proceso de recolección de los datos. Los resultados fueron tabulados por la investigadora y emergieron únicamente de los datos obtenidos en los formularios. El análisis de la información fue realizado por la investigadora, con acompañamiento de un profesional en estadística.

3.8. Plan de análisis de los datos

El procesamiento de los datos obtenidos se inició a partir del análisis de las variables demográficas de las gestantes que participaron en la investigación. Entre éstas se destacan la edad materna, las semanas de gestación, la paridad, la escolaridad, la ocupación, el estado civil, la planeación del embarazo, los métodos de planificación familiar previos a la gestación y la fecha de la última gestación. Y el análisis de las variables que se encuentran en las subescalas del instrumento de cuidado E.C.P.

Tabla 7: Características sociodemográficas de las gestantes de la IPS primer nivel de atención objeto de estudio. Sincelejo Sucre marzo 2018.

Variable	Escala	Indicador
Grupo de edad (en años)	<14 años 15-19 años 20-24 años 25-34 años 35-44 años >45 años	Porcentaje según la escala
Semanas de gestación	13 a 26 semanas >27 semanas	Porcentaje según la escala
Paridad	1 embarazo 2 embarazos 3-4 embarazos 5 o más embarazos	Porcentaje según la escala
Nivel académico	Primaria Bachillerato Técnico Universitario	Porcentaje según la escala
Ocupación	Ama de casa Empleada Comerciante Estudiante Otros	Porcentaje según la escala
Estado civil	Soltera Unión libre Casada	Porcentaje según la escala
Planeación de la gestación	Planeado No planeado	Porcentaje según la escala

Método de planificación familiar antes de la gestación	Inyectable Píldoras Preservativo DIU Implante subdérmico Otros No usaban	Porcentaje según la escala
Fecha del último embarazo	Menor de un año De uno a dos años De dos a tres años Mayor a tres años	Porcentaje según la escala

Fuente: Datos del estudio.

3.9. Procesamiento de la información

Para el análisis de los datos de caracterización de las gestantes que participaron, se hizo uso de la estadística descriptiva con la ayuda de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis estadístico se realizó utilizando el *software* SPSS, versión 23.0 con el acompañamiento de un experto en estadística.

3.10. Riesgos del diseño

La presente investigación ha estado direccionada a fortalecer y ampliar el conocimiento científico. Adicionalmente, se espera que les permita a futuras investigaciones ser el soporte teórico para generar nuevos conocimientos en la disciplina de enfermería, con respecto a la forma de brindar el cuidado en planificación familiar durante el control prenatal.

Los diseños pre-experimentales reciben su nombre porque su grado de control es mínimo. Por lo anterior y con el fin de prever los posibles riesgos en la investigación, se trató de evitar la posibilidad de que se presenten sesgos en la etapa de recolección de los datos.

Ante el posible temor que surja en la gestante, asociado con la objetividad de la información entregada. Se redujo, proporcionándole a la gestante garantías de que la información se usaría exclusivamente con fines académicos.

Riesgo de información de valores de cuidado no confiables: Se evitó mediante la selección de un instrumento de cuidado con análisis de validez y confiabilidad.

Para controlar el sesgo relacionado con la confiabilidad de los resultados obtenidos. La investigadora capacitó a dos auxiliares de investigación para que el primero ejecutara la intervención y el segundo realizará la aplicación del instrumento. El entrenamiento abarcó la explicación de la teoría de K. Swanson, los procesos de cuidado, el instrumento Escala de Cuidado Profesional (ECP).

Riesgo de registrar erróneamente la información de los datos sociodemográficos y el valor del cuidado: Se evitó el registro erróneo de los datos en cada variable de los formularios a partir de: Capacitación previa *al auxiliar de investigación 2* por parte de la investigadora; explicación a la gestante el diligenciamiento de los formularios por parte del *auxiliar de investigación* y la verificación de los datos registrados por cada gestante en cada variable por parte *del auxiliar* y la investigadora.

En relación con el número de gestantes que participan en la intervención. Se decidió diariamente y durante todo el mes de marzo del 2018, abordar a la totalidad de las gestantes con criterios de inclusión que acudieron a la consulta prenatal por el profesional de enfermería. A cada una de las gestantes se les explico la finalidad de la investigación, se motivó la asistencia a la intervención, se asignó la cita a la intervención y se contactó para recordar la intervención.

En relación con el cumplimiento de las actividades y temáticas planteadas en la intervención. El riesgo se minimizo, con la previa capacitación que recibió *el auxiliar de investigación 1* por parte de la investigadora con respecto a la teoría, los procesos de cuidado y el instrumento. Además, se utilizó una lista de chequeo para corroborar lo planteado.

Riesgo de prolongarse el tiempo de la intervención de cuidado. Se elaboró una lista de chequeo con las preguntas a realizar; se realizó una prueba piloto para calibrar

tiempo de ejecución y se informó previamente a la gestante el tiempo de la intervención.

Con respecto al riesgo del análisis erróneo de los resultados. La información obtenida fue analizada por la investigadora y por un experto en estadística, quien proceso los datos y aportó desde su enfoque la interpretación de la información.

3.11. Difusión de los resultados

Posterior al análisis de la información se contemplan los siguientes mecanismos para difundir y socializar los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, se realizará la sustentación pública y la entrega de la tesis de maestría a la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. En segundo lugar, se entregará a las directivas de la institución un informe de la investigación, además se expondrán los resultados al coordinador médico y a los profesionales encargados del programa de control prenatal; así mismo se promocionará la intervención de cuidado para ser implementada en la consulta prenatal. En tercer lugar, todas las participantes serán invitadas a la exposición de los resultados en la sede de atención. Por último, para que la comunidad científica y profesional pueda acceder a los resultados de la investigación se publicara un artículo científico en revista indexada y presentación del estudio en convocatorias científicas como seminarios, congresos y simposios.

3.12. Consideraciones éticas

Para la presente investigación, se contemplaron las disposiciones planteadas en la Resolución n.º 8430 de 1993, del Ministerio de Salud y la Protección Social, en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En este sentido, en el artículo 5 se dicta que “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (56).

La investigación se ajustó a los preceptos científicos y éticos justificados, ya que fue desarrollada por profesionales con conocimiento y experiencia en cuidar la integridad de la gestante que estuvo bajo la responsabilidad de una entidad de salud. De

otro lado, se tuvo en cuenta el aporte social y científico de la investigación, incluyendo lo relacionado con el conocimiento, los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica, la prevención y control de los problemas de salud y las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de los servicios de salud.

La investigación, a pesar de ser realizada con seres humanos, fue considerada de bajo riesgo, debido a que no se realizaron intervenciones directas sobre el cuerpo de la gestante ni procedimientos invasivos. Además, no se expusieron a riesgos de tipo biológico o fisiológico que causaran daño a las participantes a corto o largo plazo.

Con respecto al manejo de la información, se cumplieron con los principios éticos de *respeto a la dignidad humana*, derecho que implica la determinación de actuar voluntariamente, y *la beneficencia*, ante lo cual se les informó a las participantes que la investigación no generaría riesgo de daño para la salud física, mental ni espiritual en la gestante ni en el hijo por nacer. Por otra parte, se tomaron en cuenta los principios éticos de *autonomía*, ya que se respetó la libertad para continuar o retirarse en el momento en que la participante lo considerara necesario. A cada una de las gestantes se les informó verbalmente y por escrito la claridad académica, la justificación de la investigación y los objetivos. Se les dio a conocer las posibles complicaciones, los beneficios/riesgos que suelen presentarse durante el proceso de investigación y la utilidad de los resultados. Estos datos fueron registrados en el consentimiento informado, en el que cada participante autorizó su colaboración voluntaria con pleno conocimiento, con libre elección y sin coacción. Además, la investigadora se comprometió a aclarar las preguntas o inquietudes que surgieron en el transcurso de la investigación. Igualmente, se garantizó el anonimato, la confidencialidad y la privacidad a cada participante asignándole un código, con el fin de no divulgar su nombre, el cual, según los artículos 8 y 15 de la resolución citada, sólo será identificado cuando lo amerite y cuando sea autorizado por ella misma (56).

En la investigación también se evidenciaron principios como son la *fidelidad*, en el sentido de que la investigadora tuvo un compromiso de confidencialidad con la información recibida, protegiendo la identidad de las participantes. Igualmente, no se dio a conocer el nombre de la institución de salud objeto de investigación para evitar poner en riesgo la trayectoria de la IPS en el municipio. También se mantuvieron la *veracidad*, dado que los resultados arrojados se analizaron bajo criterios de honestidad y no fueron manipulados por conveniencia, y la *no maleficencia*, pues el fin de la investigación es ampliar el conocimiento y no generar daño al grupo de participantes (56)._De la misma manera, se tuvo en cuenta el principio de *justicia* y el derecho a la *equidad* confirmadas en la selección de las gestantes.

Finalmente, se consideró el principio de *reciprocidad* hacia las participantes, de manera que ellas comprendieran que al evaluar la intervención de cuidado brindada por el profesional de enfermería serían determinantes en modificar la práctica de cuidado del profesional, lo que permitirá mejorar la calidad de atención y fortalecerá un mejor acompañamiento. Cabe aclarar que la participación de la gestante en la presente investigación consistió en evaluar el cuidado que brinda el profesional de enfermería a través del diligenciamiento del instrumento de cuidado. A su vez, tuvo para la gestante el beneficio de recibir en la consulta prenatal información adecuada que le permita ampliar los conocimientos en planificación familiar después del parto. En contraprestación, al terminar la investigación se les ofreció a las gestantes un taller sobre los cuidados en el recién nacido. Además, se realizará al personal de salud médico, profesional de enfermería y auxiliar de enfermería un taller de sensibilización en la atención prenatal con enfoque humanístico, con el fin de mejorar la calidad de atención.

La investigación consideró, para garantizar el respeto a la propiedad intelectual, solicitar los permisos a las autoras para poder utilizar la aplicación del instrumento *Escala de Cuidado Profesional (ECP)* en respuesta al respeto de los derechos de autor (ver anexos 5, 6, 7,8) y se solicitó la autorización para realizar la investigación a los directivos de la institución objeto de estudio (ver anexos 9 y 10). Igualmente, se tuvo en cuenta la Ley 911 de 2004, la cual prescribe todo lo concerniente a las

disposiciones de responsabilidad deontológica que deben aplicarse para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia (57). Por lo que se refiere al inicio de la intervención de cuidado y la aplicación del instrumento, éste no se realizó hasta que la propuesta de tesis hubiera sido avalada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y se hubieran cumplido con los lineamientos del Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, contemplados en el Capítulo I, así como de la propiedad intelectual y propiedad industrial, y el Capítulo II y la titularidad del derecho de autor (58).

4. Capítulo IV: Marco de análisis de resultados

En este capítulo se describe el análisis estadístico y la correlación teórica de los resultados obtenidos en la investigación. La muestra estuvo constituida por todas las gestantes que asistieron durante el mes de marzo del 2018 a la consulta prenatal habitual de enfermería (para el estudio el antes de la intervención) y que además aceptaron acudir a la intervención de cuidado en planificación familiar. Para la fecha de recolección determinada acudieron 46 gestantes. A estas gestantes se les aplicó el instrumento de cuidado Escala de Cuidado Profesional (ECP) de Kristen Swanson, versión en español, después de ambas consultas. El análisis estadístico se realizó utilizando el *software* SPSS, versión 23.0.

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de las características sociodemográficas, a saber: edad materna, semanas de gestación, número de embarazos, nivel educativo, ocupación, estado civil, planeación de la gestación, métodos de planificación familiar antes de la actual gestación y ocurrencia del último embarazo. El análisis descriptivo de las variables se realizó utilizando medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Tabla 8: Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas gestantes IPS primer nivel de atención, objeto estudio- Sincelejo Sucre- marzo 2018

Estadística	Edad	Semana de gestación
Mínimo	16	14
Cuartil 1	20,00	18,00
Mediana	26,50	24,50
Cuartil 3	33,25	28,00
Máximo	40	37

Media	26,57	23,61
Desviación Estándar	6,837	6,144
Asimetría	0,0072	0,0991

Fuente: datos de la investigación.

Tabla 9: Datos sociodemográficos de gestantes- IPS primer nivel de atención, objeto estudio- Sincelejo Sucre- marzo 2018

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Número del embarazo en la gestante	Primer embarazo	22	47,83%
	Segundo embarazo	13	28,26%
	Tercer embarazo	7	15,22%
	Cuarto embarazo	2	4,35%
	Quinto embarazo	2	4,35%
Nivel educativo	Primaria	1	2,17%
	Bachillerato	10	21,74%
	Técnico	17	36,96%
	Universitario	18	39,13%
Ocupación	Ama de casa	24	52,17%
	Comerciante	2	4,35%
	Empleada	14	30,43%
	Estudiante	5	10,87%
	Otra	1	2,17%
Estado civil	Casada	15	32,61%
	Soltera	3	6,52%
	Unión libre	28	60,87%
Planeación de la gestación	Gestación planeada	16	34,78%
	Gestación no planeada	30	65,22%
Método de planificación familiar utilizado antes de la gestación actual	Dispositivo Intrauterino	1	2,17%
	Inyectable	6	13,04%
	Píldoras anticonceptivas	8	17,39%

	Preservativo	4	8,70%
	Natural	1	2,17%
	Otro	1	2,17%
	No usaba	25	54,35%
Ocurrencia del último embarazo	De uno a dos años	4	16,67%
	De dos a tres años	3	12,5%
	Mayor a tres años	17	70,83%

Fuente: datos de la investigación.

De acuerdo con lo anterior, se encontró que las edades de las gestantes que participaron en la investigación oscilaron entre los 16 y 40 años, con una media de 26,57 años, dato similar al planteado por la ENDS 2010 (4), que indica que la edad promedio de la mujer al tener el primer hijo es de 21 años. El momento de ingresar a la intervención de cuidado se ubicó entre las 14 y las 37 semanas de gestación, con una media de 23.6. (Ver Tabla 8).

En la Tabla 9 se observa con respecto al nivel educativo, que la mayoría de las participantes tiene una carrera universitaria, lo que corresponde a tener un nivel educativo alto. Estos datos concuerdan con los reportados por la ENDS 2015 (29) informe que establece que el 74,3% de las mujeres de 13 a 49 años en Sucre cuentan con un nivel educativo secundario o más; y el 19,8% tienen primaria. También se asemejan con lo hallado en el estudio de Saavedra, en el cual el 63% de las mujeres participantes refirieron haber cursado estudios universitarios (51).

A pesar de que la mayoría de las gestantes de la investigación tenía un adecuado nivel educativo, más de la mitad manifestó que la actual gestación fue un embarazo no planeado. Es por ello que se requiere encaminar los esfuerzos en educación sexual, para lo cual se puede retomar el planteamiento de López C (59): el embarazo y el postparto son etapas de la vida reproductiva que ofrecen una oportunidad apropiada para educar a las mujeres sobre la importancia del espaciamiento de los embarazos y sobre los métodos anticonceptivos. En la consulta prenatal se debe brindar una orientación precisa en planificación familiar, cuyo propósito debe ser el

de impactar en la transformación de los comportamientos con respecto al cuidado de la salud sexual y reproductiva.

En relación con el número de embarazos, se encontró que aproximadamente para la mitad de las participantes, —es decir: la mayoría— eran primigestantes, y aquellas para las cuales no lo es reportan en casi tres cuartas partes que su último embarazo fue hace más de tres años; datos cercanos a lo presentado en el estudio realizado por Guzmán MP en la ciudad de Montería, en el que el mayor porcentaje de las mujeres (77,1%) de su estudio tenían entre uno y dos hijos, y el 3,7% de tenía cinco hijos (52).

En la investigación se encontró que el 70,83% de las mujeres con más de dos gestaciones afirmaron que su última gestación transcurrió un periodo intergenesico mayor a los tres años. Este resultado coincide con la tasa de fecundidad que presenta el departamento de Sucre, que se encuentra en 2,2, según la ENDS 2015. (29)

Conviene poner de relieve que la multiparidad es un factor condicionante en la presencia de muertes maternas, como lo demuestran los resultados descritos en un estudio realizado en el Cauca, en el que el 28% de las muertes maternas correspondía a mujeres con más de cuatro gestaciones (60). Hecha la anterior salvedad, se estima como una necesidad fortalecer en la consulta prenatal los procesos de cuidado en el componente de planificación familiar, encaminados a empoderar al profesional de enfermería en el programa y promover el autocuidado frente a la prevención de nuevos embarazos.

En lo referente a la ocupación, se encontró que la mayoría de gestantes eran amas de casa y empleadas. Los datos anteriores nos permiten concluir que, independiente de la ocupación y del contexto en que se encuentre toda mujer en edad fértil, ella debe recibir la información necesaria y completa relacionada con los métodos de planificación familiar. Esto confirma lo que señala Cabrera MC sobre la labor de promoción y educación acerca de los servicios de planificación familiar, pues no es cuestión de un esfuerzo aislado, sino de un continuo trabajo de información y orientación clara, eficaz y adecuada para cada mujer (9). En este sentido, Berrones E indica que la información que el profesional de enfermería le pueda brindar a la

mujer en las diferentes etapas de la vida sobre la planificación familiar puede influir en la toma responsable de decisiones frente a la prevención de embarazos (61).

El estado civil que más predominó al momento de la recolección de los datos fue la unión libre. Los datos anteriores corroboran los de la ENDS 2010, la cual reportó que la mayoría de las mujeres en edad fértil eran mujeres en unión libre (4). Los resultados encontrados son análogos a los del estudio de Guzmán MP, según el cual el mayor grupo de participantes lo constituyeron las gestantes en unión libre 87% (52).

Hay que enfatizar en el hecho de que la mayoría de las gestantes tenía una pareja estable, lo cual implica una alta posibilidad de iniciar la actividad sexual en el postparto. Es por esto que el profesional debe brindar un cuidado específico en la consulta prenatal para minimizar el riesgo de embarazos, con el cual se incentive el uso de los métodos de planificación familiar durante el periodo del postparto.

En relación con el uso de métodos de planificación familiar antes de la gestación, se observó que más de la mitad de las gestantes no usaban ningún método de planificación familiar; datos que son comparables con los de Pérez C et al., quienes informan que el 53% de las mujeres no planificaban antes de la gestación (21).

Lo anterior demuestra que es muy común encontrar en la consulta prenatal mujeres con embarazos no planeados, condicionados algunas veces por dificultades en la demanda inducida, por las barreras en la disponibilidad y acceso a los métodos anticonceptivos o por la falta de información adecuada y oportuna en planificación familiar.

4.1.2. Análisis descriptivo comparativo de los resultados obtenidos en la Escala Profesional de Cuidado (ECP) antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar.

En esta sección se analizó el valor del cuidado profesional obtenido en la subescala *Sanador compasivo* y en la subescala *Sanador competente* de la Escala de Cuidado Profesional (ECP) de K. Swanson. Esta herramienta fue aplicada a las gestantes antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar brindada por el profesional de enfermería en la consulta prenatal.

4.1.2.1 Subescala *Sanador compasivo* antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar.

La subescala *Sanador compasivo* contiene siete preguntas que valoran el comportamiento cognitivo-afectivo, que tiene el profesional de enfermería en la práctica del cuidado, donde se establece una relación afectuosa y de confianza con la gestante en la consulta prenatal antes y después de una intervención de cuidado en planificación familiar. Los datos de cada variable de la subescala, las frecuencias/porcentajes pueden observarse en la Tabla 10, fueron obtenidos tras la aplicación del instrumento (ECP) al finalizar cada consulta.

Tabla 10: Subescala *Sanador compasivo* antes y después de la intervención en planificación familiar. IPS de primer nivel de atención, objeto de estudio- Sincelejo - marzo 2018.

Ítems subescala <i>Sanador compasivo</i>				
Ítem	Enunciado	Respuesta	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)	Después de la intervención de cuidado en planificación familiar

			Fre- cuen- cia	Por- centaje	Fre- cuen- cia	Porcen- taje
1	<i>¿La hizo sentir bien?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	3	6,52%	1	2,17%
		La mayoría de las veces	22	47,83%	11	23,91%
		Siempre	21	45,65%	34	73,91%
2	<i>¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	4	8,70%	0	0%
		La mayoría de las veces	21	45,65%	7	15,22%
		Siempre	21	45,65%	39	84,78%
3	<i>¿La escuchó con atención?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	5	10,87%	0	0%
		La mayoría de las veces	23	50,00%	7	15,22%
		Siempre	18	39,13%	39	84,78%
4	<i>¿Le permitió expresar sus sentimientos</i>	Nunca	0	0%	1	2,17%
		Algunas veces sí, algunas no	17	36,96%	0	0%
		La mayoría de las veces	16	34,78%	5	10,87%
		Siempre	13	28,26%	40	86,96%
5	<i>¿Demostró interés por lo</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	7	15,22%	1	2,17%

	<i>que le sucede a usted?</i>	La mayoría de las veces	17	36,96%	12	26,09%
		Siempre	22	47,83%	33	71,74%
6	<i>¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	5	10,87%	0	0%
		La mayoría de las veces	18	39,13%	14	30,43%
		Siempre	23	50,00%	32	69,57%
7	<i>¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	1	2,17%	0	0%
		La mayoría de las veces	16	34,78%	10	21,74%
		Siempre	29	63,04%	36	78,26%

Fuente: elaboración propia

Tabla 11: Ítem 1: ¿La hizo sentir bien?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	3	6,5	1	2,2
La mayoría de las veces	3	22	47,8	11	23,9
Siempre	4	21	45,7	34	73,9
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 1 de la subescala correspondiente a la pregunta *¿La hizo sentir bien?*, hace parte del proceso de cuidado *Hacer por*. En este ítem se encontró que casi la mitad de las gestantes antes de la intervención percibieron que *la mayoría de las veces* el profesional de enfermería la hizo sentir bien. Después de la intervención el valor del cuidado reveló un aumento significativo en la percepción de las participantes en cuanto a la actitud reconfortante que tuvo el profesional de enfermería de promover y afianzar las relaciones interpersonales. (Ver Tabla 11).

Tabla 12: Ítem 2: *¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?*

Categorías	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	4	8,7		
La mayoría de las veces	3	21	45,7	7	15,2
Siempre	4	21	45,7	39	84,8
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 2 correspondiente a la pregunta *¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?* se relaciona con el proceso de cuidado *Mantener las creencias*. Antes de la intervención de cuidado un porcentaje idéntico de gestantes percibieron que *siempre* o *la mayoría de las veces* la actitud fue positiva. En cuanto a la intervención de cuidado en planificación familiar, la mayoría de las gestantes percibieron que el profesional de enfermería *siempre* manifestó una actitud positiva. (Ver Tabla 12). El valor del cuidado profesional que predominó al final de la intervención fue de 4,0 evidenciando un aumento significativo en este ítem.

Lo anterior nos refleja que casi la totalidad de las gestantes le dieron el valor máximo al cuidado brindado por el profesional de enfermería después de la intervención en planificación familiar. Este ítem refleja que la gestante encontró tranquilidad espiritual y actitud positiva hacia un futuro promisorio; igualmente percibió en la profesional actitud de escucha y un acompañamiento permanente.

Tabla 13: Ítem 3: ¿La escuchó con atención?

Categorías	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	5	10.9		
La mayoría de las veces	3	23	50.0	7	15.2
Siempre	4	18	39.1	39	84.8
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 3 corresponde a la pregunta *¿La escuchó con atención?*, el cual hace parte del proceso de cuidado de *Estar con*. Se encontró antes de la intervención que la mitad de las gestantes consideraron haber sido escuchadas con atención *la mayoría de las veces*. Después de la intervención de cuidado en planificación familiar la mayoría de las gestantes coincidieron en que *siempre* fueron escuchadas atentamente (ver Tabla 13); lo cual significa que para más de la mitad de las gestantes que daban una puntuación igual o inferior a 3,0 inicialmente, la percepción cambió positivamente, alcanzando un valor de 4,0 después de la intervención de cuidado en planificación familiar.

Los datos reflejan que, aunque en la mayoría de las veces el profesional de enfermería escuchó a la gestante, no siempre le demostró mediante la observación que sus experiencias eran importantes y enriquecedoras para los dos. Por lo tanto, se debe mantener siempre una presencia auténtica, establecer una comunicación asertiva que permita la interacción y el acompañamiento emocional permanente.

Tabla 14: Ítem 4: ¿Le permitió expresar sus sentimientos?

Categorías	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Nunca	1			1	2.2
Algunas veces sí, algunas no	2	17	37.0		
La mayoría de las veces	3	16	34.8	5	10.9
Siempre	4	13	28.3	40	87.0
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

En el ítem 4, correspondiente a la pregunta *¿Le permitió expresar sus sentimientos?* relacionada con en el proceso de cuidado de *Estar con*, mostró, antes de la intervención que más de la tercera parte de las gestantes coincidieron que *algunas veces* se les permitió expresar sus sentimientos. En cambio, después de la intervención de cuidado casi la totalidad manifestaron que el profesional de enfermería *siempre* estuvo atento a ellas y que les fue permitido expresar sus sentimientos. (Ver Tabla 14).

Los datos obtenidos evidencian que el valor del cuidado profesional aumentó de 2,0 a 4,0 en este ítem. Lo anterior, refleja lo importante que es para la gestante que el

profesional la observe y la escuche atentamente. Por esta razón, se le debe permitir hablar y preguntar acerca de las dudas que surgen frente al embarazo y las alternativas relacionadas con la anticoncepción después del parto. Así pues, el profesional de enfermería debe reducir las barreras en la comunicación y entender que las experiencias y las expresiones de las gestantes son la base para conocer, analizar y plantear mejores acciones de cuidado.

Tabla 15: Ítem 5: ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?

Categorías	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	7	15,2	1	2,2
La mayoría de las veces	3	17	37,0	12	26,1
Siempre	4	22	47,8	33	71,7
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

Para el ítem 5, correspondiente a la pregunta *¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?* relacionada con el proceso de cuidado *Estar con*, se encontró antes de la intervención que casi la mitad de las gestantes percibió que el profesional de enfermería *siempre* demostró interés hacia ella. Después de la intervención de cuidado en planificación familiar, la mayoría de las gestantes percibió que el profesional de enfermería *siempre* le demostró interés (ver Tabla 15).

En este ítem se puede apreciar que la intervención de cuidado en planificación familiar marca la diferencia, pues se incrementa el porcentaje en la respuesta *siempre*. Los resultados nos señalan que se requiere continuar aumentando los esfuerzos en

esta variable, ofreciéndole siempre a la gestante un apoyo emocional y dándole a entender que sus sentimientos y vivencias son vitales para realizar un plan de manejo adecuado e integral durante y después de la gestación.

Tabla 16: Ítem 6: ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	5	10,9		
La mayoría de las veces	3	18	39,1	14	30,4
Siempre	4	23	50,0	32	69,6
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 6, correspondiente a la pregunta *¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?*, está relacionado con el proceso de cuidado *Estar con*. Antes de la intervención se encontró que la mitad de las gestantes consideraron que el profesional de enfermería fue *siempre* comprensivo. Después de la intervención de cuidado en planificación familiar, la mayoría de las gestantes consideraron que el profesional de enfermería comprendió *siempre* sus síntomas y preocupaciones (ver Tabla 16).

Los datos arrojados después de la intervención evidencian que sigue existiendo un alto porcentaje de participantes que no contemplaron darle el valor máximo. Por lo tanto, es necesario que el profesional de enfermería exprese interés y disponibilidad para escuchar a las gestantes y adopte con responsabilidad el rol de cuidador. El profesional de enfermería debe demostrar siempre una actitud de comprensión que le permita ahondar en cada situación para brindar con más claridad una orientación

que incida en el proceso de enseñanza en cuanto a la gestación, y a la planificación familiar.

Tabla 17: Ítem 7: ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	1	2,2		
La mayoría de las veces	3	16	34,8	10	21,7
Siempre	4	29	63,0	36	78,3
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 7, correspondiente a la pregunta *¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?*, se enmarca en el proceso de cuidado *Hacer por*. Antes de la intervención y después de la intervención las gestantes estimaron que el profesional de enfermería *siempre* estaba preparado para realizar la consulta prenatal (ver Tabla 17).

El valor máximo del cuidado profesional obtenido después de la intervención de cuidado en planificación familiar fue mayor a los resultados obtenidos antes de la intervención. Por lo tanto, se evidencia que el profesional de enfermería debe adquirir nuevos retos, empoderarse como líder del programa prenatal; desarrollar competencias, destrezas y habilidades en planificación familiar que fortalezcan el cuidado y la educación de este componente en la consulta prenatal.

4.1.2.1.1 Análisis de los resultados encontrados en la Subescala Sanador compasivo antes de la intervención de cuidado (consulta prenatal habitual)

A continuación, se realizará el análisis de los resultados encontrados en la subescala *Sanador compasivo* antes de la intervención de cuidado en la que se mide el valor del cuidado profesional

El valor promedio del cuidado profesional arrojado en la subescala *Sanador compasivo* antes de la intervención de cuidado (consulta habitual) fue de 23,28.

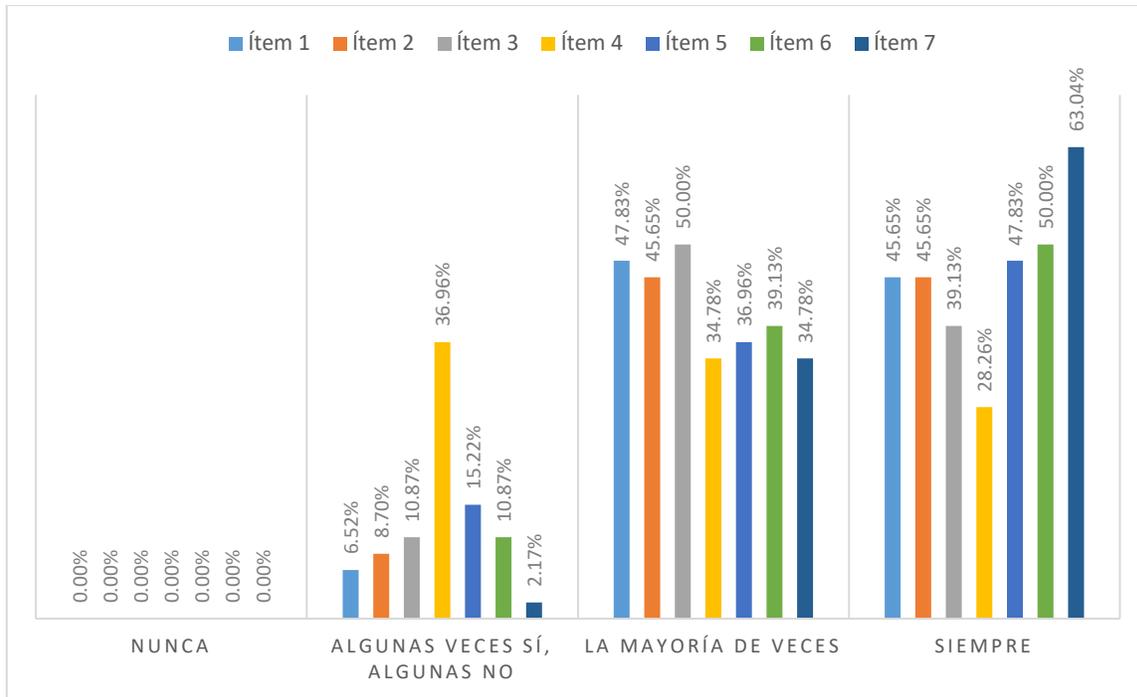
Se evidenció que ninguna de las siete variables de la Subescala Sanador Compasivo recibió el puntaje de 1.0, considerado el valor mínimo del cuidado profesional. Es decir, que la actitud *nunca* no fue percibida por ninguna de las gestantes en los procesos de cuidado inmersos en esta subescala. (*Hacer por, Mantener las creencias, Estar con*).

Se encontró que el máximo valor del cuidado profesional fue de 4.0, y fue dado en la variable *¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?*, inmersa en el proceso de cuidado *Hacer Por*. Lo anterior revela que la mayoría de las gestantes percibieron en el profesional de enfermería seguridad y destreza para efectuar su trabajo durante la consulta prenatal.

El menor valor del cuidado profesional fue obtenido en la variable *¿Le permitió expresar sus sentimientos?*, implícita en el proceso de cuidado *Estar Con*. Se evidencio que un elevado número de gestantes se sintieron insatisfechas y estimaron darle a esta variable un valor de 2.0, debido a que las gestantes percibieron que el profesional de enfermería no tuvo la disposición para escucharlas, ni le fue permitido opinar acerca de sus emociones y experiencias.

Los datos descritos en el anterior subapartado se pueden observar en el gráfico de síntesis 1, el cual registra las condensaciones de los datos presentados.

Gráfica 1: Subescala Sanador compasivo antes de la intervención de cuidado (consulta prenatal habitual)



Fuente: elaboración propia.

4.1.2.1.2 Análisis de los resultados encontrados en la Subescala Sanador compasivo después de la intervención de cuidado en planificación familiar basada en los procesos de cuidado de la teoría de K. Swanson.

A continuación, se analizarán los datos que fueron encontrados en la Subescala Sanador compasivo, donde se valora el cuidado brindado por el profesional de enfermería en la consulta prenatal donde se realizó la intervención de cuidado en planificación familiar:

El valor promedio del cuidado profesional arrojado en la subescala Sanador compasivo después de la consulta prenatal donde se realizó la intervención de cuidado en planificación familiar fue de 26,39.

El valor total del cuidado profesional en la Subescala Sanador compasivo mejoró 3.11 puntos después de la consulta prenatal donde se realizó la intervención de cuidado.

En toda la subescala se encontró que la única variable a la cual se le dio el mínimo valor del cuidado profesional fue *¿Le permitió expresar sus sentimientos?* Lo anterior se evidencia en que una sola gestante le dio al cuidado profesional un puntaje de 1.0.

Se encontró que la variable que presentó la mayor variación en el valor y que obtuvo el máximo puntaje del cuidado profesional después de la intervención fue *¿Le permitió expresar sus sentimientos?* Implícita en el proceso de cuidado *Estar con*. Debido a que la mayoría de las gestantes después de la intervención de cuidado consideraron darle un valor de 4.0.

Los datos anteriores reflejan que las gestantes durante la intervención sintieron que el profesional de enfermería redujo las barreras en la comunicación, mantuvo un acompañamiento permanente, les brindó confianza, las observó, las escuchó y les permitió expresar libremente sus sentimientos, sus vivencias e inquietudes con respecto a la temática de planificación familiar en el post parto.

Las variables que presentaron con mayor frecuencia el valor del cuidado profesional en 3.0 antes de la intervención y que mejoraron a 4.0 el valor después de la intervención fue *¿La hizo sentir bien?*; *Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?*; *¿La escuchó con atención?*

Antes de la intervención de cuidado un grupo elevado de gestantes consideraron que el profesional de enfermería presentó en la mayoría de las veces la disposición de estar con ellas, escucharlas y orientarlas. Por lo tanto, el profesional de enfermería no adoptó siempre el rol de cuidador durante la consulta prenatal.

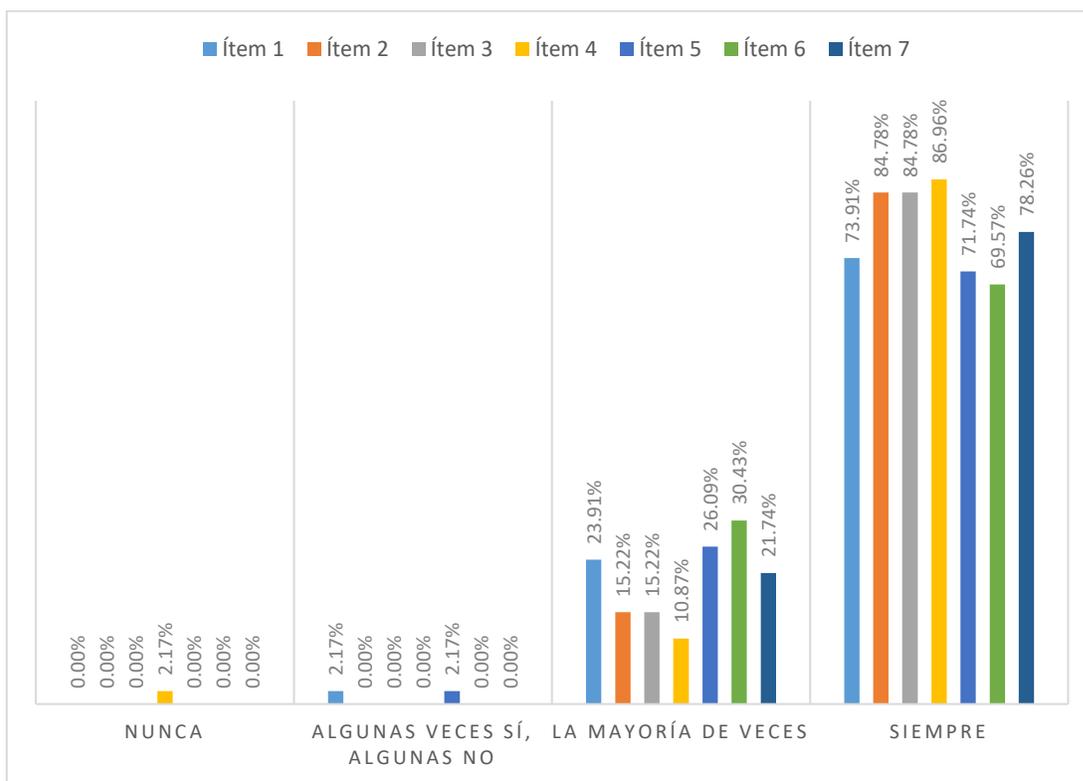
El valor del cuidado profesional mejoró en todas las variables de la Subescala *Sanador Compasivo* después de la intervención de cuidado.

Prevaleció el puntaje de 4.0, la respuesta *siempre* fue la más significativa. Lo cual permite establecer que la mayoría de las gestantes durante la intervención de cuidado percibieron que el profesional de enfermería *siempre* mantuvo una actitud de escucha y comprensión, estableció una comunicación asertiva y promovió el positivismo, la esperanza y la tranquilidad espiritual.

Las gestantes consideraron que hubo respeto por la fe y las creencias religiosas. Así mismo identificaron que el profesional desarrollo competente y hábilmente la temática de planificación familiar para después del parto.

Los anteriores datos descritos se pueden observar en el gráfico 2, en el cual se sintetizan los datos presentados.

Gráfica 2: Subescala Sanador compasivo después de la intervención de cuidado en planificación familiar



Fuente: elaboración propia.

4.1.2.2. Subescala Sanador competente antes y después de la intervención de cuidado de cuidado en planificación familiar

Tabla 18: Subescala Sanador competente antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar- IPS de primer nivel de atención, Sincelejo Sucre marzo 2018.

Ítems subescala <i>Sanador competente</i>						
Ítem	Enunciado	Respuesta	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
8	<i>¿La animó a que se siga cuidando durante el embarazo?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	12	26,09%	0	0%
		La mayoría de las veces	12	26,09%	9	19,57%
		Siempre	22	47,83%	37	80,43%
9	<i>¿Fue respetuosa con usted?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	1	2,17%	0	0%
		La mayoría de las veces	9	19,57%	2	4,35%
		Siempre	36	78,26%	44	95,65%
10	<i>¿Le brindó ayuda y colaboración?</i>	Nunca	1	2,17%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	3	6,52%	1	2,17%
		La mayoría de las veces	25	54,35%	10	21,74%
		Siempre	17	36,96%	35	76,09%
11		Nunca	0	0%	0	0%

	<i>¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?</i>	Algunas veces sí, algunas no	2	4,35%	0	0%
		La mayoría de las veces	25	54,35%	14	30,43%
		Siempre	19	41,30%	32	69,57%
12	<i>¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	14	30,43%	1	2,17%
		La mayoría de veces las	18	39,13%	16	34,78%
		Siempre	14	30,43%	29	63,04%
13	<i>¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	21	45,65%	1	2,17%
		La mayoría de veces las	12	26,09%	5	10,87%
		Siempre	13	28,26%	40	86,96%
14	<i>¿Fue amable con usted?</i>	Nunca	0	0%	0	0%
		Algunas veces sí, algunas no	1	2,17%	0	0%
		La mayoría de veces las	18	39,13%	1	2,17%
		Siempre	27	58,70%	45	97,83%
15		Nunca	0	0%	0	0%

	¿La trató como persona?	Algunas veces sí, algunas no	0	0%	0	0%
		La mayoría de veces las	10	21,74%	1	2,17%
		Siempre	36	78,26%	45	97,83%

Fuente: elaboración propia.

La subescala *Sanador competente*, evalúa con ocho preguntas el comportamiento, la responsabilidad, el compromiso, la pericia y la idoneidad del profesional de enfermería para ejercer la práctica del cuidado durante la consulta prenatal antes y después de una intervención de cuidado en planificación familiar. En la tabla 15 se pueden observar las frecuencias y los porcentajes correspondientes a cada una de las variables.

Tabla 19: Ítem 8: ¿La animó para que se siga cuidando durante su embarazo?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	12	26,1		
La mayoría de las veces	3	12	26,1	9	19,6
Siempre	4	22	47,8	37	80,4
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

En el ítem 8 correspondiente a la pregunta *¿La animó a que se siga cuidando durante su embarazo?*, relacionada con el proceso de *Mantener las creencias*. Antes

de la intervención se encontró que casi la mitad de las gestantes percibió que *siempre* fue animada por el profesional de enfermería para seguirse cuidando durante el embarazo. Además, se encontró después de la intervención de cuidado en planificación familiar que la mayoría de las gestantes percibió que *siempre* fueron animadas a cuidarse (ver Tabla 19).

El valor del cuidado profesional que prevaleció en este ítem fue de 4,0, pero aumentó considerablemente el porcentaje de éste después de la intervención de cuidado en planificación familiar, en la cual la gestante percibió que el profesional de enfermería se enfocó en comprender las experiencias individuales de cada una de las gestantes y en entender el significado que tiene para ellas afrontar y protegerse de un nuevo embarazo después del parto. Por lo tanto, es importante que el profesional siempre mantenga una actitud esperanzadora frente al autocuidado y la ayude a tomar conciencia como ser único, dinámico, en crecimiento espiritual, debe tener el liderazgo y la responsabilidad de cuidarse durante el embarazo.

Tabla 20: Ítem 9: ¿Fue respetuosa con usted?

Categorías	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	1	2,2		
La mayoría de las veces	3	9	19,6	2	4,3
Siempre	4	36	78,3	44	95,7
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

En el ítem 9, correspondiente a la pregunta *¿Fue respetuosa con usted?*, relacionada con el proceso de *Hacer por*, se encontró que la mayoría de las gestantes consideró que el profesional de enfermería *siempre* fue respetuoso antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar. Lo anterior demuestra que en esta variable el valor del cuidado profesional que preponderó en ambas consultas fue de 4.0 (ver Tabla 20).

Los datos señalan que la gestante identificó que el profesional de enfermería después de la intervención de cuidado en planificación familiar se esmeró por promover las relaciones personales y mantener siempre una actitud de respeto y escucha, sin emitir valores de juicio frente a los comentarios, las inquietudes y dudas que surgen relacionadas con la gestación, los mitos, las costumbres en planificación y los métodos de anticoncepción.

Tabla 21: Ítem 10 *¿Le brindó ayuda y colaboración?*

Categorías	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Nunca	1	1	2,2		
Algunas veces sí, algunas no	2	3	6,5	1	2,2
La mayoría de las veces	3	25	54,3	10	21,7
Siempre	4	17	37,0	35	76,1
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 10, correspondiente a la pregunta *¿Le brindó ayuda y colaboración?*, relacionada con el proceso de cuidado Permitir. Antes de la intervención, un número

elevado de gestantes consideraron que el profesional de enfermería le brindó ayuda fue en *la mayoría de las veces* y no *siempre*. Después de la intervención de cuidado en planificación familiar, el mayor número de gestantes estimaron que el profesional *siempre* le brindó ayuda, resultado muy por encima de lo encontrado antes de la intervención. Estos datos indican que el valor de 4.0 predominó en la intervención de cuidado (ver Tabla 21).

Lo anterior evidencia que el profesional de enfermería después de la intervención adopta con mayor responsabilidad el reto de informar y ayudar a la mujer a transitar de la gestación al postparto, incentivándola a practicar el autocuidado y la prevención de embarazos no programados. Es conocido que durante la gestación la mujer presenta considerables inquietudes y dudas que suelen aparecer. Por esta razón, es necesario que el profesional de enfermería le facilite el paso en su proceso durante la etapa gestacional, proporcionándole herramientas y brindándole ayuda constante orientada a tener una experiencia satisfactoria.

Tabla 22: Ítem 11: ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?

Categorías	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	2	4.3		
La mayoría de las veces	3	25	54.3	14	30.4
Siempre	4	19	41.3	32	69.6
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

En el ítem 11, correspondiente a la pregunta *¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?*, relacionada con el proceso de cuidado *Hacer por*. Antes de la intervención se evidenció que un poco más de la mitad de las gestantes percibieron que el profesional de enfermería le realizó el control prenatal correctamente en *la mayoría de las veces*. Por otro lado, después de la intervención las gestantes consideraron darle un mejor valor al cuidado profesional, pues percibieron que el profesional de enfermería *siempre* le realizó el control prenatal correctamente (ver Tabla 22).

Según los resultados obtenidos, se apreció que las participantes antes de la intervención de cuidado a pesar de que el profesional de enfermería fue asertivo al realizar lo establecido en la consulta de control prenatal, algunas pacientes sintieron que la información suministrada no fue la suficiente. En efecto, a pesar de haberse obtenido este valor, se requiere que el profesional de enfermería continuamente desarrolle competencias y habilidades apoyándose en la actualización constante de los protocolos, las normas y las guías de atención relacionadas con el control prenatal y planificación familiar, con el fin de mejorar las acciones de cuidado de forma integral durante la consulta.

Tabla 23: Ítem 12: ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	14	30,4	1	2,2
La mayoría de las veces	3	18	39,1	16	34,8
Siempre	4	14	30,4	29	63,0

Total		46	100,0	46	100,0
--------------	--	-----------	--------------	-----------	--------------

Fuente: elaboración propia.

El ítem 12, correspondiente a la pregunta *¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?*, enmarcado en el proceso de cuidado *Estar con*, se evidenció antes de la intervención que la tercera parte de las gestantes consideraron que *la mayoría de las veces* se sintieron cuidadas. Por su parte, más de la mitad de las gestantes consideraron que *siempre* se sintieron cuidadas durante la intervención de cuidado en planificación familiar, datos muy por encima de lo encontrado antes de la intervención (ver Tabla 23).

Lo datos anteriores señalan que el profesional de enfermería debe seguir trabajando con responsabilidad y disponibilidad en el fortalecimiento continuo del apoyo emocional para consolidar una adecuada comunicación y relación enfermero- gestante. Esto permitirá vislumbrar al profesional como recurso imprescindible en los procesos de cuidado y aprendizaje durante la gestación y la planificación familiar.

Tabla 24: Ítem 13: ¿Le explicó de forma clara las indicaciones a seguir?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	21	45,7	1	2,2
La mayoría de las veces	3	12	26,1	5	10,9
Siempre	4	13	28,3	40	87,0
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 13, correspondiente a la pregunta *¿Le explicó de forma clara las indicaciones a seguir?*, vinculado al proceso de cuidado *Permitir*. Antes de la intervención se evidenció que casi la mitad de las gestantes consideraron que fue en algunas veces donde se le explicaron las indicaciones que debía seguir, los datos anteriores revelan un alto grado de insatisfacción por parte de la gestante. En este mismo ítem, al evaluar el cuidado profesional después de la intervención en planificación familiar, se obtuvo que la mayoría de las gestantes estimaron que siempre le fueron explicadas las indicaciones a seguir, resultado muy relevante y satisfactorio frente a lo encontrado antes de la intervención (ver Tabla 24).

Los datos muestran que mejoró considerablemente el grado de satisfacción después de la intervención de cuidado en planificación familiar. Este proceso de cuidado le permite al profesional de enfermería educar y a la vez brindar a la mujer herramientas y espacios de reflexión en pro de su bienestar sexual y reproductivo durante y después de la gestación.

Tabla 25: Ítem 14: ¿Fue amable con usted?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Algunas veces sí, algunas no	2	1	2,2		
La mayoría de las veces	3	18	39,1	1	2,2
Siempre	4	27	58,7	45	97,8
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

El ítem 14, correspondiente a la pregunta *¿Fue amable con usted?*, que hace parte del proceso de cuidado *Conocer*, se observó, antes de la intervención, que un poco más de la mitad de las gestantes consideraron que el profesional de enfermería *siempre* fue amable; además, se evidenció que una minoría percibió la amabilidad solamente *algunas veces*. Estos datos mejoraron considerablemente después de la intervención de cuidado en planificación familiar, pues en general las gestantes consideraron que el profesional de enfermería *siempre* fue amable (ver Tabla 25).

Se expone que la valoración más seleccionada fue de 4, es decir: *siempre*. Estos datos reflejan que la gestante percibió al profesional de enfermería muy comprensivo y receptivo, proceso de cuidado que nos permite considerar a la gestante como el centro del cuidado y entender que se debe evitar todo tipo de suposiciones que puedan generar en ella susceptibilidades.

Tabla 26: Ítem 15: ¿La trató como persona?

Categorías de respuesta	Valor	Antes de la intervención de cuidado (consulta habitual)		Después de la intervención de cuidado en planificación familiar	
		Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
La mayoría de las veces	3	10	21,7	1	2,2
Siempre	4	36	78,3	45	97,8
Total		46	100,0	46	100,0

Fuente: elaboración propia.

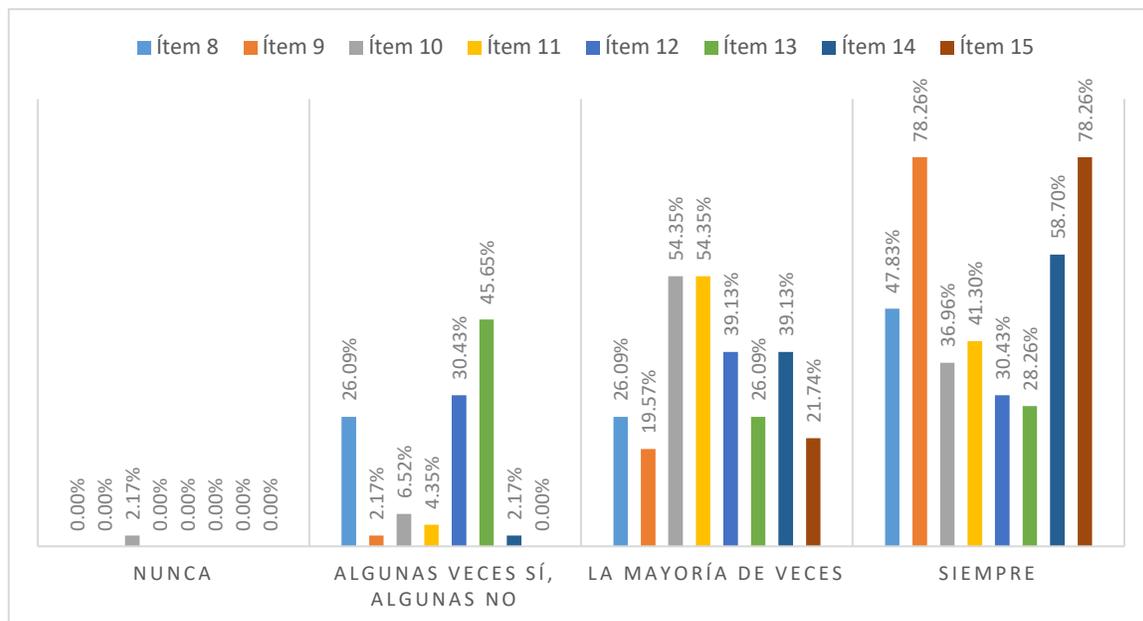
En el ítem 15, correspondiente a la pregunta *¿La trató como persona?*, del proceso de cuidado *Conocer*, se señala antes de la intervención que la mayoría de las gestantes sintió que el profesional de enfermería la trató *siempre* como persona; pero casi una tercera parte consideró que este trato se presentó en *la mayoría de las veces*. Por el contrario, casi la totalidad de las gestantes consideraron que el profesional de enfermería durante la intervención las trató *siempre* como persona. En

ambas situaciones, el valor predominante del cuidado profesional fue de 4.0 (ver Tabla 26).

El resultado de este ítem contempla la necesidad que tiene el profesional de enfermería de conocerse a sí mismo y reflexionar acerca de sus capacidades y disposiciones para ayudar al otro. Por lo tanto, es importante que en la consulta siempre se adquiera una actitud de escucha, comprensión hacia las gestantes como sujetos de cuidado que tienen necesidades, expectativas e inquietudes por resolver.

Los datos descritos en el anterior subapartado se pueden observar en los gráficos de síntesis 3 y 4, los cuales registran las condensaciones de los datos presentados

Gráfica 3: Subescala Sanador competente antes de la intervención de cuidado (consulta prenatal habitual)



Fuente: elaboración propia.

Al valorar la subescala *Sanador competente* antes de la intervención de cuidado, encontramos los siguientes resultados:

El valor promedio del cuidado profesional arrojado en la subescala *Sanador competente* antes de la intervención de cuidado fue de 26,78.

Las variables más representativas en satisfacción y con el mejor valor otorgado al cuidado profesional fueron *¿Fue respetuosa con usted?*; y *¿La trató como persona?* inmersos respectivamente en los procesos de cuidado *Hacer por* y *Conocer*. Los resultados nos indican que la mayoría de las gestantes le dieron un valor de 4.0 al cuidado profesional. Lo cual significa que siempre percibieron en el profesional de enfermería actitudes de afecto y respeto, escucha y comprensión frente a los comentarios, las inquietudes y dudas surgidas en la consulta.

La variable que registró más inconformidad y que obtuvo con más frecuencia el valor del cuidado profesional en 2.0 fue *¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?*, en el que se aborda el proceso de cuidado *Permitir*. Los datos obtenidos revelan un alto grado de insatisfacción en aproximadamente la mitad de las gestantes, pues ellas consideraron que solamente *algunas veces* el profesional de enfermería les explicó de manera clara y completa las indicaciones a seguir. Los resultados de esta variable instan al profesional de enfermería a ejercer con responsabilidad el deber de informar, retroalimentar y elaborar planes de trabajo apoyados en el autocuidado.

El valor de 3.0 preponderó en las variables *¿Le brindó ayuda y colaboración?* y *¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?*, en los que se abarcan los procesos de cuidado *Permitir* y *Hacer por*, evidenciándose que un poco más de la mitad de las gestantes percibieron que los cuidados en los que se evaluó la ayuda, colaboración y la forma de manejar el control prenatal fueron brindados *la mayoría de las veces*. Se sabe que durante la gestación la mujer presenta considerables inquietudes y dudas que suelen aparecer en cada etapa de la gestación. Por esta razón, es necesario que el profesional de enfermería facilite el paso en su proceso durante la etapa gestacional, proporcionándole herramientas y brindándole ayuda constante orientada a vivir una experiencia beneficiosa. Además, se evidenció que a pesar de que el profesional de enfermería fue asertivo al realizar lo establecido en la consulta de control prenatal, algunas pacientes sintieron que la información suministrada no fue suficiente. Es por esto que, a pesar de haberse obtenido este valor, se requiere

que el profesional de enfermería continuamente desarrolle competencias y habilidades que mejoren las acciones de cuidado profesional de forma integral durante la consulta prenatal.

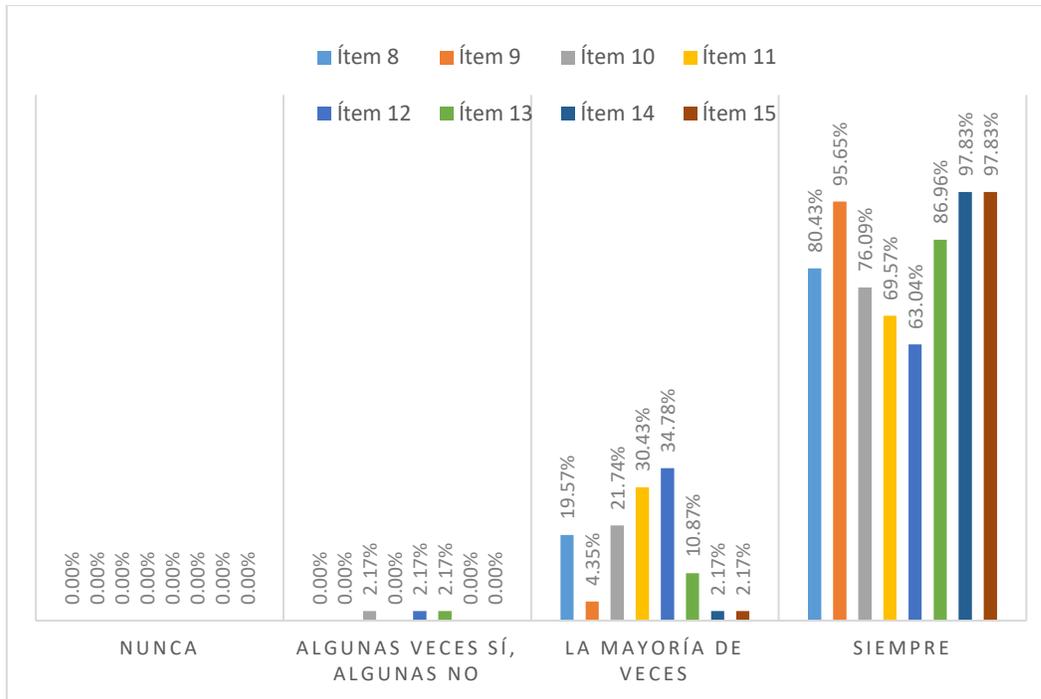
No se evidenció preponderancia por un valor del cuidado profesional específico en la variable *¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?*, implícita en el proceso de cuidado *Estar con*; únicamente el 30% de las gestantes consideraron que el profesional de enfermería adoptó siempre la responsabilidad, el empoderamiento y el liderazgo del cuidado en la consulta prenatal.

La mitad de las gestantes manifestaron en la variable *¿La animó a que se siga cuidando durante el embarazo?* que no siempre el profesional ostentó el comportamiento de animarlas. Este ítem contempla el proceso de *Mantener las creencias*, por lo que el profesional debe mantener siempre una actitud esperanzadora sobre el autocuidado y concientizar a la gestante que como ser único, dinámico y en crecimiento espiritual debe tener el liderazgo y la responsabilidad de cuidarse durante el embarazo

Solo una de las gestantes, consideró darle al cuidado profesional el valor de 1.0 a la variable *¿Le brindó ayuda y colaboración?* contenido en el proceso de cuidado *Permitir*. El valor dado a este cuidado profesional, refleja que la gestante nunca percibió por parte del profesional el deseo de ayudarla y colaborarle. Por esta razón, es necesario que el profesional de enfermería oriente en planificación familiar y le proporcione a la gestante herramientas que fortalezcan el autocuidado.

Los datos descritos en el anterior subapartado se pueden observar en los gráficos de síntesis 3 y 4, los cuales registran las condensaciones de los datos presentados

Gráfica 4: Subescala Sanador competente después de la intervención de cuidado en planificación familiar



Fuente: elaboración propia.

Al realizar el análisis del sanador competente después de la intervención de cuidado en planificación familiar, encontramos los siguientes datos:

El valor del cuidado profesional arrojado en la subescala *Sanador competente* después de la consulta prenatal donde se realizó la intervención de cuidado en planificación familiar fue de 30.6.

El valor del cuidado profesional mejoró después de la intervención de cuidado en toda la Subescala *Sanador Competente*. Se encontró un incremento de 3.82 puntos por encima del valor obtenido antes de la intervención o sea en la consulta prenatal habitual.

En todas las ocho variables el valor del cuidado profesional que más prevaleció fue de 4.0, o sea que la respuesta que más predominó fue *siempre*.

Las variables inmersas en el proceso *conocer* que obtuvieron los porcentajes más altos y con el mejor valor de cuidado profesional fueron *¿Fue amable con usted?* y

¿La trató como persona? En ellos se valora la amabilidad y el trato humano, cada uno con igual porcentaje representado por casi la totalidad de las gestantes. Los resultados de estas variables reflejan que la gestante como centro del cuidado percibió siempre al profesional de enfermería comprensivo y receptivo. El proceso de cuidado *conocer* invita al profesional de enfermería a conocerse a profundidad y reflexionar acerca de sus capacidades y disposiciones para ayudar al otro. Promueve en el profesional una actitud permanente de escucha y comprensión hacia las gestantes que, como sujetos de cuidado tienen necesidades, expectativas e inquietudes por resolver frente a la temática de planificación familiar para después del parto.

Ninguna de las variables de la subescala *Sanador competente* recibió el valor de 1.0 después de la intervención de cuidado en planificación familiar.

La gestante que le dio el mínimo valor al cuidado profesional antes de la intervención, coincidió con ser la misma que le dio el mínimo valor al cuidado después de la intervención. Al realizar la revisión, se observó que los datos sociodemográficos de la gestante correspondían a una gestante adolescente de 16 años, con embarazo no planeado, que se encontraba para el momento de la investigación con 21 semanas de gestación, era estudiante de bachillerato y convivía en unión libre.

En conclusión, el valor total del cuidado profesional encontrado en la Escala de Cuidado Profesional (E.C.P) antes de la intervención fue de 50,07, considerando como *Bueno* el cuidado brindado por el profesional de enfermería. Así mismo, el valor total del cuidado profesional arrojado en la Escala de Cuidado Profesional después de la intervención en planificación familiar fue de 56,99, considerando el cuidado profesional como *excelente*; arrojando un incremento de 6.83 puntos en el valor del cuidado profesional después de la intervención.

4.1.2.3. Comparación de las variables y análisis estadístico de los valores encontrados

Se realizó una prueba de normalidad estadística para comprobar la bondad de ajustes, es decir: si los datos encontrados son cercanos a los esperados o hay discrepancias significativas entre las distribuciones de las variables. Usando la prueba de Kolmogórov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilk (ver Tabla 27), encontrando que se rechaza la hipótesis nula, H_0 , dado que: valor- $p < 0,05$ (ver Tabla 28), puesto que no se cumple el supuesto de normalidad en ninguna de las dos mediciones (antes y después) y por ello se debe realizar una prueba no paramétrica.

Tabla 27: Pruebas de normalidad

Test	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje <i>Sanador compasivo</i> (antes)	0,160	4 6	0,00 5	0,913	4 6	0,0 02
Puntaje <i>Sanador compasivo</i> (después)	0,243	4 6	0,00 0	0,786	4 6	0,0 00
Puntaje <i>Sanador competente</i> (antes)	0,109	4 6	0,20 0*	0,938	4 6	0,0 16
Puntaje <i>Sanador competente</i> (después)	0,241	4 6	0,00 0	0,778	4 6	0,0 00
Puntaje <i>Cuidado profesional</i> (antes)	0,119	4 6	0,10 8	0,938	4 6	0,0 17
Puntaje <i>Cuidado profesional</i> (después)	0,193	4 6	0,00 0	0,812	4 6	0,0 00

Fuente: elaboración propia.

Tabla 28: Test de Shapiro-Wilk

Variable	Valor estadístico de Shapiro-Wilk	Valor-p
<i>Sanador compasivo</i> (antes)	0,9129	0,0022
<i>Sanador compasivo</i> (después)	0,7859	0,0000
<i>Sanador competente</i> (antes)	0,9379	0,0164
<i>Sanador competente</i> (después)	0,7776	0,0000
<i>Cuidado profesional</i> (antes)	0,9381	0,0166
<i>Cuidado profesional</i> (después)	0,8116	0,0000

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se realizó una prueba del rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas para comparar el rango medio de las subescalas *Sanador competente*, *Sanador compasivo* y *Cuidado profesional* antes y después de la intervención de cuidado en planificación familiar y determinar el grado de significancia estadística.

Tabla 29: Estadísticos de la prueba de Wilcoxon

	Puntaje sanador compasivo (después)/Puntaje sanador compasivo (antes)	Puntaje sanador competente (después)/Puntaje sanador competente (antes)	Puntaje cuidado profesional (después)/Puntaje cuidado profesional (antes)
Z	-4,711 ^b	-5,260 ^b	-5,303 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0,000	0,000	0,000

Fuente: elaboración propia.

Al plantear dos hipótesis estadísticas H0, los niveles de la dimensión son los mismos para *antes* y *después*; o H1, los niveles de la subescala son diferentes para *antes* y *después*, encontrado que:

- Hubo un cambio en los niveles de la subescala *Sanador compasivo* al hacer la comparación de esta variable antes y después —se rechaza la hipótesis nula, H_0 , dado que: $\text{valor-}p < 0,05$.
- Hubo un cambio en los niveles de la subescala *Sanador competente* al hacer la comparación de esta variable antes y después —se rechaza la hipótesis nula, H_0 , dado que: $\text{valor-}p < 0,05$.
- Hubo un cambio en los niveles de *Cuidado profesional* al hacer la comparación de esta variable antes y después —se rechaza la hipótesis nula, H_0 , dado que: $\text{valor-}p < 0,05$ (ver Tabla 30).

Es decir: el cambio en los valores obtenidos del instrumento aplicado a las 46 gestantes fue significativo al comparar las dos consultas. Esto se puede relacionar con las intervenciones que el profesional de enfermería ejecutó en la consulta *después*.

Tabla 30: Hipótesis estadística Prueba de Wilcoxon

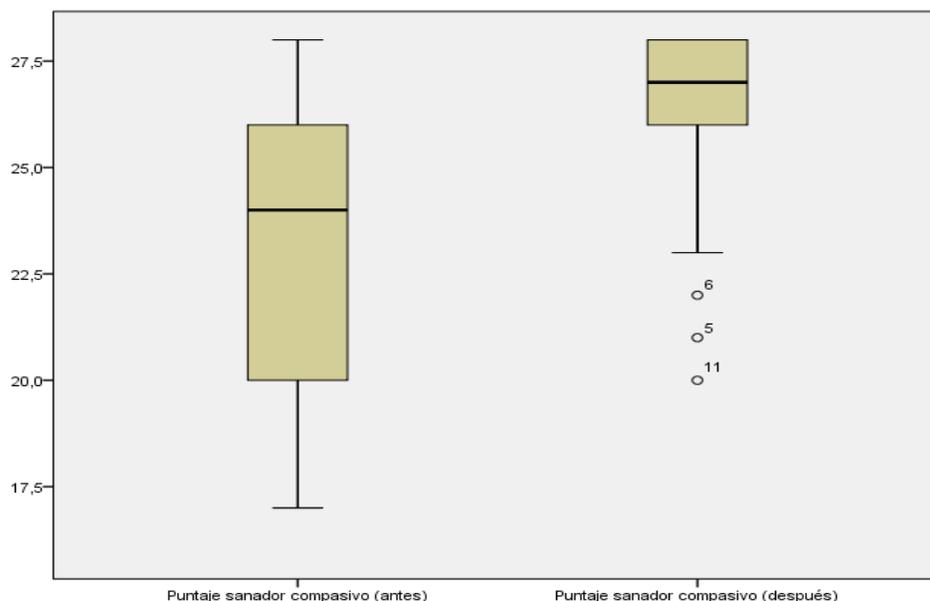
Variable	Valor Estadística Z	Valor-p
<i>Sanador compasivo</i>	-4,711	< 0,01
<i>Sanador competente</i>	-5,26	< 0,01
<i>Cuidado profesional</i>	-5,303	< 0,01

Fuente: elaboración propia.

La variable *Sanador compasivo* en la consulta habitual (antes) y después de la intervención de cuidado en planificación familiar (después), se ve representada en los siguientes diagramas de caja y bigotes (ver Gráfico 5). Se observa cómo la variabilidad (distribución) de los datos en los cuartiles visibles disminuye nuevamente después de las intervenciones realizadas después de la intervención de cuidado en planificación familiar, reflejando cómo las gestantes durante esta consulta percibieron los atributos del sanador compasivo de mejor manera, aumentando los puntajes de valoración simétricamente y alcanzando una media superior a los 25 puntos en el instrumento. Igualmente, como en la variable anterior, se puede apreciar tres par-

participantes cuya valoración representa datos atípicos en el gráfico y refleja participantes que manifestaron no evidenciar las cualidades del sanador compasivo en la consulta que incluía el componente de planificación familiar.

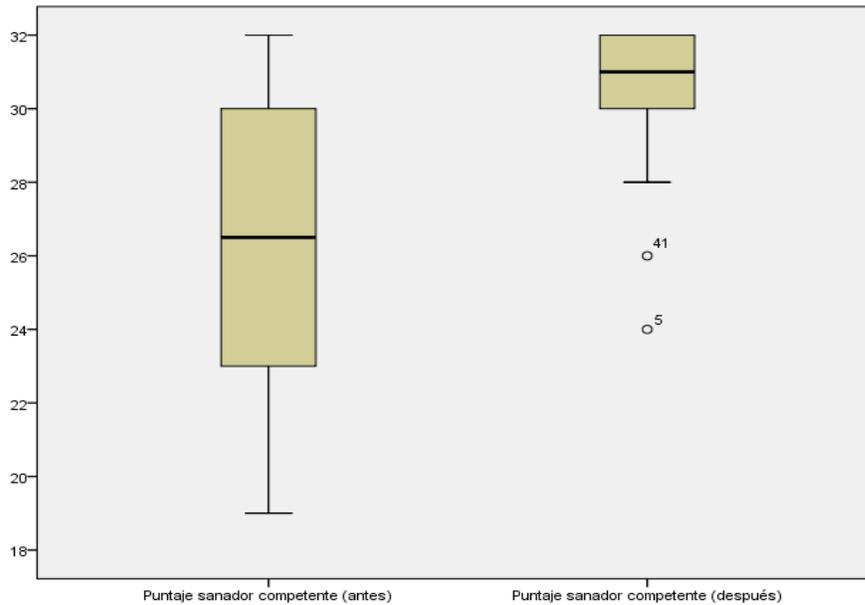
Gráfica 5: Diagrama de caja y bigotes Sanador compasivo



Fuente: elaboración propia.

Los datos encontrados para la variable *Sanador competente* en la consulta habitual (antes) y después de la intervención de cuidado en planificación familiar (después) se ve representada en los siguientes diagramas de caja y de bigotes (ver Gráfico 6). Se observa cómo la variabilidad (distribución) de los datos en los cuartiles visibles disminuye después de la intervención de cuidado en planificación familiar, reflejando cómo las gestantes durante esta consulta percibieron los atributos del sanador competente de mejor manera, mejorando los puntajes de valoración simétricamente y alcanzando una media superior a los 30 puntos en el instrumento. Por otro lado, se puede apreciar dos participantes cuya valoración representa datos atípicos en el gráfico y las participantes que manifestaron no evidenciar las cualidades del sanador competente en la consulta que incluía el componente de planificación familiar.

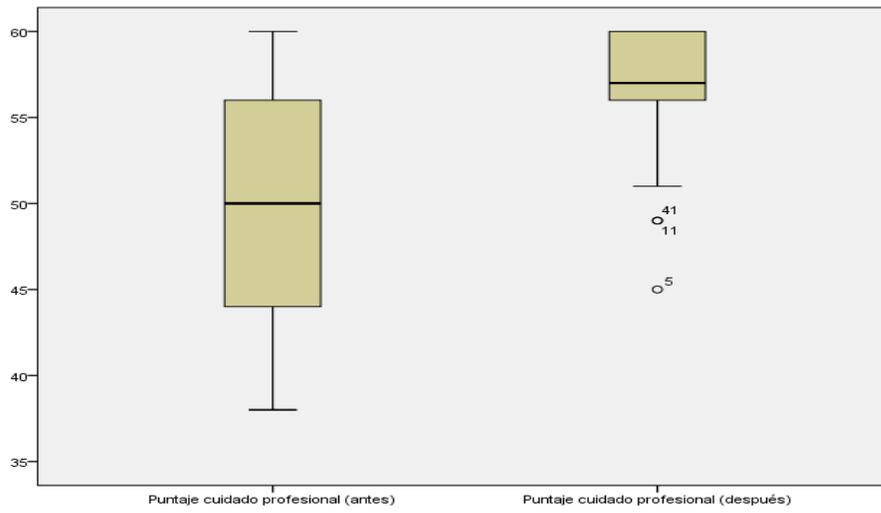
Gráfica 6: Diagrama de caja y bigotes Sanador competente



Fuente: elaboración propia.

Si se analizan en conjunto los datos obtenidos para las variables *Sanador competente* y *Sanador compasivo*, se puede evaluar la percepción que tienen las gestantes acerca del cuidado profesional. Así mismo, se puede observar (ver Gráfico 7) que los puntajes mejoraron significativamente después de la intervención de cuidado en planificación familiar, reduciendo las variabilidades de las percepciones y logrando que el cuidado profesional de enfermería supere los 55 puntos en las calificaciones otorgadas por las gestantes.

Gráfica 7: Diagrama de caja y bigotes Cuidado profesional



Fuente: elaboración propia.

5. Discusión, Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones

5.1. Discusión

La presente investigación fue basada en la teoría de mediano rango de Kristen Swanson “*Cuidado informado para el bienestar de otros*”. El estudio propone la elaboración de una intervención de cuidado en planificación familiar durante la consulta prenatal aplicando los procesos de cuidado donde se fortalece el respeto, la comprensión, la confianza y las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y la gestante con el fin de obtener el máximo bienestar.

En el estudio se consideraron los procesos de cuidado de la teoría de Swanson: *Mantener las creencias, Estar con, Hacer por, Conocer y Permitir*. Estos procesos se aplicaron con el objetivo de determinar la valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención.

Así pues, al realizar la sumatoria de los puntajes obtenidos en las consultas, se encontró que la variable la *trato como persona* inmersa en el proceso de cuidado *Conocer* obtuvo el mayor grado de satisfacción, antes y después de la intervención de cuidado. Este ítem evalúa en el profesional de enfermería la actitud permanente de escucha, respeto, amabilidad y el trato que se le da a la gestante como persona sin subestimarla ni agredirla; genera en la profesional autorreflexión frente a la forma de asumir con responsabilidad el liderazgo de cuidar hábil y competente a la gestante. Las anteriores acciones están plasmadas en el marco de la Política pública de atención integral, el cual considera la humanización en la atención como un imperativo ético, resultado del respeto por la dignidad humana (30).

Al realizar el análisis del estudio antes y después de una intervención; se encontró que el actual estudio no concuerda con el de Reyes DM, la investigación arrojó que el valor del cuidado antes y después de la intervención fue Excelente; después de la intervención se presentaron cambios en la variable 4 de la subescala sanador compasivo, no hubo cambios en la subescala sanador competente (46).

La actual investigación presentó cambios en el valor del cuidado después la intervención en las dos subescalas, coincidiendo con el estudio de Ortega B (42), en el grupo control el cuidado fue valorado como Bueno, y el grupo con intervención evaluó el cuidado como Excelente, el valor del cuidado aumento 9.6 puntos. Así mismo coincidió que el mejor valor del cuidado fue dado en la variable 9 ¿Fue respetuosa con usted? Igualmente, este hallazgo concuerda con el estudio realizado por Reyes DM donde se evidencio que después de la intervención este ítem obtuvo puntuaciones positivas hacia los valores máximos (46).

Así mismo se encontraron coincidencias con la investigación de Guerrero E *et al*, cuyos autores señalan que *Conocer* implica evitar suposiciones, centrarse en la persona cuidada, valorar y explorar en las mujeres los sentimientos y preocupaciones con actitud de respeto y consideración, buscar y establecer compromisos entre la enfermera y la mujer (20).

El proceso de cuidado *Estar con*, significa escuchar, observar y ofrecer un acompañamiento permanente en la consulta prenatal, permitiendo a la gestante la libre expresión de sus sentimientos. En la presente investigación después de la intervención de cuidado se evidencio que el 86,9% de las gestantes le dieron el valor máximo a esta variable poniendo énfasis en la posibilidad de expresar los sentimientos. Este dato contrasta con el valor encontrado por Ortega MA, cuyo estudio arrojó que esta variable fue uno de los promedios más bajos obtenidos después de la intervención (42).

Con respecto al proceso de cuidado *Estar con* Guerrero E *et al* identificaron que las mujeres consideran a la enfermera como una consejera, guía y un apoyo, dado que esta demuestra los conocimientos y actitudes pertinentes. Pero así mismo, encontraron en ellas, escaso acompañamiento, poca demostración de afecto y percibieron que no fueron escuchados sus sentimientos y experiencias ni les fueron aclaradas las dudas (20). Igualmente, Silva M *et al* hallaron poco interés relacionado con el acompañamiento del paciente, por lo cual recomiendan que el profesional exprese disponibilidad autentica, fortalecimiento de la confianza, comunicación asertiva y escucha activa, de modo que estos comportamientos incidan en la reducción de los

niveles de ansiedad y estrés (53). En relación con este proceso de cuidado Rodríguez I. observo que el tiempo del profesional de enfermería no es suficiente para aclarar las dudas de manera individual, pero en cambio descubrió en su estudio que si existió la actitud para actuar y resolver las inquietudes de modo grupal (16).

En cuanto al proceso de cuidado Hacer por, que evalúa el esfuerzo, la dedicación y la humanización del profesional de enfermería, cabe resaltar la acción de adelantarse a las necesidades del otro. En la presente investigación la variable *Demonstraba que estaba preparada para hacer su trabajo*, que pertenece a la subescala *Sanador compasivo* fue la que obtuvo mayor porcentaje de satisfacción, puesto que el 63% y 78% de las gestantes antes y después de la intervención de cuidado, respectivamente le dieron un valor elevado al cuidado. Estos datos son similares a los aportados por Reyes DM, en cuyo estudio evidenció que el 97,4% de las gestantes le otorgaron un valor alto al cuidado brindado antes de la intervención, mientras que el 94,8% le dieron un valor alto después de la intervención de cuidado. Este resultado demuestra las capacidades que tiene el profesional para realizar las acciones en beneficio del bienestar de las gestantes, respetando la dignidad, adelantándose a sus necesidades y desempeñándose competente y hábilmente (46).

Por el contrario, Guerrero *et al* encontraron que algunas madres sienten insatisfacción con respecto a la educación brindada, considerándola insuficiente en aclarar las dudas, en especial cuando se espera aclarar las inquietudes. El investigador aconseja que el profesional debe anticiparse a las necesidades de la mujer, permitiéndole obtener autonomía y promoviendo en ella conductas para lograr bienestar; con acciones de educación y cuidado directo (20).

El proceso de cuidado Mantener *las creencias*, hace referencia a la capacidad que tienen las mujeres de superar las dificultades, de asumir los retos que se presentan y de encontrarle sentido al futuro. En la presente investigación se encontró que el valor del cuidado mejoro después de la intervención de cuidado, debido a que el 84,7% de las gestantes consideraron darle un valor alto después de la intervención; encontrando en el profesional de enfermería una actitud positiva, muy diferente a lo

reportado por el 45,6% antes de la intervención. Los datos anteriores son muy similares al encontrado por Reyes DM, para quien el valor del cuidado ascendió de 81,8 a 97,4% el valor del cuidado, evidenciando un cambio favorable en la actitud de la enfermera (46). Rodríguez I destaca en las conclusiones de su estudio la importancia, por parte del profesional respetar y mantener siempre las creencias del paciente y demostrar la capacidad de que sus propias creencias no influyan como barrera en el ejercicio profesional (16). Por su parte Guerrero E *et al*, establecen que para que la gestante afronte el futuro se debe impulsar una actitud esperanzadora para lograr autonomía y empoderamiento en ella (20).

El proceso de cuidado *Permitir*, se enfoca en facilitarle a la mujer enfrentar los acontecimientos que para ella son desconocidos, ejerciendo el autocuidado mediante la información y la orientación brindada por el profesional de enfermería. En la presente investigación los valores dados al cuidado en las variables “*Le brindó ayuda y colaboración; y le explico en forma clara las indicaciones a seguir*” aumentaron después de la intervención de cuidado. Guerrero E *et al*, reiteran que es necesario ayudar a la mujer a construir alternativas a los problemas y limitaciones que se presentan y brindarles apoyo psicológico, con el fin de fomentar en ella pensamientos positivos (20). En este sentido Rodríguez I, precisa que *permitir* consiste en ofrecer el conocimiento sobre el cuidado en la etapa prenatal, lo cual requiere de una actualización permanente (16).

El valor que las gestantes del presente estudio le otorgaron al cuidado brindado por el profesional de enfermería en planificación familiar después de una intervención de cuidado basada en la teoría de Swanson fue excelente, dado que se obtuvo un puntaje de 56.9. Este puntaje es muy similar al obtenido por Ortega M.A. en cuya intervención de cuidado realizada a un grupo de mujeres en el post parto encontró que el 90 % de las mujeres encuestadas respondieron a los 15 ítems de la escala con una puntuación de 4 (siempre) para un puntaje total en la escala máxima de 60. El promedio de puntaje en el grupo fue 59,8 (42).

Los resultados de la actual investigación demuestran lo significativo que es para la gestante sentirse apoyada, comprendida y acompañada. Por lo tanto, se debe promover siempre en la consulta una actitud de escucha, diálogo y retroalimentación que permita consolidar el proceso de comunicación. De acuerdo con esto el profesional de enfermería tiene la responsabilidad en la consulta prenatal de impartir con calidad y amabilidad información sobre planificación familiar específica para después del parto

Con el fin de mejorar el valor del cuidado profesional en la consulta, es necesario que los profesionales de enfermería desarrollen intervenciones de cuidado en la consulta prenatal con un enfoque humanístico, basándose en los procesos de cuidado planteados por Swanson.

5.2. Conclusiones

La teoría de rango medio de Kristen Swanson *Cuidado informado para el bienestar de otros* es útil y fácilmente aplicable en la práctica de la consulta prenatal. Le permite al profesional de enfermería organizar el pensamiento, identificar y analizar las necesidades de cuidado, construir nuevos conocimientos, generar estrategias e intervenciones a través de la integración de cada uno de los procesos de cuidado de esta teoría *Mantener las creencias, Conocer, Estar con, Hacer por y Permitir*.

De acuerdo con lo anterior la intervención de cuidado diseñada en la investigación donde se aborda en la consulta prenatal el componente de planificación familiar estuvo fundamentada en la teoría de K. Swanson y fue planteada bajo un enfoque humanístico. En esta actividad se promovió el respeto y la comprensión, buscando fortalecer las relaciones interpersonales y estimulando en la gestante la autonomía, el empoderamiento y el autocuidado en función del bienestar sexual y reproductivo.

Las gestantes consultadas consideraron que el valor del cuidado profesional mejoró en todas las variables propuestas por el instrumento Escala de Cuidado Profesional (ECP) después de realizada la intervención sobre planificación familiar basada en la teoría de K. Swanson. En la *subescala Sanador compasivo* el mejor valor del cuidado profesional lo obtuvo el proceso de cuidado *Estar con*, en la variable (*¿Le permitió expresar sus sentimientos?*) con 86,9%; y en la *Subescala Sanador Competente* el proceso de cuidado mejor evaluado fue *Hacer por* en la variable (*¿Fue respetuosa con usted?*) con 95,6%. Los resultados demuestran lo significativo que es para las gestantes sentirse apoyadas, comprendidas y acompañadas. De este modo, se recomienda promover siempre una actitud de escucha, diálogo y retroalimentación en la consulta que permita fortalecer el proceso de comunicación.

Los resultados obtenidos en las variables que pertenecen al proceso de cuidado *Mantener las creencias* aumentaron notoriamente su valor después de la intervención, demostrando que el profesional de enfermería en la consulta prenatal donde

se realizó la intervención auspicio la fe, despertó la confianza y fortaleció el optimismo en la gestante incentivándola a avanzar sin temor y superar con éxito las dificultades durante y después de la gestación.

Al realizar la sumatoria de las variables planteadas en el instrumento Escala de Cuidado Profesional (ECP) de K. Swanson, surgieron los resultados que se describen a continuación.

El valor del cuidado brindado por el profesional de enfermería antes de la intervención fue *Bueno*, se obtuvo un puntaje de 50.07, de lo cual se concluye que el profesional de enfermería se considera benevolente, amable y preocupado.

El valor del cuidado profesional que las gestantes le otorgaron a la consulta prenatal donde se realizó la intervención de cuidado en planificación familiar fue Excelente. Se obtuvo un puntaje de 56.9. Esto implica que la gestante percibió al profesional como competente, pues estuvo completamente presente en el proceso del cuidado, brindó confianza y respeto, fortaleció la relación interpersonal, incentivó el autocuidado y favoreció la libertad espiritual. En conclusión, se determinó que el valor del cuidado profesional aumentó en 6,9 puntos, transitando de *Bueno* antes de la intervención a *Excelente* después de la intervención de cuidado en planificación familiar que plantea los procesos de cuidado de la teoría de Kristen Swanson.

5.3. Recomendaciones

Los profesionales de enfermería deben asumir el liderazgo de abordar el cuidado con una visión humanística en el componente de planificación familiar durante la consulta prenatal

Difundir los resultados de esta investigación con las instituciones de salud de primer nivel de atención que estén interesadas en transformar el abordaje del componente de planificación familiar durante la consulta prenatal.

A nivel institucional, se sugiere incorporar en la consulta prenatal la intervención de cuidado en planificación familiar, sustentada en los procesos de cuidado de Kristen Swanson *Cuidado informado para el bienestar de otros*, debido a que estos generan en el profesional de enfermería y en la gestante autonomía, empoderamiento y crecimiento personal.

Validar la intervención de cuidado en planificación familiar propuesta en la presente investigación, con el fin de que sea implementada y desarrollada de manera continua como una estrategia de educación integral durante la consulta prenatal.

5.4. Limitaciones

El instrumento de cuidado Escala de Cuidado Profesional (ECP) está diseñado para que la gestante valore exclusivamente el comportamiento afectivo y del saber-hacer en la práctica del profesional de enfermería en la consulta prenatal. Por lo tanto, el instrumento utilizado no tuvo relación con el alcance deseado en planificación familiar.

No hubo coherencia interna entre el objetivo de la investigación y el resultado arrojado por el instrumento Escala de Cuidado Profesional. Es necesario plantear variables específicas que permitan medir el significado del cuidado en planificación familiar.

Existe un vacío con respecto al conocimiento adquirido por la gestante en planificación familiar durante la consulta prenatal. Por lo tanto, se plantea la posibilidad de desarrollar una investigación retrospectiva que evalúe la información brindada en la intervención.

La intervención de cuidado no fue realizada directamente por la investigadora, dado que existían nexos directos de tipo laboral con la institución de salud objeto de estudio, y era conocedora de la metodología de evaluación. Por tal motivo se decidió contratar y capacitar a dos auxiliares de investigación con el fin de minimizar toda posibilidad de inclinar los resultados a valores de excelencia.

La intervención de cuidado no se pudo realizar a la totalidad de gestantes que acudieron a la consulta prenatal habitual con enfermería durante el mes de marzo del 2018; debido a que algunas gestantes tomaron la decisión de no participar en la investigación.

La intervención de cuidado en planificación familiar en varias oportunidades se prolongó a más de 40 minutos, debido a que las preguntas del cuestionario son abiertas.

El valor que la mayoría de las gestantes le otorgó al cuidado profesional en planificación familiar antes de la intervención fue Bueno y el valor del cuidado profesional otorgado por las gestantes después de la intervención fue Excelente. No obstante,

cabe aclarar que una de las gestantes consideró darle un valor al cuidado profesional de Regular en la consulta prenatal antes y en la consulta después de la intervención de cuidado. Por lo tanto, es importante reconocer que factores externos a la intervención de cuidado como son el estado emocional, laboral, psicosocial y económico de la gestante pueden afectar la percepción del cuidado e interferir en el valor que se le dé al cuidado.

Dificultades operativas:

Se presentaron cambios recurrentes en la contratación de los servicios de salud de la IPS con el prestador de salud (EPS contributivo), debido a procesos de intervención, así como dificultades financieras y administrativas por parte de la EPS. Esto generó fallas en la contratación de la red prestadora, complicaciones en los trámites de autorizaciones y quejas y reclamos por parte de los afiliados. A su vez, estas fallas ocasionaron el traslado de las usuarias a otras EPS, retiros voluntarios y desafiliaciones, lo cual derivó en una reducción considerable de las usuarias en el programa de control prenatal en la IPS de primer nivel de atención.

Inicialmente y con base en la población de 146 gestantes activas en el programa de control prenatal para el primer semestre del 2017, se estimó la muestra de forma probabilista con el fin de reducir los riesgos de información y asegurar la validez externa de la investigación. A finales del mes de febrero del 2018 y previo al proceso de inicio de recolección de la información, se solicitó a la coordinación de la IPS la base de datos actualizada de la población activa de gestantes. Los datos arrojaron un total de 76 gestantes, de las cuales nueve acudían a la consulta con ginecología, ya que se encontraban entre el octavo y noveno mes de gestación. Además, del total de las gestantes 14 eran consideradas de alto riesgo obstétrico, siendo valoradas por un médico general y ginecología, y no por el profesional de enfermería. Así mismo, siete gestantes se encontraban en el primer trimestre de gestación, población que se consideró no incluir en esta investigación.

Se decidió realizar una prueba piloto del diseño de la presente investigación para detectar las posibles fallas y evaluar la solidez de la intervención de cuidado en planificación familiar. La prueba piloto se desarrolló durante tres días hábiles a un

total de seis gestantes, que no hicieron parte de los datos analizados. Dado el número reducido de gestantes que acudían, a la consulta prenatal bajo los criterios de inclusión, el tiempo establecido para la ejecución de la intervención y la recolección de datos por parte de los auxiliares de investigación, se decidió analizar la muestra de forma no probabilística y por conveniencia. Por tal motivo, se determinó que la muestra serían todas las gestantes que acudieron durante el mes de marzo del 2018 a la consulta prenatal con el profesional de enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaran acudir a la intervención de cuidado en planificación familiar.

Referencias

(1) Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe [informe en Internet]. Organización de las Naciones Unidas (ONU)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2016 [acceso: 04 ago. 2017]. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>

(2) Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Enferm Glob [revista en Internet]. 2010 [acceso: 05 ago 2017];(18):1-10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/clinica4.pdf>

(3) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial n.º 49427 (16/02/2015). [Acceso: 04 ago 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

(4) Ministerio de Salud y Protección Social/Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio [manual en Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETES); 2013 [acceso: 04 ago 2017]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/GPC_embarazo_completa.aspx

(5) Garrido MI, Tabares DM, Vásquez MM. Elementos gerenciales para un programa prenatal exitoso: revisión monográfica [monografía de especialización en Internet]. Medellín: Universidad CES, Facultad de Salud Pública; 2011 [acceso: 05 ago 2017].

Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1461/2/Elementos_gerenciales_para_programa_prenatal_exitoso.pdf

(6) Ministerio de la Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer: principios y consideraciones generales; cuidado de la mujer en edad fértil; cuidado de la mujer gestante; cuidado de la mujer en trabajo de parto, parto y puerperio [manual en Internet]. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2014 [acceso: 06 ago. 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

(7) Girón N, Guerrero DA. Una mirada desde Kristen M. Swanson a las prácticas de cuidado de la mujer gestante. En: Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud [ponencia en Internet]. Pasto: Editorial UNIMAR; 2016 [acceso: 06 ago 2017]. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/988>

(8) Ministerio de la Protección Social/Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Tomo II [manual en Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), Universidad Nacional de Colombia; 2007 [acceso: 04 ago. 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DE%20LEPRA.pdf>

(9) Cabrera MC. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" [tesis de especialización en Internet]. Barquisimeto: Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado; 2001 [acceso: 18 oct 2017]. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TWP630C322001.pdf

(10) Moras MM. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel Alcides Carrión-enero 2015 [monografía de pregrado en Internet]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [acceso: 21 oct 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4067/1/Moras_rm.pdf

(11) Salas RE. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte-octubre 2016 [monografía de pregrado en Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma de Lima-Perú; 2016 [acceso: 22 oct 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/1018>

(12) Burneo GT. Atención de enfermería durante el puerperio, en el Hospital Teófilo Dávila de Machala, 2017 [monografía de pregrado en Internet]. Loja: Universidad Nacional de Loja Ecuador; 2017 [acceso: 23 oct 2017]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/18871>

(13) Cuéllar V, Gómez Lizcano JA, Lizcano AX, Reina RM. Intervención de enfermería en la prevención de complicaciones del binomio madre-hijo en el pos-parto. Seguimiento a la madre y su recién nacido durante el puerperio [monografía de pregrado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2007. [Acceso: 28 oct 2017]. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avferm/article/view/12976>

(14) Soza LE, Valdivia E. Intervención de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el área de salud del departamento de Matagalpa [monografía de pregrado en Internet]. Managua: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017 [acceso: 20 oct 2017]. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/4481/>

(15) Valle AF, Gutiérrez Estrada ED. Intervenciones de enfermería durante la atención a puérperas fisiológicas, según normas y protocolos en las áreas de salud del

departamento de Matagalpa, II semestre del año 2016. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua [monografía de pregrado en Internet]; 2016 [acceso: 22 oct 2017]. Disponible en: de <http://repositorio.unan.edu.ni/4516/1/5851.pdf>

(16) Rodríguez I. Cuidado de enfermería en etapa prenatal en la Jurisdicción N° 10 de Tehuacán, Puebla [monografía de especialización en Internet]. Xalapa: Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana; 2014 [acceso: 20 feb 2018]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/46441/2/RodriguezHernandezIsabel.pdf>

(17) Arias J, Bernal K, Giraldo DC, González EV, Rivera PT. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. Hacia Promoc Salud [revista en Internet]. 2008 [acceso: 03 sep. 2017]; 13(1):131-142. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a08.pdf>

(18) Miranda C, Castillo I, Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Sincelejo, Sucre. En: Revista Cuidarte 2016; 7(2): 1345-51 [acceso: 03 sep. 2018]. Disponible en file:///E:/PROYECTOS%20INTERVENCION/ESTUDIO%20CLARIBEL.pdf

(19) Jiménez A. Peralta E, Hinojosa L, Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. En: CIENCIA-UANL. 2012; Vol.15 (57):81-92 [acceso: 03 sep. 2018]. Disponible en: <http://www.re-dalyc.org/pdf/402/40223164013.pdf>

(20) Guerrero EL. Necesidades de cuidado para el bienestar de madres canguro de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja [tesis de maestría en Internet]. Chía, Cundinamarca: Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana; 2017. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/31841/Edna%20Lucia%20Guerrero%20Cortes%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(21) Pérez C, Correa H, Montoya C. Adherencia a la guía del programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital María Auxiliadora, Municipio de Chigorodó (Ant), Primer Semestre-2012 [monografía de especialización en Internet]. Apartadó: Facultad de Medicina, Universidad CES; 2016 [acceso: 08 mar 2018]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4383/1/Adherencia_guia_control_prenatal.pdf

(22) Monterrosa E, Zuleta JJ, Rojas R. Prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto, puerperio y recién nacido. Av Enferm [revista en Internet]. 2006 [acceso: 07 ago 2017]; 24(1):43-52. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/35604/1/35989-147972-1-PB.pdf>

(23) Hernández LM. Riesgo psicosocial en perinatología. Av Enferm [revista en Internet]. 2000 [acceso: 11 ago 2017]; 18(1):1-4. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/38250/40422>

(24) Soto VI. Tendencia e impacto de la consulta de enfermería en Bogotá. Av Enferm [revista en Internet]. 2004 [acceso: 10 ago 2017]; 22(2):34-41. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37930>

(25) Pazmiño S, Guzmán-Gómez N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna: análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2009 [acceso: 14 ago 2017]; 60(1):12-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a04.pdf>

(26) Gaviria DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. En: Investigación y Educación en Enfermería. [Revista en Internet]. 2009 [acceso: 10 ago 2018]; Vol.27 (1):24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>

(27) Vesga LM. Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la Doctora Kristen Swanson versión en español [tesis de maestría en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2013 [acceso: 23 sep. 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40135/1/1098615992.2013.pdf>

(28) Ministerio de Salud y Protección Social/Organización Panamericana de la Salud/Instituto Nacional de Salud [informe en Internet]. Bogotá: Indicadores Básicos situación de salud en Colombia; 2010 [acceso: 17 oct 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores-basicos-en-salud-2010.pdf>

(29) Ministerio de Salud y Protección Social/Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud: componente demográfico. Tomo I [informe en Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social/Profamilia; 2015 [acceso: 07 oct 2017]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

(30) Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente” [normativa en Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [acceso: 15 ago 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

(31) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014: una mina de información sobre salud pública mundial [informe en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2014 [acceso: 17 oct 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf

(32) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2017 [actualizada: 23 oct 2017; acceso: 23 oct 2017]. Centro de prensa: Nota descriptiva [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

(33) Guttmacher Institute [sede web] Estados Unidos. 2017. [actualizada: 26 oct 2017; acceso: 26 oct 2017]. Centro de prensa: Nota descriptiva [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/contraceptive-use-united-states>

(34) Ministerio de Salud y Protección Social/Profamilia/UNFPA/Organización Internacional para las migraciones. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales

y Derechos Reproductivos [informe en Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [acceso: 07 oct 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

(35) Brykczynski K. Patricia Benner. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Mariner A, Raile MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2002. pp. 165-179.

(36) Suárez B, Lopera A, Rincón A, Vargas BC, Ramírez AL, Bonilla R. Enfermería, disciplina social y profesión liberal: desarrollo de las competencias del profesional de enfermería [informe en Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Academia Nacional de Medicina; 2013 [acceso: 28 ago 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Enfermer%C3%ADa_Octubre2014.pdf

(37) Pinto N. La filosofía del cuidado para transformar la investigación y la práctica. Av. Enferm [revista en Internet]. 2006 [acceso: 30 ago 2017]; 24(1):81-89. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36020>

(38) Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. J Nurs Scholarsh [revista en Internet]. 1993 [acceso: 09 oct 2017]; 25(4):352-357. Disponible en http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

(39) Carrillo AJ, García L, Cárdenas CM, Díaz IR, Wilches Y. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm Glob [revista en Internet]. 2013 [acceso: 02 jul 2017]; 12(32):346-361. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisio-nes5.pdf>

(40) Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería [artículo en Internet]. Popayán: Universidad del Cauca, Programa de Enfermería; 2005 [acceso: 19 ago 2017]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

(41) Muñoz L, Ruiz CH. Protocolo de enfermería para el cuidado de la salud de la mujer gestante [manual en Internet]. Bogotá: ACOFAEN; 2013 [acceso: 19 oct 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

(42) Ortega MA. Valoración del cuidado de enfermería por mujeres en proceso de parto después de una intervención [tesis de maestría en Internet]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2017 [acceso: 08 oct 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/57615/1/1102349570.2017.pdf>

(43) Ladino M, Martínez S. Cuidado para el bienestar de mujeres gestantes orientado a la detección precoz de la hemorragia post parto. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2014 [acceso: 08 oct 2017]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/40186/1/267830_267829.2014.pdf

(44) Jiménez A, Barrantes OF. Cuidado en el hogar al prematuro oxigenodependiente hijo de padres adolescentes [monografía de especialización en Internet]. Bogotá: Universidad de la Sabana, Facultad de Postgrados de Enfermería; 2012 [acceso: 03 sep. 2017].

(45) Castillo IY, Villarreal MP, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia Promoc Salud [revista en Internet]. 2014 [acceso: 10 sep. 2017]; 19(1):128-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a10.pdf>

(46) Reyes DM. Valoración del cuidado profesional de enfermería que realizan las adolescentes gestantes antes y después de una intervención de cuidado [tesis de maestría en Internet]. Bogotá D.C.: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2016 [acceso: 05 ago 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52921/1/63533904.2016.pdf>

(47) Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, Solary L. Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la

región tropical de Loreto, Perú. Rev. Gerenc Polít Salud [revista en Internet]. 2016 [acceso: 05 ago. 2017]; 15(30):142-158. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ioom>.

(48) Wojnar MD. Teoría de los cuidados. En: Marriner TA, Alligood MR. Modelos y teorías en Enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. pp. 767-771. [acceso: 08 ago. 2017] Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

(49) Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson Ciencia y Sociedad [Internet], XXVI (1) (2001), pp. 16-18 [Consultado 15 octubre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87011272002>

(50) Urra E, Jana A, Garcia M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Revista ciencia y enfermería 2011. [Acceso: 10 ago 2018]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

(51) Saavedra DL. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo.[tesis de maestría en Internet].Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2013 [acceso: 30 abr 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf>

(52) Guzmán MP. Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal: Montería 2013 [tesis de maestría en Internet]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2013 [acceso: 24 abr 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>

(53) Silva M, Lozano L. Propuesta de cuidado de enfermería basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson para los pacientes con EPOC y ventilación mecá-

nica no invasiva (VMNI) hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo e intermedio de un hospital de tercer nivel de atención [monografía de especialización en Internet]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2014 [acceso: 09 ago 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43063/1/1032409922.%202014.pdf>

(54) Hernández R. Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª edición México D.F. McGraw-Hill Interamericana de México; 2014. [Acceso: 09 ago. 2018]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

(55) Posada-Morales MN, Ruiz CH. Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS). Aquichan [revista en Internet]. 2013 [acceso: 06 ago 2017]; 13(1):104-117. Disponible en: DOI: 10.5294/aqui.2013.13.1.9

(56) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución n.º 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (04/10/1993).

(57) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial n.º 45.693 (06/10/2004).

(58) Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 035 de 2003, por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia [norma en la Internet]. (03/12/2003) [Acceso: 04 dic 2017]. Disponible en: <http://www.unal.edu.co/legal.pdf>

(59) López JL, Cárcamo JA. Riesgo reproductivo: una estrategia para fortalecer los servicios de planificación familiar. Rev. Med Honduras [revista en Internet]. 1993 [acceso 22 feb 2018]; 61(3):91-97. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1993/pdf/Vol61-3-1993-4.pdf>

(60) Noguera AM. Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ESE, Popayán enero-junio de 2011 [monografía de especialización en Internet]. Bogotá: Facultad de Posgrados, Universidad EAN-Universidad del Cauca; 2011 [acceso: 23 abr 2018]. Disponible en: repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1734/NogueraAstrid2011.pdf?sequence=1

(61) Berrones EJ. Diseño de una guía educativa sobre planificación familiar dirigido a los usuarios del centro de salud N° 3 de la ciudad de Riobamba. Provincia de Chimborazo 2011 [monografía de pregrado en Internet]. Riobamba: Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011 [acceso: 17 ene 2018]. Disponible en: <http://dspace.es-poch.edu.ec/bitstream/123456789/2055/1/104T0018.pdf>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado



Programa Maestría en Enfermería

Investigación:

Valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención

Consentimiento informado

Usted ha sido invitada a participar en la investigación denominada *Valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención*, el cual se desarrolla como proyecto de tesis de la Maestría en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal de la Universidad Nacional de Colombia. Por esta razón, es muy importante que usted conozca y entienda la información necesaria sobre la investigación, de manera que le permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda que surja al respecto, le será aclarada por la investigadora responsable.

El objetivo de esta investigación es determinar la valoración que realizan las gestantes del cuidado profesional en planificación familiar durante la consulta prenatal antes y después de una intervención, basado en la teoría de K. Swanson en una institución de primer nivel de atención privada en Sincelejo, Sucre. A partir de los resultados obtenidos de la presente investigación, se busca avalar las intervenciones efectivas de cuidado de enfermería realizadas durante la gestación dirigidas a

la mujer, con el fin de fortalecer las actividades de autocuidado en planificación familiar después del parto.

La decisión de participar en esta investigación es individual, libre y voluntaria, así como la decisión de retirarse en cualquier momento de la misma. En caso de querer retirarse, su decisión será respetada y no generará sanción o pérdida de los beneficios ya obtenidos. Por medio de este documento se asegura y se garantiza la total confidencialidad y no divulgación de la información suministrada por usted, garantizando el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo de la investigación con fines netamente académicos.

Una vez termine la investigación, ésta será dado a conocer en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Los resultados serán comunicados verbal y por escrito a la institución de salud objeto de estudio. Además, usted y las demás participantes serán invitadas a una reunión donde serán revelados los resultados obtenidos una vez haya concluido la investigación. Así mismo, los datos podrán ser divulgados en revistas y eventos científicos de carácter nacional e internacional.

Esta investigación no presenta ningún riesgo para ustedes, ya que no habrá ningún tipo de intervención que pueda poner en riesgo su vida o su integridad. Se informa que, para participar en este estudio, usted no deberá asumir ningún costo. Igualmente, se aclara que ni usted ni ninguna otra persona involucrada en el estudio recibirá beneficios económicos, sociales, políticos o laborales como pago por la participación.

Si usted acepta participar en la investigación, la recolección de los datos se realizará de la siguiente manera: a) responder un breve cuestionario que no tardará más de 10 minutos, el cual abarca la aplicación de un cuestionario para conocer cómo usted valora el cuidado que le brinda el profesional de enfermería en planificación familiar durante la consulta prenatal, a partir de su experiencia actual con la atención prenatal convencional; b) el siguiente paso a seguir es asignar una nueva cita de control prenatal con enfermería con el fin de recibir la intervención de cuidado propuesta

por el profesional de enfermería; c) responder la evaluación del cuidado brindado por la enfermería después de realizada la intervención.

Cabe aclarar que la actual investigación no tiene ningún riesgo para la vida de ustedes y la de su hijo por nacer. Además, se informa que la persona que realizará la intervención de cuidado será realizada por un profesional de enfermería competente y capacitada.

Para cualquier información, con relación a la investigación, se puede comunicar con la investigadora Luz Ángela Sossa Pinilla al teléfono celular 3157851889.

Para mayor información sobre la revisión y el aval ético de esta investigación, contactar a la Dra. Alba Idaly Muñoz Sánchez, Presidenta (d) del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, al teléfono 57-1-3165000 ext. 17089. Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co

Yo, _____, declaro que he recibido la información arriba enunciada y se me ha explicado el propósito y la naturaleza del estudio, me han informado los beneficios, requisitos propios de la investigación, además me han aclarado que no existe ningún riesgo para mi vida y para la de mi hijo que está por nacer y me han aclarado las dudas manifestadas. Por lo anterior, he decidido participar libre y autónomamente en la presente investigación. Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada sin mi consentimiento para ningún otro propósito fuera de los del estudio. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta ficha de consentimiento y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido y que esta información será custodiada por los próximos cinco años.

Nombre de la participante
identificación

Nombre de la investigadora
identificación

Firma

Documento de

Firma

Documento de

Anexo 2: Declaración juramentada

Declaración juramentada de la investigadora

Certifico que he explicado de forma individual la naturaleza y el propósito del estudio, los beneficios potenciales, los posibles riesgos y las alternativas. A su vez, declaro que he respondido todas las preguntas que han surgido y tengo la evidencia anteriormente firmada. Me comprometo a guardar la identificación de las participantes y acepto su derecho a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar los resultados de esta investigación de acuerdo con las normas éticas para la investigación en seres humanos del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Responsable: Luz Ángela Sossa Pinilla, estudiante de Maestría de Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal

Correo electrónico: lasossap@unal.edu.co

Aval del proyecto otorgado por: Comité de Ética, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Para mayor información sobre la revisión y el aval ético de este proyecto, contactar a la Dra. Alba Idaly Muñoz Sánchez, presidenta (d) del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, al teléfono 57-1-3165000 ext. 17089. Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co

Anexo 3: Protocolo de capacitación a los auxiliares de investigación con respecto a la teoría de Kristen Swanson

Título: Intervención de cuidado, en la que se aborda el componente de planificación familiar, basado en los procesos de cuidado de la teoría de K. Swanson.

Fecha: _____ **Hora:** _____

Lugar:

Responsable:

Metodología: exposición y taller

Duración: 80 min

Plan de acción	Descripción	Duración
Bienvenida	Saludo de bienvenida	2 min
Introducción	Está orientado a fortalecer en el profesional de enfermería las habilidades, desarrollar las competencias que le permitan optimizar mediante una visión humanística la calidad del componente de planificación familiar brindada en la consulta prenatal. Además, le permite al profesional transmitir en su práctica la filosofía del autocuidado, motivar a la mujer en el empoderamiento y la responsabilidad del cuidado de la salud sexual y reproductiva después del parto.	3 min
Objetivo	Mejorar el valor del cuidado brindado por el profesional de enfermería e intensificar las acciones educativas en la consulta prenatal en el componente de planificación familiar.	2 min
Temas a tratar	1. Descripción del problema.	20 min

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Perfil epidemiológico de la IPS de atención. 3. Teoría de Kristen Swanson. 4. Supuestos de la teoría de Kristen Swanson. 5. Estructura de los procesos de cuidado de la teoría de Kristen Swanson. 6. Instrumento de cuidado Escala de Cuidado Profesional (ECP) 	
Socialización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variables sociodemográficas. 2. Variables del instrumento de cuidado. 3. Intervención de cuidado. 	10 min
Demostración	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención de cuidado en la que se aborda el componente de planificación familiar. 2. Recolección de la información. 3. Demostración en el diligenciamiento del instrumento de cuidado. 	20 min
Revisión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lista de chequeo de la consulta prenatal. 	7 min
Retroalimentación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción de la actividad. 2. Aclaración de dudas e inquietudes. 3. Información de prueba piloto 	10 min
Asistencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Firmas de participantes. 	2 min
Culminación de la capacitación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agradecimientos. 2. Finalización de la sesión. 	3 min

Firmas de los asistentes

Nombres completos	Documento de identidad	Profesión	Cargo	Teléfono

Anexo 4: Escala de Cuidado Profesional (ECP), versión en español, 2013

Usted evaluará al profesional de _____ que le ha ofrecido cuidado durante _____

Sus respuestas son muy importantes. Por favor, señale con una "X" la respuesta que representa su percepción.

Sanador compasivo (alfa de Cronbach = 0,852)					
Ítem	Carga factorial	Nunca	Algunas veces sí, algunas no	La mayoría de veces	Siempre
1. ¿La hizo sentir bien?	0,651	1	2	3	4
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	0,739	1	2	3	4
3. ¿La escuchó con atención?	0,659	1	2	3	4
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	0,769	1	2	3	4
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?	0,581	1	2	3	4
6. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	0,690	1	2	3	4
7. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	0,607	1	2	3	4
Sanador competente (alfa de Cronbach = 0,859)					
8. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	0,833	1	2	3	4
9. ¿Fue respetuosa con usted?	0,807	1	2	3	4
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	0,571	1	2	3	4

11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	0,434	1	2	3	4
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	0,639	1	2	3	4
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	0,632	1	2	3	4
14. ¿Fue amable con usted?	0,886	1	2	3	4
15. ¿La trató como persona?	0,467	1	2	3	4

Fuente: Vesga LM. Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la Doctora Kristen Swanson versión en español, 2013.

Interpretación de resultados

Menor de 23 puntos: El cuidado profesional será considerado *Deficiente*. El trato a las pacientes es con frialdad, como una “molestia”, lo que lleva a creer que el profesional no ofrece una atención ni comprende al paciente y su situación.

De 23 a 37 puntos: El cuidado profesional será considerado *Regular*. Se define como “neutral”; es básicamente apática o individual, no es de persona a persona. La vida o los niveles de energía ni mejoran ni son disminuidos.

De 38 a 51 puntos: El cuidado profesional será considerado *Bueno*. Es caracterizada como benevolente, amable y preocupada. El resultado de este encuentro es que los niveles de energía son sostenidos o aumentados.

De 52 a 60 puntos: El cuidado profesional será considerado *Excelente*. Implica estar completamente presente, con la curación de amor que fluye. La personalidad se reconoce mutuamente; la atención se negocia y la intimidad profesional se produce. Esta relación favorece la libertad espiritual.

**Anexo 5: Solicitud a autora para el uso de la Caring Professional Scale (CPS),
versión original**

⊕ Nuevo | ↶ Responder | 🗑 Eliminar | 📁 Archivar | Mover a | Categorías | ⋮ | ↑ ↓ ✕ ↶ Deshacer

On Sep 21, 2017, at 7:53 PM, Angela sossa <angela_sossa@hotmail.com> wrote:

Dr. Kristen M Swanson
Professor of the College of Nursing, University of Seattle

Receive a respectful and cordial greeting of admiration

My name is Luz Angela Sossa Pinilla, I am a Professional Nurse, currently attending the third semester of Masters in Nursing with emphasis in Maternal and Perinatal Care at the National University of Colombia; My thesis director is Professor Martha Patricia Bejarano Beltrán and the subject in which I have been working in my master's degree is "Valuation performed by pregnant women provided by the nursing professional in prenatal care before and after a care intervention "The reason for my communication is to know if I can apply your theory as a basis for care intervention for women in prenatal care, and if you authorize the application of the" CPS- Caring Professional Scale) "To determine the evaluation done by the pregnant women who receive the intervention during prenatal control.

Thanking you for your kind attention and waiting for your response.

Sincerely
Luz Angela Sossa Pinilla
Student of third semester of master's degree in nursing National University

Anexo 6: Autorización de la autora para el uso de la Caring Professional Scale (CPS), versión original

Nuevo | Responder | Eliminar | Archivar | Correo no deseado | Limpiar | Deshacer

Re: Authorization for the use of the professional care scale instrument

 Swanson, Kristen <swansonk@seattleu.edu>
jue 21/09, 9:58 p.m.
Usted

Responder

Respondiste el 23/09/2017 7:25 p.m..

Dear Ms Pinilla:
Thank you for writing to me. Yes, you have my permission to use the CPS. I wish you much success in your thesis and in your career. I hope you will share your findings with me.
Warmest Regards,
Kristen

Kristen M. Swanson, RN, PhD, FAAN
Dean and Professor
College of Nursing | Seattle University
Educating and inspiring leaders to transform healthcare for a just and humane world.

On Sep 21, 2017, at 7:53 PM, Angela sossa <angela_sossa@hotmail.com> wrote:

Dr. Kristen M Swanson

Anexo 7: Solicitud a autoras para el uso de la Escala de Cuidado Profesional (ECP), versión en español

Autorización para la utilización del instrumento escala de cuidado profesional elaborado por Dra. k. Swanson y validado en versión español. Recibidos x



U



Luz Angela Sossa Pinilla <lasossap@unal.edu.co>
para Lucy, Cardenas ▾

21 sept. (hace 3 días) ☆



Desde Sucre Septiembre 21 del 2017

Enfermeras: Lucy Marcela Vesga Gualdron y Carmen Helena Ruiz

ASUNTO: Autorización para la utilización del instrumento escala de cuidado profesional elaborado por Dra. k. Swanson y validado en versión español.

Cordial saludo:

Mi nombre es Luz Angela Sossa Pinilla, actualmente estoy cursando tercer trimestre de maestría en enfermería en la Universidad Nacional en convenio con la Universidad de Sucre.

Me dirijo a ustedes con el fin de solicitarles autorización para utilizar el instrumento "Escala de Cuidado profesional" elaborado por la Dra. Kristen Swanson; el cual fue validado versión en español en el 2013. Instrumento que permite valorar el cuidado del profesional de enfermería en el control prenatal.

La Escala de Cuidado Profesional (CPS) será utilizada con fines exclusivamente académicos, debido a que es un instrumento confiable, corto, entendible y de fácil manejo que agrupa el comportamiento del profesional de enfermería en su práctica y permite evaluar la intervención que realiza el profesional de enfermería durante el control prenatal.

Anexo 8: Autorización de autoras para el uso de la Escala de Cuidado Profesional (ECP), versión en español

Autorización para la utilización del instrumento escala de cuidado profesional elaborado por Dra. k. Swanson y validado en versión español.    Recibidos x

 **Luz Angela Sossa Pinilla** 21 sept. (hace 3 días) ☆
Sincelejo Sucre Septiembre 21 del 2017 Enfermeras: Lucy Marcela Vesga Gualdro...

 **Lucy Marcela Vesga Gualdron** 17:48 (hace 4 horas) ☆  
para mí 

Cordial saludo Luz Angela;

Por mi parte tiene mi autorización en el uso de la escala, éxitos en el desarrollo de su investigación. Feliz noche

Atentamente

Lucy Marcela Vesga G
RN. M.Sc En Enfermería
Candidata a Doctora en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

...

Anexo 9: Autorización de la Gerente de la IPS objeto de estudio dirigida al Coordinador para realizar la investigación en la institución de salud

Montería-Cordoba. Septiembre 25 del 2017.

Doctor

MARCO FIDEL PEREZ

Coordinador médico IPS privada de primer nivel
Sincelejo Sucre.

Cordial saludo

Me permito autorizar a la profesional de enfermería **LUZ ANGELA SOSSA PINILLA** identificada con cedula de ciudadanía 40.392.820 estudiante de tercer semestre de maestría en enfermería con énfasis en área materno perinatal de la Universidad de Sucre en convenio con la Universidad Nacional para que realice la investigación en Sincelejo Sucre en la IPS privada de primer nivel de atención que usted coordina.

El tema de la investigación propuesto para desarrollar se denomina "Valoración que realizan las gestantes del cuidado brindado por el profesional de enfermería en el control prenatal antes y después de una intervención"

Atentamente



MARIA ALEXANDRA BURGOS MENDOZA

Gerente regional IPS privada primer nivel de atención.

Anexo 10: Autorización de la Gerente de la IPS objeto de estudio dirigida a la tutora de la investigación para realizarla en la institución de salud

Montería-Cordoba, Septiembre 25 del 2017.

Profesora

MARTHA BEJARANO BELTRAN

Profesora asociada a la facultad de enfermería de la Universidad Nacional
Bogotá

Cordial saludo

Como gerente Regional de la IPS privada de primer nivel de atención me permito autorizar a la profesional de enfermería **LUZ ANGELA SOSSA PINILLA** identificada con cedula de ciudadanía 40.392.820 estudiante de tercer semestre de maestría en enfermería con énfasis en área materno perinatal de la Universidad de Sucre en convenio con la Universidad Nacional para que realice la investigación en Sincelejo Sucre en la IPS privada de primer nivel de atención cuyo tema de investigación propuesto se denomina "Valoración que realizan las gestantes del cuidado brindado por el profesional de enfermería en el control prenatal antes y después de una intervención"

Atentamente



MARIA ALEXANDRA BURGOS MENDOZA

Gerente regional IPS privada primer nivel de atención.

Anexo 11: Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá, 20 de febrero de 2018

[AVAL-002 -18]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 19 de febrero de 2018 - Acta 2, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado "**Valoración que realizan las gestantes del cuidado brindado por el profesional de enfermería en planificación familiar antes y después de una intervención de cuidado**" Estudiante: Luz Ángela Sossa Pinilla. Por último se envía recomendación en formato anexo.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,


ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

Copia: Luz Ángela Sossa Pinilla - Estudiante
Martha Patricia Bejarano Beltrán - Docente

[Página 1 de 1]

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-03
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17089-17020-17021-17038
Bogotá D.C., Colombia
upi_febog@unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos