



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Resiliencia de las mujeres que necesitaron ser trasladadas al hospital durante el parto domiciliario planificado: estudio exploratorio

Carolina de Lima¹, Tatiane Herreira Trigueiro²

¹Universidade Positivo

²Universidade Federal de Paraná

RESUMEN

Objetivo: comprender el proceso de resiliencia de las mujeres que tuvieron el parto domiciliario planificado transferido para el hospital. **Método:** se trata de un estudio de tipo exploratorio de abordaje cualitativo, realizado con diez mujeres que planificaron el parto domiciliario, pero que por algún motivo tuvieron que ser transferidas al hospital. La recolección de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, analizadas por el análisis de contenido de tipo temático. **Resultados:** se constató que todas las entrevistadas experimentaron un trauma causado por la transferencia hospitalaria, pero solo una llegó hasta la etapa final del proceso de resiliencia, la adaptación. **Conclusión:** la participación de la enfermera obstetra en ese proceso es fundamental, ya que podrá auxiliar a esta mujer a encontrar factores que desarrollen su proceso de resiliencia, mediante el diálogo, comprensión, abertura y la acogida. Eso posibilitará comprender al otro en su totalidad, y captar sus dolores e inseguridad a través de una relación humanizada.

Descriptor: Enfermería Obstétrica; Parto Domiciliario; Resiliencia Psicológica; Salud de la Mujer.

INTRODUCCIÓN

El período gestacional en la vida de una mujer es un momento de innúmeros cambios, fisiológicos, psicológicos y sociales, sin embargo, es también un momento de elegir, el tipo de parto deseado, pudiendo ser vía cesariana, como un evento quirúrgico, o vía vaginal, también denominado de parto normal.

Aparte de la vía de parto, otro elemento de fundamental importancia en el proceso se refiere al ambiente donde será realizado. El local más adecuado para una mujer parir está directamente ligado a una asistencia efectiva y segura y al respeto a sus derechos, privacidad, confort y seguridad, lo que le garantiza un cuidado integral, sea en una unidad hospitalaria o en su propio domicilio⁽¹⁾.

Delante del poder de la elección, aliado al soporte y a las evaluaciones de salud, una modalidad de parto que está enraizándose en Brasil, es el parto domiciliario planificado. Este es una forma de parto indicado para mujeres de riesgo habitual, y ocurre de forma natural, sin intervenciones innecesarias y en un ambiente confortable y acogedor. Pero el parto domiciliario, cuando abordado en los documentos y publicaciones del Ministerio de Salud en Brasil, es tratado aún, como un evento asociado a la falta de recursos económicos y a la dificultad de acceso a los servicios de salud⁽²⁾.

Conforme los últimos datos disponibles por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), en Brasil, en 2016, de los 2.857.800 nacidos vivos, solo 19.445 (0,7%) nacieron en ambiente domiciliario. En la región Sur esta proporción fue menor: de los 391.790 nacimientos, solo 993 (0,2%) ocurrieron en domicilio⁽³⁾. No obstante, no se tienen datos de cuántos habrían sido realizados por un equipo de parto domiciliario planificado.

Actualmente, el Ministerio de Salud informa a las multíparas de riesgo habitual que, llevando en consideración el contexto brasileño, el parto domiciliario no está disponible en el sistema de salud, por eso no se recomienda. Sin embargo, no se debe desalentar la planificación del parto en domicilio para los casos en los que haya una maternidad a la que se pueda acceder en tiempo hábil y oportuno, en caso de necesidad de transferencia⁽⁴⁾.

La seguridad del parto domiciliario planificado es demostrada por estudios que destacan que no se ha comprobado que dar a luz en casa aumenta los riesgos para la mujer⁽⁵⁾. A pesar de eso, cuando se desea y se planifica este tipo de parto, a veces no ocurre, debido a los problemas que pueden haber, como hemorragias, crisis hipertensivas, desprendimiento prematuro de placenta, prolapso de cordón, ruptura uterina y frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora⁽⁶⁾. Estas son situaciones que necesitan del apoyo hospitalario y que pueden ocurrir durante el trabajo de parto domiciliario, necesitando de transferencia para el hospital. Por lo que la mujer que lo planificó puede depararse con la frustración, con la desconstrucción de un deseo, pudiendo acarrear perjuicios psicológicos.

Las adversidades de la vida pueden marcar psicológicamente al individuo, por un largo período, por los traumas que provocan, pudiendo modificar el ser y el estar en el mundo, por afectar su multidimensionalidad⁽⁷⁾. Ante la situación adversa, dos posibilidades se le presentan al individuo: desgastarse por el sufrimiento o buscar factores que lo ayuden a reestructurarse psicológicamente, colocándolo en un proceso de resiliencia.

La resiliencia es comprendida como la capacidad adaptativa frente a los riesgos actuales y acumulados a lo largo de la vida. Engloba varios recursos psicológicos importantes para superar los contratiempos, obstáculos y las dificultades,

como por ejemplo, las competencias personales, las propias creencias y el control interpersonal en interacción con los apoyos sociales⁽⁸⁾. Uno de los precursores comprende que la resiliencia no es eliminar el evento estresante sino que es la forma como el individuo percibe esa situación y utiliza la autoconfianza y la competencia social para dominar el estrés provocado. Por tanto, es "como" las personas lidian con los cambios en la vida y que actitudes toman delante de esas situaciones⁽⁹⁾.

Entendiendo esto, la resiliencia puede ser vista como un proceso que pasa por las etapas de enfrentamiento, adaptación y superación. Tal proceso se desarrolla como consecuencia de una situación negativa de vida, frente a la cual, el individuo resignifica la experiencia y encuentra medios, a partir de la interacción dinámica existente entre las características individuales y la complejidad del contexto social, para enfrentar, aceptar lo ocurrido y buscar ajustarse a la situación, para encontrar sentido y elementos positivos de la situación vivida y, así, superar lo vivido. Se trata por tanto, de un proceso psicológico dinámico⁽¹⁰⁾.

Considerando que la transferencia hospitalaria, después del anhelo y la planificación de un parto domiciliario, puede considerarse como una adversidad en la vida de la mujer, al sentirse frustrada en sus planes, emergió la siguiente inquietud: ¿Las mujeres que optaron por un parto domiciliario planificado, pero que tuvieron que ser transferidas para el hospital durante el trabajo de parto vivieron una adversidad? ¿A partir de esta adversidad, desarrollaron el proceso de resiliencia?

Para responder a esas preguntas, fue necesario oír y comprender ese proceso de las mujeres que pasaron por dicha situación, saber si hubo perjuicios en su vida social, emocional y en la propia maternidad y si de alguna forma, desarrollaron el proceso de resiliencia. Debido

a la escasez de estudio en la literatura brasileña sobre la temática propuesta y a que el enfermero que actúa en obstetricia, sea en el ambiente hospitalario o domiciliario, debe estar preparado para la acogida de esta mujer delante de la adversidad y ayudarla en sus diversos aspectos, deseando la preservación o restauración de su salud, se objetivó con este artículo: comprender el proceso de resiliencia de las mujeres que tuvieron el parto domiciliario planificado transferido para el hospital.

MÉTODO

Se trata de un estudio de tipo exploratorio, de abordaje cualitativo, realizado con mujeres que planificaron el parto domiciliario, pero que por algún motivo tuvieron que ser trasladadas al hospital. Las mujeres entrevistadas vivían en la región de Curitiba, Paraná, y en esta ciudad existen grupos compuestos por enfermeras obstetras que realizan el parto domiciliario planificado.

Como criterio de inclusión se optó por todas las mujeres que iniciaron el trabajo de parto en el domicilio en algún momento de su vida, acompañadas por el equipo que realiza parto domiciliario planificado, pero que, a pedido de la mujer o por la consideración del profesional de salud, necesitan ser transferidas para el hospital. Esta experiencia fue considerada el fenómeno de interés de este estudio, porque la ocurrencia de la vía de parto en el contexto hospitalario, sea cesariana o vaginal, difiere de las expectativas del parto en el domicilio. Como criterio de exclusión se delimitó: mujeres que no habían sido acompañadas por equipos de parto domiciliario planificado del municipio de Curitiba.

Las entrevistadas fueron reclutadas a través del método bola de nieve, también conocido como método de cadena de valor. Este modelo

funciona de modo que los primeros entrevistados indicarán a otros, y así sucesivamente, dándole continuidad al estudio⁽¹¹⁾. En este estudio, la primera entrevistada fue identificada en el grupo de proximidad de las investigadoras que a su vez, indicó a otras mujeres. Ellas tras las entrevistas, se pusieron en contacto con otras mujeres que conocían y que habían pasado por igual situación, explicándoles sobre la investigación. Cuando constatado el interés en integrar el estudio, se les entregaban su número de teléfono a las investigadoras, que entraban en contacto para explicaciones y para marcar la entrevista. Se contactaron a diez mujeres, y de ellas, ninguna se negó a participar del estudio.

La recolección de los datos ocurrió entre julio y septiembre de 2016, mediante entrevista semiestructurada en el local, hora y fecha acordados con cada mujer. Después de la explicación de los objetivos de la investigación y la aceptación de participación mediante la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), la entrevista era iniciada a partir de la siguiente pregunta: ¿Cómo fue para usted haber planificado un parto domiciliario y necesitar posteriormente ser transferida al hospital?

El muestreo se interrumpió cuando las autoras tuvieron la percepción de repetición de las declaraciones. Las entrevistas fueron grabadas, lo que garantizó la libertad de las participantes para expresarse y la formación del vínculo con la investigadora. Después, las entrevistas fueron transcritas en la íntegra y sometidas al análisis de contenido de tipo temático, conforme propuesta de Bardin. Esta técnica se organiza en tres polos cronológicos: preanálisis, que consiste en la organización del material, sistematizando ideas; exploración del material, definición de categorías y sistemas de codificación, que posibilitó la riqueza o no de las interpretaciones e inferencias; y tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación, etapa en la que ocurrió la

condensación y destaque de las informaciones para análisis⁽¹²⁾.

De ese proceso analítico emergieron dos categorías: La trayectoria para escoger el parto domiciliario planificado y De la adversidad al proceso de resiliencia. La discusión de los datos se desarrolló a partir de los artículos científicos y libros relacionados con la temática. La investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Pesquisas con Seres Humanos de la Universidad Positivo el 01 de julio de 2016, con el parecer 1.617.799 (CAAE: 55315316.7.0000.0093).

RESULTADOS

Se entrevistaron a diez mujeres con edades entre 21 y 37 años, siendo tres primíparas y siete multíparas. Entre estas últimas, ninguna había tenido el parto domiciliario planificado anteriormente, por lo que todos sus hijos habían nacido en ambiente hospitalario. Vale aclarar que las entrevistas ocurrieron de 40 días a tres años después de la transferencia hospitalaria.

Elección del parto domiciliario planificado

Las mujeres entrevistadas relataron los motivos que las llevaron a optar por el parto domiciliario planificado, siendo algunos de ellos, su protagonismo en el proceso de parto y la humanización de la atención, conforme se observa en los discursos presentados a seguir:

Me prometí que si yo tenía un segundo hijo, iría a prepararme mejor; y yo quería mucho tener un parto normal por miedo de tener otro parto robado; entonces, decidí intentar en casa. (M1)

[...] mejor cosa es mi hijo nacer en el ambiente donde él va a vivir, en la

comodidad de nuestra casa, con las personas que se importan con nosotros. (M2)

[...] y la opción de poderme quedar en casa, con mi hijo mayor participando, no tener que alejarme de él durante el trabajo de parto y ni después que el bebé naciera, ellos poder conocerse pronto, poder cortar el cordón umbilical, participar del momento del parto también, al día siguiente poder despertarme y desayunar con mi familia, y no en aquel ambiente hospitalario. Esos fueron los factores que más pesaron para decidirme por el parto domiciliario. (M5)

Después de yo haber tenido un embarazo en las trompas, sufrí mucho, pues quería mucho ser madre, por eso, escogí el parto domiciliario, porque deseaba pasar por todo ese proceso sin que nadie interfiriera, quería sentir todo lo que el parto podría proporcionarme. (M8)

[...] yo necesito ser realmente la protagonista de mi parto, entonces opté por el parto domiciliario, por la mujer tener más voz en él. (M10)

Da la adversidad al proceso de resiliencia

Todas las entrevistadas presentaron trazos referentes al trauma, a la adversidad vivida debido a la transferencia hospitalaria y a la atención hospitalaria, conforme los discursos abajo:

[...] pensé "caramba, realmente no va a ser dentro de casa" lloré mucho, lloré

mucho, porque una cosa es oír a todo el mundo decirte que no tienes dilatación, que no sé qué, y yo pasé por todo ese proceso de deconstruir esa imagen de que yo no tenía esa fuerza para aquella imagen de que yo podía hacer todo eso. (M2)

[...] estaba construyendo eso dentro de mí. Entonces, cuando me dijeron (la necesidad de la transferencia) me di cuenta de la realidad y que no iba a ser de esa manera, me dije, así: – Entonces significa que realmente hay alguna cosa mal conmigo [...] (M8)

[...] y después viene la frustración, enorme, porque fue por muy poco, que él nace en casa, y la frustración en verdad, yo la tengo hasta hoy y ya hace un año. (M9)

[...] lo peor no es ser transferida, es el miedo de lo que va a pasar en el hospital, de la violencia que probablemente vas a sufrir [...] pero lo que más duele es ser mal atendida dentro del hospital; esa fue mi mayor frustración [...] la frustración da rabia en la hora, junta todo. Inocentemente, te quedas agradecida por tu hijo haber nacido, pero después piensas que no era para haber sido de esa forma [...] ellos me dan rabia (los del hospital), da rabia el equipo, da rabia esos profesionales que no se actualizan [...] la frustración yo voy a sentirla toda la vida. (M5)

Fue muy difícil, muy difícil [...] Yo pensaba de una forma muy positiva, de que iría a parir en casa, no preparé bolso de maternidad, nada, porque pensaba – Yo voy a parir en casa – tenía plena certeza [...], pensamos que nunca nos va a ocurrir. Fue sí, un proceso difícil, podría no haber sido tan difícil si yo no hubiera sufrido tanta violencia en el hospital [...] Pero como fue muy terrible la cirugía, y lo que me dijeron allá, fue muy chocante, ¿sabe? Entonces, el proceso de cura demora mucho más, no fue fácil, todavía no es muy fácil. (M4)

Después de la necesidad de ser trasladadas al hospital, las mujeres relataron diversos factores de protección, que conllevaron al enfrentamiento y al proceso de resiliencia, como la aceptación, el apoyo de la familia y el círculo de mujeres:

[...] ahí fui buscar ayuda y en ese proceso de búsqueda yo pasé por un círculo de mujeres [...] que es un proceso intensivo de tratamiento relacionado a las cuestiones femeninas. (M7)

Una de las cosas que me ayudó bastante fue mi familia entera: mi papá, mi mamá, mi abuela, mi hermana, que estaban aquí conmigo [...] tener el apoyo de mi esposo allí de mi lado, lloró junto conmigo, incluso, lloramos juntos y todo más. Mi familia estar junto fue la mejor cosa, ese amparo de tener a las personas que amas alrededor tuyo es lo que te ayuda, te ayuda hacer esas cosas. (M2)

[...]puedo decirte que en este segundo parto sentí la frustración de tener que ir para el hospital, pero fue un proceso muy consciente, porque fue estudiado, yo hice todo, participé de un montón de círculos de embarazadas, entonces fue mucho más fácil la superación... entonces fue una decisión mía, a pesar de sentirme frustrada por no haberlo conseguido, la segunda vez, yo sabía que había reales motivos para eso, yo no tuve la sensación de parto robado nuevamente, yo solo sentí la frustración de no conseguir pasar por mi período expulsivo, porque para el trabajo de parto yo tenía todo preparado en casa, y estaba bien asesorada, con personas que yo había escogido. (M1)

Yo creé un grupo en una red social llamado Parto humanizado en Curitiba, y ese grupo tomó una proporción gigantesca, que ayuda a otras mujeres a buscar profesionales; discutimos sobre profesionales, sobre el equipo, doulas. Ese grupo se quedó muy conocido; somos 70 mujeres en el grupo, entonces, así, ayudamos a muchas mujeres. (M4)

Cuanto a la segunda etapa del proceso de resiliencia, las entrevistadas demostraron que están en proceso de superación, conforme trechos de los discursos:

En el momento que me perdoné, entendí que no fue mi culpa, empecé a sentirme completamente madre, porque me quedaba culpándome, mirando a mi hijo y sintiéndome menos madre por no haberlo parido. (M9)

Cuando empiezas a oír lo que las personas que te aman de verdad dicen, no cuando finges oír, las cosas van se arreglando, van volviendo a hacer sentido [...] (M7)

[...] fue más fácil de superar. El primer gran motivo fue la mejor preparación, y el segundo porque yo ya hacía parte del círculo de mujeres y todo más, y continué frecuentándolo, y fue eso que me hizo superar más rápidamente [...] hoy yo logro hablar sobre eso y me emociono todavía. Un parto es una experiencia linda para cualquier mujer, y me emociono mucho, pero no debido al hecho de no haber conseguido, sino de haber tenido todo el apoyo que tuve, dentro de los círculos de mujeres y todo más... de haber planificado lo que yo quería, de haber logrado pasar por ... Porque sufrimos prejuicio [...] (M1)

Cuanto a la adaptación, se evidencio que solamente una entrevistada presentó trazos en la siguiente declaración:

Yo superé, pero siempre pienso, me recuerdo, siempre me recuerdo, porque es un momento súper mágico. Siempre que veo el vídeo, me quedo mirando sintiendo dolor allí, yo vi que realmente no estaba, ¿sabe? [...] Yo iba a parir en casa de todas maneras, era lo que yo decía, pero en verdad, yo no necesitaba sentir tanto dolor, como yo sentí, ¿entendió? Hay una frase que yo siempre digo: "antes de parir el bebé, usted tiene que parir sus miedos", porque nadie va a lograr parir un bebé para

lavar el alma. Entonces, no quise hacer eso, yo tuve consecuencia de eso, yo no lo logré, parir ella en casa sin ayuda de un medicamento [...] Pero dio. Para mí dio cierto, ¿entendió? Slo que no fue en casa. (M3)

DISCUSIÓN

Actualmente en Brasil, el parto domiciliario planificado de riesgo habitual se presenta como una alternativa para las mujeres que lo desean y que pueden pagarlo. Una investigación nacional que estudió a 667 mujeres que habían planificado el parto en el domicilio evidenció que, de ellas, 104 necesitaron ser trasladadas al hospital. Del conjunto de las 667 mujeres, la mayoría era primípara, con alta adhesión al prenatal, alta escolaridad y acceso a la información, factores que pueden justificar la elección de esa modalidad de parto, ya que cuestionan el modelo hegemónico de atendimento hospitalario actual y buscan en el domicilio tener autonomía y participación activa en su proceso de parto⁽¹³⁾.

Las mujeres que optan por el parto domiciliario planificado tienen la expectativa de ser la protagonista de su trabajo de parto, de estar en un ambiente acogedor y de ejercicio de la autoconfianza, dada la capacidad de parir aliada a una asistencia profesional humanizada, anhelan por una aproximación y autoafirmación de su cuerpo. El domicilio favorece la atención dirigida a la mujer y su familia, facilitando el apoyo emocional, estimulando la autonomía de la parturiente y reduciendo las intervenciones innecesarias.

Las mujeres que optan por el parto domiciliario planificado experimentan mayor conexión con el propio cuerpo y mayor satisfacción, al confiar en la fisiología corporal, sentir mayor

conexión con su propia naturaleza y controlar el proceso de parto y su ambiente. Sentimientos positivos de vida después del nacimiento en el domicilio son vividos por la posibilidad de la presencia de los miembros familiares. Sin embargo, presentan sentimientos negativos relacionados al juzgamiento social, de otros miembros de la familia, y de los profesionales de salud que no actúan a domicilio⁽¹⁴⁾.

Las mujeres de este estudio tuvieron un trabajo de parto marcado por la adversidad de la transferencia hospitalaria, porque la elección del parto domiciliario fue un momento esperado, deseado y planificado, a partir de estudios, pesquisas y/o debido a la experiencia de un parto anterior negativo. La necesidad de transferencia, aunque hayan sido informada en el momento de contratación del equipo especializado, fue una sorpresa que generó ansiedad, y la forma de tratamiento negativa que recibieron en el hospital, la pérdida de la autonomía y del propio control del cuerpo fueron elementos que generaron la frustración y el sufrimiento psicológico.

Delante de situaciones incontrolables durante el parto, la mujer puede sentirse responsable por un final diferente de lo planificado y esperado por ella, de esa forma, la ansiedad y la angustia pueden emerger y, así, se instala la autculpa, siendo un camino para el sufrimiento. Lidar con la propia culpabilización por lo ocurrido puede ser visto como una estrategia de enfrentamiento⁽¹⁵⁾.

Las adversidades no son vividas de forma pasiva e inmutable y cuando el individuo encuentra factores positivos que lo direccionan para un proceso dinámico de enfrentamiento y superación de las adversidades, se deflagra el proceso de resiliencia. Es por tanto, un camino de transformación a ser recorrido, de metamorfosis personal y social⁽¹⁶⁾. En este sentido, el enfrentamiento de la adversidad vivida por las entrevistadas fue posible al encontrar factores internos y externos, como la

aceptación y la red de apoyo social y afectiva, que provocaron la movilización interna, impulsando el proceso de resiliencia.

El apoyo y la presencia del compañero y los familiares y la existencia de redes sociales de mujeres que comparten experiencias semejantes fueron factores positivos, dando inicio al proceso de resiliencia. La comunicación como proceso terapéutico fue un incentivo, la semejanza de situaciones vividas y la identificación del femenino trajeron confort y disminuyó el sentimiento de aislamiento, frustración y fracaso, resultando en la instalación del autoperdón. Se desprende que las relaciones afectivas seguras y positivas fortalecieron sus recursos personales de autoeficacia y las direccionaron a la resiliencia⁽¹⁰⁾.

Pesquisas en el área de enfermería sobre el proceso de resiliencia y la salud de mujeres víctimas de violencia sexual demostraron que los factores de protección, sean de movilización interna, como la fuerza del amor y de la responsabilidad materna y la fe, o de movilización externa, como el apoyo familiar y social, mediante un espacio acogedor que permita el relato sin juzgamiento, incentivan la resiliencia⁽¹⁷⁾.

El impulso direccionado a acciones terapéuticas de cuidados en grupos, círculos de discusión, programas de acompañamiento para las poblaciones identificadas en situación de riesgo y programas educativos tienen como objetivo incentivar a las personas para que encuentren en ellas propias los recursos necesarios para enfrentar las situaciones difíciles de la vida⁽¹⁸⁾.

En esta perspectiva, el enfermero, como profesional que cuida, puede ser un elemento positivo de incentivo durante ese proceso; para tanto, debe alejarse de juzgamientos y prejuicios para comprender la totalidad de la mujer que está delante de sí, con sus miedos, frustraciones y vulnerabilidad.

Diferente de otros países, el parto domiciliario planificado es un modelo todavía

poco conocido en Brasil, lo que contribuye a la diseminación y construcción de informaciones no verdaderas⁽¹⁹⁾, haciendo que la sociedad marginalice a los que eligen este tipo de parto, promoviendo disputas entre los profesionales de salud. O cuidado que el enfermero, en el ambiente hospitalario, le brinda a la parturiente que intentó un parto domiciliario planificado, debe ser un factor impulsor de enfrentamiento, por medio de la real aproximación, diálogo y escucha activa y no un elemento negativo, de reprensión. Es necesario que el enfermero quiera ayudar verdaderamente, que haga con que ella encuentre en el entorno factores protectores, siendo él propio uno de esos factores. En este movimiento de encuentro con el otro, el enfermero podrá promover salud y consecuentemente mejorar la calidad de vida después de la adversidad vivida⁽⁷⁾, en este caso, la transferencia del domicilio al hospital.

Por tanto, promover la resiliencia es auxiliar al otro a encontrar su potencial para la adaptación y transformación de lo vivido para superar las adversidades. Importante resaltar que la discusión sobre este tema aún es reciente en el ámbito de las ciencias de la salud y de la enfermería⁽¹⁸⁾.

El enfermero, tanto el que actúa en el equipo de parto domiciliario planificado como el que recibe a esa mujer en el hospital, después de la transferencia, necesita ser sensible para poder comprender que la transferencia, por sí sola, puede ser un momento que desencadena un conflicto interno en la parturiente, de adversidad psicológica. Por tanto, la reprensión va contra los principios éticos del profesional. La acogida, la garantía de asistencia calificada y el bienestar fetal y materno, la empatía y la humanización del cuidado deben ser prioritarios en la atención del paciente.

Acciones como la presencia constante, atención, diálogo, escucha y hasta los pequeños

actos, como el contacto físico, son factores positivos, porque posibilitan el establecimiento de una relación de confianza y de intercambio entre el profesional y la parturiente, es decir, un relacionamiento con apoyo emocional. Comprensión, ternura, sensibilidad y respeto a los sentimientos son elementos fundamentales de un cuidado de enfermería humanizado⁽²⁰⁾.

Después de enfrentar la adversidad, un nuevo paso para alcanzar la resiliencia debe ser dado, la superación⁽¹⁰⁾. Esta etapa, es el momento en el que el sujeto le da un nuevo significado a lo vivido y acepta la ayuda del entorno como forma de sustentación, como un acto de superar lo negativo, aspirando aspectos positivos en lo vivido rumbo a la adaptación. En las entrevistas de este estudio, la superación se manifiesta al no sentirse culpadas por terminar el parto en el hospital, al vivir la maternidad sin frustración y al mantener los factores de protección del entorno para enfrentar la adversidad, como continuar frecuentando los círculos de mujeres, la manutención de los vínculos afectivos y movimientos internos de resignificación de lo vivido, los cuales posibilitan la superación, y la forma de verse a sí misma y sobreponer la aceptación en detrimento del dolor y de la culpa.

El proceso de resiliencia puede compararse a recorrer una carretera; significa estar en movimiento de transformación y entrar y continuar recorriendo la carretera es la condición fundamental y propulsora de la resiliencia⁽¹⁶⁾.

Al adaptarse, la persona se puede sentir reconstruida, transformada y adaptada a su nueva realidad. Es un movimiento activo de transformación personal para superar la adversidad. Es cuando se "mira hacia atrás" y se comprende que recorrer el camino del proceso de resiliencia llevó a la libertad, al desprendimiento de los sentimientos negativos de vida, a tener una visión diferenciada y positiva sobre la adversidad vivida⁽¹⁰⁾. En este sentido, alcanzar la resiliencia

involucra adaptarse exitosamente al proceso de vivir humano, siendo definida como la capacidad que la persona tiene de salir vencedora, con las fuerzas renovadas, de una situación que podría haber sido traumática y negativa para su existencia⁽¹⁸⁾.

CONCLUSIÓN

El estudio posibilitó identificar junto a las entrevistadas que el apoyo de la familia y del compañero, la existencia de redes sociales y de círculos de mujeres que ofrecen abertura para el diálogo, para ayudarlas a no sentirse culpadas o fracasadas debido a la transferencia hospitalaria, son factores que desencadenaron el proceso de resiliencia. Durante la etapa de superación pudieron darle un nuevo significado a lo vivido y comprendieron la necesidad real de la transferencia, conllevando a la aceptación y al reconocimiento del evento. La etapa de adaptación, sin embargo, solo se observó en una entrevistada, que se coloca en la posición de mirar hacia atrás y percibir la experiencia como una forma de transformación personal, al no dejarse abatir por el sufrimiento y lograr relatar lo ocurrido sin sufrimiento o daño psicológico.

Vale resaltar que el enfermero, sea él obstetra o no, e independientemente de actuar a domicilio o en el hospital, como parte integrante del equipo de salud deberá reflexionar sobre su postura para poder abolir el juzgamiento y preconizar el cuidado de forma humanizada, mediante la escucha activa y el quehacer calificado, de modo que la mujer no se sienta sola y no tenga miedo de la transferencia o de la forma como será recibida por el equipo hospitalario. Que esos profesionales puedan comprender el daño psicológico como real y del daño a la salud que puede causar, y así ellos sean fomentadores

del proceso de resiliencia, siendo un instrumento de cuidado.

Se sugiere que estudios como este sean replicados en otros locales donde existan equipos de parto domiciliario planificado, ya que la cantidad de profesionales que realizan este tipo de asistencia y de embarazadas que buscan esa modalidad de parto aún es pequeña en Brasil. Hecho que justifica, incluso, la pequeña muestra de mujeres entrevistadas, constituyendo esta una limitación de este estudio.

CITAS

1. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. 2018 [internet]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de atenção à saúde. Parto e nascimento domiciliar assistido por parteira tradicionais: O programa Trabalhando com parteiras e tradicionais e experiência exemplares. [internet]. 2010 [Cited 2016 Mar 03]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Nascidos vivos [homepage internet]. 2015 [Cited 2017 July 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. [internet]. 2017 [Cited 2017 July 23]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
5. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev* (Online) [internet]. 2012 [Cited 2016 June 25]

- 9:cd000352. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972043>
6. Amorim MMR; et al. Indicações de cesariana baseada em evidencias: parte I. Femi-na (Online) [internet]. 2010 [Cited 2016 July 06];38(8). Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1585.pdf>
 7. Labronici LM. Resilience in women victims of domestic violence: a phenomenological view. Text Context Nursing (Online) [internet]. 2012 Jul-Sep [Cited Aug 16]; 21(3). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a18.pdf>
 8. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. Cien Saude Colet (Online) [internet]. 2015 [Cited 2016 Aug 16];20(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26017950>
 9. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal Of Psychiatry. 1985 [Cited 2019 Jan 3];147.
 10. Poletto M. Resiliência: nova perspectiva sobre as potencialidades humanas. Polêm!ca. 2008 [Cited 2018 Aug 20];7(3).
 11. Dewes JO. Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling: uma descrição dos métodos. Porto Alegre. Monografia [Bacharel em Estatística] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>
 12. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
 13. Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco MLG, Costa Ra. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. Rev Esc Enferm USP (Online) [internet]. 2018 [Cited 2019 Jan 03];52:e03371. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100460&lng=en.
 14. Jouhki MR, Suominen T, Åstedt-Kurki P. Giving birth on our own terms – women’s experience of childbirth at home. Midwifery (Online) [internet]. 2017 [Cited 2019 Jan 3]; 53. Available from: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30525-9/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30525-9/fulltext)
 15. Tomsis Y, Gelkopf M, Yerushalmi H, Zipori Y. Different coping strategies influence the development of PTSD among first-time mothers. J Matern Fetal Neonatal Med (Online) [internet]. 2018 [Cited 2019 Jan 3];31(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28372468>
 16. Mattar M, Yunes MAM. A resiliência no relato Livre: a jornada de uma mulher em busca do recomeço. Revista de Educação, Ciência e Cultura (Online) [internet]. 2016 [Cited 2017 Feb 15];21(2). Available from: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Educacao/article/view/2236-6377.16.41/pdf>
 17. Trigueiro TH, Labronici LM, Merighi MAB, Raimondo ML. The process of resilience in women who are victims of domestic violence: a qualitative approach. Cogitare Enferm (Online) [Internet]. 2014 [Cited 2019 Jan 3];19(3). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34726/23208>
 18. Silva LWS, Silva DMGV, Silva DS, Lodovici FMM. Resilience as a construct in nursing practice: reflective concerns. Revista Kairós Gerontologia (Online) [internet]. 2015 [Cited 2019 Jan 3];18(4). Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/27067/19188>
 19. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Prognolatto OS, Silva MGS, Shimo HKK. From institutionalized birth to home birth. Rev Rene (Online) [internet]. 2014 [Cited 2017 Fev 15];15(2). Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1561/pdf>
 20. Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Nursing staff and the care devices in the childbirth process: focus on humanization. J res: fundam care (Online) [internet]. 2013 [Cited 2017 Mar 05];5(4). Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2380/pdf_923

Participación de los autores

Carolina de Lima: contribuciones substanciales en la concepción o diseño del trabajo; en la recolección de los datos, análisis e interpretación de los datos; en la redacción del artículo o en la revisión crítica.

Tatiane Herreira Trigueiro: contribuciones substanciales en la concepción o diseño del trabajo; en la recolección de los datos, análisis e interpretación de los datos; en la redacción del artículo o en la revisión crítica; en la aprobación final de la versión a ser publicada.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf