

HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y DEL NACIMIENTO

ATENCIÓN CENTRADA EN LA MUJER Y LA FAMILIA

Jorge Luis Ramos Rosero



**ATENCIÓN
RESPECTUOSA**

Decisiones informadas
y libertad de elegir



**ACOMPANIAMIENTO
CONTINUO**

Presencia y cuidado
seguro y confiable



**ENFOQUE
FAMILIAR**

La familia como
parte esencial del
proceso de nacer



**NACER
CON AMOR**

Ambiente cálido,
seguro y libre
de violencia

*Cada nacimiento es único,
cada mujer es protagonista.*



**DIGNIDAD Y
RESPECTO**

- Trato digno
- Escucha activa
- Consentimiento informado



**BIENESTAR
FÍSICO Y
EMOCIONAL**

- Manejo del dolor
- Apoyo emocional
- Entorno tranquilizador



**PRÁCTICAS
BASADAS EN
EVIDENCIA**

- Guías y protocolos
- Intervenciones necesarias
- Seguridad clínica



**VÍNCULO Y
LACTANCIA**

- Contacto piel a piel
- Lactancia efectiva
- Apego seguro



**TRABAJO EN
EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO**

- Comunicación efectiva
- Coordinación
- Atención integral

CRÉDITOS

Humanización del parto y nacimiento: Atención centrada en la mujer y la familia

AUTOR:

Jorge Luis Ramos Rosero

Universidad Indoamérica

Tecnólogo en Naturopatía, mención en Clínica y Cuidado del
Paciente.

jlramos.academico1@gmail.com

jramos30@indoamerica.edu.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9550-7981>

Dirección y Coordinación Editorial: Sara Díaz Villacís
Revisión de contenido Christian Armendáriz PhD
Revisión pedagógica: Fabrizzio Andrade PhD (c)
© ® Derechos de Copia y Propiedad Intelectual
Maquetación y Diseño de portada: *Sara Díaz V*
Libro bajo revisión técnica y didáctica de pares
Guayaquil - Ecuador
Agosto del 2026



Descarga:

<https://liveworkingeditorial.com/product/978-9942-580-86-3>

Enlace del DOI:

<https://doi.org/10.63792/978-9942-580-86-3>





Certificado de autenticidad



ISBN: 978-9942-580-86-3



Google Play
Books

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO.....	X
RESUMEN	XIII
INTRODUCCIÓN	1
UNIDAD 1. Fundamentos de la humanización de la atención materna y del nacimiento	5
Aprendizajes esperados	6
1.1 Sentido y alcance del parto humanizado	6
1.2 De la tecnificación al equilibrio clínico-humanista ..	9
1.3 Dignidad, derechos y trato respetuoso.....	12
1.4 Autonomía y consentimiento informado	15
1.5 Atención centrada en la mujer	17
1.6 Bienestar emocional y comunicación terapéutica .	20
1.7 Interculturalidad y parto culturalmente seguro	23
1.8 Familia y acompañamiento continuo	25
1.9 Competencias profesionales para humanizar el cuidado	28

1.10 Integración de seguridad clínica y humanización... 31

Cierre de la unidad 33

UNIDAD 2. Atención humanizada durante la gestación y el trabajo de parto 35

Aprendizajes esperados 36

2.1 Preparación prenatal y expectativas de nacimiento 36

2.2 Ingreso al servicio y primer contacto 39

2.3 Ambiente, privacidad y sensación de seguridad 42

2.4 Acompañamiento, movilidad y posiciones 44

2.5 Dolor, confort y apoyo no farmacológico 46

2.6 Vigilancia materna y fetal con comunicación 49

2.7 Intervenciones obstétricas y proporcionalidad 52

2.8 Continuidad del acompañamiento profesional 54

2.9 Comunicación durante cambios clínicos y urgencia
57

2.10 Registro, evaluación y calidad del proceso 59

Cierre de la unidad 62

UNIDAD 3. Nacimiento humanizado, vínculo temprano y cuidado del recién nacido 63

Aprendizajes esperados 64

3.1 El momento del nacimiento como experiencia de cuidado 64

3.2 Contacto temprano y proximidad madre-recién nacido 66

3.3 Inicio y apoyo de la lactancia 69

3.4 Participación de la familia en el nacimiento 72

3.5 Humanización del nacimiento por cesárea 74

3.6 Cuidados inmediatos sin separación innecesaria . 76

3.7 Situaciones de mayor complejidad neonatal..... 78

3.8 Respeto y comunicación ante resultados inesperados 81

3.9 Transición al puerperio inmediato 83

3.10 Experiencia de nacimiento y memoria familiar 85

Cierre de la unidad 88

UNIDAD 4. Familia, interculturalidad y calidad de la atención materno-neonatal..... 89

Aprendizajes esperados	89
4.1 Puerperio humanizado y continuidad del cuidado .	90
4.2 Bienestar emocional y adaptación a la maternidad	92
4.3 Familia, corresponsabilidad y redes de apoyo	95
4.4 Continuidad del apoyo a la lactancia	97
4.5 Diversidad cultural y seguridad cultural en el puerperio	99
4.6 Prevención del trato irrespetuoso y la despersonalización	102
4.7 Trabajo multidisciplinario y cultura organizacional	104
4.8 Experiencia de la mujer como indicador de calidad	106
4.9 Formación, supervisión y aprendizaje del equipo	109
4.10 Implementación y mejora continua del modelo humanizado	111
Cierre de la unidad	114
CONCLUSIONES	115

RECOMENDACIONES	118
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126

PRÓLOGO



Hablar de humanización del parto y del nacimiento implica revisar una de las experiencias sanitarias en las que la ciencia, la intimidad y la vida familiar se encuentran con mayor intensidad. La obstetricia contemporánea dispone de recursos que permiten reconocer riesgos y actuar con rapidez; al mismo tiempo, las mujeres reclaman que esas capacidades se ejerzan sin perder de vista su dignidad, sus preferencias y el significado que el nacimiento tiene para ellas. Este libro se sitúa precisamente en ese punto de encuentro. No propone regresar a una atención sin tecnología ni presenta el parto como un acontecimiento exento de riesgo. Propone utilizar el conocimiento clínico dentro de una relación respetuosa, comprensible y participativa.



La portada de esta obra resume cinco dimensiones que orientan sus páginas: dignidad y respeto, bienestar físico y emocional, prácticas basadas en evidencia, vínculo y lactancia, y trabajo multidisciplinario. Estas dimensiones no funcionan como capítulos aislados. Se cruzan en cada decisión. La privacidad afecta al bienestar emocional; la

comunicación influye en la autonomía; la coordinación del equipo condiciona la seguridad; la forma de realizar una intervención puede facilitar o dificultar el vínculo familiar. Humanizar significa reconocer esas conexiones y evitar que el cuidado se fragmente en procedimientos independientes.

La bibliografía seleccionada ofrece perspectivas sobre parto humanizado, cuidado de enfermería, tecnificación, bioética, interculturalidad, experiencia de las mujeres y lactancia. A partir de esas fuentes se construye un texto destinado a estudiantes y profesionales de obstetricia, enfermería y disciplinas relacionadas. El contenido se ha desarrollado con intención pedagógica, por lo que combina fundamentos, situaciones de práctica, preguntas de análisis y figuras conceptuales. No sustituye los protocolos clínicos, las guías institucionales ni la valoración individual de cada paciente. Su función es ayudar a pensar cómo se ejerce el cuidado cuando la seguridad clínica se integra con respeto y participación.

El lector encontrará cuatro unidades. La primera define el marco humanístico, ético y profesional. La segunda acompaña la gestación y el trabajo de parto, con énfasis en comunicación,

entorno, acompañamiento y decisiones sobre intervenciones. La tercera se concentra en el nacimiento, el vínculo temprano, la lactancia, la cesárea y las situaciones que requieren mayor complejidad asistencial. La cuarta amplía la mirada hacia puerperio, familia, interculturalidad, cultura organizacional y mejora de la calidad. El hilo conductor es la atención centrada en la mujer y la familia, entendida como una forma de organización del cuidado y no como una expresión decorativa.

El propósito final es que el profesional pueda formular preguntas diferentes frente a la práctica cotidiana: ¿esta intervención está justificada para esta mujer?, ¿comprende lo que estamos recomendando?, ¿hemos protegido su privacidad?, ¿puede participar en la decisión?, ¿la familia conoce su papel?, ¿el equipo está comunicando un plan coherente? Estas preguntas no sustituyen el razonamiento clínico; lo completan. Cuando forman parte de la cultura del servicio, la humanización deja de depender de gestos aislados y se convierte en una característica del sistema de atención.

RESUMEN

Este libro aborda la humanización del parto y del nacimiento desde una perspectiva clínica, ética y relacional centrada en la mujer y la familia. El contenido se organiza en cuatro unidades que integran dignidad, autonomía, bienestar emocional, prácticas basadas en evidencia, vínculo temprano, lactancia, interculturalidad y trabajo multidisciplinario. La primera unidad desarrolla los fundamentos del parto humanizado, la tensión entre tecnificación y respeto, el consentimiento informado y la atención culturalmente segura. La segunda examina la preparación prenatal, el ingreso, el ambiente, el acompañamiento, el manejo del dolor, la vigilancia y la toma compartida de decisiones durante el trabajo de parto. La tercera analiza el nacimiento, la proximidad madre-recién nacido, la lactancia, la cesárea y la comunicación en situaciones de mayor complejidad. La cuarta se dedica al puerperio, las redes familiares, la diversidad cultural, la prevención del trato irrespetuoso y la mejora institucional. El texto utiliza la bibliografía proporcionada como base académica y evita presentar algoritmos o instrucciones que sustituyan protocolos clínicos locales. Su finalidad es apoyar la formación de profesionales capaces de integrar seguridad, comunicación y respeto en cada etapa de la atención materno-neonatal.

Palabras clave: parto humanizado; nacimiento; atención centrada en la mujer; familia; obstetricia.

INTRODUCCIÓN



La atención obstétrica tiene una particularidad: interviene en un proceso fisiológico que puede evolucionar con normalidad y, al mismo tiempo, requiere capacidad para reconocer y responder a riesgos. Esta doble condición explica buena parte de las tensiones que atraviesan el debate sobre humanización. Durante décadas, la mejora de la seguridad se asoció con una creciente tecnificación del nacimiento. Monitoreos, procedimientos y ambientes hospitalarios aportaron posibilidades diagnósticas y terapéuticas, pero también favorecieron rutinas en las que la mujer podía quedar situada en un papel pasivo. La humanización surge como una respuesta que no pretende desmontar los avances clínicos, sino reorganizarlos alrededor de la persona que recibe el cuidado. (Esteban-Sepúlveda et al., 2022) (Colmenares & Ramírez, 2024)

En este libro, atención centrada en la mujer significa reconocer su autonomía, explicar decisiones, escuchar preferencias, adaptar el cuidado a su contexto y mantenerla informada incluso cuando las circunstancias obligan a

modificar el plan inicial. El concepto se amplía hacia la familia porque el nacimiento transforma relaciones y crea nuevas responsabilidades. Sin embargo, la inclusión familiar se sostiene en la voluntad de la mujer: el acompañante apoya, no sustituye su voz. Esta distinción resulta esencial para evitar que un enfoque familiar termine reproduciendo otras formas de paternalismo.

La humanización también exige una lectura crítica de las rutinas. Una conducta puede haberse realizado durante años sin que exista una razón suficiente para aplicarla a todas las pacientes. La práctica basada en evidencia obliga a justificar, individualizar y revisar. Del mismo modo, una intervención indicada puede producir una experiencia negativa cuando se realiza sin información o privacidad. Por ello, el análisis de calidad debe integrar la pertinencia clínica y la forma de relación. Las revisiones sobre parto humanizado subrayan precisamente esa combinación entre cuidado competente, respeto y participación. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Gómez & Jaramillo, 2022)

La dimensión intercultural amplía todavía más el enfoque. Las mujeres llegan a los servicios con formas distintas de

entender el nacimiento, el dolor, la familia, el pudor y el posparto. Un sistema verdaderamente centrado en la persona no exige que todas interpreten el proceso de la misma manera. La atención culturalmente segura escucha, negocia y adapta lo que puede adaptarse, manteniendo límites cuando existen razones clínicas. Esta postura evita tanto la imposición cultural del servicio como una aceptación acrítica de prácticas que puedan representar riesgo. (Manrrique, 2026) (Moyon Moyon & Garófalo Manzano, 2023)

La obra tiene un propósito docente y profesional. Cada unidad desarrolla conceptos, los traduce a situaciones asistenciales y propone criterios para la observación del servicio. Las figuras sintetizan relaciones entre componentes y pueden utilizarse en clases, tutorías o actividades de capacitación. No se incluyen dosis farmacológicas, técnicas operatorias ni algoritmos de urgencia, porque esas decisiones requieren guías clínicas actualizadas, competencias profesionales específicas y protocolos locales. El texto se concentra en el razonamiento humanizador que debe acompañar esas decisiones.

La lectura puede realizarse de manera secuencial o por temas. Quien trabaja en servicios obstétricos encontrará apartados útiles para revisar ingreso, comunicación, acompañamiento, cesárea, puerperio o calidad institucional. Quien se encuentra en formación puede utilizar las preguntas y situaciones de práctica para relacionar conocimientos clínicos con habilidades comunicacionales y éticas. En ambos casos, la idea central permanece: el nacimiento es un acontecimiento clínico y humano al mismo tiempo, y la calidad depende de no separar esas dos dimensiones.

Nota de uso académico

El contenido desarrolla principios de atención y razonamiento profesional. Las decisiones clínicas específicas deben contrastarse con guías actualizadas, protocolos institucionales, normativa vigente y valoración individual. El libro no sustituye entrenamiento clínico supervisado ni protocolos de emergencia.

UNIDAD 1. Fundamentos de la humanización de la atención materna y del nacimiento

La humanización del nacimiento parte de una premisa sencilla y exigente: la seguridad clínica y el respeto por la persona no son objetivos rivales. La mujer que atraviesa la gestación, el trabajo de parto y el nacimiento necesita cuidados técnicamente competentes, pero también información comprensible, reconocimiento de su autonomía, privacidad, acompañamiento y continuidad. Esta unidad establece el marco conceptual, ético y relacional que orienta el resto del libro. El propósito no es idealizar un tipo único de parto, sino mostrar cómo cualquier escenario asistencial puede organizarse para reducir prácticas despersonalizadas, fortalecer la participación de la mujer y sostener decisiones clínicas justificadas. La literatura seleccionada coincide en que la humanización se expresa tanto en la forma de intervenir como en la manera de escuchar, explicar, acompañar y documentar el cuidado. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Neira Pinzón, 2024)

Aprendizajes esperados

- Distinguir la humanización del parto de una simple reducción de intervenciones clínicas.
- Relacionar dignidad, autonomía, consentimiento informado y seguridad obstétrica.
- Reconocer la voz de la mujer y de su familia como componentes del proceso asistencial.
- Incorporar la interculturalidad y la comunicación terapéutica en la atención materna.
- Analizar responsabilidades profesionales e institucionales para sostener un cuidado respetuoso.

1.1 Sentido y alcance del parto humanizado

El parto humanizado es una forma de organizar el cuidado alrededor de la mujer, sus necesidades y su situación clínica, evitando convertir el nacimiento en una secuencia impersonal de procedimientos. Humanizar no significa rechazar la tecnología ni asumir que toda intervención es innecesaria. Significa que cada acción debe tener una razón clínica

comprensible y que la persona atendida conserva su dignidad, su capacidad de preguntar y su derecho a participar.

En la práctica obstétrica, este enfoque obliga a observar simultáneamente la evolución clínica y la experiencia de la mujer. Un registro fetal, una exploración o una indicación médica pueden ser técnicamente correctos y, aun así, ejecutarse de manera deshumanizada si se omite la explicación, se invade la privacidad o se ignoran las preferencias sin justificación.

La literatura sobre parto humanizado describe el cuidado como una relación en la que respeto, acompañamiento y seguridad se sostienen mutuamente. Por eso, el concepto debe evaluarse en conductas concretas: cómo se recibe a la gestante, qué información se ofrece, quién puede acompañarla, cómo se solicita consentimiento y de qué manera se responde a sus temores. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Colmenares & Ramírez, 2024)

La familia puede aportar seguridad emocional, memoria de las preferencias expresadas durante el embarazo y continuidad después del nacimiento. Su participación, sin embargo, no

sustituye la decisión de la mujer ni autoriza a hablar por ella cuando puede expresarse. La atención centrada en la familia conserva siempre a la gestante como sujeto principal del cuidado.

Desde la gestión de los servicios, humanizar requiere protocolos flexibles, espacios que protejan la intimidad y equipos capaces de coordinarse sin mensajes contradictorios. Si la institución declara un modelo respetuoso, esa declaración debe reflejarse en admisión, comunicación, procedimientos, documentación y seguimiento.

Una pregunta útil para el equipo es: ¿la mujer entiende qué está ocurriendo y por qué? Cuando la respuesta es negativa, existe una oportunidad inmediata de mejorar. La humanización se construye en estas decisiones pequeñas y repetidas, no únicamente en grandes reformas.

1.1.1 Aplicación profesional

Observe una situación cotidiana del servicio y determine si la mujer fue tratada como participante de las decisiones o únicamente como receptora de procedimientos. Anote qué conducta profesional marcó la diferencia.

Compare una práctica habitual con los principios de respeto, información y acompañamiento. Señale qué parte responde a una necesidad clínica y qué parte podría obedecer a una rutina no revisada.

Formule una mejora concreta para que el concepto de parto humanizado se traduzca en una conducta observable del equipo durante el siguiente turno o actividad formativa.

1.2 De la tecnificación al equilibrio clínico-humanista

El desarrollo de la obstetricia moderna amplió la capacidad de detectar riesgos, resolver complicaciones y ofrecer alternativas terapéuticas. El problema aparece cuando la tecnología deja de ser un recurso y se transforma en el centro de la relación asistencial. En ese momento, la pantalla, el protocolo o el procedimiento pueden desplazar la conversación con la mujer y hacer que el nacimiento sea vivido como algo que ocurre sobre su cuerpo y no con su participación.

La tensión entre humanización y tecnificación no se resuelve escogiendo uno de los extremos. El reto profesional consiste en utilizar recursos diagnósticos y terapéuticos

cuando están indicados, explicando su propósito y evitando que las rutinas institucionales se apliquen de forma automática. Un cuidado prudente distingue entre lo necesario para la seguridad y lo que se realiza por hábito.

El estudio de experiencias hospitalarias muestra que la percepción del parto depende de elementos técnicos y relacionales. Una mujer puede valorar positivamente una intervención no prevista si comprendió la razón, pudo preguntar y recibió acompañamiento; por el contrario, una evolución clínicamente favorable puede dejar una experiencia negativa cuando predominan la imposición y la falta de información. (Esteban-Sepúlveda et al., 2022)

Esta mirada también protege al profesional. Explicar decisiones, documentar preferencias y compartir objetivos con la paciente reduce malentendidos y permite que el equipo actúe con mayor coherencia. La comunicación no agrega una tarea separada a la asistencia; forma parte de la calidad clínica.

El equilibrio se vuelve especialmente importante cuando cambian las condiciones del trabajo de parto. La humanización no exige mantener un plan inicial a cualquier costo. Exige

explicar por qué el escenario ha cambiado, qué opciones existen y qué aspectos de las preferencias de la mujer todavía pueden preservarse.

Pensar en términos de equilibrio evita dos errores frecuentes: considerar que toda intervención deshumaniza o, en sentido contrario, creer que la eficacia técnica justifica cualquier forma de trato. La práctica madura integra seguridad, proporcionalidad y respeto.

1.2.1 Aplicación profesional

Elija una tecnología o procedimiento frecuente en la atención obstétrica y describa cómo puede utilizarse sin desplazar la explicación, la privacidad ni la participación de la mujer.

Analice un escenario en el que una intervención técnicamente correcta pudiera vivirse como despersonalizada. Identifique qué ajuste comunicacional habría conservado la seguridad y mejorado la experiencia.

Proponga un criterio sencillo para distinguir, dentro de su contexto, entre una intervención justificada por la situación clínica y una práctica mantenida solo por costumbre.

Figura 1. Modelo conceptual de atención humanizada

Modelo conceptual de atención humanizada



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Buñay-Muñoz et al. (2025), Neira Pinzón (2024) y Colmenares y Ramírez (2024).

1.3 Dignidad, derechos y trato respetuoso

Para analizar este tema resulta útil separar dos planos: la necesidad clínica de una conducta y la forma en que esa conducta se explica, acuerda y realiza con la mujer.

La dignidad no depende del diagnóstico, la edad, la procedencia, la forma de aseguramiento ni la capacidad económica. En obstetricia se expresa en acciones muy visibles: llamar a la mujer por su nombre, explicar quién ingresa a la habitación, cubrir su cuerpo cuando no necesita estar

expuesto, pedir permiso antes de explorar y evitar comentarios que minimicen el dolor o ridiculicen sus decisiones.

El trato respetuoso también exige cuidar el lenguaje. Frases autoritarias, amenazas implícitas o expresiones que culpabilizan a la gestante pueden aumentar la ansiedad y deteriorar la confianza. Una comunicación profesional describe la situación, informa riesgos y alternativas, y señala con claridad qué se recomienda sin recurrir al miedo como mecanismo de obediencia.

Los marcos de humanización y los desarrollos normativos revisados sitúan los derechos de la mujer como parte de la calidad asistencial, no como un complemento opcional. El reconocimiento de esos derechos obliga a revisar rutinas, restricciones de acompañamiento, formas de consentimiento y prácticas que puedan producir trato degradante. (Lindarte & Martínez, 2022) (Calderón Rueda et al., 2023)

En términos familiares, el respeto incluye reconocer que cada mujer define a quién desea cerca y qué información quiere compartir. La presencia de familiares no debe anular la confidencialidad. Cuando existen opiniones diferentes entre la

mujer y su entorno, el equipo debe facilitar una conversación que preserve la autonomía de la paciente.

Los servicios pueden fortalecer el trato digno mediante estándares observables: identificación del personal, explicación previa a procedimientos, registro de consentimiento, espacios para privacidad y mecanismos de escucha de la experiencia usuaria. Estos elementos hacen posible evaluar la humanización más allá de declaraciones generales.

El respeto es especialmente importante cuando el servicio está sometido a presión. La urgencia puede acortar una explicación, pero no convierte a la paciente en un objeto. Incluso en escenarios complejos, una frase clara sobre lo que se hará y por qué puede conservar un vínculo de confianza.

1.3.1 Aplicación profesional

Revise el recorrido de una gestante desde su ingreso y localice dos momentos en los que la dignidad puede verse especialmente protegida o vulnerada, como la presentación del personal, la exposición corporal o el lenguaje.

Analice las expresiones que se utilizan en el equipo para dirigirse a las mujeres. Sustituya frases autoritarias, infantilizantes o culpabilizadoras por alternativas claras y respetuosas.

Defina una conducta verificable que permita reconocer trato digno en una auditoría de servicio, evitando formulaciones generales que no puedan observarse.

1.4 Autonomía y consentimiento informado

La autonomía se vuelve real cuando la mujer recibe información que puede comprender y dispone de una oportunidad razonable para expresar preferencias. No basta con obtener una firma. El consentimiento informado es un proceso de comunicación que debe acompañar las decisiones relevantes y adaptarse al momento clínico, al nivel de comprensión y a las condiciones emocionales de la gestante.

En el trabajo de parto, la información puede necesitar repetirse. El dolor, el cansancio y la rapidez con que cambia la situación pueden dificultar la comprensión. Por eso conviene utilizar mensajes breves, lenguaje directo y preguntas de

verificación, evitando llenar a la mujer de tecnicismos que no aportan a la decisión.

La bioética aplicada a gestación, nacimiento y posparto aporta un marco para equilibrar beneficios, riesgos, preferencias y responsabilidades profesionales. La autonomía no significa que el equipo deba ofrecer opciones clínicamente inadecuadas; significa que las recomendaciones deben explicarse y que los límites asistenciales no pueden imponerse de manera arbitraria. (Neira Pinzón, 2024)

El acompañante puede ayudar a recordar preferencias y a formular preguntas, pero no reemplaza el consentimiento de la mujer. Cuando la paciente tiene capacidad para decidir, el equipo debe dirigirse a ella incluso si un familiar intenta responder en su lugar.

La documentación es parte del proceso. Registrar la información entregada, las preferencias relevantes y los cambios acordados permite continuidad entre turnos y evita que la mujer tenga que reconstruir su historia cada vez que cambia el profesional.

Una práctica útil consiste en diferenciar tres mensajes: qué está ocurriendo, qué recomienda el equipo y qué decisiones requieren participación de la mujer. Esta estructura reduce ambigüedad y favorece una conversación más honesta.

1.4.1 Aplicación profesional

Seleccione una decisión obstétrica habitual y organice la información mínima que una mujer necesitaría para comprender qué se propone, por qué se propone y qué alternativas razonables existen.

Examine un caso en el que el tiempo disponible sea limitado. Distinga qué información sigue siendo indispensable y cómo podría comunicarse con brevedad sin convertir la urgencia en silencio informativo.

Proponga una forma de comprobar comprensión que no se reduzca a obtener una firma ni a preguntar solamente si la paciente “entendió”.

1.5 Atención centrada en la mujer

Centrar la atención en la mujer supone reconocer que el mismo evento clínico puede vivirse de manera distinta según la

historia, las expectativas, el apoyo disponible y las experiencias previas. El profesional necesita comprender esas diferencias sin asumir que existe una forma universal de vivir el parto.

La atención centrada en la mujer comienza antes del nacimiento. Durante el control prenatal se pueden explorar expectativas, temores, experiencias obstétricas anteriores, preferencias de acompañamiento y necesidades culturales. Esta información permite anticipar apoyos y disminuir decisiones improvisadas.

La voz de las mujeres en la experiencia de parto es un componente esencial para evaluar la calidad. Escuchar no significa prometer que todas las preferencias podrán cumplirse; significa tomarlas en serio, explicar los límites y procurar que las decisiones clínicas no borren a la persona que está atravesando el proceso. (Pereira, 2026)

La familia se integra mejor cuando conoce el propósito del cuidado y entiende qué tipo de apoyo resulta útil. Un acompañante informado puede contribuir con presencia, calma y comunicación, mientras que un acompañante

desorientado puede aumentar la tensión. La educación breve y respetuosa beneficia a todo el entorno.

Para el equipo, centrarse en la mujer exige coordinación. Las preguntas repetidas, los mensajes contradictorios o las órdenes dadas sin presentarse transmiten fragmentación. La continuidad comunicacional es una forma concreta de humanización.

La calidad puede evaluarse preguntando no solo qué ocurrió, sino cómo fue comprendido por la mujer. Esta diferencia entre proceso clínico y experiencia percibida ayuda a identificar mejoras que los indicadores tradicionales no siempre muestran.

1.5.1 Aplicación profesional

Reconstruya, a partir de un caso real o simulado, cuáles eran las preferencias, temores, apoyos y antecedentes relevantes de la mujer antes de decidir cómo organizar su atención.

Identifique una situación en la que una práctica institucional pueda adaptarse sin comprometer la seguridad. Explique

qué margen de decisión puede ofrecerse y qué límites deben comunicarse.

Diseñe una pregunta de ingreso que ayude a conocer qué es importante para esa mujer y que pueda incorporarse de manera realista a la conversación clínica.

Figura 2. Continuo de la atención centrada en la mujer

Continuo de la atención centrada en la mujer



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Buñay-Muñoz et al. (2025), Neira Pinzón (2024) y Colmenares y Ramírez (2024).

1.6 Bienestar emocional y comunicación terapéutica

El trabajo de parto reúne sensaciones físicas intensas, incertidumbre y expectativas familiares. La respuesta emocional no es uniforme: algunas mujeres buscan

conversación constante, otras prefieren silencio y privacidad. La comunicación terapéutica comienza por observar y preguntar qué tipo de apoyo necesita la persona en ese momento.

Escuchar activamente implica permitir que la mujer termine una idea, responder a la preocupación concreta y evitar respuestas automáticas. Cuando expresa miedo, una explicación técnica extensa puede no ser suficiente. Primero conviene reconocer la inquietud y luego ofrecer información clara sobre lo que el equipo está observando y qué medidas se consideran.

Los modelos de cuidado humanizado subrayan la importancia del apoyo emocional junto con la competencia técnica. La presencia profesional, el tono de voz y la capacidad de anticipar lo que ocurrirá pueden modificar de manera significativa la experiencia del nacimiento. (Domínguez Montoya & Calvopiña Riera, 2022) (Gómez & Jaramillo, 2022)

El acompañante puede reforzar la sensación de seguridad cuando conoce las preferencias de la mujer y respeta las indicaciones clínicas. Conviene explicarle cómo colaborar sin

invadir el espacio asistencial ni asumir decisiones que corresponden a la paciente.

Las instituciones también comunican. Un ambiente con puertas abiertas sin necesidad, conversaciones ajenas a la paciente o circulación constante de personas puede transmitir falta de control y privacidad. La humanización requiere revisar estos detalles ambientales.

En la práctica, una comunicación eficaz no siempre es larga. A veces basta con presentarse, decir qué se hará, explicar qué se espera encontrar y volver después para comentar el resultado. La continuidad de estos pequeños compromisos fortalece la confianza.

1.6.1 Aplicación profesional

Observe una conversación clínica y valore el tono, la velocidad, las interrupciones y la posibilidad real de que la mujer formule preguntas. Registre un aspecto que favorezca calma y otro que pueda aumentar tensión.

Ante una mujer con miedo o incertidumbre, redacte una respuesta breve que reconozca la emoción sin minimizarla

y que, a continuación, ofrezca información útil sobre lo que está ocurriendo.

Proponga una práctica de comunicación que el equipo pueda aplicar de manera consistente durante el trabajo de parto y que no dependa de recursos tecnológicos adicionales.

1.7 Interculturalidad y parto culturalmente seguro

Las normas pueden declarar una atención respetuosa y, aun así, la experiencia cotidiana mostrar brechas; por eso conviene contrastar lo escrito con lo que efectivamente ocurre.

La atención obstétrica ocurre dentro de contextos culturales. Las ideas sobre pudor, acompañamiento, alimentación, posiciones, lenguaje, rituales y participación familiar pueden variar ampliamente. Una atención culturalmente segura evita interpretar esas diferencias como obstáculos y busca comprender qué significado tienen para la mujer.

La interculturalidad no obliga a aceptar prácticas que representen un riesgo clínico. Su propósito es generar un diálogo que distinga entre preferencias compatibles con la

seguridad, adaptaciones posibles y situaciones en las que el equipo necesita explicar con respeto por qué no puede cumplir una solicitud concreta.

Los trabajos sobre parto humanizado con enfoque intercultural resaltan la necesidad de adaptar la comunicación y de reconocer que el cuidado se construye en la relación entre conocimientos profesionales y significados culturales. (Manrique, 2026) (Moyon Moyon & Garófalo Manzano, 2023)

La participación de mediadores culturales, intérpretes o familiares puede ser útil, siempre que se preserve la confidencialidad y la voz de la mujer. Cuando existe barrera idiomática, hablar más fuerte no mejora la comprensión; se necesita un recurso de comunicación adecuado.

A nivel institucional, la seguridad cultural se favorece cuando los equipos conocen la diversidad de la población atendida y pueden flexibilizar aspectos no esenciales del proceso. Las normas rígidas que no responden a una razón clínica suelen producir conflictos evitables.

Preguntar antes de asumir es una práctica sencilla: “¿Hay algo de su cultura o de su familia que quiera que conozcamos

para acompañarla mejor?”. Esta pregunta abre espacio para información que de otro modo podría permanecer invisible.

1.7.1 Aplicación profesional

Identifique una práctica, preferencia o significado cultural que pueda aparecer en la atención del nacimiento. Analice cómo preguntar por ella sin asumir que todas las mujeres de un mismo grupo piensan igual.

Distinga entre una preferencia cultural compatible con el cuidado y una situación que requeriría negociación por razones clínicas. Explique cómo comunicar el límite sin desvalorizar a la mujer o su familia.

Proponga un recurso de mediación, traducción o adaptación comunicacional que pudiera incorporarse al servicio cuando existan barreras de idioma o diferencias de significado.

1.8 Familia y acompañamiento continuo

El acompañamiento durante el parto tiene un valor relacional que trasciende la simple presencia física. La persona elegida por la mujer puede ofrecer continuidad, ayudar a

mantener un ambiente de calma y servir de vínculo con preferencias expresadas previamente. Su función no es vigilar al equipo ni sustituir a los profesionales.

Para que el acompañamiento sea útil, conviene orientar de manera breve sobre privacidad, circulación, higiene, momentos en los que puede ser necesario retirarse y formas de apoyo permitidas. Esta explicación reduce tensiones y evita que las reglas aparezcan de manera inesperada durante el proceso.

La literatura sobre humanización reconoce el acompañamiento y el enfoque familiar como dimensiones del cuidado respetuoso. La participación debe mantenerse centrada en la voluntad de la mujer y adaptarse a las condiciones clínicas. (Colmenares & Ramírez, 2024) (Calderón Rueda et al., 2023)

En algunos casos la mujer no desea acompañante o cambia de opinión. Respetar esa decisión es tan importante como facilitar la presencia cuando la solicita. La humanización no consiste en imponer un modelo familiar ideal.

Los equipos también necesitan criterios compartidos. Si un turno permite acompañamiento y el siguiente lo restringe sin razón clara, la experiencia se vuelve impredecible. Protocolos transparentes y flexibles ayudan a sostener continuidad.

El acompañante puede convertirse en un aliado del cuidado cuando recibe información adecuada y entiende que su principal tarea es apoyar a la mujer. Esta alianza resulta especialmente valiosa durante transiciones, como el paso de la sala de labor al área de nacimiento.

1.8.1 Aplicación profesional

Analice qué información necesita recibir el acompañante para convertirse en apoyo y no en una fuente adicional de presión, interferencia o confusión durante el trabajo de parto.

Revise las reglas de acompañamiento de un servicio conocido y diferencie cuáles responden a condiciones reales de seguridad y cuáles podrían flexibilizarse sin afectar la atención.

Describa cómo actuaría el equipo cuando la mujer no desea acompañamiento, cuando cambia de acompañante o

cuando la persona elegida necesita retirarse temporalmente.

Ciclo de decisión clínica compartida

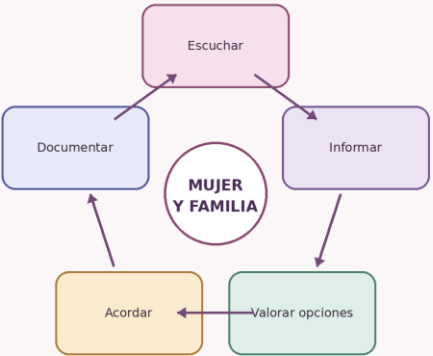


Figura 3. Ciclo de decisión clínica compartida

Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Buñay-Muñoz et al. (2025), Neira Pinzón (2024) y Colmenares y Ramírez (2024).

1.9 Competencias profesionales para humanizar el cuidado

La humanización exige competencias clínicas, comunicacionales y éticas. Un profesional puede conocer las recomendaciones técnicas y, sin embargo, tener dificultades para explicar incertidumbre, escuchar preferencias o responder ante una decisión diferente a la esperada. Por eso la

formación debe integrar habilidades relacionales con el razonamiento clínico.

Una competencia esencial es traducir información especializada a lenguaje comprensible sin perder precisión. Decir menos puede ser más útil si el mensaje identifica el problema, la recomendación y las opciones. La comunicación debe adaptarse a la situación, no repetir un discurso aprendido.

Los estudios sobre cuidado humanizado de enfermería y parto humanizado muestran que la relación profesional-paciente es parte del resultado asistencial. El acompañamiento competente requiere presencia, respeto y capacidad para reconocer necesidades individuales. (Domínguez Montoya & Calvopiña Riera, 2022) (Buñay-Muñoz et al., 2025)

La autorregulación emocional del equipo también importa. El cansancio, la presión asistencial o los conflictos no justifican un trato brusco. Reconocer estas condiciones permite crear estrategias organizacionales de apoyo y supervisión.

La formación puede utilizar revisión de casos, observación de comunicación, simulación de conversaciones difíciles y

análisis de experiencias usuarias. El objetivo no es memorizar frases, sino desarrollar criterio para responder con claridad y respeto.

Un equipo humanizado no depende de profesionales “especialmente amables”. Depende de competencias que pueden enseñarse, observarse y mejorarse, además de condiciones institucionales que las hagan posibles.

1.9.1 Aplicación profesional

Elabore una breve autoevaluación de tres competencias: explicación comprensible, escucha activa y capacidad para justificar decisiones. Señale cuál necesita mayor desarrollo en su práctica o formación.

Analice un desacuerdo entre profesionales y determine qué habilidades relacionales permitirían resolverlo sin trasladar mensajes contradictorios ni tensión a la mujer.

Defina una actividad formativa breve —observación, simulación, revisión de caso o retroalimentación— que permita practicar una competencia humanizadora de manera evaluable.

1.10 Integración de seguridad clínica y humanización

La seguridad clínica y la humanización convergen cuando el cuidado se orienta a prevenir daño sin añadir sufrimiento evitable. La mujer necesita que el equipo identifique riesgos, actúe con oportunidad y comunique lo que sucede. La omisión de información puede aumentar miedo incluso cuando la respuesta técnica es correcta.

En escenarios de bajo riesgo, la prudencia puede expresarse evitando intervenciones que no aportan un beneficio claro y preservando movilidad, privacidad y acompañamiento de acuerdo con el contexto. Cuando aparece una complicación, la prioridad clínica puede cambiar, pero la comunicación y el respeto deben mantenerse.

Los enfoques contemporáneos de humanización insisten en que la atención respetuosa no se opone a la medicina basada en evidencia. Más bien exige que las intervenciones tengan fundamento y se adapten a la situación individual. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Esteban-Sepúlveda et al., 2022)

La familia necesita información proporcional a la situación y a lo autorizado por la mujer. En momentos de tensión, mensajes contradictorios pueden aumentar la ansiedad. Designar a un profesional para explicar el plan favorece coherencia.

Las instituciones pueden revisar incidentes y experiencias negativas preguntando tanto por fallas técnicas como por fallas comunicacionales. Un evento clínico bien resuelto puede revelar oportunidades de mejora si la mujer se sintió excluida de las decisiones.

El principio de cierre de esta unidad es claro: humanizar no significa hacer menos, sino hacer lo necesario con justificación, comunicación y respeto. Esa idea acompañará las decisiones de las unidades siguientes.

1.10.1 Aplicación profesional

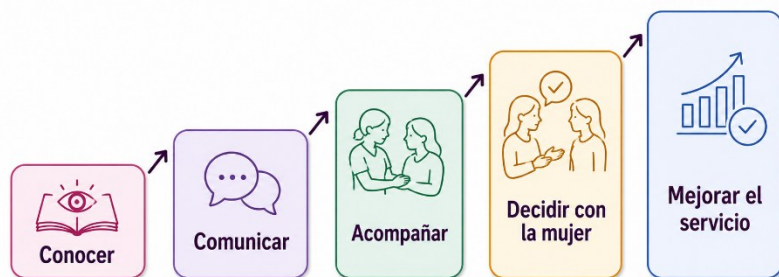
Escoja una situación de mayor riesgo obstétrico y explique qué aspectos de respeto, información, privacidad y acompañamiento pueden mantenerse incluso cuando las prioridades clínicas cambian.

Revise una intervención necesaria y separe dos preguntas: qué exige la seguridad y cómo puede realizarse de la forma menos despersonalizada posible. Documente las respuestas por separado.

Proponga un indicador que permita observar conjuntamente seguridad y experiencia de atención, evitando presentar ambas dimensiones como objetivos opuestos.

Figura 4. Escalera de competencias para el cuidado humanizado

Escalera de competencias para el cuidado humanizado



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Buñay-Muñoz et al. (2025), Neira Pinzón (2024) y Colmenares y Ramírez (2024).

Cierre de la unidad

Esta primera unidad deja una base para el resto del libro: humanizar no equivale a renunciar a recursos clínicos, sino a

utilizarlos con fundamento, explicación y respeto. Dignidad, autonomía, seguridad y comunicación se vuelven criterios para leer cada decisión asistencial. A partir de aquí, el análisis se traslada al embarazo y al trabajo de parto, donde estos principios se hacen visibles en acciones concretas del servicio.



UNIDAD 2. Atención humanizada durante la gestación y el trabajo de parto

La humanización se vuelve especialmente visible durante el trabajo de parto, porque cada interacción puede aumentar o disminuir la sensación de control de la mujer. La preparación prenatal, la recepción en el servicio, el acompañamiento, la privacidad, el manejo del dolor y las decisiones sobre intervenciones forman una misma experiencia. Esta unidad revisa esos momentos desde un enfoque clínico-humanista. No se presentan algoritmos de emergencia, dosis ni indicaciones rígidas; esas decisiones corresponden a protocolos institucionales y al juicio profesional. El interés está en mostrar cómo las prácticas obstétricas pueden explicarse, consensuarse y documentarse de manera respetuosa, preservando la seguridad y evitando rutinas que no responden a la situación individual. (DE & Murguía, 2024) (Domínguez Montoya & Calvopiña Riera, 2022)

Aprendizajes esperados

- Integrar la preparación prenatal con las preferencias de la mujer para el nacimiento.
- Organizar una recepción respetuosa y orientada a la privacidad.
- Analizar el acompañamiento, la movilidad y el confort como componentes del cuidado.
- Aplicar principios de decisión compartida cuando se consideran intervenciones obstétricas.
- Fortalecer la coordinación del equipo y la comunicación durante cambios clínicos.

2.1 Preparación prenatal y expectativas de nacimiento

La humanización del parto empieza durante el embarazo. El control prenatal ofrece una oportunidad para explorar expectativas, antecedentes, temores, redes de apoyo y necesidades culturales. Cuando esta conversación se posterga hasta el ingreso en trabajo de parto, muchas decisiones se

toman bajo presión y con menos tiempo para comprender alternativas.

La educación prenatal debe ser realista. Presentar el nacimiento como un proceso totalmente controlable puede generar frustración si aparece una indicación clínica inesperada. Es preferible explicar que existen preferencias, posibilidades y contingencias, y que un plan de parto funciona mejor como herramienta de comunicación que como contrato inmodificable.

Las percepciones de las gestantes sobre beneficios y barreras del cuidado prenatal ayudan a comprender que la calidad no depende solo de la disponibilidad de consultas. La accesibilidad, el trato, la información y la confianza influyen en la manera en que la mujer se vincula con el sistema. (DE & Murguía, 2024)

La familia puede participar en actividades educativas cuando la mujer lo desea. Esto permite que el acompañante conozca señales de consulta, expectativas sobre el servicio y formas de apoyo, evitando que toda la información deba transmitirse durante el trabajo de parto.

Para el equipo, registrar preferencias relevantes facilita la continuidad. La información debe ser útil y breve: acompañante elegido, necesidades de comunicación, experiencias previas difíciles, consideraciones culturales y aspectos que la mujer desea discutir al ingreso.

Una preparación prenatal humanizada no promete un parto sin cambios; prepara a la mujer para participar incluso cuando el escenario cambia. Esa capacidad de adaptación con información es una forma de autonomía.

2.1.1 Aplicación profesional

Diseñe tres preguntas prenatales que permitan conocer expectativas, temores y preferencias sin prometer que el nacimiento seguirá un plan inmodificable.

Analice qué información conviene ofrecer durante el embarazo para preparar a la mujer ante posibles cambios clínicos y facilitar decisiones posteriores con menor incertidumbre.

Revise un material educativo prenatal y determine si diferencia con claridad preferencias, opciones disponibles

y situaciones en las que la condición clínica puede modificar el plan.

2.2 Ingreso al servicio y primer contacto

Los primeros minutos en el servicio pueden condicionar toda la experiencia. Una recepción apresurada, sin presentación ni explicación, transmite despersonalización. Por el contrario, presentarse, verificar cómo desea ser llamada la mujer y explicar qué evaluaciones se realizarán crea un marco de confianza desde el inicio.

La valoración inicial puede ser técnicamente compleja, pero la comunicación debe mantenerse sencilla. Conviene anticipar cada procedimiento, explicar su propósito y pedir permiso antes de realizarlo. Esta práctica no retrasa el cuidado cuando se integra a la rutina profesional.

Los enfoques de humanización en servicios ginecológicos y obstétricos resaltan la importancia del trato digno y del acompañamiento desde el ingreso. La experiencia comienza antes del nacimiento y se construye con la forma en que el sistema recibe a la persona. (Calderón Rueda et al., 2023)

La privacidad merece atención especial en áreas de alta circulación. Conversaciones sobre antecedentes, exploraciones y decisiones no deberían realizarse frente a personas ajenas cuando existen alternativas razonables.

El acompañante también necesita orientación al ingreso. Explicar reglas, espacios y responsabilidades reduce conflictos posteriores. Si existen restricciones por motivos clínicos o de seguridad, deben comunicarse con una razón clara.

Un ingreso humanizado responde tres preguntas tempranas de la mujer: quién me atiende, qué van a hacer y qué puedo esperar a continuación. Cuando estas preguntas quedan sin respuesta, aumenta la incertidumbre.

2.2.1 Aplicación profesional

Observe o simule los primeros cinco minutos del ingreso obstétrico. Identifique qué conductas transmiten reconocimiento personal y cuáles hacen que la mujer se sienta tratada como un caso anónimo.

Organice una secuencia breve de presentación, verificación de identidad, explicación de la valoración inicial y solicitud

de permiso antes de explorar, adaptada al flujo real del servicio.

Detecte un punto del proceso de admisión donde se produzcan esperas o mensajes contradictorios y proponga una mejora comunicacional factible.

Figura 5. Ruta de preparación prenatal para un nacimiento participativo

Ruta de preparación prenatal para un nacimiento



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Domínguez Montoya y Calvopiña Riera (2022), DE y Murguía (2024) y Esteban-Sepúlveda et al. (2022).

2.3 Ambiente, privacidad y sensación de seguridad

En este apartado importa mirar simultáneamente la indicación clínica y la experiencia de quien recibe la atención; una no debería volver invisible a la otra.

El espacio físico influye en la experiencia del trabajo de parto. La privacidad, la iluminación, el ruido y la circulación de personas pueden facilitar calma o aumentar tensión. No todos los servicios pueden modificar su infraestructura, pero sí pueden revisar prácticas cotidianas que exponen innecesariamente a la mujer.

Cerrar una puerta, limitar conversaciones ajenas, proteger el cuerpo durante exploraciones y reducir interrupciones no requieren tecnología. Son decisiones organizativas que comunican respeto. Cuando el espacio debe compartirse, la explicación previa y el uso adecuado de barreras de privacidad cobran mayor importancia.

El cuidado humanizado se relaciona con la percepción de un entorno donde la mujer se siente acompañada y reconocida. La literatura revisada vincula la experiencia del parto con

condiciones relacionales y ambientales, además de las intervenciones clínicas. (Esteban-Sepúlveda et al., 2022) (Gómez & Jaramillo, 2022)

El acompañante puede contribuir a crear una atmósfera conocida mediante voz, presencia y apoyo, siempre dentro de las posibilidades del servicio. El objetivo no es reproducir un hogar dentro del hospital, sino disminuir la sensación de extrañeza y aislamiento.

Los equipos pueden identificar “puntos de ruido” del proceso: ingresos frecuentes sin presentación, luces innecesarias, falta de señalización, conversaciones en pasillos o cambios de habitación sin explicación. Estas observaciones ofrecen oportunidades de mejora concretas.

La sensación de seguridad combina dos dimensiones: confiar en que el equipo sabrá actuar y sentir que la mujer sigue siendo tratada como persona. La humanización necesita ambas.

2.3.1 Aplicación profesional

Recorra mentalmente o de forma observacional un área obstétrica e identifique exposiciones innecesarias de conversaciones, cuerpos, datos o circulación de personas.

Clasifique las mejoras posibles entre aquellas que requieren infraestructura y aquellas que dependen de conductas del equipo, como cerrar puertas, limitar interrupciones o explicar quién entra a la habitación.

Seleccione una modificación ambiental de bajo costo que pueda aumentar privacidad o sensación de control y describa cómo evaluaría si realmente mejora la experiencia.

2.4 Acompañamiento, movilidad y posiciones

Durante el trabajo de parto, muchas mujeres encuentran alivio en cambiar de posición, caminar o utilizar apoyos que les permiten sentirse más activas. La posibilidad de movimiento debe valorarse en relación con la situación clínica, la seguridad y los recursos disponibles, evitando restricciones automáticas que no estén justificadas.

El papel del profesional es facilitar opciones seguras y explicar cuándo una condición particular puede limitar temporalmente la movilidad. La diferencia entre una restricción impuesta y una limitación comprendida suele estar en la calidad de la explicación.

Las prácticas asociadas al parto humanizado incluyen la participación activa de la mujer y el acompañamiento como elementos de bienestar. Estos componentes deben adaptarse al contexto clínico y no convertirse en exigencias rígidas. (Gómez & Jaramillo, 2022) (Colmenares & Ramírez, 2024)

El acompañante puede ayudar en cambios de posición, ofrecer apoyo verbal o simplemente permanecer presente. Para evitar interferencias, el equipo debe explicar qué acciones son apropiadas en cada momento.

La movilidad también depende de la organización del espacio. Cables, mobiliario, falta de apoyo o temor del personal pueden limitarla. Revisar estos factores permite diferenciar restricciones clínicas de restricciones logísticas.

La pregunta no debería ser si todas las mujeres deben moverse, sino si cada mujer tiene la posibilidad de hacerlo

cuando lo desea y cuando su situación lo permite. Esta formulación mantiene la atención centrada en la persona.

2.4.1 Aplicación profesional

Analice un caso en el que la mujer desee cambiar de posición o desplazarse. Determine qué factores clínicos, de seguridad y del entorno deben valorarse antes de responder.

Revise si las restricciones de movilidad de un servicio se aplican de forma individualizada o automática. Identifique cuáles necesitan una justificación explícita.

Proponga una manera de explicar límites temporales de movilidad sin presentarlos como prohibiciones permanentes ni como decisiones ajenas a la situación clínica.

2.5 Dolor, confort y apoyo no farmacológico

El dolor del trabajo de parto es una experiencia subjetiva. La intensidad percibida, el significado que la mujer le atribuye y las estrategias que le resultan útiles pueden variar. Humanizar el manejo del dolor comienza por creer en la experiencia

expresada y evitar comentarios que comparen a unas mujeres con otras.

Las medidas de confort pueden incluir presencia continua, respiración guiada, cambios de posición, masaje, agua o recursos disponibles en el servicio, siempre dentro de la valoración profesional y las preferencias de la mujer. Las opciones farmacológicas, cuando se consideran, también deben explicarse con claridad.

El cuidado humanizado de enfermería durante el trabajo de parto destaca el acompañamiento, la contención y la respuesta individualizada. La analgesia no sustituye la comunicación, y la comunicación no sustituye una opción analgésica cuando está indicada y es deseada. (Domínguez Montoya & Calvopiña Riera, 2022)

La familia puede apoyar si conoce las señales de la mujer y evita imponer estrategias que ella no quiere. Preguntar “¿qué le ayuda en este momento?” es más útil que asumir que una técnica determinada funcionará.

El equipo debe vigilar que el lenguaje sobre dolor no se convierta en juicio moral. Tolerar más dolor no hace a una mujer

“mejor” y solicitar alivio no representa falta de fortaleza. La autonomía incluye poder cambiar de preferencia.

El confort se construye con acciones pequeñas, repetidas y adaptadas. Su objetivo es acompañar la experiencia, no convertirla en una prueba de resistencia.

2.5.1 Aplicación profesional

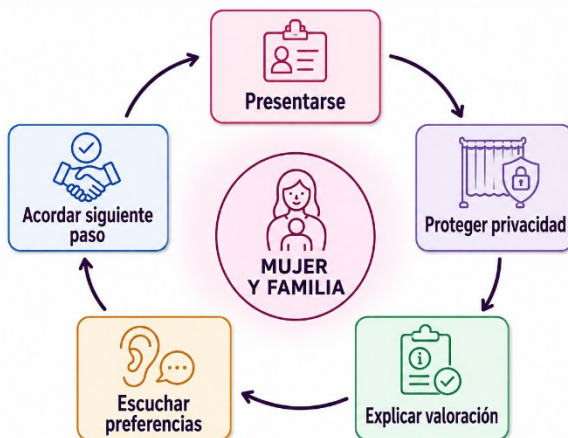
Pregunte, en un caso simulado, qué significa “alivio” para la mujer en ese momento y qué medidas de confort considera aceptables. Evite asumir que todas desean la misma respuesta.

Analice cómo el ambiente, el acompañamiento, la posición, la respiración guiada o recursos disponibles pueden incorporarse sin sustituir opciones clínicas indicadas cuando correspondan.

Diseñe una frase de reevaluación que permita saber si una medida de confort fue útil y si la preferencia de la mujer ha cambiado con la evolución del trabajo de parto.

Figura 6. Ciclo de una recepción obstétrica respetuosa

Ciclo de una recepción obstétrica respetuosa



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Domínguez Montoya y Calvopiña Riera (2022), DE y Murguía (2024) y Esteban-Sepúlveda et al. (2022).

2.6 Vigilancia materna y fetal con comunicación

La vigilancia durante el trabajo de parto es parte de la seguridad obstétrica. Desde un enfoque humanizado, el monitoreo no debe convertirse en una actividad silenciosa donde el equipo observa datos sin explicar qué está evaluando.

La mujer necesita comprender, en términos generales, qué información se obtiene y qué decisiones podrían derivarse.

Cuando un método de vigilancia limita la movilidad o requiere cambios de posición, conviene explicar la razón y el tiempo estimado. Si la condición permite alternativas, estas pueden discutirse. El objetivo es reducir la sensación de que la tecnología controla el proceso sin participación de la mujer.

La tensión entre tecnificación y humanización se observa con claridad en este ámbito. La tecnología aporta información valiosa, pero su uso debe insertarse en una relación clínica donde los hallazgos se interpretan y comunican. (Esteban-Sepúlveda et al., 2022)

El acompañante puede recibir información general si la mujer lo autoriza, pero el equipo debe evitar conversaciones técnicas entre profesionales que excluyan completamente a la paciente cuando la situación permite una explicación.

La documentación de hallazgos y decisiones favorece continuidad entre turnos. Una atención fragmentada puede producir repetición de procedimientos o mensajes contradictorios, afectando la confianza.

Humanizar la vigilancia significa mirar los datos sin dejar de mirar a la persona. Ese equilibrio es una competencia clínica y comunicacional.

2.6.1 Aplicación profesional

Seleccione una forma habitual de vigilancia y prepare una explicación breve sobre qué se observa, por qué se realiza y cómo puede influir en la movilidad o en las decisiones posteriores.

Identifique un momento en que el monitor o el registro pueda captar más atención que la mujer. Proponga una conducta que devuelva el contacto clínico sin descuidar la información técnica.

Analice cómo comunicaría un cambio de hallazgos evitando tanto el alarmismo como la falsa tranquilidad, y diferenciando datos observados de decisiones todavía en valoración.

2.7 Intervenciones obstétricas y proporcionalidad

La calidad de este componente no se conoce solo por protocolos. También se reconoce en conversaciones, decisiones pequeñas y conductas repetidas durante la atención.

Las intervenciones durante el trabajo de parto pueden ser necesarias para responder a riesgos, modificar una evolución desfavorable o proteger la salud materna y fetal. La humanización no consiste en eliminarlas, sino en evitar que se conviertan en rutinas desvinculadas de la situación individual.

Antes de una intervención, cuando el tiempo clínico lo permite, la mujer debe conocer qué se propone, cuál es el objetivo, qué alternativas razonables existen y qué consecuencias pueden esperarse. En situaciones urgentes la explicación puede ser más breve, pero sigue siendo parte del cuidado.

Las revisiones sobre parto humanizado y prácticas asociadas destacan la necesidad de fundamentar las actuaciones y reducir intervenciones innecesarias. El punto

central es la proporcionalidad: hacer lo que aporta beneficio sin añadir procedimientos por costumbre. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Gómez & Jaramillo, 2022)

Las preferencias previamente expresadas pueden orientar la manera de realizar una intervención, incluso si el plan de parto cambia. Preservar acompañamiento, explicar cada paso o mantener el contacto con la mujer son ejemplos de aspectos que pueden continuar.

El equipo necesita un lenguaje común para evitar que una recomendación se comunique como amenaza. Explicar riesgos exige precisión, no dramatización. El miedo no debe utilizarse para obtener obediencia.

La decisión clínica compartida no elimina la responsabilidad profesional; la hace explícita. El profesional recomienda con fundamento y la mujer participa con información, valores y preferencias.

2.7.1 Aplicación profesional

Elija una intervención frecuente y formule tres preguntas antes de realizarla: qué problema busca resolver, qué

beneficio se espera y qué consecuencias tiene posponerla o no realizarla.

Revise un caso en el que una preferencia de la mujer entre en tensión con una recomendación profesional. Organice la explicación en razones, alternativas y límites clínicos.

Proponga una estrategia para reducir intervenciones rutinarias no justificadas sin convertir la humanización en rechazo indiscriminado de procedimientos necesarios.

2.8 Continuidad del acompañamiento profesional

La continuidad no siempre significa que la misma persona atienda todo el proceso. En servicios con turnos y equipos múltiples, significa que la información relevante, las preferencias y el plan clínico se transfieren de manera organizada. Cada cambio de profesional debería sentirse como una transición, no como un reinicio.

Presentar al nuevo integrante, resumir frente a la mujer lo acordado y confirmar si algo ha cambiado ayuda a mantener coherencia. Esta práctica también permite corregir malentendidos antes de que se conviertan en conflictos.

Los modelos de cuidado humanizado atribuyen un papel importante al acompañamiento continuo y a la relación terapéutica. La fragmentación del cuidado puede debilitar esa relación incluso cuando cada intervención individual es correcta. (Domínguez Montoya & Calvopiña Riera, 2022) (Calderón Rueda et al., 2023)

La familia suele percibir con claridad los cambios de turno y puede sentirse insegura si recibe mensajes distintos. Un plan compartido y una explicación consistente disminuyen esa incertidumbre.

La continuidad depende de registros útiles. Documentar preferencias, acuerdos y explicaciones relevantes evita que la información humanística quede fuera de la historia clínica, como si solo importaran los datos fisiológicos.

Una entrega de turno humanizada incluye a la mujer como persona y no solo como caso. Esta diferencia modifica la forma en que el siguiente equipo se aproxima a ella.

2.8.1 Aplicación profesional

Reconstruya un cambio de turno e identifique qué información humanística, además de los datos clínicos, debería transferirse para conservar preferencias, acuerdos y necesidades de apoyo.

Analice cómo presentarse ante una mujer que recibe a un nuevo integrante del equipo y qué información conviene confirmar en lugar de asumir que ya fue comunicada.

Diseñe un registro breve para documentar una preferencia o acuerdo relevante de modo que pueda mantenerse cuando cambie el profesional responsable.

Figura 7. Decisión compartida ante una intervención



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Domínguez Montoya y Calvopiña Riera (2022), DE y Murguía (2024) y Esteban-Sepúlveda et al. (2022).

2.9 Comunicación durante cambios clínicos y urgencia

Los cambios inesperados son momentos de alta vulnerabilidad. La mujer puede percibir que el ambiente se vuelve rápido, que ingresan nuevas personas o que el equipo utiliza términos que no comprende. Incluso cuando la prioridad es actuar, la comunicación debe intentar mantener un hilo de orientación.

Una estrategia útil es asignar, cuando sea posible, a un integrante del equipo para explicar en frases breves qué está ocurriendo y cuál es el objetivo inmediato. No se trata de

ofrecer una clase durante una urgencia, sino de evitar que la mujer quede completamente desconectada del proceso.

La humanización en contextos clínicos complejos se sostiene en la dignidad y en el deber de informar de acuerdo con las circunstancias. El cambio de plan no anula la necesidad de respeto. (Neira Pinzón, 2024) (Colmenares & Ramírez, 2024)

El acompañante también puede necesitar orientación sobre dónde ubicarse y qué esperar. Si debe retirarse temporalmente, conviene explicar la razón y facilitar información posterior conforme a la autorización de la mujer.

Después de un episodio intenso, el equipo debería ofrecer una explicación de lo ocurrido. Esta conversación ayuda a reconstruir la experiencia, aclarar dudas y disminuir interpretaciones erróneas.

La urgencia puede justificar brevedad, pero no indiferencia. La forma en que se comunica durante esos minutos suele permanecer en la memoria de la mujer y la familia.

2.9.1 Aplicación profesional

Elabore un mensaje de treinta segundos para explicar que la situación ha cambiado, qué prioridad aparece y cuál es el siguiente paso, utilizando lenguaje comprensible y sin dramatización.

Distinga qué conversaciones pueden esperar y qué información debe comunicarse incluso durante una urgencia para evitar que la mujer quede completamente desconectada del proceso.

Proponga cómo recuperar la conversación después del episodio agudo para aclarar lo ocurrido, responder preguntas y reconstruir la continuidad de la experiencia.

2.10 Registro, evaluación y calidad del proceso

La humanización necesita evidencias de práctica. Si los acuerdos, las preferencias y las explicaciones relevantes no se registran, la continuidad depende de la memoria de las personas y se vuelve frágil. La documentación clínica puede incorporar información relacional sin transformarse en un texto extenso.

Es útil registrar aspectos que afectan decisiones posteriores: acompañante autorizado, necesidades de comunicación, preferencias discutidas, consentimiento para procedimientos relevantes y razones de cambios del plan. Estos datos complementan la información clínica tradicional.

Los marcos de humanización revisados permiten entender la calidad como una combinación de seguridad, respeto y experiencia. Por ello, las auditorías pueden considerar no solo resultados clínicos, sino también prácticas de comunicación y participación. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Lindarte & Martínez, 2022)

La experiencia de la mujer puede recogerse mediante preguntas breves después del nacimiento. Lo importante es que la información se utilice para mejorar y no se convierta en un requisito administrativo sin retorno.

El equipo puede revisar casos en los que hubo quejas o malestar sin buscar culpables inmediatos. Analizar dónde se perdió la comunicación, qué regla generó tensión o qué cambio no fue explicado permite aprender.

La calidad humanizada se vuelve sostenible cuando deja de depender de iniciativas individuales y se integra a la manera habitual de documentar, supervisar y mejorar el servicio.

2.10.1 Aplicación profesional

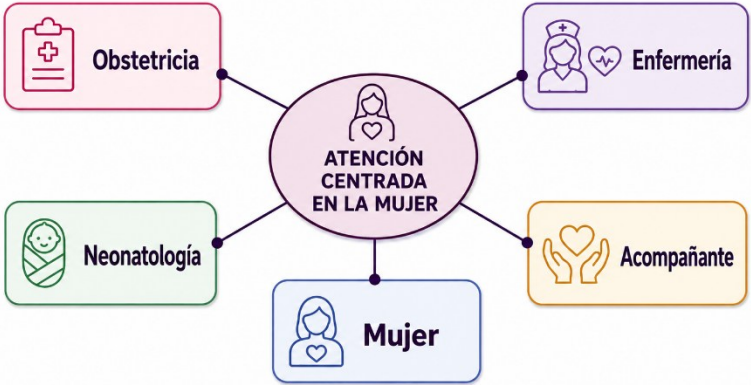
Revise un registro obstétrico y determine si conserva únicamente datos fisiológicos o también información relevante sobre decisiones, acompañamiento, preferencias y explicaciones ofrecidas.

Seleccione un incidente comunicacional y conviértalo en una oportunidad de mejora: describa qué ocurrió, dónde se interrumpió el proceso y qué cambio podría prevenir su repetición.

Defina un indicador sencillo de experiencia de atención que pueda revisarse junto con los resultados clínicos sin sustituirlos ni competir con ellos.

Figura 8. Coordinación del equipo durante el trabajo de parto

Coordinación del equipo durante el trabajo de parto



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Domínguez Montoya y Calvopiña Riera (2022), DE y Murguía (2024) y Esteban-Sepúlveda et al. (2022).

Cierre de la unidad

Al cerrar la segunda unidad, la humanización aparece como una práctica cotidiana que atraviesa ingreso, ambiente, acompañamiento, vigilancia e intervenciones. La seguridad sigue siendo prioritaria, pero deja de presentarse como argumento para excluir a la mujer de la información. La unidad siguiente lleva estos criterios al momento del nacimiento, al vínculo temprano y a los cuidados inmediatos del recién nacido.

UNIDAD 3. Nacimiento humanizado, vínculo temprano y cuidado del recién nacido

El nacimiento concentra expectativas, emociones y decisiones clínicas en un periodo breve. La humanización exige proteger la seguridad materna y neonatal sin convertir ese momento en una sucesión de separaciones, órdenes o procedimientos incomprensibles. Siempre que la condición clínica lo permita, la organización del cuidado puede favorecer la proximidad, la participación de la familia y el inicio del vínculo. Cuando es necesaria una intervención o una atención especializada, el respeto continúa mediante explicaciones, continuidad de la información y recuperación del contacto en cuanto sea posible. Esta unidad analiza el nacimiento, el vínculo temprano, la lactancia, la cesárea y las situaciones que requieren cuidados adicionales desde una perspectiva centrada en la mujer y la familia. (Gómez & Jaramillo, 2022) (Naibaho et al., 2025)

Aprendizajes esperados

- Analizar el nacimiento como una transición clínica y relacional para mujer, recién nacido y familia.
- Promover vínculo temprano y participación familiar cuando la situación clínica lo permita.
- Relacionar apoyo a la lactancia con información, autonomía y continuidad del cuidado.
- Aplicar principios de humanización al nacimiento por cesárea y a situaciones de mayor complejidad.
- Evitar separaciones y procedimientos rutinarios sin justificación o explicación.

3.1 El momento del nacimiento como experiencia de cuidado

El nacimiento no es únicamente el final del trabajo de parto. Es una transición en la que cambian las necesidades de la mujer, aparece el recién nacido como nuevo sujeto de cuidado y la familia reorganiza su atención. La coordinación del equipo durante estos minutos puede proteger tanto la seguridad como el significado emocional del momento.

Una atención humanizada evita conversaciones innecesarias, ruido excesivo y procedimientos que puedan posponerse cuando no son urgentes. El equipo debe mantener vigilancia clínica sin olvidar que la mujer necesita información sobre su propio estado y el de su hijo.

Las prácticas asociadas al parto humanizado se relacionan con beneficios para la experiencia integral de las mujeres y con una atención que reconoce su participación. El nacimiento adquiere una dimensión más respetuosa cuando las decisiones se explican y la familia no es excluida sin razón. (Gómez & Jaramillo, 2022) (Colmenares & Ramírez, 2024)

El acompañante puede contribuir a sostener el vínculo emocional, especialmente si el equipo necesita concentrarse en tareas clínicas. Orientarlo sobre dónde ubicarse y qué está ocurriendo evita que la familia interprete el movimiento del personal como señal de peligro.

La organización del espacio influye en la experiencia. Tener preparados los recursos antes del nacimiento disminuye interrupciones y permite que el equipo actúe con mayor serenidad.

La primera impresión del nacimiento puede permanecer durante años. Por eso la humanización en estos minutos no es un detalle ceremonial; forma parte de la calidad del cuidado.

3.1.1 Aplicación profesional

Describa qué conductas del equipo pueden preservar intimidad, calma y participación durante los minutos del nacimiento cuando la condición clínica permite actuar sin prisa innecesaria.

Analice qué procedimientos suelen concentrarse en ese momento y determine cuáles pueden organizarse de manera que la mujer comprenda lo que ocurre y conserve contacto con su recién nacido.

Proponga una pauta de comunicación mínima para que cada integrante sepa cuándo hablar, qué explicar y cómo evitar conversaciones ajenas a la experiencia de la familia.

3.2 Contacto temprano y proximidad madre-recién nacido

La proximidad entre madre y recién nacido, cuando la condición de ambos lo permite, favorece una transición menos

fragmentada. Desde la perspectiva humanizada, la separación no debería utilizarse como rutina si puede organizarse el cuidado manteniendo el contacto.

El profesional debe observar la situación clínica y explicar a la familia qué se está haciendo. Si un procedimiento requiere una separación temporal, conviene decir por qué, dónde estará el recién nacido y cuándo se espera recuperar el contacto, evitando silencios que aumenten la angustia.

Los enfoques de parto humanizado incluyen el vínculo temprano dentro de una experiencia de cuidado centrada en la mujer y la familia. La prioridad es integrar las necesidades clínicas con la continuidad relacional. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Gómez & Jaramillo, 2022)

El acompañante puede permanecer cerca y ayudar a mantener comunicación si la mujer se encuentra cansada o requiere atención adicional. La información debe seguir respetando lo que la madre desea compartir.

Los equipos pueden revisar qué procedimientos realmente necesitan realizarse lejos de la madre y cuáles pueden adaptarse. Este análisis organizacional suele revelar

separaciones que responden más a costumbre que a necesidad.

Humanizar la proximidad significa evitar promesas rígidas. Si la condición clínica requiere actuar de otra manera, el cuidado sigue siendo respetuoso cuando el equipo explica, acompaña y facilita el reencuentro tan pronto como sea razonable.

3.2.1 Aplicación profesional

Revise qué condiciones del servicio favorecen la proximidad temprana y cuáles generan separaciones por organización o costumbre más que por necesidad clínica.

Analice una situación en la que el contacto deba interrumpirse. Prepare una explicación que incluya motivo, destino del recién nacido, persona responsable y expectativa razonable de reencuentro.

Diseñe una acción para facilitar la recuperación del contacto cuando la condición clínica vuelva a permitirlo, evitando que una separación temporal se convierta en separación prolongada por inercia.

Figura 9. Continuidad relacional durante el nacimiento

Continuidad relacional durante el nacimiento



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Gómez y Jaramillo (2022), Naibaho et al. (2025) y Neira Pinzón (2024).

3.3 Inicio y apoyo de la lactancia

La discusión puede orientarse preguntando qué exige la condición clínica, qué margen de elección permanece y cómo se comunica ese margen de forma comprensible.

La lactancia temprana debe abordarse como un proceso de acompañamiento y no como una prueba que la madre debe superar inmediatamente. Algunas mujeres y recién nacidos inician con facilidad; otras necesitan tiempo, orientación y

apoyo. La presión puede transformar un momento esperado en una experiencia de fracaso.

El profesional puede observar, ofrecer ayuda y explicar señales generales de un acoplamiento adecuado, adaptándose a la comodidad de la madre. Cuando existen dificultades, la respuesta debe ser práctica y respetuosa, evitando culpabilizar o comparar.

La literatura sobre lactancia identifica facilitadores y barreras que incluyen apoyo, información y condiciones sociales. Por ello, la promoción de la lactancia necesita continuar después del nacimiento y considerar el entorno real de la mujer. (Naibaho et al., 2025)

La familia puede favorecer la continuidad si comprende cómo apoyar sin presionar. Comentarios contradictorios o expectativas poco realistas pueden aumentar la inseguridad materna; una educación breve ayuda a alinear mensajes.

La atención humanizada también respeta decisiones informadas cuando la lactancia no es posible, no es elegida o requiere alternativas por razones clínicas. El acompañamiento no debe convertirse en coerción.

El objetivo educativo es que la mujer se sienta capaz de pedir ayuda y de reconocer que el aprendizaje puede ser gradual. La confianza se construye con apoyo, no con exigencias.

3.3.1 Aplicación profesional

Observe una interacción de apoyo a la lactancia y diferencie entre acompañar, informar y presionar. Identifique una frase que favorezca confianza y otra que pueda vivirse como juicio.

Analice qué factores clínicos, emocionales, culturales y del entorno pueden modificar el inicio de la lactancia y cómo adaptar la orientación sin imponer un único ritmo.

Proponga una forma de documentar las necesidades de apoyo y la preferencia de la madre para que el acompañamiento continúe después del cambio de turno o del alta.

3.4 Participación de la familia en el nacimiento

La familia vive el nacimiento desde una posición distinta a la del equipo clínico. Puede experimentar alegría, temor e incertidumbre al mismo tiempo. Integrarla de manera ordenada ayuda a disminuir la sensación de exclusión y fortalece la red que sostendrá a la mujer durante el puerperio.

La participación debe seguir las preferencias de la madre y las condiciones del servicio. No toda mujer desea que un familiar presencie cada momento, y esa decisión debe respetarse. La atención centrada en la familia no elimina la privacidad individual.

Los enfoques de humanización revisados incluyen el acompañamiento como parte de la experiencia respetuosa. La familia puede aportar contención y continuidad, siempre que el equipo defina con claridad su papel. (Calderón Rueda et al., 2023) (Colmenares & Ramírez, 2024)

Cuando el recién nacido requiere evaluación adicional, un familiar informado puede ayudar a mantener comunicación con

la madre, pero el equipo debe evitar convertirlo en mensajero de información clínica que corresponde al profesional.

Las reglas de participación deberían ser consistentes. Cambios arbitrarios entre profesionales generan frustración. Las excepciones clínicas son más comprensibles cuando se explican.

El nacimiento puede ser un punto de fortalecimiento familiar si la experiencia transmite respeto y participación. Esa dimensión merece ser considerada dentro de la calidad asistencial.

3.4.1 Aplicación profesional

Identifique qué tareas de apoyo puede asumir la familia con autorización de la mujer y cuáles corresponden exclusivamente al equipo profesional.

Analice cómo responder cuando familiares solicitan información que la mujer no ha autorizado compartir o intentan decidir en su lugar pese a que conserva capacidad para hacerlo.

Proponga una orientación breve para familiares que reduzca incertidumbre y, al mismo tiempo, proteja privacidad, descanso y preferencias de la madre.

3.5 Humanización del nacimiento por cesárea

La cesárea es una intervención quirúrgica y requiere condiciones de seguridad específicas. Sin embargo, el carácter quirúrgico no impide incorporar principios de humanización. La mujer sigue necesitando información, privacidad, acompañamiento dentro de las posibilidades del centro y contacto con su recién nacido cuando la situación clínica lo permite.

Una cesárea no prevista puede producir sensación de pérdida del plan imaginado. Explicar las razones, anticipar lo que ocurrirá y permitir preguntas ayuda a que la mujer comprenda la transición desde un plan de parto a una intervención quirúrgica.

El enfoque humanizado propone reducir la distancia emocional entre la seguridad técnica y la experiencia de la mujer. Esto implica evitar conversaciones ajenas, presentarse,

mantener comunicación y facilitar el vínculo posterior. (Esteban-Sepúlveda et al., 2022) (Neira Pinzón, 2024)

La familia también necesita información sobre tiempos y restricciones. La falta de comunicación en áreas quirúrgicas puede generar interpretaciones alarmantes. Un mensaje breve y oportuno puede disminuir esa incertidumbre.

Las instituciones pueden revisar qué aspectos de la experiencia quirúrgica son inmodificables por seguridad y cuáles responden a rutinas. Este análisis permite humanizar sin comprometer el funcionamiento del área.

La calidad de una cesárea humanizada no se mide por imitar un parto vaginal, sino por mantener dignidad, información, participación y vínculo dentro de un contexto quirúrgico seguro.

3.5.1 Aplicación profesional

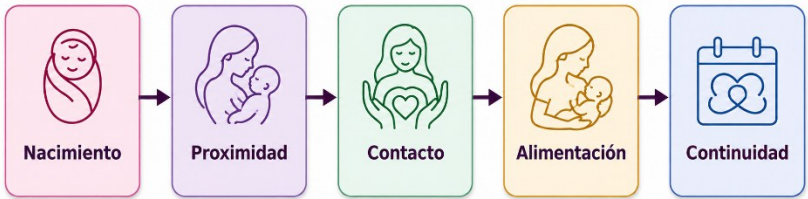
Revise el recorrido de una cesárea y localice oportunidades para mantener presentación del personal, explicación de pasos, privacidad y acompañamiento dentro de las condiciones de seguridad.

Analice cómo preparar a una mujer ante una cesárea no planificada para disminuir la sensación de pérdida de control sin ofrecer promesas que dependan de la evolución clínica.

Proponga una adaptación organizativa que favorezca participación o vínculo cuando sea compatible con el contexto quirúrgico y los protocolos del establecimiento.

Figura 10. Ruta del vínculo temprano cuando la condición clínica lo permite

Ruta del vínculo temprano cuando la condición clínica lo permite



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Gómez y Jaramillo (2022), Naibaho et al. (2025) y Neira Pinzón (2024).

3.6 Cuidados inmediatos sin separación innecesaria

El recién nacido requiere valoración y cuidados inmediatos de acuerdo con su condición. La organización humanizada

procura realizar junto a la madre lo que sea posible y evitar traslados que no aporten un beneficio claro. La proximidad facilita información y reduce ansiedad.

Cuando el equipo necesita llevar al recién nacido a otra área, conviene explicar el motivo antes o tan pronto como sea posible. La madre debe saber quién lo acompaña y qué ocurrirá a continuación. El silencio puede producir una sensación de pérdida de control.

Los modelos de parto humanizado sitúan el vínculo y la continuidad del cuidado entre las dimensiones relevantes de la experiencia. La separación debe responder a razones clínicas u organizativas justificadas, no a una rutina incuestionada. (Buñay-Muñoz et al., 2025)

El acompañante puede permanecer con la madre o seguir al recién nacido según las condiciones del servicio y las preferencias familiares. La institución debe definir criterios claros para evitar decisiones improvisadas.

La documentación de separaciones y sus motivos puede ser útil para revisar prácticas institucionales. Si la mayoría

responde a procesos que podrían reorganizarse, existe una oportunidad de mejora.

Humanizar no significa evitar toda separación, sino hacerla proporcional, explicada y tan breve como la situación permita.

3.6.1 Aplicación profesional

Enumere los cuidados inmediatos que se realizan en su contexto y diferencie cuáles requieren separación, cuáles pueden efectuarse cerca de la madre y cuáles dependen de condiciones específicas.

Analice una separación breve y determine qué información necesita la familia para comprender su propósito y evitar que el silencio se interprete como gravedad no explicada.

Proponga una regla de servicio que obligue a revisar periódicamente si la razón de separación continúa vigente y facilite el reencuentro en cuanto sea razonable.

3.7 Situaciones de mayor complejidad neonatal

Entre el estándar institucional y la experiencia concreta pueden aparecer diferencias. Detectarlas exige observar

procesos reales y escuchar cómo fueron vividos por las mujeres.

Cuando el recién nacido necesita atención especializada, la prioridad clínica es estabilizar y ofrecer el cuidado requerido. En estos escenarios la humanización cambia de forma: puede no ser posible mantener contacto inmediato, pero sí es posible conservar información, respeto y participación familiar.

La madre necesita saber qué está ocurriendo con un lenguaje proporcional a la situación. Expresiones excesivamente técnicas o ambiguas pueden aumentar el miedo. Si la información definitiva aún no está disponible, es preferible reconocer la incertidumbre que ofrecer falsas seguridades.

La bioética de la atención materna y neonatal sostiene la necesidad de información, respeto y responsabilidad profesional incluso cuando el contexto es complejo. La humanización no depende de que todo evolucione como se esperaba. (Neira Pinzón, 2024)

La familia puede requerir orientación sobre dónde esperar, quién dará información y cuándo podrá ver al recién nacido.

Estas cuestiones logísticas son parte del cuidado porque reducen la sensación de abandono.

Los equipos deben coordinar los mensajes. Diferentes explicaciones de obstetricia y neonatología pueden confundir. Una comunicación acordada favorece confianza.

En situaciones difíciles, la memoria familiar suele conservar la manera en que fue tratada tanto como los detalles técnicos. Por eso, la presencia respetuosa sigue siendo una responsabilidad clínica.

3.7.1 Aplicación profesional

Construya un mensaje inicial para una familia cuando el recién nacido necesita atención especializada: indique qué se sabe, qué se está haciendo y cuándo se ofrecerá nueva información.

Distingua entre información confirmada e incertidumbre clínica. Practique una forma de comunicar ambas sin tecnicismos excesivos ni afirmaciones que generen falsas certezas.

Identifique qué formas de participación familiar pueden mantenerse aun cuando el recién nacido requiera cuidados

de mayor complejidad, de acuerdo con las normas del servicio.

3.8 Respeto y comunicación ante resultados inesperados

No todos los nacimientos siguen una trayectoria favorable. Cuando existen resultados inesperados, la comunicación necesita ser especialmente cuidadosa. El profesional debe evitar frases automáticas, juicios o explicaciones apresuradas antes de contar con información suficiente.

La mujer y la familia necesitan saber qué se conoce, qué acciones se realizaron y qué ocurrirá después. Si existen aspectos inciertos, deben señalarse. La transparencia es compatible con la prudencia y evita que el silencio se interprete como ocultamiento.

Los enfoques de humanización y bioética recuerdan que el respeto no depende del resultado clínico. En momentos de vulnerabilidad, la escucha y la claridad adquieren un peso todavía mayor. (Neira Pinzón, 2024) (Pereira, 2026)

Las decisiones sobre acompañamiento, privacidad y contacto deben adaptarse a las circunstancias y deseos de la mujer. No existe una única respuesta emocional ni una forma obligatoria de afrontar un desenlace difícil.

El equipo también puede necesitar espacios de revisión y apoyo, especialmente después de eventos complejos. Cuidar a los profesionales favorece una comunicación más serena y reduce respuestas defensivas.

La humanización se demuestra con mayor claridad cuando el escenario no es el ideal. Mantener presencia, explicar y respetar constituye una forma esencial de cuidado.

3.8.1 Aplicación profesional

Analice una conversación difícil y elimine frases automáticas, juicios o explicaciones apresuradas. Reescriba el mensaje priorizando presencia, claridad y respeto por el ritmo de la familia.

Identifique qué información debe darse de inmediato y qué aspectos pueden retomarse posteriormente cuando exista mayor capacidad para escuchar y preguntar.

Proponga un mecanismo de seguimiento para que las dudas surgidas después de un resultado inesperado no queden sin respuesta al terminar el episodio asistencial.

Figura 11. Ciclo de apoyo a la lactancia

Ciclo de apoyo a la lactancia



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Gómez y Jaramillo (2022), Naibaho et al. (2025) y Neira Pinzón (2024).

3.9 Transición al puerperio inmediato

Después del nacimiento, la atención cambia rápidamente de objetivos. La mujer pasa del esfuerzo del trabajo de parto a la recuperación física, el inicio del vínculo y nuevas demandas

de cuidado. El equipo debe evitar asumir que el nacimiento marca el final de la necesidad de acompañamiento.

La información sobre cambios esperados, vigilancia y autocuidado debe ofrecerse de manera progresiva. La mujer puede estar cansada y concentrada en el recién nacido, por lo que mensajes demasiado extensos se recuerdan poco. Es útil priorizar lo inmediato y volver después sobre otros temas.

La humanización del continuo gestación-nacimiento-posparto resalta la importancia de no fragmentar la experiencia. El puerperio inmediato debe conservar los principios de respeto, información y participación. (Neira Pinzón, 2024) (Buñay-Muñoz et al., 2025)

La familia puede asumir tareas prácticas y apoyar el descanso, pero necesita orientación. Evitar sobrecargar a la madre con visitas, opiniones o demandas también forma parte del cuidado.

La transferencia entre áreas debe incluir información clínica y preferencias relevantes. Si la mujer ha vivido una experiencia difícil, el equipo de puerperio debería conocerlo para adaptar la comunicación.

Una transición humanizada no apresura el cierre del episodio; acompaña el cambio de necesidades y mantiene la continuidad de la relación asistencial.

3.9.1 Aplicación profesional

Revise el paso desde la sala de nacimiento al puerperio e identifique información que suele perderse: acuerdos, preferencias, apoyo a la lactancia, necesidades de descanso o situaciones emocionales.

Analice qué mensajes son prioritarios en las primeras horas, considerando que la mujer puede estar cansada y concentrada en el recién nacido.

Diseñe una entrega de turno que integre recuperación física, vínculo, información pendiente y necesidades familiares sin reducir el puerperio a una lista fisiológica.

3.10 Experiencia de nacimiento y memoria familiar

La experiencia del nacimiento se convierte en un relato que la mujer y la familia reconstruyen con el tiempo. Ese relato incluye lo que ocurrió clínicamente, pero también quién estuvo

presente, qué palabras se dijeron, si las decisiones fueron comprendidas y si la mujer se sintió respetada.

La voz de las mujeres permite identificar aspectos de la calidad que no aparecen en los registros clínicos. Preguntar cómo vivió el nacimiento ofrece información sobre comunicación, control percibido y coherencia del acompañamiento. (Pereira, 2026) (Esteban-Sepúlveda et al., 2022)

Una experiencia positiva no exige que el parto haya sido exactamente como se planificó. Muchas mujeres pueden valorar un proceso complejo cuando entienden las razones de los cambios y sienten que fueron tratadas con dignidad.

La familia también construye su propia memoria. Por ello, una explicación posterior puede ayudar a ordenar eventos rápidos o inesperados y evitar interpretaciones erróneas.

Los servicios deberían considerar la experiencia usuaria como una fuente para mejorar. Las narrativas no sustituyen los indicadores clínicos, pero revelan dimensiones diferentes y complementarias.

Humanizar el nacimiento es, en parte, cuidar la manera en que la mujer podrá recordar y explicar lo vivido. La medicina no controla la memoria, pero sí puede influir en ella mediante respeto, información y presencia.

3.10.1 Aplicación profesional

Invite, en un ejercicio formativo, a reconstruir un nacimiento desde la perspectiva de la mujer: qué comprendió, cuándo se sintió escuchada y qué momento produjo mayor incertidumbre.

Compare esa narración con el registro clínico e identifique aspectos relevantes de la experiencia que no aparecen en los indicadores biomédicos habituales.

Proponga una pregunta de cierre o seguimiento que permita detectar necesidades de explicación posteriores sin asumir que un buen resultado clínico equivale a una experiencia positiva.

Figura 12. Humanización del nacimiento por cesárea

Humanización del nacimiento por cesárea



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Gómez y Jaramillo (2022), Naibaho et al. (2025) y Neira Pinzón (2024).

Cierre de la unidad

El recorrido de esta unidad muestra que los primeros minutos y horas alrededor del nacimiento concentran decisiones clínicas y experiencias familiares difíciles de separar. Proximidad, lactancia, cesárea, cuidados neonatales y comunicación requieren flexibilidad según la condición clínica. La última unidad amplía esa mirada hacia el puerperio, la diversidad cultural y la organización de los servicios.

UNIDAD 4. Familia, interculturalidad y calidad de la atención materno-neonatal

La humanización no termina al salir de la sala de partos. El puerperio, la adaptación familiar, la lactancia, las diferencias culturales y la experiencia acumulada durante la atención determinan cómo se recuerda y se continúa el cuidado. Esta unidad amplía la mirada desde el encuentro clínico individual hacia la organización de los servicios. Humanizar de manera sostenible exige formar equipos, revisar normas, escuchar a las usuarias y establecer procesos de mejora que combinen seguridad, respeto y continuidad. También exige reconocer que las mujeres no llegan al hospital con las mismas redes, creencias ni condiciones sociales. La calidad requiere respuestas proporcionales y culturalmente sensibles. (Manrique, 2026) (Lindarte & Martínez, 2022)

Aprendizajes esperados

- Aplicar principios de humanización al puerperio y a la adaptación familiar.

- Reconocer diversidad cultural y social en la atención materno-neonatal.
- Prevenir formas de trato irrespetuoso mediante prácticas observables.
- Analizar la experiencia de las mujeres como fuente de mejora de calidad.
- Diseñar acciones institucionales para sostener un modelo multidisciplinario de atención humanizada.

4.1 Puerperio humanizado y continuidad del cuidado

El puerperio inmediato y mediano combinan recuperación física, aprendizaje, cambios emocionales y reorganización familiar. Una atención humanizada evita que la mujer pase de recibir vigilancia continua a sentirse repentinamente sola después del nacimiento. La continuidad implica información progresiva, disponibilidad para preguntas y un plan claro de seguimiento.

El profesional debe adaptar la educación al estado de la mujer. El cansancio y la cantidad de información nueva pueden reducir la comprensión. Priorizar mensajes, verificar lo

entendido y entregar orientaciones consistentes entre profesionales es más útil que acumular recomendaciones en una sola conversación.

La revisión bioética del cuidado durante gestación, nacimiento y posparto resalta la continuidad de los principios de dignidad y autonomía. El posparto no es una etapa secundaria del episodio obstétrico. (Neira Pinzón, 2024)

La familia puede apoyar descanso, alimentación, cuidado del hogar y acompañamiento emocional. Sin embargo, el equipo debe vigilar que ese apoyo no se convierta en presión, invasión de privacidad o sustitución de la voz de la madre.

La transferencia a atención ambulatoria debería incluir señales de consulta según protocolos locales, canales de contacto y seguimiento de necesidades identificadas. La coordinación disminuye la sensación de abandono al alta.

Humanizar el puerperio significa sostener el vínculo asistencial mientras la mujer transita hacia mayor autonomía, no simplemente cerrar un episodio clínico.

4.1.1 Aplicación profesional

Revise la información entregada al alta y determine si ofrece orientaciones comprensibles, canales de contacto y criterios para solicitar ayuda, además de instrucciones generales.

Analice cómo adaptar la educación puerperal al cansancio, la experiencia previa, la capacidad de comprensión y las condiciones familiares de una mujer concreta.

Proponga un mecanismo de continuidad entre hospital y atención ambulatoria que reduzca la pérdida de información y facilite seguimiento de necesidades identificadas.

4.2 Bienestar emocional y adaptación a la maternidad

El nacimiento puede acompañarse de alegría, alivio, cansancio, incertidumbre o emociones mixtas. La atención humanizada no presupone cómo debería sentirse la mujer. Escuchar sin juzgar permite reconocer necesidades y evitar que

expresiones de malestar sean minimizadas con frases sobre lo que “debería” agradecer o disfrutar.

El equipo puede preguntar de manera abierta cómo está viviendo la experiencia y qué apoyo tiene disponible. Cuando aparecen señales que requieren evaluación especializada, debe activarse la ruta institucional correspondiente. Este libro no sustituye la valoración clínica de salud mental.

La humanización del cuidado incluye bienestar emocional y apoyo, dimensiones presentes en los modelos revisados de parto respetado. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Domínguez Montoya & Calvopiña Riera, 2022)

La familia necesita comprender que el acompañamiento no consiste en dar instrucciones constantes. Escuchar, ofrecer ayuda práctica y respetar tiempos de descanso puede ser más beneficioso que multiplicar consejos.

Los servicios pueden facilitar continuidad mediante educación, derivación y espacios de consulta. La experiencia emocional no debería quedar fuera de la atención porque no se exprese en un parámetro fisiológico.

Reconocer la variabilidad emocional también reduce estigmas. La humanización permite que la mujer sea una persona completa, no únicamente una paciente obstétrica o una nueva madre.

4.2.1 Aplicación profesional

Practique una pregunta abierta que permita conocer cómo está viviendo la mujer el puerperio sin presuponer que debe sentirse de una manera determinada.

Analice expresiones comunes que minimizan malestar emocional y sustitúyalas por respuestas que reconozcan la experiencia y orienten hacia valoración profesional cuando corresponda.

Revise qué ruta institucional existe para necesidades de salud mental en el puerperio y qué información debería conocer el equipo para activar apoyo oportuno.

Figura 13. Círculo de cuidado en el puerperio

Círculo de cuidado en el puerperio



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Manrique (2026), Moyon Moyon y Garófalo Manzano (2023) y Lindarte y Martínez (2022).

4.3 Familia, corresponsabilidad y redes de apoyo

Este contenido requiere valorar tanto la seguridad de la decisión como la manera en que la mujer conserva información, voz y participación durante el proceso.

Después del nacimiento, la calidad del apoyo familiar influye en la capacidad de descanso, recuperación y adaptación. La corresponsabilidad significa distribuir tareas de

cuidado y del hogar de manera que la madre no quede sola con todas las demandas, especialmente durante las primeras semanas.

El equipo puede involucrar a la familia en educación práctica cuando la mujer lo autoriza. Esto ayuda a que las recomendaciones no recaigan únicamente sobre ella y permite identificar quién puede apoyar de manera realista.

El enfoque familiar del parto humanizado reconoce la importancia del entorno cercano, pero mantiene a la mujer como sujeto principal de decisiones. (Colmenares & Ramírez, 2024) (Calderón Rueda et al., 2023)

No todas las mujeres cuentan con una red estable. Preguntar por apoyo disponible evita asumir que existe una pareja, familia extensa o recursos suficientes. La atención debe adaptarse a la situación real.

Las instituciones pueden fortalecer redes mediante coordinación con servicios comunitarios y rutas de seguimiento según disponibilidad local. La humanización también consiste en reconocer necesidades sociales que pueden afectar el cuidado.

Una pregunta simple —“¿quién podrá ayudarle de manera concreta cuando llegue a casa?”— puede revelar fortalezas y vulnerabilidades que no aparecen en la historia obstétrica tradicional.

4.3.1 Aplicación profesional

Elabore con un caso simulado un mapa breve de apoyos disponibles: quién puede colaborar, con qué tareas y qué limitaciones reales existen en el hogar.

Analice cómo evitar que el discurso de corresponsabilidad termine imponiendo a la mujer nuevas exigencias o sustituyendo su voz por la de familiares bien intencionados.

Proponga una pregunta de seguimiento que permita identificar aislamiento, sobrecarga o falta de recursos sin realizar suposiciones sobre la estructura familiar.

4.4 Continuidad del apoyo a la lactancia

La lactancia continúa después del alta y suele cambiar con las necesidades del recién nacido, la recuperación materna y las condiciones del hogar. La orientación hospitalaria resulta limitada si no existe una vía para resolver dudas posteriores.

El apoyo debe centrarse en la situación concreta y evitar mensajes contradictorios. Cuando diferentes profesionales ofrecen recomendaciones incompatibles, la madre puede perder confianza. Los equipos necesitan criterios compartidos y derivación oportuna cuando aparecen dificultades.

Las revisiones sobre facilitadores y barreras de lactancia muestran la importancia del apoyo social y de las condiciones del entorno, además de la intención materna. (Naibaho et al., 2025)

La familia puede facilitar descanso, alimentación y tiempo para la madre. También puede ejercer presión mediante mitos o expectativas. Incluirla en educación seleccionada ayuda a construir un entorno más favorable.

La humanización respeta decisiones informadas y evita culpabilizar. El objetivo del profesional es ofrecer información y apoyo adecuado, no convertir una recomendación de salud en una medida moral del desempeño materno.

La continuidad se fortalece cuando la mujer sabe dónde consultar, qué recursos existen y que pedir ayuda forma parte normal del proceso de aprendizaje.

4.4.1 Aplicación profesional

Revise si las recomendaciones sobre lactancia son coherentes entre profesionales y turnos. Identifique mensajes contradictorios que puedan aumentar inseguridad o dificultar la continuidad.

Analice una dificultad frecuente y organice la respuesta en observación, escucha de la preferencia materna, orientación práctica y criterios de derivación según el servicio.

Proponga un canal o punto de referencia para que la mujer sepa dónde solicitar apoyo después del alta cuando aparezcan dudas o dificultades.

4.5 Diversidad cultural y seguridad cultural en el puerperio

Las prácticas culturales relacionadas con descanso, alimentación, visitas, cuidado del recién nacido y rol de la familia pueden adquirir especial importancia durante el puerperio. El profesional necesita explorar estos significados antes de calificarlos como correctos o incorrectos.

La seguridad cultural implica identificar prácticas compatibles con el cuidado, negociar adaptaciones cuando existen diferencias y explicar con respeto aquellas situaciones que representan un riesgo según la valoración profesional y los protocolos locales.

Los estudios sobre parto humanizado intercultural y atención culturalmente segura plantean que el respeto por la diversidad debe integrarse a la relación asistencial, no limitarse a celebraciones simbólicas. (Manrique, 2026) (Moyon Moyon & Garófalo Manzano, 2023)

La familia puede ser una fuente de conocimiento cultural y, al mismo tiempo, de presión sobre la mujer. El equipo debe mantener la escucha centrada en ella y verificar qué prácticas desea conservar.

Los servicios pueden mapear las características culturales de su población y desarrollar apoyos de interpretación, materiales accesibles y criterios de adaptación. Esto mejora la comunicación y disminuye conflictos.

La pregunta profesional no es “¿por qué hacen eso?”, con tono de extrañeza, sino “¿qué significa esta práctica para usted

y cómo podemos cuidarla de manera segura?”. El cambio de formulación transforma la relación.

4.5.1 Aplicación profesional

Identifique una práctica cultural relacionada con descanso, alimentación, visitas o cuidado del recién nacido y explore su significado antes de considerarla correcta o incorrecta.

Analice cómo negociar una adaptación cuando una práctica entra en tensión con una recomendación clínica, explicando la razón sin ridiculizar ni descalificar a la familia.

Proponga una mejora en materiales, intérpretes o recursos de comunicación que haga el servicio más comprensible para poblaciones cultural o lingüísticamente diversas.

Figura 14. Mapa de atención culturalmente segura

Mapa de atención culturalmente segura



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Manrique (2026), Moyon Moyon y Garófalo Manzano (2023) y Lindarte y Martínez (2022).

4.6 Prevención del trato irrespetuoso y la despersonalización

El trato irrespetuoso puede aparecer de formas evidentes o sutiles: ignorar preguntas, hablar sobre la mujer como si no estuviera presente, exponerla sin necesidad, utilizar apodosos no consentidos, ridiculizar expresiones de dolor o aplicar reglas sin explicación. Prevenirlo requiere reconocer que muchas de estas conductas se normalizan dentro de rutinas de trabajo.

La capacitación aislada no es suficiente si la organización mantiene condiciones que favorecen prisa, fragmentación y comunicación deficiente. La mejora necesita revisar procesos, supervisión, dotación y mecanismos de retroalimentación.

Los marcos normativos y de humanización identifican el trato respetuoso como una dimensión central de la calidad. Los servicios deben contar con vías para escuchar y responder a experiencias negativas. (Lindarte & Martínez, 2022) (Calderón Rueda et al., 2023)

La familia puede observar conductas que la mujer no está en condiciones de cuestionar durante el parto. Sin embargo, las quejas deben gestionarse sin convertir el espacio asistencial en confrontación. Un canal claro facilita resolución.

La prevención también depende de liderazgo. Cuando jefaturas y docentes corrigen lenguaje despectivo y modelan una comunicación respetuosa, transmiten que la humanización forma parte del estándar profesional.

No se trata de exigir perfección emocional al personal, sino de establecer límites claros sobre conductas incompatibles con la dignidad y ofrecer condiciones para mejorar.

4.6.1 Aplicación profesional

Revise una jornada de atención e identifique conductas sutiles de despersonalización: hablar sobre la mujer como si no estuviera, interrumpirla, ridiculizar preguntas o realizar acciones sin explicación.

Analice cómo debería responder un profesional que observa una conducta irrespetuosa de un colega, protegiendo a la usuaria y utilizando los mecanismos institucionales disponibles.

Defina una conducta positiva que pueda reforzarse en supervisión y que haga visible el estándar de trato respetuoso del servicio.

4.7 Trabajo multidisciplinario y cultura organizacional

Este asunto se vuelve visible cuando se compara la intención del servicio con lo que recibe la usuaria en la práctica, especialmente en momentos de presión o cambio clínico.

La experiencia de la mujer atraviesa diferentes profesiones y áreas: obstetricia, enfermería, medicina, neonatología,

anestesia, apoyo administrativo y otros servicios según el caso. Si cada grupo trabaja con criterios aislados, la paciente recibe mensajes fragmentados y reglas inconsistentes.

El trabajo multidisciplinario humanizado necesita objetivos compartidos: seguridad, respeto, información y continuidad. Las diferencias clínicas pueden discutirse entre profesionales sin trasladar incertidumbre innecesaria a la mujer ni desautorizar públicamente a otros integrantes.

La literatura sobre cuidado humanizado y parto respetado muestra que la calidad depende de relaciones y procesos, no únicamente de habilidades individuales. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Domínguez Montoya & Calvopiña Riera, 2022)

La familia percibe con rapidez la coordinación. Cuando un profesional desconoce lo que otro acordó, aumenta la inseguridad. Las entregas estructuradas y el registro de preferencias reducen esta fragmentación.

La cultura organizacional se expresa en lo que se tolera y se recompensa. Si la productividad se mide solo por tiempos y procedimientos, la comunicación puede percibirse como un

retraso. Incluir indicadores de experiencia ayuda a equilibrar prioridades.

Humanizar el trabajo multidisciplinario significa que todas las personas del servicio entienden que su interacción forma parte de la experiencia de nacimiento.

4.7.1 Aplicación profesional

Mapee qué profesionales participan en un caso obstétrico y señale dónde pueden producirse mensajes duplicados, contradictorios o vacíos de responsabilidad.

Analice una entrega o coordinación interprofesional y determine si existen objetivos compartidos sobre seguridad, información y participación de la mujer.

Proponga una práctica de equipo —reunión breve, pauta de entrega o responsable de comunicación— que disminuya fragmentación sin aumentar burocracia innecesaria.

4.8 Experiencia de la mujer como indicador de calidad

Los resultados clínicos son indispensables para evaluar un servicio obstétrico, pero no describen por completo la

experiencia. Dos mujeres con evoluciones similares pueden valorar de manera muy distinta la atención según el grado de información, respeto y participación que percibieron.

Recoger la voz de las mujeres permite identificar problemas que no aparecen en una auditoría clínica: falta de privacidad, explicaciones insuficientes, restricciones inconsistentes o sensación de no haber sido escuchada. (Pereira, 2026) (Esteban-Sepúlveda et al., 2022)

La experiencia usuaria debe interpretarse con seriedad, pero sin simplificaciones. Una queja no demuestra automáticamente una falla clínica, y un resultado favorable no invalida una experiencia negativa. Ambos tipos de información pueden coexistir.

La familia también puede aportar observaciones, siempre diferenciando su perspectiva de la de la mujer. La prioridad sigue siendo escuchar directamente a quien recibió el cuidado.

Los servicios pueden utilizar encuestas breves, entrevistas o revisión de comentarios para identificar patrones. La utilidad depende de cerrar el ciclo: analizar, implementar cambios y comunicar resultados al equipo.

La medición de experiencia adquiere valor cuando produce decisiones concretas. De otro modo se convierte en acumulación de datos sin efecto sobre la atención.

4.8.1 Aplicación profesional

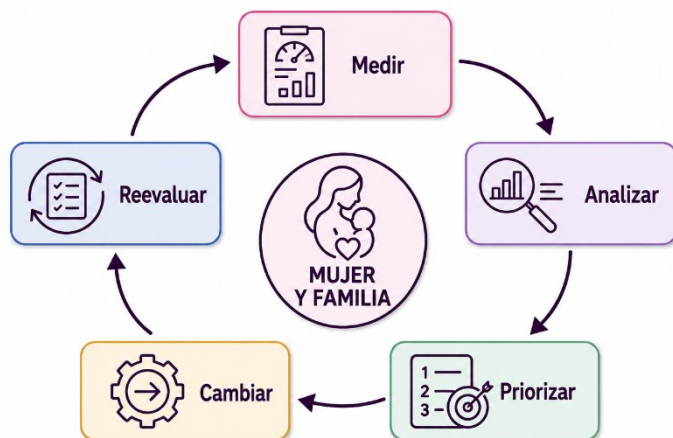
Seleccione dos preguntas de experiencia usuaria que permitan obtener información accionable sobre respeto, comprensión, privacidad o participación y no solo una valoración general de satisfacción.

Analice cómo interpretar una queja junto con los resultados clínicos, evitando tanto desestimarla por haber obtenido un buen desenlace como convertirla automáticamente en prueba de mala práctica.

Proponga cómo cerrar el ciclo de retroalimentación: recoger información, analizar patrones, definir una acción y comunicar al equipo qué se modificó.

Figura 15. Ciclo de mejora de la experiencia de nacimiento

Ciclo de mejora de la experiencia de nacimiento



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Manrique (2026), Moyon Moyon y Garófalo Manzano (2023) y Lindarte y Martínez (2022).

4.9 Formación, supervisión y aprendizaje del equipo

La humanización debe enseñarse con la misma seriedad que otras competencias clínicas. Las habilidades de comunicación, consentimiento, manejo de conflictos y escucha pueden entrenarse mediante casos, simulaciones y observación de la práctica.

La supervisión es especialmente relevante en entornos docentes. Los estudiantes aprenden tanto de lo que se les explica como de las conductas que observan. Un currículo que habla de respeto, pero tolera comentarios despectivos en la práctica, transmite un mensaje contradictorio.

Los modelos de atención humanizada ofrecen contenidos que pueden convertirse en competencias observables: presentarse, explicar procedimientos, proteger privacidad, validar preguntas y documentar decisiones. (Buñay-Muñoz et al., 2025) (Calderón Rueda et al., 2023)

La retroalimentación debe centrarse en conductas y no en etiquetas personales. Decir “interrumpió varias veces a la paciente” permite corregir; decir “no es empático” ofrece menos orientación.

Los equipos también pueden aprender de experiencias positivas. Revisar qué permitió una atención fluida ayuda a identificar prácticas que pueden estandarizarse.

La formación continua convierte la humanización en una práctica profesional aprendida y mejorable, en lugar de tratarla como una cualidad innata.

4.9.1 Aplicación profesional

Diseñe una microactividad de simulación centrada en una conversación difícil, una explicación de procedimiento o una decisión compartida, con criterios concretos de observación.

Analice la diferencia entre corregir una conducta y etiquetar a una persona. Redacte una retroalimentación que describa qué ocurrió, su efecto y qué alternativa puede practicarse.

Proponga un mecanismo para incorporar aprendizajes de experiencias positivas y no solamente de incidentes o quejas, de modo que las buenas prácticas puedan repetirse.

4.10 Implementación y mejora continua del modelo humanizado

Transformar la atención requiere pasar de principios generales a procesos verificables. Un servicio puede comenzar identificando puntos críticos del recorrido de la mujer: ingreso, información, acompañamiento, procedimientos, nacimiento,

puerperio y alta. En cada punto se pueden definir prácticas mínimas de respeto y comunicación.

La mejora debería ser gradual y medible. Intentar cambiar todo al mismo tiempo puede producir resistencia y resultados difíciles de evaluar. Es preferible seleccionar prioridades, probar cambios, recoger experiencia y ajustar.

Los desarrollos sobre humanización y marcos normativos muestran que la implementación enfrenta barreras institucionales, culturales y organizativas. Por eso el cambio necesita liderazgo, formación y revisión de protocolos. (Lindarte & Martínez, 2022) (Colmenares & Ramírez, 2024)

La participación de las usuarias puede enriquecer el diseño. Escuchar qué momentos generan mayor incertidumbre ayuda a priorizar intervenciones que el equipo quizá no había considerado importantes.

Los indicadores pueden incluir cumplimiento de prácticas, experiencia usuaria, continuidad de información y revisión de restricciones. Deben interpretarse junto con resultados clínicos y no competir con ellos.

La mejora continua cierra el recorrido de este libro: escuchar, justificar, acompañar, documentar y revisar. Humanizar es una forma de organizar el trabajo cotidiano, no una campaña temporal.

4.10.1 Aplicación profesional

Elija un punto crítico del recorrido gestación-nacimiento-puerperio y defina una mejora pequeña, un responsable, un plazo realista y una forma de observar el cambio.

Analice qué barreras dependen de normas, organización, infraestructura o conductas profesionales antes de proponer soluciones; evite atribuir todos los problemas a un solo nivel.

Diseñe un ciclo breve de mejora: escuchar a usuarias y equipo, priorizar un problema, probar una acción, revisar resultados y decidir si se mantiene, ajusta o reemplaza.

Figura 16. Modelo institucional de humanización

Modelo institucional de humanización



Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis conceptual de Manrique (2026), Moyon Moyon y Garófalo Manzano (2023) y Lindarte y Martínez (2022).

Cierre de la unidad

La cuarta unidad cierra el desarrollo central proponiendo una idea operativa: la humanización necesita sostenerse en equipos, supervisión, registros, aprendizaje y mejora continua. No puede depender solamente de la sensibilidad de un profesional. Cuando la experiencia de las mujeres se escucha junto con los resultados clínicos, el servicio dispone de información más completa para revisar prácticas y mantener cambios.

CONCLUSIONES



La humanización del parto y del nacimiento se comprende mejor cuando deja de presentarse como una alternativa a la seguridad clínica. Las cuatro unidades muestran que el cuidado respetuoso se sostiene precisamente en decisiones justificadas, comunicación comprensible, vigilancia proporcional y capacidad de actuar cuando la condición materna o neonatal lo requiere. La diferencia está en que la mujer no desaparece detrás del procedimiento. Mantiene su condición de sujeto de derechos, recibe información y participa en las decisiones en la medida que las circunstancias lo permiten.



La dignidad se expresa en detalles concretos: privacidad, presentación del personal, permiso antes de explorar, lenguaje respetuoso y explicación de cambios. Estas conductas pueden parecer pequeñas frente a la complejidad de la obstetricia, pero organizan la experiencia de la mujer y la familia. Un servicio que las aplica de forma consistente comunica que la persona importa tanto como el proceso clínico. Un servicio que las deja

a criterio individual produce experiencias variables y difíciles de sostener.

La atención centrada en la mujer requiere autonomía real y no solo formularios de consentimiento. Informar significa traducir la situación clínica, señalar recomendaciones y reconocer opciones razonables. También implica aceptar que una mujer puede cambiar de preferencia a medida que evoluciona el trabajo de parto. La decisión compartida no diluye la responsabilidad profesional; obliga a justificarla y a hacerla comprensible.

El acompañamiento y la participación familiar adquieren sentido cuando se alinean con la voluntad de la mujer. La familia puede aportar apoyo emocional, memoria de preferencias y continuidad durante el puerperio. Sin embargo, no debe sustituir la voz de la paciente ni invadir su privacidad. El enfoque familiar es humanizador cuando amplía la red de cuidado sin desplazar a quien atraviesa el nacimiento.

La interculturalidad recuerda que la calidad no puede construirse sobre un modelo único de mujer o familia. Escuchar significados culturales, adaptar aspectos del cuidado y utilizar

recursos de interpretación cuando sean necesarios permite ofrecer una atención más segura y respetuosa. La negociación cultural debe mantenerse vinculada al juicio clínico y a la autonomía de la mujer.

El nacimiento y el puerperio muestran la importancia de la continuidad. La proximidad madre-recién nacido, el apoyo a la lactancia, la información después de una situación inesperada y el seguimiento tras el alta forman parte del mismo proceso. La humanización pierde coherencia cuando se limita a la sala de partos y desaparece en las transiciones entre áreas o niveles de atención.

Finalmente, la humanización necesita estructura institucional. Formación, liderazgo, registros, revisión de experiencias usuarias y protocolos coherentes permiten que el buen trato no dependa exclusivamente de la disposición personal de cada profesional. La mejora sostenible surge cuando el servicio puede observar sus prácticas, identificar brechas y ajustar procesos sin enfrentar humanización y seguridad como objetivos opuestos.

RECOMENDACIONES



1. Incorporar la humanización como criterio explícito de calidad obstétrica, vinculándola a seguridad, comunicación, consentimiento, privacidad y continuidad. La política institucional debe traducirse en conductas observables y no limitarse a declaraciones generales.

2. Revisar los procesos de ingreso, trabajo de parto, nacimiento, cesárea, puerperio y alta para identificar restricciones o rutinas que no cuenten con una justificación clínica u organizativa suficiente. Las prácticas pueden conservarse cuando aportan seguridad y modificarse cuando responden únicamente a costumbre.

3. Fortalecer la formación del personal en comunicación clínica, decisión compartida, consentimiento informado, manejo de conversaciones difíciles e interculturalidad. Estas competencias deben enseñarse mediante casos y observación de conductas, además de contenidos teóricos.

4. Facilitar el acompañamiento elegido por la mujer dentro de las condiciones de seguridad del servicio y establecer criterios transparentes para las excepciones. El acompañante

debe recibir orientación breve sobre su papel y las normas del área.

5. Documentar preferencias relevantes, información entregada y cambios del plan de atención. La continuidad entre turnos requiere que la historia clínica conserve aspectos humanísticos que influyen en las decisiones, no solo parámetros fisiológicos.

6. Promover la proximidad madre-recién nacido y la continuidad del vínculo cuando las condiciones clínicas lo permitan. Cuando sea necesaria una separación, explicar la razón, el lugar del cuidado y la expectativa de reencuentro.

7. Desarrollar apoyo a la lactancia que sea práctico, continuo y no coercitivo. La educación debe considerar las condiciones del hogar y la red de apoyo, además de las necesidades clínicas de madre y recién nacido.

8. Incorporar mecanismos de escucha de la experiencia de las mujeres y utilizar la información para decisiones de mejora. Las encuestas o entrevistas tienen valor cuando generan acciones, responsables y seguimiento.

9. Adaptar la atención a la diversidad cultural mediante escucha, negociación y recursos de comunicación. Las diferencias culturales no deben interpretarse automáticamente como resistencia al cuidado.

10. Mantener como principio transversal que el contenido de este libro debe complementarse con protocolos clínicos actualizados, normativas locales y juicio profesional. La humanización no sustituye la competencia técnica; define la forma en que esa competencia se pone al servicio de la mujer y su familia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acompañamiento continuo. Presencia sostenida de una persona elegida por la mujer o de un profesional que aporta apoyo emocional, información y continuidad durante el proceso de atención.

Atención centrada en la mujer. Modelo de cuidado que organiza decisiones y comunicación alrededor de las necesidades clínicas, preferencias, valores y contexto de la mujer.

Autonomía. Capacidad de la persona para participar en decisiones sobre su atención después de recibir información comprensible y suficiente.

Bienestar emocional. Estado relacionado con seguridad percibida, apoyo, expresión de emociones y posibilidad de afrontar el proceso con acompañamiento adecuado.

Cesárea humanizada. Aplicación de principios de información, dignidad, privacidad, acompañamiento y vínculo en un nacimiento quirúrgico, dentro de los límites de seguridad.

Consentimiento informado. Proceso de comunicación mediante el cual se explica una intervención, sus objetivos, alternativas razonables y aspectos relevantes para que la persona pueda decidir.

Continuidad del cuidado. Coherencia de información, objetivos y seguimiento entre profesionales, turnos, áreas y niveles asistenciales.

Cuidado respetuoso. Atención que protege dignidad, privacidad, autonomía y comunicación, evitando trato degradante o discriminatorio.

Decisión compartida. Proceso en el que el profesional aporta conocimiento clínico y recomendaciones, mientras la mujer aporta preferencias, valores y decisiones informadas.

Dignidad. Valor inherente de toda persona que exige trato respetuoso independientemente de su condición clínica o social.

Enfoque familiar. Forma de atención que reconoce la influencia y el apoyo de la familia sin sustituir la autonomía de la mujer.

Experiencia de nacimiento. Percepción y memoria que la mujer construye sobre el proceso clínico, la comunicación, el trato y su participación.

Humanización. Organización del cuidado sanitario que integra competencia técnica con respeto, comunicación, participación y reconocimiento de la persona.

Interculturalidad. Relación de diálogo entre diferentes marcos culturales orientada a comprender significados y acordar cuidados seguros y respetuosos.

Lactancia. Proceso de alimentación y relación madre-recién nacido que puede requerir información, apoyo práctico y continuidad asistencial.

Parto humanizado. Atención del parto basada en seguridad clínica, respeto, participación de la mujer, acompañamiento y reducción de prácticas no justificadas.

Plan de parto. Herramienta de comunicación que recoge preferencias y expectativas, susceptible de modificarse según la evolución clínica y la decisión de la mujer.

Privacidad. Protección del cuerpo, la información y el espacio personal durante la atención.

Proporcionalidad. Principio según el cual una intervención debe guardar relación con la necesidad clínica y el beneficio esperado.

Puerperio. Periodo posterior al nacimiento en el que la mujer atraviesa recuperación física, adaptación emocional y reorganización familiar.

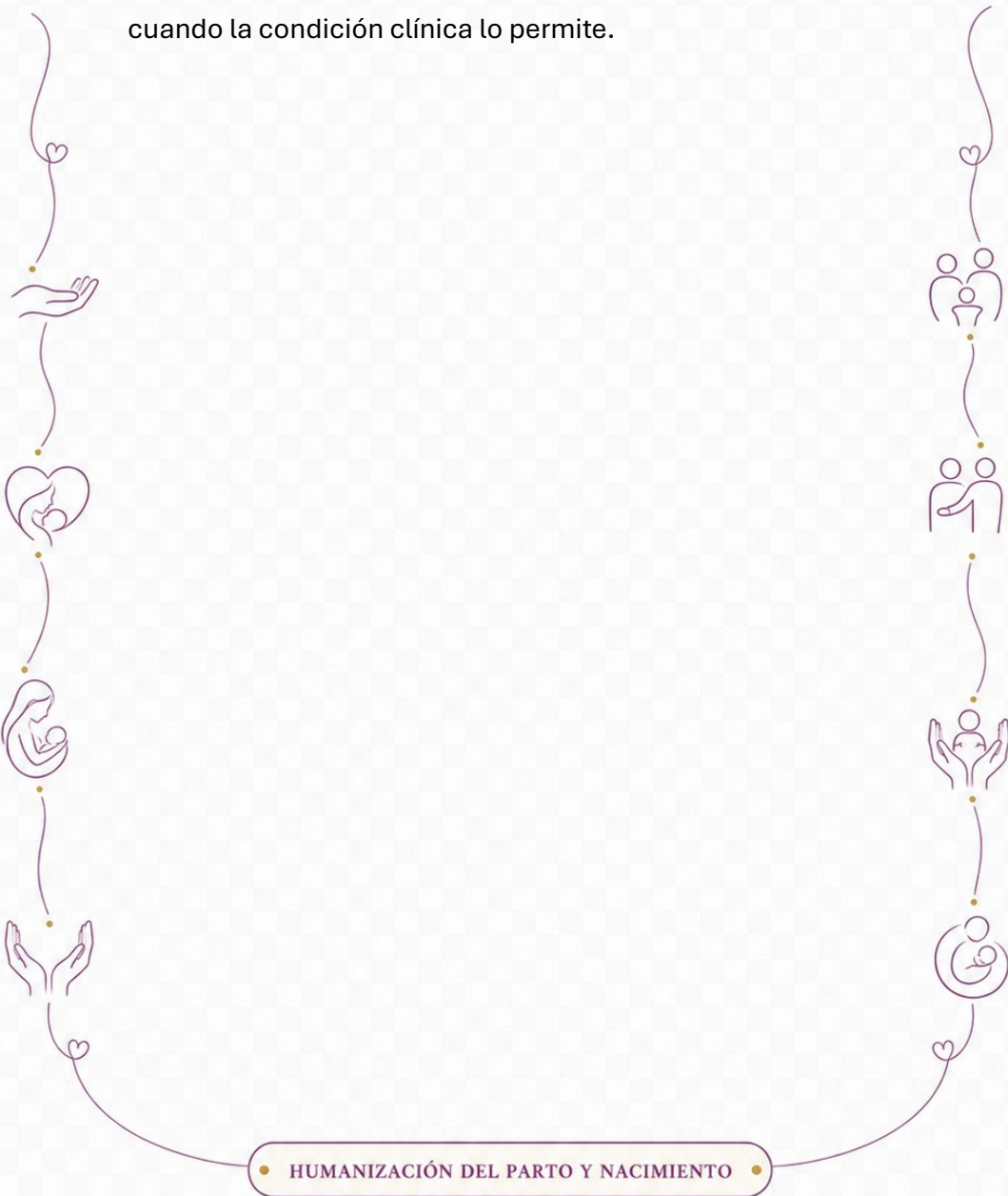
Seguridad clínica. Conjunto de prácticas orientadas a prevenir daño evitable y responder adecuadamente a riesgos durante la atención.

Seguridad cultural. Percepción de recibir atención sin imposiciones, discriminación o desvalorización de la identidad cultural, dentro de límites clínicos seguros.

Trabajo multidisciplinario. Coordinación entre distintas profesiones y servicios para ofrecer un plan coherente de atención.

Trato digno. Conductas que reconocen a la mujer como persona, incluyendo presentación, escucha, explicación, privacidad y respeto.

Vínculo temprano. Relación inicial entre madre, recién nacido y familia favorecida por proximidad, contacto y participación cuando la condición clínica lo permite.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buñay-Muñoz, N. P., Vaca-Yanez, A. Y., Barrera-Gualicate, P. J., Toaquiza-Chancusig, C. F., Aimacaña-Yanchaguano, J. K., & Alvarez-Guerra, M. E. (2025). Revisión sistemática sobre el parto humanizado: Aportes teóricos y modelos de Enfermería en la construcción del cuidado. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 8(16), 441-470.
<http://www.journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/238>
- Calderón Rueda, G., Hernández Tabera, J. X., Mendoza Sierra, G. M., & Silva Sanabria, L. X. (2023). Humanización en el servicio ginecológico con enfoque en parto humanizado. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/aba92959-4a25-40a7-b0c3-5b1c5a9928f1/content>
- Colmenares, J., & Ramírez, B. (2024). Volvamos al parto humanizado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 84(3), 316-328. https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/32562
- DE, D. A., & Murguía, N. A. R. (2024). Percepción de gestantes sobre los beneficios y barreras en el programa de atención para el cuidado prenatal. https://www.ucuauhtemoc.edu.mx/hubfs/sitio_ead/repositorio-tesis/luzmaryPadilla.pdf
- Domínguez Montoya, W. A., & Calvopiña Riera, K. M. (2022). Enfoque del cuidado humanizado de enfermería durante el trabajo de parto [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9395>
- Esteban-Sepúlveda, S., Fabregas-Mitjans, M., Ordobas-Pages, L., Tutusaus-Arderiu, A., Andreica, L. E., & Leyva-Moral, J. M. (2022). La experiencia de parto en un hospital de España: Humanización versus tecnificación. *Enfermería Clínica*, 32, S14-S22.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862121002382>

Gómez, J. P. R., & Jaramillo, F. M. E. E. M. (2022). Prácticas asociadas al parto humanizado y beneficios a la salud integral de las mujeres: Una revisión bibliográfica. <https://repository.usta.edu.co/bitstreams/3af505c9-55d3-4928-ac81-7232d2a95f1a/download>

Lindarte, B., & Martínez, A. (2022). Humanización del parto en Colombia: Avances legislativos, protocolos modernos y desafíos en su implementación. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/79701>

Manrique, L. M. C. (2026). Importancia de la atención humanizada para un parto culturalmente seguro en instituciones de salud. *Excelsium Scientia: Revista Internacional de Investigación*, 10(1), 48–60. <https://revistas.umariana.edu.co/ExcelsiumScientia/article/view/5242>

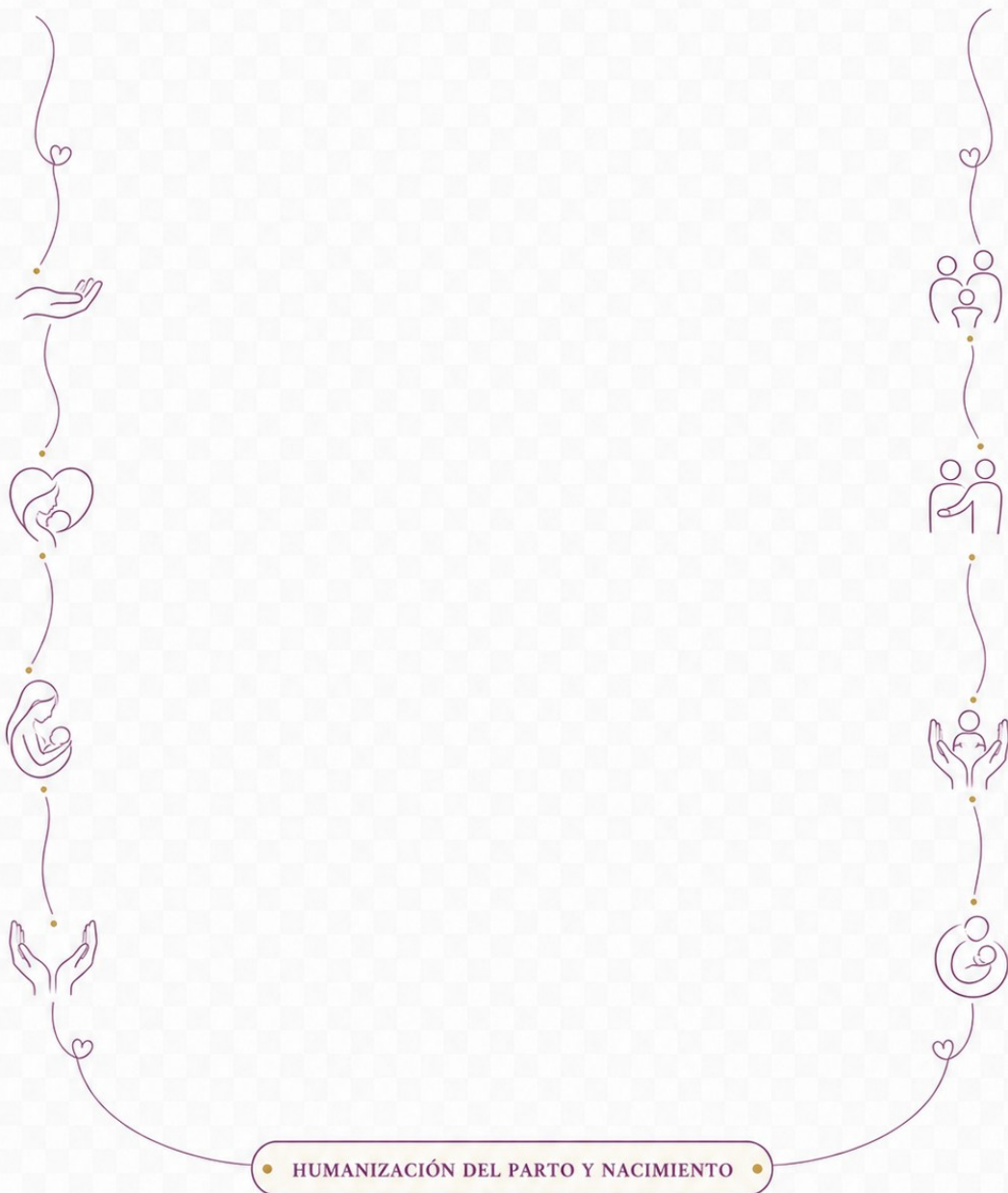
Moyon Moyon, J. I., & Garófalo Manzano, K. E. (2023). Enfoque intercultural de enfermería en el parto humanizado [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11406>

Naibaho, D. E., Musthofa, S. B., & Indraswari, R. (2025). Facilitators and barriers factors of exclusive breastfeeding practice among unemployed mothers: A scoping review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 8(9), 1036–1051. <https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/MPPKI/article/view/7804>

Neira Pinzón, D. A. (2024). Humanización de la atención en salud en la gestación, nacimiento y posparto desde el enfoque bioético: Revisión narrativa de la literatura. <https://repositorio.uniboyaca.edu.co/entities/publication/022c68f5-9b1a-4b31-b76d-b4656fd4e13a/full>

Pereira, I. R. N. C. (2026). Vocalização das mulheres na experiência de parto [Tesis de maestría, Universidade de Évora].

<https://search.proquest.com/openview/3ce04607ea6fa637404c6039f61cfcff/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>





Contraportada

HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y DEL NACIMIENTO

ATENCIÓN CENTRADA EN LA MUJER Y LA FAMILIA



Jorge Luis Ramos Rosero



RESUMEN

Este libro aborda la humanización del parto y del nacimiento desde una perspectiva clínica, ética y relacional centrada en la mujer y la familia. El contenido se organiza en cuatro unidades que integran dignidad, autonomía, bienestar emocional, prácticas basadas en evidencia, vínculo temprano, lactancia, interculturalidad y trabajo multidisciplinario. La primera unidad desarrolla los fundamentos del parto humanizado, la tensión entre tecnificación y respeto, el consentimiento informado y la atención culturalmente segura. La segunda examina la preparación prenatal, el ingreso, el ambiente, el acompañamiento, el manejo del dolor, la vigilancia y la toma compartida de decisiones durante el trabajo de parto. La tercera analiza el nacimiento, la proximidad madre-recién nacido, la lactancia, la cesárea y la comunicación en situaciones de mayor complejidad. La cuarta se dedica al puerperio, las redes familiares, la diversidad cultural, la prevención del trato irrespetuoso y la mejora institucional. El texto utiliza la bibliografía proporcionada como base académica y evita presentar algoritmos o instrucciones que sustituyan protocolos clínicos locales. Su finalidad es apoyar la formación de profesionales capaces de integrar seguridad, comunicación y respeto en cada etapa de la atención materno-neonatal.



Palabras clave: parto humanizado; nacimiento; atención centrada en la mujer; familia; obstetricia.



Live
Working
EDITORIAL



ISBN 978-9942-580-86-3



9 789942 580863