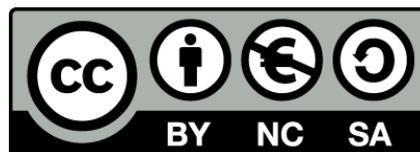




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol

Ainoa Biurrun Garrido



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons**.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons**.

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License**.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La humanización de la asistencia al parto:
Valoración de la satisfacción, autonomía y del
autocontrol.

Doctorando

Ainoa Biurrun Garrido

Directores

Dra. Josefina Goberna Tricas

Dra. Juana Gómez Benito

Tutora

Dra. Josefina Goberna Tricas

Doctorado en Ciencias Enfermeras

Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y

Materno-infantil

Barcelona, Julio 2017

“Ethics and Science need to shake hands”

(Richard Clarke Cabot)

Dedicatoria

A mi familia por la fe que depositan en mí.

A mi padre,

Por ser un luchador hasta el final.

*Por intentar siempre sacar provecho de mi
persona.*

*Por inculcarme que a la vida no hay que pedirle
cargas leves sino espaldas fuertes.*

Agradecimientos

Me gustaría hacer constancia de todas las personas que de forma directa o indirecta han facilitado la producción del trabajo que se presenta a continuación. Para mí es difícil plasmar toda la gratitud que os merecéis. La enumeración que realizo es simplemente por una cuestión de imprenta ya que no puedo poner a todas las personas en la misma línea.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis padres y más concretamente a mi padre, el apoyarme siempre e inculcarme constancia. También me gustaría dar gracias a mi familia, a los míos, y en especial a mi hermana y a mi pareja Fran por su paciencia y por aguantarme en mis caídas.

No tengo palabras para agradecer la ayuda, dedicación y apoyo de la Dra. Josefina Goberna durante todos estos años; por enseñarme qué es la investigación, por transmitirme y compartir su indudable saber y conocimiento en la materia, por su seguimiento continuo y orientación en este largo camino, por su paciencia y dedicación en esas innumerables revisiones de mis trabajos, por tener siempre su teléfono disponible y su puerta del despacho abierta cuando lo he necesitado... Incluso brindándome su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi vida. Me siento muy afortunada de haber podido aprender de ella, y estoy segura que seguiré haciéndolo. Agradezco profundamente la confianza que ha depositado en mí durante todos estos años abriéndome las puertas de la investigación y la docencia. Sin ella, este trabajo, simplemente no hubiera sido posible. Gracias de corazón.

También me gustaría dar las gracias la Dra. Juana Gómez y Dra. Maite Barrios por su apoyo, seguimiento y consejos durante estos años.

Doy las gracias por supuesto, a todas las mujeres que participaron de forma totalmente altruista y desinteresada en este estudio, porque sus colaboraciones me han permitido entrar en el mundo íntimo de sus decisiones y gracias a ellas, he podido aprender cómo hacer investigación cualitativa y realizar este trabajo.

Agradezco también a mis amigas y amigos, ellos saben de quiénes hablo, el demostrarme siempre que lo son y el enseñarme a serlo. El estar en todas las situaciones y el enseñarme a estar. El brindarme siempre su apoyo y el obligarme a nunca tirar la toalla.

Asimismo, merecen una mención especial mis compañeros de Sala de partos del Hospital del Mar de Barcelona y de la Unidad 03. Mis compañeros del PASSIR de la zona litoral de Barcelona, mis excompañeros del CAP La Pau y mis actuales compañeros del CAP El Clot, por todo el apoyo que he recibido de ellos, sobretodo en estos últimos tiempos que han sido muy complicados para mí. Solo me cabe decirlos que sois lo mejor y que siento no poder nombraros a cada uno de vosotros, pero sé que no hace falta, porque vosotros ya sabéis que os quiero y que formamos una gran familia asistencial.

También me gustaría agradecer a las mujeres que he atendido, a las que atiendo y a las que espero atender durante mi jornada asistencial, el permitirle hacerlo, porque me hacen ver la vida de otra manera y me permiten encontrar el sentido de mis días.

Debo también mostrar mi gratitud a los alumnos que he tenido y en especial a mis alumnos de la asignatura troncal de enfermería comunitaria del campus de Bellvitge, por transmitirme sus ganas de aprender.

Gracias también a los profesores que he tenido y a los que tendré. Y cómo no, a todas esas personas que, con anterioridad, han investigado y escrito sobre este tema, por sus esfuerzos, y porque han permitido mediante “las TICs” que personas como yo podamos disponer de sus conocimientos.

Por último, gracias de verdad a todos los que leéis estas hojas por no dudar en gastar vuestro tiempo en hacerlo y por hacerme feliz con ello.

Resumen

Introducción

Desde la segunda mitad del siglo XX, la asistencia a la gestación y al nacimiento ha sufrido un proceso de medicalización y tecnificación. Esta medicalización de la atención ha suscitado opiniones encontradas; mientras algunos han considerado la medicalización y tecnificación de la asistencia al nacimiento como signos positivos del progreso médico, otros han hecho responsable a estos procesos, de la deshumanización de las atenciones a las embarazadas, por lo que han reclamado el retorno a un trato más respetuoso con cada persona, con cada gestante, parturienta y/o puérpera.

Como respuesta al fenómeno de la medicalización, en los últimos años se está asistiendo a un cambio en el modelo de atención sanitaria al nacimiento. En este cambio se pone énfasis al concepto de humanización asociado a la atención sanitaria en el trabajo de parto. No obstante, se debe recordar que, optar por una asistencia más o menos tecnificada implica decidir, escoger entre diferentes modelos asistenciales y ello tiene implicaciones a diferentes niveles: éticos, políticos, institucionales y organizativos.

Objetivo

Conocer la experiencia de las mujeres, con el fin de profundizar en lo que significa para ellas una atención humanizada y satisfactoria al parto.

Metodología

En primer lugar, para la realización de este trabajo, se realizó una revisión de la bibliografía publicada con la que se elaboró una aproximación histórica obstétrica contextualizada, y se conocieron los factores que determinan según la bibliografía una atención humanizada al nacimiento. Posteriormente, se realizó un estudio cualitativo con un diseño fenomenológico interpretativo según la perspectiva de Gadamer. Se realizaron 21 entrevistas a mujeres con una gestación de bajo y medio riesgo obstétrico, para identificar los elementos que contribuyen a una percepción de

atención humanizada y satisfactoria del parto. Posteriormente, se llevaron a cabo 8 entrevistas adicionales con el objetivo de profundizar en la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención al parto.

Resultados

Se observó que los elementos que las mujeres reconocieron como fundamentales para una experiencia positiva, satisfactoria y humanizada de la atención recibida estaban relacionados con: las expectativas previas que éstas tenían, las cuales estaban condicionadas por el imaginario social del parto como situación de riesgo, con la vivencia que tuvieron; en caso de partos anteriores, con la seguridad percibida, con el respeto a la privacidad y con el soporte emocional recibido durante el trabajo de parto y parto. Además, se constató que la experiencia de las mujeres en relación con la toma de decisiones informada durante la atención al parto, viene determinada por su capacidad de decisión durante este proceso en determinados aspectos y que dicha capacidad se desarrolla a lo largo de un proceso que se inicia en el tercer trimestre de embarazo y concluye en el parto, siendo distintas las demandas que las mujeres realizan a los profesionales según el momento asistencial.

Conclusiones

La concepción social que define el parto como una "situación de riesgo" influye en las expectativas de las mujeres y en la experiencia de dar a luz. La seguridad proporcionada por la infraestructura hospitalaria y la tecnología es un factor importante para las mujeres entrevistadas. El reconocimiento de la capacidad independiente para tomar decisiones, el respeto a la privacidad y el sentimiento de conexión con los profesionales que se establece durante la relación asistencial, también se consideraron elementos fundamentales. Es importante que los profesionales de la salud sean particularmente sensibles con respecto a los elementos que garantizan un respeto a la privacidad, que las mujeres sean preguntadas antes de ser atendidas y que los profesionales de la salud y en especial las matronas adopten una sensibilidad ética que contribuya al respeto de la autonomía de las mujeres.

Palabras Clave: Matronas, trabajo de parto, parto humanizado, autonomía personal, satisfacción del paciente, toma de decisiones.

Resum

Introducció

Des de la segona meitat del segle XX, la assistència a la gestació i al naixement ha sofert un procés de medicalització y tecnificació. Aquesta medicalització de l'atenció ha suscitat opinions oposades; mentre alguns han considerat la medicalització i tecnificació de l'assistència al naixement com signes positius del progrés mèdic, altres han fet responsable a aquests processos, de la deshumanització de les atencions a les embarassades, pel que han reclamat el retorn a un tracte més respectuós amb cada persona, amb cada gestant, partera i / o puèrpera.

Com a resposta al fenomen de la medicalització, en els últims anys s'està assistint a un canvi en el model d'atenció sanitària al naixement. En aquest canvi es posa èmfasi al concepte d'humanització associat a l'atenció sanitària en el treball de part. No obstant això, s'ha de recordar que, optar per una assistència més o menys tecnificada implica decidir, escollir entre diferents models assistencials i això té implicacions a diferents nivells: ètics, polítics, institucionals i organitzatius.

Objectiu

Conèixer l'experiència de les dones, per tal d'aprofundir en el que significa per a elles una atenció humanitzada i satisfactòria al part.

Metodologia

En primer lloc, per a la realització d'aquest treball, es va realitzar una revisió de la bibliografia publicada amb la qual es va elaborar una aproximació històrica obstètrica contextualitzada, i es van conèixer els factors que determinen segons la bibliografia una atenció humanitzada al naixement. Posteriorment, es va realitzar un estudi qualitatiu amb un disseny fenomenològic interpretatiu segons la perspectiva de Gadamer. Es van realitzar 21 entrevistes a dones amb una gestació de baix i mitjà risc obstètric, per identificar els elements que contribueixen a una percepció d'atenció humanitzada i satisfactòria del part. Posteriorment, es van dur a terme 8 entrevistes addicionals amb l'objectiu d'aprofundir en l'experiència de les dones en relació a la presa de decisions informades durant l'atenció al part.

Resultats

Es va observar que els elements que les dones van reconèixer com a fonamentals per a una experiència positiva, satisfactòria i humanitzada de l'atenció rebuda estaven relacionats amb: les expectatives prèvies que aquestes tenien, les quals estaven condicionades per l'imaginari social del part com a situació de risc, amb la vivència que van tenir; en cas de parts anteriors, amb la seguretat percebuda, amb el respecte a la privacitat i amb el suport emocional rebut durant el treball de part i part. A més, es va constatar que l'experiència de les dones en relació amb la presa de decisions informada durant l'atenció al part, ve determinada per la seva capacitat de decisió durant aquest procés en determinats aspectes i que aquesta capacitat es desenvolupa al llarg d'un procés que s'inicia en el tercer trimestre d'embaràs i conclou en el part, sent diferents les demanades que les dones realitzen als professionals segons el moment assistencial.

Conclusions

La concepció social que defineix el part com una "situació de risc" influeix en les expectatives de les dones i en l'experiència de donar a llum. La seguretat proporcionada per la infraestructura hospitalària i la tecnologia és un factor important per a les dones entrevistades. El reconeixement de la capacitat independent per prendre decisions, el respecte a la privacitat i el sentiment de connexió amb els professionals que s'estableix durant la relació assistencial, també es van considerar elements fonamentals. És important que els professionals de la salut siguin particularment sensibles pel que fa als elements que garanteixen un respecte a la privacitat, que les dones siguin preguntades abans de ser ateses i que els professionals de la salut i especialment les llevadores adoptin una sensibilitat ètica que contribueixi al respecte de l'autonomia de les dones.

Abstract

Introduction

Since the second half of the 20th century, the care during pregnancy and childbirth has undergone a process of 'medicalization' and 'technification'. This incremental medicating during the attention received by the patient has caused a difference of opinion: while some consider the increasing use of medication and technology throughout childbirth attention a positive indicator of medical progress, others make these processes responsible for the dehumanization in the care of pregnant women. Hence, they call for the return to a more respectful treatment for each person, pregnant woman, woman in labour and/or postpartum woman.

As a result of the 'medicalization' phenomena, in recent years a change in the model of the attention received during childbirth has taken place. In this change, the concept of humanization related to healthcare attention during the childbirth has been emphasized. However, it must be pointed out that the choice of a more or less technical assistance means deciding among different models of attention that have different consequences: ethical, political, institutional and organizational.

Objective

To understand women's experience with the purpose of going into detail about what it means for them a humanized and satisfactory attention to childbirth.

Methodology

As a first step of this research, it was carried out a review about the published bibliography with which a contextual historical obstetric approach was developed, and there were identified the elements that determine a humanized childbirth attention according to the bibliography. Afterwards, it was performed a qualitative study with a phenomenological interpretative design following Gadamer's perspective. There were conducted 21 interviews in women with low and medium gestational obstetrical gestation to identify the elements that contribute to a perception of humanized and satisfactory delivery. After that, we conducted 8 additional interviews in order to deepen

in the women's experience related to informed decision making during childbirth attention.

Results

It was observed that the elements that the women recognized as fundamental for a positive, satisfactory and humanized experience of the attention received were related to: prior expectations they had of it, which were conditioned by the social imaginary of childbirth as a risky situation with the experience that they had; in case of previous births, with the perceived safety, respect for privacy and emotional support received during labour and delivery. In addition, it was found that women's experience in relation to informed decision making during childbirth attention, it is determined by its decision making capacity during this process in certain aspects and this capacity is developed throughout a process which begins in the third trimester of pregnancy and concludes in childbirth, making different requests to the professionals depending on the situation during the assistance.

Conclusions

The social conception that defines childbirth as a "risk situation" influences the expectations that the women around us form and influences the experience of giving birth; the security provided by the hospital infrastructure and technology is an important factor for the women interviewed. Recognition of independent capacity to make decisions, respect for privacy and the feeling of a connection with the midwives, were also seen as fundamental elements. It is important that healthcare professionals be particularly sensitive with regard to privacy, that women are asked before they are attended to by trainees and that midwives adopt an ethical sensitivity that contributes to respect for the women's autonomy.

Keywords: Nurse Midwives, Term Birth, Personal Autonomy, Satisfaction, Decision Making.

Listado de acrónimos

BCSQ: Birth Companion Support Questionnaire

CAQDAS: Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software

CEQ-E: Childbirth Experience Questionnaire

COMFORTS: Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction

COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research

EIR: Enfermero Interno Residente

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal

GPC: Guías de Práctica Clínica

LBRAP: Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica

MBE: Medicina Basada en la Evidencia

MCSRS: Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale

MIR: Médico Interno Residente

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada

SNS: Sistema Nacional de Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

WOMBLSQ: Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire

Índice

Introducción	1
Planteamiento del problema.....	1
Situación actual del problema de investigación	2
Motivación personal	3
Estructura de la tesis.....	4
MARCO TEÓRICO	7
Capítulo 1. Tecnología y medicalización de los cuidados durante el trabajo de parto	9
1.1 El inicio de la tecnificación en la asistencia sanitaria al parto.....	11
1.2 El siglo XX y la revolución biomédica.....	16
1.3 El inicio del cambio en el modelo de atención: Género, salud y atención al nacimiento.....	18
1.4 El cambio de escenario en la atención al parto.....	19
Capítulo 2. Reacciones ante la medicalización de la atención al parto	25
2.1 El concepto de “Violencia obstétrica”	26
2.2 Autonomía y vulnerabilidad: La importancia de los vínculos	30
2.3 La Declaración de Fortaleza	32
2.4 El Informe Changing Childbirth	37
2.5 Modelos de atención a la mujer	38
2.6 Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.....	43
2.6.1 Buenas prácticas obstétricas: Práctica clínica basada en la evidencia científica.....	47
2.6.1.1 El concepto de control en el trabajo de parto.....	50
2.6.1.2 El manejo del dolor durante el trabajo de parto	51
2.6.1.3 El acompañamiento en el trabajo de parto	55
2.6.1.4 La importancia del entorno físico en la atención sanitaria del trabajo de parto ..	56
2.6.1.5 Las prácticas clínicas no recomendadas durante la asistencia al parto	59
2.7 La atención al nacimiento en Cataluña	61
Capítulo 3. La atención centrada en la mujer	65
3.1 La humanización de la asistencia al parto	65
3.2 El respeto del principio de autonomía del paciente	70
3.2.1 Del paternalismo a la autonomía de la usuaria.....	72
3.2.2 La participación de la usuaria en la toma de decisiones. Situación en España.	75
3.3 El plan de parto o nacimiento	77
3.4 El plan de parto o nacimiento en España.....	80
Capítulo 4. La satisfacción de las mujeres con la atención sanitaria recibida.....	83
4.1 El concepto de satisfacción en la asistencia hospitalaria	83
4.2 La satisfacción en la asistencia al parto.....	84

4.2.1	Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale	88
4.2.2	Childbirth Experience Questionnaire.....	89
4.2.3	Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction	89
4.2.4	Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire	90
Capítulo 5. Fundamentación metodológica		91
5.1	Perspectiva teórico-metodológica	91
5.1.1	En enfoque cualitativo o cuantitativo.....	91
5.1.2	La fenomenología.....	92
5.1.3	La fenomenología interpretativa y descriptiva.....	93
5.1.4	La perspectiva fenomenológica interpretativa de Gadamer	96
5.1.5	Metodología de análisis de datos.....	97
5.2	La entrevista cualitativa como técnica de investigación	99
5.3	Estudios fenomenológicos interpretativos en relación a la experiencia de mujeres en el embarazo o parto	101
5.4	Posicionamiento de la investigadora.....	102
MARCO EMPÍRICO		105
Capítulo 6. Metodología		107
6.1	Planteamiento del problema	107
6.2	Hipótesis.....	108
6.3	Objetivo general y objetivos específicos	108
6.4	Diseño del estudio	109
6.4.1	Pregunta de investigación	109
6.4.2	Contexto y ámbito de estudio.....	110
6.4.3	Muestreo: Selección y características de las participantes.....	110
6.4.4	Acceso a la muestra.....	115
6.4.5	Recogida de los datos.....	116
6.4.6	Análisis de los datos.....	120
6.5	Aspectos éticos	126
6.6	Rigor científico del estudio.....	126
Capítulo 7. Resultados		129
7.1	Objetivo específico 1	129
7.1.1	Expectativas previas.....	131
7.1.1.1	La construcción simbólica de la imagen del parto	133
7.1.1.2	El imaginario social del parto	136
7.1.2	Vivencias contrapuestas	138
7.1.2.1	Elementos que configuran una vivencia positiva	139
7.1.2.2	Elementos que configuran una vivencia negativa.....	142
7.1.3	Satisfacción	145
7.1.3.1	La seguridad que les ofrece la asistencia hospitalaria y su infraestructura	146
7.1.3.2	La seguridad que les produce el uso de la tecnología.....	147
7.1.3.3	La seguridad y la satisfacción que ofrece un adecuado alivio del dolor	149
7.1.3.4	La seguridad que les produce el saber hacer de los profesionales.....	152

7.1.3.5	La seguridad que les ofrece el respeto a la intimidad.....	153
7.1.4	Soporte emocional.....	155
7.1.4.1	Soporte social.....	156
7.1.4.2	Soporte profesional	157
7.2	Objetivo específico 2	159
7.2.1	Capacidad de elección y toma de decisiones	160
7.2.1.1	La valoración del plan de parto	162
7.2.1.2	Los fundamentos de la decisión.....	164
7.2.1.3	Aproximación a la decisión: Información y conocimiento de los métodos de alivio del dolor	165
7.2.1.4	El momento de la decisión: el abordaje del dolor en el proceso del parto.....	168
Capítulo 8.	Discusión y limitaciones del estudio	171
8.1	Discusión de los resultados	171
8.2	Limitaciones del estudio.....	179
Capítulo 9.	Conclusiones	181
Capítulo 10.	Futuras líneas de investigación y reflexión final	183
10.1	Recomendaciones para futuras líneas de investigación	183
10.2	Reflexión final	184
Capítulo 11.	Financiación y difusión de los resultados de la investigación.....	185
11.1	Financiación	185
11.2	Difusión de la investigación	185
11.2.1	Publicaciones	185
11.2.2	Comunicaciones	186
11.2.3	Póster en congresos.....	187
Capítulo 12.	Referencias bibliográficas	189
Anexo 1.	Hoja informativa sobre el estudio	215
Anexo 2.	Aprobación ética	217
Anexo 3.	Consentimiento informado.....	219
Anexo 4.	Documento de confidencialidad y gestión de los datos	221

Índice de tablas

Tabla 2.1 Recomendaciones generales de la declaración de Fortaleza	34
Tabla 2.2 Recomendaciones específicas de la declaración de Fortaleza	35
Tabla 2.3 Oferta de Hospitales de atención natural al parto normal en Catalunya en el año 2015.....	62
Tabla 5.1 Estudios fenomenológicos interpretativos con las principales características metodológicas.....	102
Tabla 6.1 Principales datos de las mujeres participantes en el estudio.....	114
Tabla 6.2 Datos de las mujeres adicionales entrevistadas para el objetivo específico número 2.	115
Tabla 6.3 Contexto de realización de entrevistas	116
Tabla 6.4 Análisis comparativo del término humanización. Fuente: elaboración propia	119
Tabla 6.5 Guion de las entrevistas	120
Tabla 6.6 Unidades de significado, definición y número de unidades de significado	122
Tabla 6.7 Relación de unidades de significado y categorías o temas	123
Tabla 6.8 Definiciones de las meta-categorías	124
Tabla 6.9 Estructura de presentación de los resultados	125

Índice de figuras

Figura 2.1 Tasa de cesáreas en España desde 1997 hasta 2014, según el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Fuente: Instituto Nacional de Estadística, elaboración propia.	41
--	----

Introducción

Planteamiento del problema

La asistencia al parto, pese a tratarse de un proceso fisiológico, siempre ha precisado de cuidados y atenciones¹. No obstante, la aplicación de los conocimientos derivados de los avances tecnológicos, ha cambiado la forma de vida en la sociedad. Actualmente el uso de la tecnología es fundamental en todas las disciplinas y cobra una especial relevancia en las prácticas sanitarias. Resulta evidente, para las personas que trabajan en el ámbito de salud, que la atención tiende a estar cada vez más tecnificada. Asimismo, cabe destacar que, el uso de la tecnología en las ciencias de la salud ha permitido una mejora en el nivel de vida de los individuos. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha asociado la tecnificación de la atención hospitalaria y, en especial, el uso de la tecnología en la asistencia al parto, con la deshumanización de los cuidados.

Las últimas tecnologías ponen al alcance del paciente, usuario o cliente, los medios más sofisticados para garantizarle todos los cuidados que necesita, no obstante, y paradójicamente según afirman algunos autores reconocidos en la materia²⁻⁴, el uso de esa tecnología cada vez más compleja, acaba alejando a los usuarios de la atención y trato humanizado. Según algunos expertos^{3,4}, adquirir los conocimientos necesarios y dominar técnicas sanitarias provoca que, en numerosas ocasiones, los profesionales de la salud adquieran actitudes que no contemplan las necesidades de sus clientes, lo que puede producir insatisfacción por parte de éstos.

Se ha observado que uno de los principales aspectos que influyen en la humanización de la atención sanitaria, es la información y la comunicación que se establece entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud. Sin embargo, proporcionar información y establecer una comunicación con el usuario, no es suficiente para poder llegar a humanizar la atención. Existe la falsa creencia de que el simple hecho de proveer información equivale a ofrecerle participación en las decisiones, pero realmente no es así. Para que la información sea considerada herramienta de ayuda

en la toma de decisiones, ésta debe estar basada en evidencias documentadas acerca de la efectividad, beneficios y riesgos de las opciones que se les están ofreciendo a la persona informada.

A los individuos o usuarios del sistema de salud, se les debe garantizar información concreta, veraz, procurando a su vez el establecimiento de una comunicación en la que se promueva el diálogo y la escucha activa. De ese modo, se consigue que la asistencia se centre en la persona, y que ésta sea evaluada de forma individual y en su globalidad.

De igual manera y paralelamente a los avances que se producen en el ámbito de la atención a la salud, se observa que persiste una preocupación que comparten tanto los profesionales sanitarios como los gestores y los usuarios. Esta inquietud, consiste en intentar humanizar los servicios sanitarios. Con este propósito, algunos países y organismos estatales, han planteado diversas normativas, documentos, estrategias, guías y protocolos de asistencia clínica en los diferentes hospitales o áreas de salud⁵.

Situación actual del problema de investigación

Actualmente, en Europa coexisten varios modelos de atención al parto normal⁶. Uno de los motivos de la existencia de diferentes modelos de atención al nacimiento, podemos encontrarlo en la medicalización de los servicios de maternidad, que se originó en la segunda mitad del siglo XX⁷. Este hecho cambió el escenario de asistencia al parto, trasladándolo del interior del hogar a una sala de hospital, justificándose en mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos⁸. Como consecuencia de ello, se impuso un dominio médico del proceso, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo.

En los años 80, empezaron a cuestionarse las praxis médicas, debido a algunas voces críticas y a diversos movimientos sociales⁹ que influyeron en un cambio de las ideas dominantes y que calaron en el imaginario colectivo, produciéndose como resultado variaciones en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas, como de algunos profesionales de la salud;

reivindicándose un empoderamiento de la mujer¹⁰. Como consecuencia de este cambio de mentalidad, algunos estados y organismos internacionales iniciaron modificaciones legislativas y normativas. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹ revisó el modelo biomédico de atención a la gestación y el parto, afirmando que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando por tanto su autonomía¹². Por ello, la OMS propuso una atención al parto adecuada, centrada en la propia mujer, incluyendo la participación activa de ésta en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, y dándole una atención integral¹³.

A partir de entonces, muchos autores han reivindicado la humanización de la atención al parto¹⁴⁻¹⁶, relacionando su deshumanización con una alta tecnificación. El nuevo discurso sanitario se expresa en unos términos en los que la medicalización y humanización se sitúan en los dos extremos de un mismo continuum, utilizando esos dos conceptos como contrarios cuando no lo son¹⁷.

Motivación personal

Recuerdo con cariño, y algo de nostalgia, mis primeros años como enfermera y más concretamente aquellos en los cuales cursaba mis estudios universitarios de enfermería. En aquel tiempo, probablemente debido a mi juventud y a la falta de conocimiento sobre el tema, las asignaturas más prácticas me parecían las más importantes y difíciles de aprender. Hasta aquel momento, desde mi punto de vista, canalizar una vía en el primer intento era ser un buen profesional. A pesar de que en varias asignaturas teóricas, los profesores comentaban que la importancia de los cuidados residía en considerar al usuario como un todo, y no en la aplicación de técnicas concretas; para mí en aquel tiempo, y a día de hoy creo que también para los estudiantes en general, la aplicación práctica es lo que genera situaciones más estresantes y es una de las principales preocupaciones, olvidando en ocasiones aspectos fundamentales del cuidado en la relación asistencial.

También recuerdo que mi forma de ver la enfermería y la práctica asistencial y de valorar el buen hacer profesional, cambió al estudiar la asignatura troncal de enfermería legislación y ética profesional. En aquella asignatura se nos remarcó la importancia de la atención holística del ser humano, y también se hizo hincapié en la necesidad de respetar los principios bioéticos, principios que hasta aquel momento yo desconocía. Tanto los contenidos de la asignatura como el entusiasmo transmitido por la profesora que la impartía; Montserrat Busquets, despertaron en mí el interés por la ética en la práctica asistencial. Desde entonces, siempre me he sentido interesada sobre los tipos de cuidado y la bioética.

Posteriormente y tras finalizar los estudios de enfermería, cursé la especialidad de matrona. El realizar la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica en la Unidad Docente de Matronas del Campus de Bellvitge, me permitió conocer profesoras que avivaron en mí el interés en la investigación en este campo, como la Dra. Josefina Goberna; por ello, poco tiempo después de acabar los estudios de matrona, le expresé mi interés en investigar sobre la materia y hacer una tesis doctoral sobre esta temática. Fue entonces cuando la Dra. Josefina Goberna, me propuso desarrollarla dentro del proyecto de investigación FEM2012-33067, “Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial”^a, proyecto en el que ella era la Investigadora Principal y el cual se adecuaba a mis intereses e inquietudes. Es por ese motivo por el que esta tesis, se encuadra dentro de los objetivos de dicho proyecto.

Estructura de la tesis

El trabajo realizado en esta tesis doctoral, gira en torno al concepto de atención humanizada y la percepción que las mujeres tienen de su proceso procreativo. Los primeros cinco capítulos constituyen el marco teórico, teniendo como objetivo contextualizar la situación, aportando una visión de las contribuciones que se han hecho en este campo y del estado actual de la materia de investigación. Asimismo, en el quinto capítulo se ha procurado una introducción de la fundamentación

^a Proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

metodológica del estudio. En los capítulos que conforman el marco teórico es donde se incluye una revisión de la literatura científica que pretende conocer el concepto de “humanización”, profundizando en el origen del término, en su definición y en las características de una asistencia humanizada en el parto. Esta definición de humanización de la asistencia, llevó a la necesidad de clarificar su interrelación con el concepto de satisfacción en la atención sanitaria, y en concreto en el caso de la asistencia al nacimiento.

La segunda parte del trabajo de investigación constituye el marco empírico, donde se presenta un estudio con un enfoque cualitativo realizado sobre un grupo de mujeres, y cuyo principal objetivo es conocer cómo éstas viven la atención sanitaria recibida y lo que entienden por una atención humanizada durante el trabajo de parto, identificando, de ese modo, los principales elementos que la constituyen.

Marco teórico

Capítulo 1. Tecnología y medicalización de los cuidados durante el trabajo de parto

El nacimiento se inscribe en la cultura, y se construye desde todo un conjunto de representaciones y saberes¹⁸. Uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una persona es el nacimiento de un hijo. La experiencia del parto es importante en la vida de la mujer, y a través de ella para la vida del conjunto de la población¹⁹. La importancia que tiene para las mujeres el nacimiento de un hijo fundamentalmente es debida a que el embarazo y el parto constituyen profundas y poderosas experiencias²⁰, pudiendo afectar al resto de sus vidas, tanto física como emocionalmente²¹.

Desde los inicios de la historia, el trabajo de parto, pese a tratarse de un proceso fisiológico²², ha precisado cuidados y atenciones¹. Además, cabe señalar que el proceso de parto se ha relacionado con el concepto de riesgo ya que potencialmente lo presenta, tanto para la madre como para el feto, y/o para el recién nacido²³. Este riesgo potencial que aparece durante la gestación y el parto ha provocado que el proceso de nacimiento sea asociado a vulnerabilidad y fragilidad. Muestra de la vulnerabilidad que acompaña el proceso procreativo (embarazo, parto y puerperio) podemos encontrarla en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴, según el cual, se estima que en el año 2015 murieron 303.000 mujeres durante el embarazo y el parto. Asimismo, la OMS puntualiza que el 99%, de dichas muertes, se producen en países en vías de desarrollo (con 302.000 fallecimientos) donde no se suele disponer de profesionales conocedores de las prácticas obstétricas, ni tampoco, en numerosas ocasiones, de una mínima infraestructura asistencial²⁵.

Según las estadísticas de salud de la OMS, la mortalidad materna es la que muestra mayor diferencia entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. Las causas que producen cerca del 75% de las muertes maternas son las hemorragias graves, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo, las complicaciones en los partos y los abortos inseguros; todas ellas complicaciones potencialmente prevenibles también según la propia OMS²⁴.

Conforme a los datos aportados en un informe realizado conjuntamente entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS, el Banco Mundial y las Naciones Unidas²⁶, se calcula que la mortalidad neonatal en el mundo (obtenida como el número de niños que fallecen antes de los 28 días de vida) durante el año 2015 ha sido de 2,68 millones de niños. Esta cifra es significativamente inferior que la mortalidad neonatal en 1990, cifrada en 5,11 millones de niños. La tasa de mortalidad neonatal (defunciones antes de los 28 días por cada 1.000 partos) ha disminuido considerablemente^b; en 1990 estaba cifrada en 7,1 en España y 36,2 en el Mundo, mientras que según la última cifra disponible en 2015 es de 2,8 en España y 19,2 en el Mundo.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)²⁷, adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con la finalidad de cumplir los ODM, los países se comprometieron a adoptar medidas para disminuir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, pero desde 1990 la mortalidad materna se ha reducido solo un 45% por lo que el objetivo no se alcanzará hasta el año 2020, unos 15 años más tarde de lo previsto²⁸. La alta tasa de morbilidad materna e infantil motivó a que los países occidentales, después de la segunda guerra mundial, se preocuparan de su disminución; la salud materno infantil se convirtió, a partir de ese momento, en un objetivo de las políticas sanitarias estatales²⁹.

El desarrollo de la tecnología y su implantación en la atención al trabajo de parto, ha mejorado la morbilidad materna e infantil en los países occidentales. En la actualidad, dar a luz en nuestro medio, se considera médicamente seguro ya que la mortalidad materna es excepcional. Sin embargo, esta medicalización y tecnificación de la asistencia sanitaria ha comportado que la atención se centrara casi de forma exclusiva en el útero gestante olvidando en demasiadas ocasiones la subjetividad de la mujer²⁵. Asimismo, también se ha constatado que, un enfoque centrado únicamente en “la seguridad” y en la evidencia científica no garantiza la humanización de los cuidados⁸.

^b Consultado en Enero de 2017. Datos del Banco Mundial. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

Actualmente, hacer del parto un acontecimiento seguro y una experiencia positiva y satisfactoria para las mujeres es responsabilidad de los profesionales sanitarios y también de los proveedores de cuidados de salud³⁰.

1.1 El inicio de la tecnificación en la asistencia sanitaria al parto

Hasta el siglo XVII se consideraba a la matrona como el profesional encargado de la asistencia al parto de todas las clases sociales, dado que históricamente, la atención a las parturientas nunca había sido centro de interés de médicos. Durante el siglo XVI algunas matronas habían conseguido un alto reconocimiento social como por ejemplo Louise Bourgeois, hecho que hacía pensar en que las matronas comenzaban a iniciar un camino de distinción para una profesión que hasta ese momento no lo había conseguido³¹, dado que la asistencia al nacimiento había sido considerada un oficio o un “tema de mujeres”, en el que no se precisaba de cualificaciones profesionales.

Empero, a partir del siglo XVII empiezan a producirse cambios importantes en los modelos de atención al nacimiento, al empezar a aumentar el número de Universidades en Europa e incrementarse el número de médicos clínicos. La atención al nacimiento hasta entonces, era considerada una actividad poco digna para ser ejercida por hombres, por ello, históricamente y hasta ese momento, los médicos nunca habían tenido interés por atender a las mujeres parturientas excepto en aquellos casos en los que los partos eran considerados como muy complicados¹⁷. Únicamente en los casos difíciles, los médicos acababan interviniendo para poder extraer al feto, ya muerto, del interior del útero. No obstante, a partir de ese momento, la situación de la asistencia al nacimiento comienza a cambiar. En Francia empiezan a iniciarse en la atención al parto normal, por parte de algunos cirujanos, denominados “accocheurs”^{17,32}.

Aunque ya desde la época de Hipócrates se habían utilizado diferentes instrumentos como pinzas y ganchos, para extraer fetos del cuerpo de la mujer, éstos se utilizaban únicamente con el objetivo de fragmentar al feto, que había muerto en el interior del útero, y proceder a su extracción¹⁷. No obstante, la invención y el uso de los fórceps

proponían un avance muy importante en este sentido. Este nuevo instrumento diseñado por los médicos de la familia Chamberlain, permitían extraer fetos vivos de madres vivas, en situaciones en las cuales previamente, se tenía que sacrificar a uno de los dos o a ambos¹⁷. Sin embargo, los Chamberlain guardaron en riguroso secreto la utilización de los fórceps durante dos generaciones³³, a expensas de las muertes de muchas madres y recién nacidos³⁴, ocultándolos debajo de la levita y manipulándolo a ciegas, bajo las sábanas que cubrían a las mujeres parturientas³³.

La presencia de los *accocheurs* en la asistencia al nacimiento se vio reforzada con la introducción de la instrumentación en la atención al parto. En esos momentos, el uso de la técnica conllevó a que se considerase la asistencia al nacimiento como un campo apto para la presencia masculina. Por todo ello, la utilización de los fórceps como herramienta a aplicar en los partos difíciles, puede verse como el inicio de este proceso de tecnificación y medicalización⁸. En este mismo siglo, Mauriceau, cirujano que se dedicó al estudio de la obstetricia, comenzó a aconsejar la cama como lugar donde asistir el parto normal y a valorar el decúbito supino como la postura más idónea para asistir el nacimiento³⁵.

Mauriceau explica en su obra "Traité des maladies des femmes, et de celles qui sont accouchées"³⁶ que, ya en aquella época, no todas las mujeres querían parir en la misma posición. Asimismo, el autor detalla que las mujeres de pueblo solían parir arrodilladas, mientras que otras mujeres querían dar a luz en bipedestación o apoyadas, y solo algunas preferían parir sobre un colchón en el suelo. A pesar de las diferentes posiciones que el autor explica en su obra, y al deseo de las mujeres de parir en diferentes posturas, según la opinión de Mauriceau, el lugar más seguro para asistir un parto era sobre una cama ordinaria¹⁷. Mediante esta afirmación fue como Mauriceau se convirtió en el primer autor en aconsejar la cama para la asistencia al parto normal³⁵.

Hasta ese momento, en lo que asistencia al nacimiento se refiere, la cama era usada únicamente cuando los partos eran muy prolongados y la mujer estaba muy cansada. Mientras que si el parto se desarrollaba con normalidad la mujer no se tumbaba hasta después del desprendimiento de la placenta. La cama, hasta entonces, solo se

utilizaba como lugar donde descansar, después del trabajo de parto y del alumbramiento. Según la bibliografía de la época, la mujer tras el desprendimiento de la placenta, se recostaba entre sábanas blancas y limpias, mientras otras mujeres cuidaban de la recién parida y de su bebé³¹. Sin embargo, como se ha citado, la incorporación de los fórceps obstétricos, hizo que el decúbito supino en una cama y la posición de litotomía durante el parto, no fueran solo una elección de la mujer parturienta, sino que provocó que se convirtiera en una necesidad para que el profesional sanitario pudiera ejercer su labor asistencial¹⁷.

Además, a lo largo del siglo XVIII en Europa, la elevada mortalidad infantil que se había producido en los siglos anteriores pasó a ser percibida como una amenaza para los intereses del Estado, cuya principal riqueza se basaba en el número de individuos productivos que lo formaban. Las políticas demográficas de los estados, preocupados por disponer de efectivos poblacionales suficientes para defender la integridad territorial, junto al valor que desde las doctrinas mercantilistas se les daba a la riqueza nacional, cuya base era una población abundante y saludable y el interés de los médicos por dar a conocer sus doctrinas y remedios, en una época en que la incidencia de la profesión médica en la vida cotidiana era poco remarcable³⁷, provocó que empezase a cambiar la importancia que tenía para la sociedad el tener un hijo, llegando de ese modo a convertirse la procreación en centro de interés social^{17,18}.

En consecuencia, la erradicación de la mortalidad infantil pasó a ser un objetivo principal. A partir de ese momento, se empezaron a llevar a cabo intervenciones de salud bajo una filosofía higienista con el objetivo de procurar cambiar el modelo de crianza y alimentación de los niños de la época. La alimentación y la higiene se convirtieron, a partir de entonces, en cuestiones fundamentales dentro del cambio cultural, el cual se había potencializado desde la vida política y se había apoyado por instituciones y grupos sociales influyentes³⁷.

A raíz de ese cambio de mentalidad, se inicia el fomento de la lactancia materna y se comienza la erradicación de la lactancia mediante nodrizas o crianderas; mujeres que amamantaban a un lactante que no era su hijo. Este fomento de la lactancia materna se realizaba con el objetivo de paliar el problema de la mortalidad infantil, modelar la

conducta de las mujeres y consolidar un tipo de familia en un contexto que demandaba estabilidad, ahorro y trabajo frente a los peligros de la miseria y de la falta de vínculos de la masa obrera que llegaba a la ciudad industrial³⁷. En una época en la que no existían alternativas a la lactancia natural, ésta se convertía en una cuestión básica para la supervivencia de la población. Por todo ello, pasó a considerarse un hecho vital el que las madres amamantaran a sus hijos. No obstante, para conseguir ese fomento de la lactancia materna se necesitaron argumentos los cuales no tardaron en aparecer. Se empezaron a utilizar razonamientos como que se trataba de un proceso de institución divina, hecho que hizo que el amamantar a los hijos, pasase a ser considerado como un deber sagrado³⁸. La nueva consideración de la lactancia materna implicó que se comenzase a calificar a la mujer que no amamantaba, porque no quería o no podía, como mujer patológica e incompleta, ya que algunos médicos de la época, llegaron a estimar que la mujer que no daba el pecho no podía llenar una de sus principales funciones y quedaba reducida a una media mujer³⁸.

A finales del siglo XVIII se inicia una disputa entre médicos y matronas por la asistencia al nacimiento³⁹. Parte del declive de las matronas y del ascenso de los cirujanos en la lucha por la asistencia al parto, se debió a la profusa utilización desde ese momento de los fórceps obstétricos y al hecho de que en aquella época se considerara a las mujeres poco aptas para la utilización y manejo de las máquinas, puesto que la utilización de éstas precisaba fuerza física, agresividad y dominio de conocimientos técnicos. El hecho de que las matronas no utilizaran los fórceps obstétricos acabó contribuyendo el rápido desarrollo del “hombre-partero instrumentador”³⁴. La mayoría de estos *accocheurs* u hombres-parteros eran cirujanos. La incorporación de los cirujanos en los partos fue bien aceptada por la iglesia católica, debido a que la función de éstos durante la atención al nacimiento se basaba en el empleo de instrumentos cuyo uso estaba prohibido para las matronas¹⁸. Este último fenómeno produjo que el dominio técnico de la utilización de los fórceps, como ya se ha mencionado, abriera un nuevo campo de actuación a cirujanos y médicos¹⁸.

Al inicio del siglo XIX la asistencia al parto se continuaba desarrollando en el ámbito privado, en las alcobas o dormitorios, en un ambiente de carácter femenino¹⁷. Los hombres habían estado excluidos de ese entorno hasta ese momento pero, poco a

poco, empezaron las excepciones a esta norma, y las figuras de médicos o cirujanos, cobraban cada vez más protagonismo en la asistencia al nacimiento debido a la progresiva medicalización de este proceso. Esta entrada de profesionales masculinos en la atención al parto se produjo, fundamentalmente, entre las familias de clase acomodada, y empezó a considerarse signo de buena posición económica¹⁸. A partir de ese momento, la atención al parto de la clase modesta pasa a ser realizada por la matrona, mientras que las clases más pobres acudían al hospital para dar a luz, puesto que en aquella época, los centros hospitalarios eran conocidos como lugares de aprendizaje y desarrollo de la ciencia médica⁴⁰.

Durante el siglo XIX, parir en un hospital no era habitual, ya que era signo de pobreza, de soledad e incluso de exclusión social¹⁷. En los hospitales solo se refugiaban madres solteras, que iban a las ciudades a parir, y en numerosas ocasiones a dar a sus hijos en adopción. La creación de centros donde realizar la asistencia al parto se inició como una actividad caritativa. Parir en el hospital durante el siglo XIX no comportaba solo desprestigio social, sino que además comportaba peligro para la vida de la mujer debido a la alta mortalidad materna asociada a la elevada prevalencia de las fiebres puerperales¹⁷.

Las fiebres puerperales en el siglo XIX constituyeron una de las causas más importantes de muerte de las mujeres durante el puerperio; periodo transcurrido desde la finalización del parto hasta 40 días después de éste⁴¹. Debido a la alta incidencia de fiebres puerperales en los hospitales, se iniciaron estudios para determinar sus causas. A pesar de que parte de los médicos de la época consideraban que el origen de las fiebres puerperales eran las propias mujeres, ya que según las creencias de ese momento las mujeres presentaban una predisposición morbosa: "la disposición a la purulencia"¹⁸, las conclusiones de los estudios realizados entre los años 1856 y 1874 por Ignaz Philipp Semmelweis, médico húngaro, determinaron que las fiebres puerperales eran producidas, en gran medida, por la falta de higiene y desinfección de manos de los médicos que realizaban la supervisión y atención al parto en los hospitales⁴². Como consecuencia de la realización de esos estudios, Semmelweis también pasó a ser conocido con el sobrenombre de "el salvador de madres".

Como se puede observar, en la evolución de la asistencia al nacimiento se refleja un sesgo de género en la organización social del trabajo. Mientras la asistencia al parto se desarrolló en el espacio privado fue considerada una tarea manual y femenina, una ocupación sin consideración social. Pero, sin embargo, al pasar la asistencia al nacimiento a la esfera pública, al convertirse en una preocupación de los incipientes estados nacionales, ésta empezó a cobrar prestigio y reconocimiento, siendo entonces cuando los hombres empezaron a interesarse por este oficio y por procurar ejércelo. Así fue como, según Ortiz y Sánchez⁴³, médicos y cirujanos pasaron a tener autoridad técnica y científica mientras que las matronas supeditadas a la autoridad quirúrgica, quedaron recluidas a la atención del día a día de los partos normales que tenía lugar en el ámbito doméstico, en el seno de las clases sociales inferiores.

Desde finales del siglo XIX, la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica que el proceso del parto comience a ser atendido en los hospitales, a los que acuden las mujeres con partos complicados y en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica⁷.

1.2 El siglo XX y la revolución biomédica

En el siglo XX, en occidente, se produce una auténtica revolución biomédica auspiciada por las mejoras sociales y económicas y debida a los progresos en descubrimientos, conocimientos y tecnologías sanitarias. La atención sanitaria durante el embarazo, parto y puerperio no ha estado exenta de esta revolución que acompaña a los procesos de medicalización y tecnificación de la asistencia¹⁷. Después de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo XX, las autoridades políticas se empezaron a preocupar por las mejoras en los resultados de salud materno infantil y se iniciaron campañas de sensibilización para que las mujeres acudieran a controles sanitarios durante el embarazo¹⁷. A partir de entonces, los indicadores de salud materno-infantil mejoraron considerablemente a pesar del estrés que la guerra había supuesto para muchas mujeres europeas. Uno de los avances fundamentales en este sentido, fue la

posibilidad de prevenir la inmunización Rhesus gracias al descubrimiento en 1963 de la gammaglobulina Anti-D por parte del Profesor Clarke de Liverpool junto a Finn y Freisa¹⁷, que permitió un descenso de las isoimmunizaciones eritrocitarias fetomaternas; presencia de anticuerpos maternos dirigidos contra antígenos presentes en los glóbulos rojos fetales⁴⁴.

Posteriormente, el descubrimiento de la ecografía también provocó un hito importante en la medicina puesto que permitió conocer la estructura interna de los órganos. La capacidad de revelar el estado de los órganos internos, tuvo una gran relevancia en la medicina en general, pero sobretodo y en especial, en el caso de la ginecología y la obstetricia al permitir observar la morfología del útero proporcionando de ese modo información para poder diagnosticar posibles patologías y aportando conocimiento para el control de la gestación. La aplicación de los ultrasonidos para la exploración del útero gestante introducida por Ian Donald permitió un avance fundamental en el control prenatal. En lo que a atención al parto se refiere, el uso de la oxitocina sintética a partir de 1955, junto con la popularización de la utilización de agentes anestésicos y la monitorización fetal intraparto promulgaron un control activo del trabajo de parto acortándose, de ese modo, los periodos de dilatación y de expulsivo¹⁷.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la introducción de las nuevas tecnologías en obstetricia y especialmente en la asistencia al parto provocó una creciente medicalización, iniciándose un tratamiento médico de una situación calificada como fisiológica. La medicalización del embarazo, trabajo de parto y parto llegó a provocar, en algunos casos, un fuerte intervencionismo tecnológico, incluso en embarazos normales y en los partos de mujeres sanas sin complicaciones⁴⁵. La posibilidad de realizar intervenciones médicas eficaces conllevó a la realización de técnicas más complejas que en algunas ocasiones llegaban a ser peligrosas, apareciendo de ese modo el concepto de "iatrogenia"; daño en la salud, causado o provocado por un acto médico involuntario. Así fue como la medicalización de los servicios de maternidad pasó a ser un fenómeno global, aunque es sabido por todos, que las prácticas de asistencia al parto difieren de un lugar a otro debido a componentes culturales, o incluso dentro de una misma zona, debido a diferencias en las políticas hospitalarias o praxis obstétricas⁴⁶.

En los últimos años, puede parecer que las mujeres están muy bien atendidas y que sus necesidades son cubiertas de manera profesional sin problemas, pero lo cierto es que en ocasiones se ha confundido la medicalización y el uso de pruebas con una atención satisfactoria y de calidad⁴⁷. La medicina moderna ha aportado importantes soluciones a problemas de salud, pero también ha contribuido a la despersonalización y a la utilización de procedimientos y pruebas, que en ocasiones han llegado a ser abusivas. En el caso concreto de la atención al nacimiento, durante años, el foco de interés se ha centrado casi exclusivamente en el feto, hecho que ha comportado consecuencias en el tipo de cuidados que se les ha procurado a las mujeres gestantes y parturientas¹⁸.

1.3 El inicio del cambio en el modelo de atención: Género, salud y atención al nacimiento

En 1955 John Money, propuso una terminología que diferenciaba género y sexo. Money explicó que el vocablo sexo se refiere a la clasificación biológica de macho/hembra mientras que el término género alude a las diferencias de comportamientos según el sexo⁴⁸.

El concepto de género apareció asociado a la medicina y no al ámbito de los estudios sociológicos y humanistas, hasta que, en los años 70, con la introducción de las teorías feministas, el concepto de género comenzó a ser empleado para clarificar y dar coherencia a contenidos relacionados con la realidad de sexos. La introducción del término género como palabra alternativa a sexo combatía el determinismo biológico desde el que la ciencia y la sociedad justificaba la discriminación de las mujeres poniendo en relieve el carácter social que tienen las desigualdades entre sexos. A partir de ese momento se empezaron a utilizar los términos sexo y género para diferenciar lo que es culturalmente constituido, de lo que es natural⁴⁹.

Actualmente, género, se define como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos, diferenciando mujeres y hombres a partir de sus características sociales⁵⁰. El concepto de género cambia en el espacio y a lo largo de

la historia, siendo diferentes los conceptos de femineidad y masculinidad en las diferentes culturas y épocas⁵¹. Sin embargo, algunos roles asignados según el género han cambiado poco o permanecen inalterables, como es el caso de la responsabilidad y las tareas de cuidar que suelen recaer en las mujeres. Además, el concepto de género incluye aspectos de poder, cultura, moral (normas o leyes) y la identidad subjetiva de la persona. Lo anteriormente mencionado pone de manifiesto que las relaciones sociales entre mujeres y hombres, definen desigualdades sociales⁵².

En lo que concierne al medio sanitario y más concretamente al ámbito de la reproducción, según los estudios feministas contenidos en la obra "mujer y salud"⁵³, se constata que sigue existiendo una actitud paternalista en la medicalización de la vida de la mujer, de modo que procesos naturales como el embarazo y la menopausia son abordados y tratados como si de enfermedades se tratasen. Además, estos estudios⁵³ afirman que la atención sanitaria ha llegado incluso, en algunas ocasiones, a menospreciar la situación de las mujeres al considerar que los problemas de salud de éstas son menos importantes que los de los hombres.

Como respuesta a este paternalismo en el ámbito reproductivo aparece un planteamiento alternativo que tiene en cuenta la perspectiva de la mujeres, su dignidad y el respeto a su autonomía en la toma de decisiones, conocido como bioética feminista⁵⁴. El enfoque feminista denuncia que los problemas que afectan a la salud reproductiva de las mujeres estén bajo una visión androcéntrica. Además, este enfoque afirma que existe una visión sesgada, en la que el único patrón humano, es representado por un varón blanco, heterosexual y occidental. Estas denuncias feministas guardan relación con la creación del término empoderamiento; proceso por el cual aquellos a quienes se les ha negado la capacidad de tomar decisiones estratégicas de vida adquieren tal habilidad⁵⁵.

1.4 El cambio de escenario en la atención al parto

A partir de la segunda mitad del siglo XX el escenario de la asistencia al parto cambia, trasladándose de la habitación de un hogar a una sala de hospital. Empieza a

recomendarse la atención nacimiento en los hospitales debido al enorme progreso médico que permite una atención al parto tecnificada. De ese modo comienzan a acaparar mayor atención los partos medicalizados o complicados. Desde ese momento, se empieza a alimentar la idea del parto como un proceso estresante y potencialmente peligroso para la mujer y el bebé, constituyéndose el hospital como una fuente de seguridad⁸ y los profesionales sanitarios como acompañantes idóneos, llegando a ser sujetos activos en la toma de decisiones durante el proceso procreativo, en detrimento de la propia mujer⁵⁶. Es entonces cuando la hospitalización del proceso del parto y nacimiento se convierte en un hecho habitual, que a su vez consigue mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos.

La consolidación de los modelos de atención prenatal, las visitas de seguimiento y control del embarazo, la realización de ecografías obstétricas, los avances en genética que permiten el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas, el uso de analgesia y anestesia, la utilización de fármacos para controlar la dinámica uterina, la monitorización de la dinámica y de la frecuencia cardíaca fetal, se convierten en prácticas habituales. Los avances, las mejores condiciones sociales y la disminución de la morbimortalidad materno-infantil justifican que progresivamente se imponga un dominio absoluto del proceso por parte del profesional médico, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder de los sanitarios subordina la maternidad al modelo biomédico. Es entonces, cuando comienza a valorarse la gestación desde una perspectiva médica, basada en la mayor parte de las ocasiones en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario⁵⁷, que consigue poco a poco imponer una comprensión de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte exclusivamente biológica y aparentemente manejable a través de los avances técnicos, y de la medicalización de la fisiología.

Todo ello produce un cambio en el significado social de lo que es tener un hijo. Conseguir tras un parto un recién nacido sano, con una madre sana, pasa a ser una obligación social que involucra tanto a padres como a profesionales sanitarios. Hoy en día, la maternidad en nuestro medio occidental se considera medicamente segura, ya que la mortalidad materno-infantil es algo anecdótico. Tener un hijo, en nuestra sociedad actual se trata de una elección personal para las mujeres y sus parejas.

Además, socialmente, se demanda que embarazo y parto sean experiencias seguras en términos de salud y la sociedad espera que el nacimiento de un hijo contribuya al desarrollo personal de los futuros padres, inscribiéndose la experiencia de la maternidad como satisfactoria y autorealizadora²⁵.

En la actualidad, la evidencia científica disponible muestra que existe una relación clara entre la calidad de la atención prenatal y determinados resultados de salud como son la mortalidad perinatal, el bajo peso al nacer y la prematuridad. Pese a que los indicadores de seguridad perinatal en nuestro país son buenos⁶ asistimos a un modelo de atención al nacimiento fuertemente institucionalizado donde existe un gran intervencionismo obstétrico. Este hecho es debido al enfoque de riesgo y situación de dolor y sufrimiento con el que es visualizado el proceso de gestación, parto y postparto, que tiende a ser representado como proceso patológico que necesita ser controlado para, de ese modo, eliminar amenazas que puedan interferir en el transcurso de la atención perinatal.

La posibilidad de riesgo en el parto ha sido una de las nociones más utilizadas durante la historia⁵⁸. Autores como Klaus et al.⁵⁹, denuncian que la mayoría de sala de partos funcionan con una atención orientada a los riesgos y dominada por la tecnología. Estos autores explican que intervenciones que se originaron para diagnosticar o tratar problemas en el proceso de nacimiento, actualmente se usan de forma sistemática durante la atención al parto normal, asimilando de ese modo el parto como situación de riesgo. En la actualidad, el concepto de riesgo se ha ampliado incluso al embarazo puesto que al ser una etapa de transición⁶⁰ es susceptible de incertidumbre por lo que según esta visión, tanto el embarazo como el trabajo de parto, parto y postparto deben ser controlados.

Pero, ¿qué es lo que se conoce como riesgo? En el campo de la salud, riesgo es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño, y daño es el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo (resultado no deseado)⁶¹. Según la OMS⁶², un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Se considera que el factor de riesgo es algo que se asocia estadísticamente

con la enfermedad, y cuya evitación disminuye la frecuencia de ésta, pero no la excluye. Este concepto es muy diferente del que predomina en el imaginario colectivo de la población, e incluso de los profesionales, que asocian factor de riesgo a causa necesaria y suficiente de enfermar⁶³.

El modelo hegemónico conocido también como modelo de medicina facultativa u ortodoxa; conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, trata a la gestante como un individuo que puede llevar implícito un riesgo. Actualmente en la práctica asistencial, durante el seguimiento del embarazo, se considera primordial detectar las gestaciones de riesgo y prevenir sus consecuencias desfavorables en términos de salud, tanto a nivel del recién nacido como de la madre⁶⁴.

En nuestros días, la percepción médica del nacimiento como una situación de riesgo, domina las representaciones y las prácticas clínicas. Durante cada visita de control gestacional, realizada por un obstetra o una matrona, se lleva a cabo una evaluación continua del riesgo para la madre y el feto. Además, y por tal de facilitar dicha evaluación, se han elaborado clasificaciones del mismo, las cuales categorizan a la embarazada como gestante de bajo, medio, alto y muy alto riesgo obstétrico⁶⁴. También cabe señalar, que los profesionales que actualmente realizan el control de la gestación, tienen como objetivo el valorar los posibles riesgos y vigilar la aparición de algún nuevo factor, porque en cualquier momento la gestante puede cambiar de grupo de riesgo y por tanto precisar de diferentes controles, cuidados o atenciones.

Adicionalmente, cabe señalar que los objetivos de las políticas sanitarias en la gestación y nacimiento se centran en la prevención de posibles riesgos. Dado que se parte de la premisa de que la ausencia total de riesgo no existe, siempre hay la posibilidad de que algún factor imprevisible pueda complicar el curso del embarazo⁶⁴ y/o del parto⁶⁵. El hecho de que el riesgo siempre esté presente, hace necesario que todas las mujeres gestantes utilicen los servicios sanitarios para evaluarlo y así poder controlarlo y/o prevenirlo. Una característica de los discursos del riesgo es la utilización de éstos como amenaza y en ocasiones como instrumento para culpabilizar a las usuarias. No obstante, y según Norbert Bensaïd⁶⁶, la amenaza de riesgo

aumenta el dominio de la medicina, obteniendo el consentimiento y obediencia de los sujetos. Además, la incertidumbre del posible riesgo, desestructura la seguridad de la persona y la hace maleable a las manos del sistema de salud⁶⁷. Pero en la prevención del riesgo; el éxito del mismo también depende de mejorar la capacidad de los afectados para participar en el proceso deliberativo y de toma de decisiones. Por todo ello, los programas de prevención de riesgos en el proceso reproductivo, deben tener en cuenta las opiniones y participación de las mujeres implicadas, permitiendo la toma de decisiones, ya que son asuntos que les conciernen⁶⁸.

Coxon et al.⁶⁹ explican que cambiar la cultura de riesgo hacia la normalidad es un proceso complejo y multicapa e implica cambiar mucho más que la comunicación profesional sobre el riesgo. Actualmente, la escucha activa de la mujer, el compartir la incertidumbre y la contextualización de la información de una manera que respete los objetivos y los valores de las personas son considerados como buenas prácticas en los discursos de riesgo, pero la alta frecuencia con que los proveedores de cuidado tienen una gran presión asistencial no siempre permite lograr implementar estos enfoques en los sistemas de salud.

Scamell y Stewart⁷⁰, también identifican la creatividad y el tiempo como factores importantes para que el profesional sanitario, que acompaña el trabajo de parto, pueda promover el parto normal dentro de un ambiente de riesgo. Por último, Wagner⁷¹, tras la realización de un estudio mediante el uso de metodología cualitativa publicado en 2016, recomienda encontrar maneras de nutrir una cultura de tolerancia al riesgo en lugar de crear una cultura de aversión al riesgo. Asimismo, y según este autor indica, la preocupación de los profesionales sobre los efectos de los discursos de riesgo y la reflexión compartida sobre las estrategias de mitigación de éste, puede crear una base común para encontrar formas de abordarlo, y de ese modo disminuir el aumento de las tasas de intervención obstétrica.

Capítulo 2. Reacciones ante la medicalización de la atención al parto

En el contexto social actual, las mujeres desde el inicio de su gestación, desde el primer mes de amenorrea, deben utilizar los servicios médicos, y acudir a controles sanitarios. Este hecho implica que la mujer entre en el sistema de salud, sistema que, en ocasiones como hemos comentado, puede alienar a las mujeres dado que los síntomas que estas manifiestan pasan a ser valorados por el profesional que las atiende, al que se le supone conocedor del tema y de “las cosas como deben ser”. A partir de que la mujer accede a los servicios de salud, el profesional sanitario es el encargado de valorar los síntomas que ésta presenta y clasificarlos como normales o anormales. En función de esa categorización, que el profesional realiza, se lleva a cabo una valoración de la indicación de un tratamiento o no, hecho que facilita el control médico o sanitario de la situación para la normalización de la conducta de las mujeres^{67,72}.

El fenómeno de la medicalización consiste en tratar como enfermedades problemas de salud que hasta hace unos años no eran considerados de tal modo como, por ejemplo, los procesos del ciclo reproductivo de las mujeres (menstruación, embarazo, parto, menopausia). La medicalización de la asistencia al parto se ha producido de manera generalizada en los países desarrollados. Pensadores como Ivan Illich expresaron que *“en los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”*⁷³. Además, añade que *“el sistema médico, en un mundo impregnado del ideal instrumental de la ciencia, crea sin cesar nuevas necesidades de atención médica, pero curiosamente, cuanto mayor es la oferta de salud mayor número de personas tienen problemas, necesidades y enfermedades”*⁷⁴.

Como consecuencia de la creciente medicalización de la atención al nacimiento, Galba Araujo⁷⁵, profesor de obstetricia del Hospital Universitario de Fortaleza (Ceará; Brasil) inició un proyecto en 1975 dirigido a matronas indígenas tradicionales, para establecer una relación entre el sistema tradicional domiciliario de la asistencia al parto y las prácticas modernas y la tecnología de un hospital de tercer nivel.

Unos años más tarde, en 1980, empezaron a cuestionarse las praxis médicas de atención al parto. A partir de entonces, un número considerable de movimientos sociales han dejado oír su voz pidiendo una atención al parto normal que ponga a la mujer en el centro de la atención, cuestionando la necesidad de medicalizar el nacimiento. Estas voces críticas, se han hecho un hueco en diversos movimientos sociales que han influido en el cambio de las ideas dominantes y han calado en el imaginario colectivo, produciéndose modificaciones en la conceptualización de lo que debe ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas como de algunos profesionales de la salud, reivindicándose de ese modo un empoderamiento de la mujer³¹. Unos años después de la implantación del proyecto pionero de Galba Araujo, y debido en parte a la fama internacional del mismo, se celebró una conferencia sobre el uso de las tecnologías apropiadas para la atención al parto⁷⁶.

En 1985 la Oficina Regional para Europa de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en Fortaleza, Brasil, a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres¹¹. Como resultado, la OMS revisó el modelo biomédico de atención a la gestación, dado que se observó que la medicalización que se estaba realizando hasta ese momento no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando por tanto su autonomía.

2.1 El concepto de “Violencia obstétrica”

El término “violencia obstétrica” es relativamente moderno, y hace referencia a la violencia llevada a cabo por los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres⁷⁷. Dicho concepto tiene su origen en Venezuela en el año 2007, al aprobarse una ley que tipifica la violencia obstétrica como un delito.

No obstante, Ibone Olza⁷⁸ propone el concepto de violencia sanitaria como el más adecuado para referirse a este fenómeno. Esta autora plantea entender como

violencia lo que “sucede en el sistema sanitario” o yendo más lejos “en el contexto de la relación que se establece entre profesionales sanitarios y usuarios”. Según la autora, el término nos permite analizar dos fenómenos: la violencia que padecen algunas madres y bebés, pero también la que van a padecer muchos profesionales. Como si se tratara de dos caras de una misma moneda, Olza explica que se trata de una violencia bidireccional puesto que según la autora, el sistema sanitario tal y como está planteado es violento contra los profesionales al negar su dimensión emocional. Asimismo, Olza recuerda que el parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, por lo que el trato humillante y la anulación de la autonomía de la usuaria hacen que éstas vivan una experiencia traumática que permanece durante los meses que siguen al parto⁷⁹. Olza añade que este hecho puede llegar a desencadenar un síndrome de estrés postraumático, provocando que algunas mujeres, en vez de recordar su parto de una forma positiva, recuerden los comentarios que realizan algunos profesionales y las sensaciones de indefensión y pánico que sintieron durante este proceso⁷⁸.

La medicalización de la asistencia comporta que el saber “científico” de los profesionales sanitarios, les haga depositarios de un poder, un reconocimiento y un prestigio social que paulatinamente les ha permitido rechazar y arrinconar otros saberes que no forman parte del paradigma científico modificando comportamientos y hábitos relacionados con la higiene y la salud de las mujeres, por ser considerados incorrectos. La relación asimétrica que se establece entre los profesionales sanitarios y las mujeres llega a reducir la capacidad de éstas de valerse por sí mismas⁸⁰ restándoles de ese modo protagonismo durante el embarazo, parto y puerperio. Además, cabe señalar que la violencia obstétrica es entendida como una forma de violación de los derechos humanos que, sin embargo, muchas veces es ignorada⁸¹.

Algunos autores como Norma Casal-Moros y María José Aleman-Anchel⁸² señalan que la violencia obstétrica se manifiesta como una violencia simbólica, puesto que se ejerce sin mediación de la fuerza física, sin que el agente dominado sea consciente de su estado de sumisión y sin que se sienta obligado a actuar. La usuaria adopta un papel pasivo, sin cuestionar las indicaciones o las intervenciones a las que es sometida. El poder simbólico es un poder “invisible”, que no es reconocido como tal,

sino como algo legítimo. La normalización de este poder, el asumir que la situación tiene que ser así, y que no se puede ser de otra manera, es lo que se debe erradicar⁷⁹.

La violencia obstétrica se expresa, aunque no exclusivamente, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada y también en la tendencia a patologizar procesos reproductivos. En tanto violencia de género, la violencia obstétrica, pone de manifiesto la asimetría entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder en los procesos reproductivos y la vulnerabilidad de las embarazadas, que parece acrecentarse por su condición de mujeres⁸³.

El derecho a la salud, obliga a los Estados a propiciar condiciones para que los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible, facilitándoles el acceso a servicios de salud, procurando que existan condiciones de trabajo saludables y seguras, un adecuado acceso a la alimentación, al trato digno y otras condiciones sociales. Sin embargo, la crisis económica, producida en las últimas décadas, ha conllevado a que en algunos sistemas de salud se produjese escasez de recursos y falta de presupuestos, dando lugar a insuficiencia de personal. No obstante, la falta de recursos no justifica los malos tratos en un régimen jurídico basado en el respeto a los derechos humanos.

La salud reproductiva puede ser definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de malestar o enfermedad en los asuntos relacionados con el aparato reproductor, sus funciones y procesos. Adicionalmente, las personas tienen la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si hacerlo, cuándo y con la frecuencia que estimen. Por tanto, el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano, sino que contempla también el acceso a la asistencia sanitaria como derecho fundamental, considerado como uno de los ODM de la ONU²⁷.

Diversas conferencias internacionales como, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)⁸⁴, la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993)⁸⁵, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)⁸⁶ y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención

Belem De Pará” (1996)⁸⁷, trataron la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo la salud sexual y reproductiva como una parte de los derechos humanos. Tal y como se expone en la Declaración y Programa de Acción de Viena en la conferencia mundial de 1993, los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí⁸⁸.

El artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁸⁹ determina que “*Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, familia, domicilio o correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación*”. No obstante, en algunas ocasiones este derecho se ha visto violado en instituciones de salud a causa de una relación asistencial paternalista, realizándose intervenciones sin previa consulta y sin ofrecer información sobre sus implicaciones. Asimismo, en algunas situaciones los profesionales sanitarios tampoco han respetado este derecho a la adecuada información; por ejemplo, al mantener silencio frente a preguntas de las usuarias, al procurarles un trato infantilizado o al proferirles comentarios considerados por parte de las mujeres como humillantes.

Adicionalmente, el artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005)⁹⁰ establece que “*ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, a violación de la dignidad humana, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, ni a discriminación o estigmatización alguna*”. Para evitar la violación de los derechos humanos, los servicios de salud deben garantizar el derecho de las mujeres a ser informadas de sus tratamientos, a recibir el mejor trato posible, a la igualdad al acceso y la calidad de la atención sanitaria independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural de la mujer.

Asimismo, los estados deben garantizar estos derechos mediante políticas y programas para mejorar la atención en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género, los derechos humanos y la atención culturalmente adecuada antes, durante y después del parto.

2.2 Autonomía y vulnerabilidad: La importancia de los vínculos

Existen diferentes capas y formas de vulnerabilidad en las mujeres en lo que se refiere a embarazo, parto y maternidad. Algunas suceden por causa del azar, no obstante, los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de eliminar aquellas situaciones de vulnerabilidad que se generan a causa de las intervenciones y rutinas en el seno de las instituciones sanitarias. El concepto de vulnerabilidad ha sido utilizado en múltiples sentidos y ámbitos; económico, político, social, sanitario, etc. Se puede decir que todo ser humano es vulnerable por su condición finita, por la propia fragilidad que tiene el ser humano, pero las diferentes circunstancias y condiciones en la que se encuentra cada individuo determinan el grado de vulnerabilidad que éste tiene⁷⁹.

Para abandonar el paternalismo y reconocer la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones informadas, es necesario desarrollar un concepto de autonomía que no desestime la condición de vulnerabilidad intrínseca de los seres humanos, sino que la incorpore como en el caso del desarrollo de una relación asistencial basada en la autonomía relacional⁷⁹.

Butler⁹¹ sostiene que nuestra interdependencia debe tener también una dimensión normativa en nuestra vida social. Todos vivimos con vulnerabilidad ante el otro, pero este hecho es parte de la vida corporal. Sin embargo, esta vulnerabilidad intrínseca a los seres humanos se acentúa bajo ciertas condiciones sociales y políticas. Especialmente en aquellas formas de vida sometidas a violencia y con medios de autodefensa limitados.

La violencia obstétrica, como hemos mencionado, se refiere a la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos. Todo ello comporta necesariamente la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la capacidad de vida de las mujeres. Algunas de estas prácticas, que podemos considerar englobadas bajo el concepto de “violencia obstétrica” incluyen⁷⁹:

- 1) La negación de información a las usuarias sobre procedimiento médicos empleados durante el proceso de parto.
- 2) La realización de prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades de las mujeres, las infantilizan o las aíslan. Las privan de movimiento, comida o agua, en situaciones en las que no es imprescindible para la práctica sanitaria.
- 3) La realización de cesáreas innecesarias.
- 4) Las rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomía sistemática o la posición supina obligatoria para el parto.
- 5) La alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante técnicas de aceleración.
- 6) La obstaculización del apego precoz del bebé con su madre y del amamantamiento sin causa médica justificada.

Los vínculos se deben situar en un primer plano para humanizar la asistencia. Según Judit Butler⁹¹ los vínculos son una forma de superación de la violencia y una vía de afrontamiento de la vulnerabilidad. No obstante, los vínculos que se establecen dentro del marco sanitario, con relación a la atención a madres y recién nacidos son⁷⁹:

1) El fomento de los vínculos parentales y/o familiares. Se establece promoviendo la no separación madre-hijo dentro de los centros sanitarios y procurando el contacto piel con piel y la lactancia materna desde el momento del nacimiento, y la no separación del recién nacido de la madre durante las pruebas. Además, el contacto continuo debe ser potenciado, fomentado y facilitado por los profesionales de la salud, los cuales deben saber vencer las barreras tanto físicas como simbólicas de los hospitales.

2) El establecimiento de vínculo entre profesionales sanitarios y familias. En este sentido, Noddings⁹² afirma que el ser humano es un ser social que vive inmerso en una trama de relaciones con otros, por lo que cada persona es una entidad relacional y no un agente totalmente autónomo. Nodding⁹² mantiene que el encuentro con el otro, la vulnerabilidad y las necesidades de las otras personas nos obligan a cuidarlas, por lo que considera que nuestras fortalezas y debilidades están en parte influenciadas por

aquellos con los que nos relacionamos. Por todo ello, se puede afirmar que la ética del cuidar sea considerada como una ética relacional. Asimismo, recuerda que la relación que se establece entre el sanitario y el paciente es asimétrica pero, no así, la comunicación que se establece entre ambos. Annette Baier⁹³ asegura que para que una relación asimétrica pueda funcionar se necesita confianza; siendo la confianza la aceptación de la vulnerabilidad al daño que otros podrían infligir, pero que juzgamos que no ocasionarán, a lo que consideremos valioso para nuestras vidas. Según la autora, para conseguir esta confianza, es necesaria la promoción de la educación emocional y la implantación de la educación en valores en la formación de los profesionales de la salud.

3) Existe además un tercer vínculo; el que se establece entre iguales. Este tipo de vínculo lo podemos encontrar en los grupos de apoyo o grupos de ayuda mutua. Estos vínculos son fundamentales en la aceptación de las vivencias tanto a nivel individual, familiar, como de pareja. Por ello, desde las instituciones sanitarias es preciso el fomento de estos grupos (como, por ejemplo y con relación al tema que nos atañe; los grupos de preparación al nacimiento, grupos de posparto, grupos de soporte a la lactancia o aquellos de acompañamiento al duelo perinatal), y el facilitar información sobre ellos, a todas aquellas madres y parejas que los puedan necesitar.

2.3 La Declaración de Fortaleza

En la declaración de Fortaleza de 1985 realizada en Brasil, la OMS¹¹ instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación. Tras esta revisión del modelo biomédico, la OMS elaboró una serie de recomendaciones a fin de evitar ciertas prácticas, no justificadas, que se estaban realizando de forma sistemática, es decir, a todas las mujeres.

En la conferencia se concluyó que toda mujer como persona, tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada, y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación. Como resultado de la conferencia se elaboró un documento

que regía el trabajo pluridisciplinar de diferentes profesionales: matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas y administrativos, concluyendo que el traslado del proceso de parto al hospital había producido deshumanización y medicalización de la atención al nacimiento⁹⁴.

Uno de los países en los que en ese momento se estaba produciendo una medicalización exagerada de la atención al nacimiento era Brasil, donde el porcentaje de parto por cesárea oscilaba en torno al 35%, llegando a alcanzar el 80% en algunos hospitales⁹⁵, mientras que los porcentajes que recomendaba la OMS, en la Declaración de Fortaleza, era el de conseguir obtener una tasa de cesárea en torno al 10% y no superar el 15% de nacimientos mediante esta práctica.

Por todo lo mencionado, se llevó a cabo la declaración de Fortaleza, la cual constituye un documento de consenso que recoge 14 recomendaciones generales, 14 recomendaciones específicas y 10 recomendaciones para su aplicación⁹⁵. Las 14 recomendaciones se exponen en la **Tabla 2.1**.

- | | |
|---|---|
| 1 | Los Ministerios de Sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores públicos y privados. |
| 2 | Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto. |
| 3 | Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera. |
| 4 | Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo se necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio. |
| 5 | Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto. |
| 6 | El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención. |
| 7 | Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo. |

- 8 La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- 9 El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- 10 La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- 11 Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- 12 La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.
- 13 La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.
- 14 Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad aplicación.

Tabla 2.1 Recomendaciones generales de la declaración de Fortaleza

Asimismo y como resultado se emiten catorce recomendaciones específicas (**Tabla 2.2**) que persiguen luchar contra el exceso de medicalización mediante indicaciones concretas⁹⁵:

- 1 Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- 2 Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- 3 El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
- 4 Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

- 5 Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.
- 6 No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- 7 La ligadura de trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.
- 8 No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto los servicios nacionales de salud deberían de abstenerse de adquirir nuevos equipos. Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- 9 No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
- 10 No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo. Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- 11 La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de inducciones.
- 12 Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación)
- 13 No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.
- 14 Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden el parto o al recién nacido.

Tabla 2.2 Recomendaciones específicas de la declaración de Fortaleza

Siguiendo estas recomendaciones se empezó a considerar la posibilidad de aplicar una atención más integral y holística en la secuencia reproductiva, considerando a la

gestante como persona y teniendo en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales⁹⁶ y valorando su estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto¹³.

Además, la OMS especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y holística¹¹. Las recomendaciones de la OMS¹¹ fueron recogidas en los trabajos posteriores de diversos autores^{12,13}, y proliferaron los estudios que proponían tener en cuenta los factores familiares, psicológicos, sociales, etnológicos y espirituales de cada mujer y valorar su estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y su autonomía durante el parto¹².

En Europa, y en la misma línea de trabajo iniciada en Fortaleza en 1985, en 1998 se organizó en Venecia “El Taller de cuidados perinatales” en la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”. Este taller reunió 30 expertos que llegaron a diferentes acuerdos y se desarrollaron 10 valores y principios para proteger y apoyar un cuidado perinatal efectivo en el contexto europeo⁹⁴. Los 10 principios de la atención al nacimiento son; que la atención debe ser no medicalizada, basada en la tecnología apropiada, fundamentada en la evidencia científica, regionalizada, multidisciplinaria, integral, centrada en las familias, apropiada culturalmente, además debe de tenerse en cuenta la toma de decisiones de las mujeres y respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de estas.

En 2015, la OMS propuso revisar la tasa de cesáreas recomendada en 1985¹¹, situada entre el 10 y el 15%, por lo que publicó una Declaración sobre la tasa de cesáreas⁹⁷. Como resultado de los estudios, se concluye que una tasa superior al 10% (a nivel poblacional) no se asocia a una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Adicionalmente, después de una revisión sistemática de los métodos utilizados en la clasificación de cesáreas, la OMS propone el sistema de clasificación Robson⁹⁸ (publicado en 2001 por Michael Robson) como un estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesáreas. Este sistema clasifica a las mujeres en diez grupos o categorías excluyentes según las características obstétricas que constan

regularmente en los datos recogidos por las diferentes maternidades (paridad, comienzo del trabajo de parto, edad gestacional, cantidad de fetos, presentación fetal y situación transversal).

2.4 El Informe Changing Childbirth

En esta misma línea de cambios en la atención al nacimiento, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido, publicó el informe “Changing Childbirth”⁹⁹ redactado por un grupo de expertos, en el que se incorporaron una serie de recomendaciones fundamentales que pretendían un cambio en el modelo de atención al parto basado en tres principios: El primero de los principios destaca que el cuidado maternal debe focalizarse en la mujer, haciéndola sentir que tiene el control sobre lo que está sucediendo, de forma que pueda tomar decisiones sobre su cuidado, e introduce el concepto de la comunicación entre usuarios y profesionales sanitarios, remarcando que debe existir un diálogo entre ambos. El segundo, explica que todas las mujeres deben tener acceso sencillo a los servicios de maternidad y éstos deben responder a las necesidades de la mujer. Finalmente, el tercer principio explica que las mujeres deben participar en los servicios de maternidad, para que éstos se adapten a sus necesidades. Además, el informe Changing Childbirth⁹⁹ destaca que el cuidado debe ser eficaz y los recursos siempre deben ser usados de forma eficiente.

Los principios del informe Changing Childbirth giran en torno a los conceptos de autonomía en la toma de decisiones, control y continuidad del cuidado¹⁰⁰. En él, se establecen 10 indicadores de éxito para monitorizar el progreso por parte del Departamento de Salud y que debían implementarse a los 5 años de la elaboración del informe:

1. Todas las mujeres deben tener derecho a llevar sus propias anotaciones.
2. Toda mujer debe conocer una matrona que asegure la continuidad de su cuidado maternal.
3. Al menos un 30% de las mujeres deberían tener a la matrona como profesional principal.

4. Toda mujer debe conocer al profesional principal que tiene un rol clave en la planificación y provisión de su cuidado.
5. Al menos un 75% de las mujeres atendidas en una unidad de maternidad deben de conocer a las personas que cuida de ellas durante el proceso de parto.
6. Las matronas deberían tener acceso directo a algunas camas en todas las unidades maternas.
7. Al menos un 30% de las mujeres de una unidad de maternidad deben estar bajo la dirección de una matrona.
8. El número total de visitas prenatales para las mujeres con embarazo sin complicaciones debería haber sido revisado en base a las evidencias disponibles y las indicaciones del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
9. Todas las ambulancias de primera línea deberían tener un profesional de emergencias capaz de apoyar a la matrona, si ésta precisa transferir a la mujer al hospital en caso de emergencia.
10. Todas las mujeres deben tener acceso a la información sobre los servicios disponibles en su localidad.

El Comité de Salud de la Sala de los Comunes del Reino Unido, emitió un nuevo informe¹⁰¹ en 2003, a los 10 años de la elaboración del anterior, donde se observan avances “significativos pero no completados” en los indicadores 1, 7 y 8. Adicionalmente, se contemplan algunos avances en los indicadores 6 y 10. El resto de indicadores no son nombrados individualmente.

2.5 Modelos de atención a la mujer

Algunos autores^{2,4,30,76,102,103} han puesto de manifiesto que esta medicalización del proceso de embarazo y parto ha concebido el cuerpo de la mujer como anárquico y necesitado de control. Además, han puesto de manifiesto que la tecnificación de la obstetricia se ha extendido a tal nivel, que se ha producido una alienación de las mujeres y ha provocado que éstas perdieran el control de sus propios cuerpos;

convirtiéndose de ese modo las mujeres en objetos para la práctica médica. El reconocimiento de esta falta de control por parte de las mujeres ha originado la propuesta de un nuevo modelo de atención al nacimiento al que se ha denominado “centrado en la mujer”. Este modelo de asistencia reclama el respeto al proceso natural y rechaza cualquier medicalización o tecnificación de la asistencia, si no es estrictamente necesaria.

Esta nueva forma de entender la atención al nacimiento ha generado reivindicaciones a nivel internacional. Dichas reivindicaciones llegaron a instancias institucionales provocando que, desde 1990, se redactaran protocolos y guías de asistencia que enfatizaban la necesidad de una atención humanizada en la asistencia sanitaria al parto, así como la adecuación de una atención centrada en la mujer. En esta línea de trabajo, la OMS ha elaborado recomendaciones, entre la que podemos destacar el hecho de que no se supere un 10-15% de nacimientos por cesárea¹¹.

En 1996, en Ginebra, la OMS publicó una guía práctica sobre los cuidados en el parto normal¹⁰⁴, dando lugar a diferentes documentos en defensa de los partos respetuosos con la fisiología, iniciándose así medidas que facilitaban el empoderamiento de la mujer entre las cuales aparecía la realización del plan de nacimiento, el seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el postparto, el respeto a la elección informada de la mujer del lugar de parto, el proporcionar cuidados de parto en el lugar más cercano a su entorno; donde el nacimiento sea factible y seguro y donde la mujer se sienta más segura y confiada. Además, en esta guía también se remarca la importancia del respeto al derecho de intimidad de la mujer, el apoyo afectivo de la mujer por parte de los asistentes durante el parto, la facilitación de tantas informaciones y explicaciones como la mujer desee o precise, la libertad de posición y movimiento, el contacto inmediato piel con piel, así como el apoyo a la lactancia en la primera hora tras el parto, según las indicaciones de la OMS para la lactancia materna¹⁰⁴.

En nuestro contexto, en Europa, coexisten diversos modelos de atención al parto normal, entre los que podemos diferenciar tres enfoques distintos: En un extremo podemos situar un modelo desinstitucionalizado, atendido fundamentalmente por

matronas calificadas y autónomas que se encuentra en países como Holanda y los Países Escandinavos. En el punto intermedio, encontramos el modelo que plantea un parto institucionalizado con atención humanizada que es representado por países como Reino Unido o Alemania. Y por último, un modelo intervencionista institucionalizado atendido por profesionales de la medicina y enfermeros especialistas como sucede en Irlanda, Rusia, República Checa, Bélgica, Francia y España⁶.

En España, predomina el modelo institucionalizado, pero en los últimos años gracias a la información de la que disponen las usuarias, podemos observar (por ejemplo en el día a día de la práctica clínica) que muchas mujeres tienen una idea bastante formada de cómo desean que se lleve a cabo la asistencia de su parto, tendiendo a un modelo institucionalizado con atención humanizada. En este sentido han sido fundamentales las recomendaciones realizadas por la OMS que indicó la elaboración y utilización de un plan personal que determine dónde, cómo y por quién, quieren que sea atendido el parto la usuaria; conocido este documento hoy en día como “el plan de parto”. Además, la incorporación de los principios bioéticos formulados por Beauchamp y Childress¹⁰⁵, así como las diferentes leyes; como la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente¹⁰⁶ y su desarrollo en las normativas estatales⁶ y autonómicas²², han recordado la importancia de que el paciente, en este caso la mujer, participe, consienta y decida libremente sobre las intervenciones de salud.

En España, como en el resto de Europa, durante años, también se produjo una alta medicalización de la asistencia al parto que contribuía a que todas las mujeres, tanto aquellas con alto riesgo, como aquellas consideradas como de bajo riesgo obstétrico, fueran atendidas en entornos altamente medicalizados; hecho que podía interferir en los procesos que se desarrollaban de forma fisiológica e introducir riesgos derivados de intervenciones no necesarias¹⁰⁷.

Actualmente, se está produciendo un cambio en la forma de entender y abordar el acompañamiento del embarazo y parto, impulsada por diversos factores sociales y científicos procedentes de la búsqueda de un equilibrio entre las garantías de calidad y seguridad que ofrecen los conocimientos y técnicas científicas, y el deseo de las

mujeres en participar más en su estado de gravidez. En cambio, y pese a las recomendaciones de la OMS, la tasa de cesáreas ha aumentado en las últimas décadas tanto en los países desarrollados como en países en vías de desarrollo¹⁰⁸. En el caso concreto de España y según la última cifra disponible de 2014 en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)^c la tasa de cesáreas se sitúa en el 25,37%. Si se observa esta tasa por comunidades autónomas, la cesárea presenta una alta variabilidad en el territorio español, siendo el País Vasco la comunidad con menos cesáreas y la única que se acerca a las recomendaciones de la OMS con un 15,1%. Mientras que la Comunidad Valenciana presenta el doble de este valor, un 30,1% de cesáreas¹⁰⁹. La variabilidad que existe entre comunidades autónomas también se puede observar si desglosamos la cifra anterior entre hospitales públicos y privados, ya que obtenemos una tasa de cesáreas del 21,94% en hospitales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud y un 38,09 en hospitales privados. La tasa de cesáreas es significativamente más alta en la sanidad privada que en la pública; en la **Figura 2.1** se muestra la evolución de la tasa de cesáreas en España desde 1997 hasta 2014, que ha aumentado un 28% en dicho periodo.

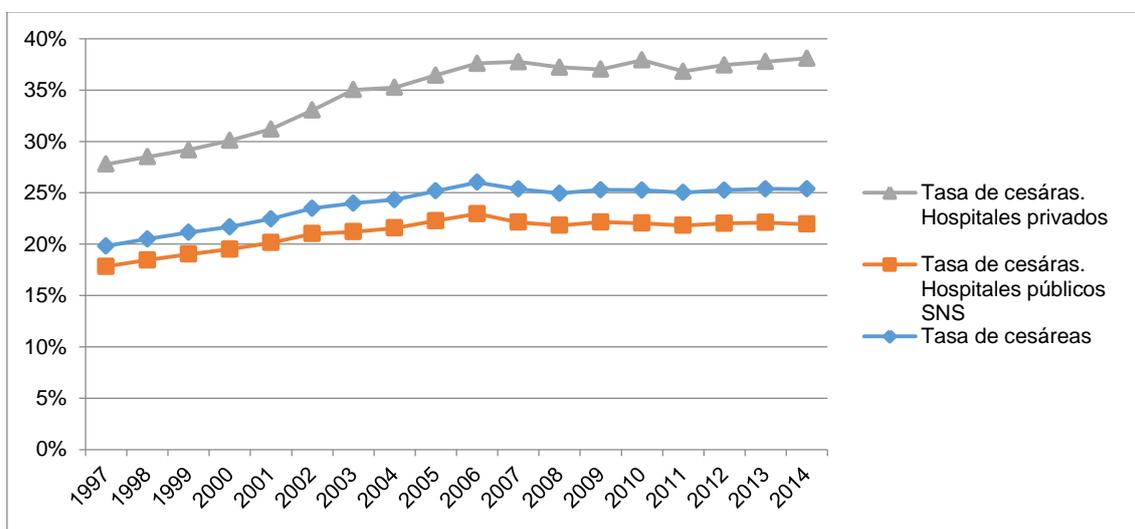


Figura 2.1 Tasa de cesáreas en España desde 1997 hasta 2014, según el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Fuente: Instituto Nacional de Estadística, elaboración propia.

^c Consultado en Enero de 2017. Disponible en:

<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>

Ello no tiene justificación desde el punto de vista médico puesto que, es precisamente en la sanidad pública donde se atienden los partos de mayor riesgo y por tanto donde se llevan a cabo los partos más susceptibles de finalizar en cesárea⁷⁹.

En este proceso de transformación de la atención al parto en España, los movimientos sociales han tenido un papel fundamental, dado que durante años se ha tendido a tratar como patológicos los procesos reproductivos de la mujer. Entre los movimientos sociales que han promovido el cambio cabe destacar los movimientos feministas que han contribuido a cambiar la mentalidad de las mujeres, de sus parejas e incluso de los profesionales de la salud¹¹⁰.

La demanda de un número importante de parejas y asociaciones de mujeres en España, solicitando la utilización de procedimientos naturales, sin aplicación de medios técnicos no necesarios durante el trabajo de parto y parto, fue recogida en el informe institucional del defensor del pueblo en 2006⁹, que en su punto IV, referido a la supervisión de la actividad de las administraciones públicas, recomienda «respetar la progresión natural del parto cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo, con independencia de respetar la voluntad de aquellas madres que deseen que el parto se “dirija médicamente” para evitar el dolor, y de aquellos supuestos en los que existan riesgos que exijan un control más continuado y tecnificado»⁹. Este informe, junto con las anteriores recomendaciones de la OMS¹¹¹, hizo que el Ministerio de Sanidad y Consumo, y los responsables de salud de las diferentes comunidades autónomas, comenzaran a promover líneas de trabajo menos intervencionistas en los embarazos y partos de bajo riesgo^{6,22}.

En España, a nivel autonómico y estatal se han propuesto iniciativas o proyectos de humanización de la asistencia perinatal; cuidados sanitarios que se ofrecen durante el periodo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento. Con este fin, se desarrolló para el territorio español, la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁶.

2.6 Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

En España la competencia en materia sanitaria está coordinada por el Estado Central, a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹¹². España es un país formado por diecisiete comunidades autónomas (además de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) en el cual, las competencias en materia sanitaria están coordinadas conjuntamente por el Estado Central, a través del Ministerio de Sanidad, y los servicios de salud de cada una de las comunidades autónomas, donde la administración del estado tiene competencias en las bases y la coordinación de la sanidad, mientras que las comunidades autónomas lo hacen en materias de planificación territorial, salud pública y gestión de servicios de salud.

En España, como se ha mencionado previamente, predomina el modelo institucionalizado, pero en los últimos años, el cambio en política sanitaria sobre la atención al parto ha planteado que se procure realizar una atención al parto institucionalizada, pero tratando de ofrecer una mayor personalización de la atención, evitando la medicalización no necesaria del proceso del nacimiento y la unificación de criterios. Con este objetivo, se iniciaron diferentes acciones que impulsaban buenas prácticas en la atención al nacimiento mejorando de ese modo el modelo de atención sanitaria al parto que reciben las mujeres.

En 2007, y con el propósito anteriormente mencionado, se produce un hito importante: la implantación de la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”⁶ elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (conocido, a día de hoy como: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). En el prólogo del documento⁶, Bernat Soria, Ministro de Sanidad en aquel momento y responsable de su desarrollo, incide en la idea de crear una estrategia de atención al parto resultado de un trabajo conjunto de diversos colectivos; sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y administraciones sanitarias autonómicas. Además, en ese documento, se expresa explícitamente que, en el momento de su implantación, existe un sentimiento generalizado de mejorar aspectos como la calidez y la participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto. Los objetivos del documento se centran en una

concepción de la atención al parto que contemple el nacimiento como un proceso fisiológico, en el que “solamente se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y en los que los profesionales sanitarios deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres”⁶. Asimismo, la estrategia⁶ asegura que se procura crear este clima, puesto que en esas condiciones, la comunicación fluye de manera más provechosa tanto para la mujer como para el acompañante y para los profesionales de la salud. Además, en la estrategia se afirma que el clima de confianza facilita la comprensión y de ese modo, mejora la toma de decisiones.

Con el propósito de conseguir los objetivos que la estrategia propone⁶, se realizó una revisión de las prácticas que se estaban llevando a cabo en ese momento y mediante ésta, se observó que se debían eliminar intervenciones innecesarias, como la episiotomía, el rasurado o la aplicación del enema, puesto que no eran intervenciones basadas en la evidencia científica sino operaciones que se procuraban de manera rutinaria. Desde su implantación, la estrategia de atención al parto normal, ha promovido cambios en el modelo de atención al nacimiento, orientando las atenciones sanitarias a las necesidades de las mujeres y de sus familias.

La estrategia de atención al parto normal está formada por cuatro líneas estrategias, según en el propio documento se indica⁶. La primera línea estrategia trata sobre las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, donde se analizan prácticas como las ya citadas: rasurado del periné, aplicación de enemas, la episiotomía. Pero también se hacen eco de aspectos tales como el acompañamiento durante el proceso, la atención al periodo de dilatación, el manejo del dolor durante el parto, la posición materna durante el periodo de expulsivo, la atención al alumbramiento, la necesidad de instrumentalización en la atención a ciertos partos, el control del número de cesáreas, el contacto precoz con el recién nacido, la atención postnatal inmediata y la atención a la lactancia.

La segunda línea de actualización de la estrategia de atención al parto normal⁶ trata sobre la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Esta intervención constituye la aplicación del principio de autonomía y se contempla como un proceso de

toma de decisiones conjuntas entre las usuarias y los profesionales, durante el cual se comparte información, y se insta a las clientas a participar en las decisiones y acordar conjuntamente un plan de acción. Al promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones se pretende el abandono del modelo clásico de atención; modelo paternalista en el cual la relación sanitario-paciente que se establece está basada en el acatamiento de lo que el profesional determinaba, y en una dependencia pasiva por parte del usuario; en este caso la mujer. La participación en la toma de decisiones consiste en promover la adopción de un nuevo modelo basado en el consenso y en la responsabilidad compartida, procurando la cooperación y participación activa en temas de salud.

En el modelo clásico, el personal sanitario que procura la atención, determina lo que es mejor para la persona usuaria del servicio, sin que ésta intervenga y presumiendo su ignorancia⁶. En el nuevo modelo, se incorporan otros elementos como la información, la incorporación de las preferencias del usuario del sistema de salud, el consenso y la toma de decisiones conjunta, la corresponsabilidad y la elaboración de un plan de acción. Además, se considera que todo esto debe ser favorecido por medio de la información adecuada, suficiente y en el momento oportuno, acerca de las mejores prácticas existentes para lograr los mejores resultados.

La tercera línea que la estrategia⁶ propone, trata sobre la formación del profesional en medicina y en enfermería, ocupándose de aspectos como la especialización y formación continuada. La estrategia recuerda la importancia de implantar cambios en la formación tanto en conocimientos como en habilidades de los profesionales de medicina y enfermería relacionados con la atención al nacimiento y para ello se recoge indicaciones, tanto durante la formación de los especialistas EIR (enfermeros internos residentes), y MIR (médicos internos residentes) como en la posterior formación continuada que deben realizar los diferentes profesionales de la salud. Además, la estrategia⁶ propone capacitar al personal sanitario implicado en la atención al parto normal, para mejorar la comunicación con las mujeres y poder facilitar y compartir las decisiones y las responsabilidades, así como facilitar la formación de formadores/as y el diseño de modelos de formación común para la actualización del personal que atiende los partos normales, especialmente en lo referente a los aspectos

psicosociales del parto y nacimiento, la comunicación y la participación. También se propone incluir los aspectos de equidad de manera transversal en las actividades formativas, teniendo en cuenta la perspectiva de género, con especial incidencia en el empoderamiento de las mujeres, la multiculturalidad y la diversidad de capacidades.

Por último, la cuarta línea de actuación de la estrategia se centra en temas como la investigación e innovación y la difusión de buenas prácticas en la atención al parto normal⁶. Esta línea remarca la importancia de investigar en todos los aspectos relacionados con la atención al parto, especialmente en aquellos en los que no existe suficiente evidencia o en los que es necesaria una mayor información, como es el caso del manejo activo/expectante del alumbramiento, las causas del incremento de las tasas de cesáreas y su variabilidad, las alternativas para el manejo del dolor durante el parto y la posición materna durante el periodo expulsivo, entre otros. También toman relevancia los aspectos más cualitativos de la investigación para la mejora de la atención al parto, teniendo en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres en función de sus capacidades físicas, intelectuales o sensoriales, en relación a las diferentes culturas, costumbres y afectos, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Asimismo, la estrategia⁶ insiste en la importancia de promover la investigación para que aporte más conocimiento acerca de la fisiología del parto normal y de sus aspectos psicosociales. La estrategia también procura potenciar la investigación comparando los posibles beneficios y riesgos de las diferentes intervenciones existentes y la no intervención respecto a algunas de ellas. Además pretende fomentar estudios de evaluación de las prácticas más novedosas en alivio del dolor, así como promover investigaciones de impacto de las diferentes prácticas sobre la salud física y psicoafectiva de las madres, los bebés y los padres. En esta cuarta línea, la estrategia propone elaborar una guía de práctica clínica común para todo el SNS⁴⁵ e identificar buenas prácticas en la atención al parto normal, analizado a su vez los procesos de innovación aplicados y remarcando la importancia de hacer difusión de los mismos para su posible replicación en otros lugares. De igual forma, la estrategia⁶ recalca la importancia de conocer las experiencias de centros sanitarios que desarrollen ejemplos de innovación y buenas prácticas en la atención al parto normal, puesto que

afirma que su difusión permitirá la transferencia de conocimiento y replicación en otros centros, así como su utilización para la docencia.

El objetivo final de esta estrategia⁶, según se indica en la misma, es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada y más centrada en las necesidades particulares de las usuarias. La estrategia destaca la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso, así como la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se le apliquen, haciendo a la mujer de ese modo, partícipe y responsabilizándola de sus decisiones. Además, la estrategia explica que las elecciones y decisiones tomadas por las mujeres deben plasmarse en los denominados “planes de parto” en los que las mujeres pueden elegir entre diferentes opciones el tipo de asistencia que desean, o la atención al nacimiento que más se les ajusta a sus expectativas y necesidades.

Según la mencionada estrategia⁶, todas estas medidas mejoraran la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y las usuarias y la satisfacción en general. Sin embargo, este interés mostrado desde las instituciones sanitarias en una asistencia más humanizada se traduce en ocasiones, en la práctica diaria, en un rechazo a cualquier tecnificación de la asistencia, convirtiéndose para algunas mujeres y profesionales la tecnificación en sinónimo de atención opresiva y despersonalizada, equiparando una asistencia respetuosa con la fisiología en sinónimo de humanización y en respeto por la autonomía de la mujer¹⁷.

2.6.1 Buenas prácticas obstétricas: Práctica clínica basada en la evidencia científica

La práctica clínica es el proceso de actuación sanitaria en relación con la atención a la salud de los usuarios. Los componentes de la práctica clínica son los siguientes: los datos, la información clínica, las percepciones, los razonamientos, los juicios y las decisiones de los sanitarios, los procedimientos que utilizan y las intervenciones que aplican¹¹³. Sin embargo, la práctica clínica no es un fenómeno exacto ni reproducible. Existe gran variabilidad intra e inter-profesional respecto a las observaciones,

percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica que trae como consecuencia un marco de trabajo con cierto grado de incertidumbre¹¹⁴.

Las variaciones en la práctica clínica pueden tener sus orígenes en las características de los pacientes o en las características del sistema sanitario, como por ejemplo en el caso de los recursos humanos, técnicos y financieros de los que se dispone, del número de profesionales sanitarios y no sanitarios, de la disponibilidad en cantidad y calidad de medios técnicos, de la disponibilidad y acceso a pruebas complementarias y de los recursos económicos. También se sabe que existen diferentes “patrones” de práctica clínica. Estos patrones vienen determinados en función de si los profesionales trabajan aislados o en equipo, con o sin protocolización de actividades, con consultas programadas o no programadas y con ejercicio en el sistema público o privado.

El cambio del modelo tradicional de atención sanitaria, al modelo basado en la práctica asistencial fundamentado en la información, hace que la práctica clínica basada en la evidencia científica sea una realidad. Se puede definir la práctica de la medicina basada en la evidencia como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes. La práctica de la medicina basada en la evidencia, significa integrar la maestría clínica individual con la mejor evidencia disponible en las bases de datos científicas procedente de la investigación válida y fiable¹¹⁵. No obstante, la práctica de la medicina basada en la evidencia (MBE) es: “un proceso de aprendizaje autodirigido que dura toda la vida, en el que el cuidado de los propios pacientes crea la necesidad de información clínicamente importante sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y otras cuestiones clínicas y de asistencia sanitaria”¹¹⁶. Dicho proceso requiere asumir premisas como que, las decisiones clínicas deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible¹¹⁷, identificándola en una base metodológica epidemiológica y bioestadística. Además, el tipo de problema clínico que se plantea, es el que determina el tipo de evidencia a buscar. Las conclusiones obtenidas de la evidencia sólo son útiles si se aplican en la atención sanitaria de individuos o poblaciones. Por todo ello, se considera que la capacitación de los profesionales de la salud; proceso activo que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que les permitan

enfrentar y resolver, o en su caso, contribuir a la mejora de los problemas a fin de preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal que ha terminado su instrucción¹¹⁸, debe ser permanentemente evaluada, con lo que se requiere que los profesionales realicen cursos de formación continuada. A pesar de lo anteriormente expuesto, es también cierto que, existe una fuente de variabilidad no explicable que recae sobre la calidad de la evidencia científica que subyace a la toma de decisiones, la cual puede estar condicionada por la ausencia de evidencia o conocimiento científico¹¹⁹.

En la actualidad, ante un problema de salud para el cual no existe evidencia científica disponible, el médico o profesional sanitario correspondiente tiende a basar sus decisiones y su práctica asistencial en su experiencia profesional con lo que la posibilidad de equivocación aumenta¹¹⁹. Cabe también destacar que, en ocasiones, la inaccesibilidad a las fuentes de evidencia y/o la falta de destreza en el análisis de la información, la presencia de información incorrecta o tendenciosa, la información no válida o no fiable, las prácticas no contrastadas, las modas, las inercias o las situaciones que se mantienen o se propagan sin un porqué, conllevan a que la probabilidad de error también aumente¹¹⁹.

Finalmente es necesario explicar que la escasa diseminación de algunas guías o protocolos, pese a encontrarse en los medios profesionales, la pérdida de actualizaciones científicas y el hecho de que la información médica y sanitarias se produzca y renueve de forma permanente, hace que sea difícil tanto el acceso, como el conseguir un seguimiento por parte de los profesionales de toda la información disponible¹¹⁹. Lo anteriormente descrito comporta que, cada vez más, los profesionales de la salud, para garantizar una atención clínica de calidad, basada en la evidencia científica, tiendan a estar más especializados. Esta especialización se lleva a cabo con la finalidad de que los profesionales conozcan mejor y estén más actualizados en un área del cuerpo humano concreta.

2.6.1.1 *El concepto de control en el trabajo de parto*

El término de control tiene una amplia variedad de usos y definiciones puesto que se trata de un vocablo utilizado en diferentes disciplinas. En el caso que nos atañe, la atención al parto, el concepto de control es importante debido a una serie de motivos¹²⁰. En primer lugar, porque el concepto de control durante el parto es utilizado en todo el mundo, por lo que se puede decir que tiene repercusiones internacionales¹²¹⁻¹²⁴. En segundo lugar, porque el concepto de control se ha vinculado a la satisfacción que las mujeres tienen de la experiencia del parto¹²³⁻¹²⁹. En tercer lugar, porque el control se ha relacionado con el cuidado que brindan los proveedores de salud^{129,130}. Por último, porque existe una relación implícita entre el control sentido por parte de las mujeres y los resultados perinatales, hecho que, en última instancia, podrían llegar a afectar a los costes sanitarios¹³¹. Sin embargo, el control durante el proceso de parto no es conceptualizado de la misma manera por todos los autores. El término control durante el trabajo de parto tiene dos acepciones; “tener el control” y “estar en control”¹³²; dividiéndose de ese modo el término de control en externo e interno.

El control externo es aquel que valora lo que se le hace a una persona, y a menudo se equipara con la participación de la persona implicada en la toma de decisiones. La conceptualización de control externo como la participación en la toma de decisiones, hace que en ocasiones no se cuestione si la participación conduce o no a controlar, o a si algunas mujeres podrían tener un mayor grado de sensación de control abdicando de la toma de decisiones y delegándola en los cuidadores¹³². Por otro lado, el término control también puede significar control interno, comprendido como el control que la mujer tiene de su propio cuerpo y de su comportamiento. Slade¹³³ remarcó como control interno la capacidad del individuo de controlar el pánico o miedo y propuso mecanismos para ello como son: la eficacia de la respiración, la relajación y de los ejercicios en la atención a la asistencia al nacimiento.

Asimismo, hoy en día, existen cuestionarios para valorar el miedo durante el parto¹³⁴. El miedo que las mujeres tienen durante el proceso de nacimiento es un importante problema de salud para las ellas¹³⁴, que puede prevenirse mediante una adecuada

atención en el trabajo de parto que mejore las percepciones que las mujeres tienen de control y apoyo¹³⁵. Además, Slade¹³⁶, mediante un artículo publicado en 2006, proporcionó una síntesis de los conocimientos sobre los síntomas del estrés postraumático después del parto. Dicho autor presentó un marco conceptual bidimensional para entender el desarrollo de síntomas basados en factores predisponentes (pre-embarazo y embarazo), precipitantes (perinatales) y de mantenimiento (postnatal), que se relacionan con factores internos (que se encuentra dentro del propio individuo) y con factores interrelacionales¹³⁶.

2.6.1.2 *El manejo del dolor durante el trabajo de parto*

El dolor es una experiencia humana universal, y uno de los motivos más frecuentes de solicitud de cuidados por parte de la población. El dolor durante el trabajo de parto, y el alivio del mismo, ha sido un aspecto importante en la atención al nacimiento a lo largo de la historia¹³⁷. En numerosas ocasiones, el dolor del trabajo de parto y parto supone el evento más doloroso que ha experimentado, hasta ese momento, una mujer, hecho que implica una experiencia psicológica profunda, la cual pone a prueba su feminidad y competencias personales¹³⁸ como parturienta¹³⁹ limitando, en algunos casos, el control que la mujer tiene sobre su propia fisiología.

Los dolores del parto están provocados, principalmente, por las contracciones de los músculos uterinos y en cierta medida por la presión que ejerce el bebé sobre el cuello del útero¹⁴⁰. Además, se ha observado que el dolor vinculado al parto afecta en mayor o menor grado a todas las mujeres y se asocia con modificaciones bioquímicas y fisiológicas de la madre y el feto, que interactúan interfiriendo con la evolución normal del trabajo de parto¹⁴¹. De igual modo, el dolor del trabajo de parto produce diversos cambios en los sistemas cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal, así como en el estado ácido-base maternos y fetales, causando también trastornos psicológicos, físicos y bioquímicos¹⁴¹.

La percepción de las mujeres sobre la maternidad ha ido evolucionando en función de los acontecimientos históricos y de los avances científicos y sociales. La actitud de las mujeres ante el dolor y el nacimiento se ha visto que depende de diferentes aspectos;

biológicos, evolutivos, familiares, sociales, culturales y cognitivos¹⁴². En el caso concreto de la cultura occidental, la religión cristiana, introdujo la visión del dolor del parto como castigo por el pecado original, provocando que el parto fuera conceptualizado como un proceso doloroso y que el intento de remediar el dolor se considerase pecado.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, como se ha mencionado, el parto comienza a abordarse como un proceso que requiere asistencia médica. Durante ese siglo, un médico escocés James Simpson¹³⁷ empezó a hacer uso de agentes anestésicos en la obstetricia utilizando éter dietílico para eliminar el dolor en el parto de una mujer con pelvis deforme. No obstante, este hecho no fue bien aceptado por la iglesia católica al considerar que la ausencia de dolor era contraria al mandato bíblico del Génesis 3:16: “Multiplicaré tus dolores en el parto: y darás a luz a tus hijos con dolor”¹⁴³. Sin embargo, y pese a las dificultades iniciales del uso de anestésicos durante el parto, éstos empezaron a instaurarse.

En el inicio y generalización de la instauración del uso de anestésicos durante la asistencia al parto, tuvo un papel importante el hecho de la aplicación por parte de John Snow de cloroformo durante el parto de la Reina Victoria de Inglaterra en 1857¹⁴⁴. Desde ese momento, poco a poco, se ha ido implantando, de manera, global el uso de anestésicos y analgésicos durante la asistencia al parto, apareciendo diferentes técnicas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, todas ellas con el objetivo de mejorar las molestias de este proceso, garantizando el bienestar de la mujer y del feto.

Cabe recordar que, para que el dolor del parto quedase liberado de las ligaduras morales y pudiera ser tratado, aliviado o eliminado mediante técnicas analgésicas y/o anestésicas, fue necesario solicitar permiso al papa Pio XII^{145,146}. Sin embargo, a posteriori, y debido en parte a la pérdida de influencia de la Iglesia Católica y a los cambios sociales que propiciaron una sociedad más laica, se fueron mejorando las técnicas médicas de alivio del dolor pasando a ser considerado éste como una percepción sensorial innecesaria e incluso inaceptable¹⁴⁶ llegando a devaluarse el dolor¹⁴⁷, y en concreto el dolor de parto. De ese modo, algunos autores han llegado a

asegurar que, el dolor de parto no es solo no beneficioso para la mujer sino todo lo contrario.

Por todo ello, la tendencia social actual en relación al dolor se inclina hacia la necesidad de eliminarlo en cualquier circunstancia de la vida¹⁴⁶, lo que incluye el intentar eliminar el dolor en el trabajo de parto y el parto. Pero este objetivo de eliminación del dolor, en algunas ocasiones, implica la estandarización del tratamiento que los profesionales proporcionan a las usuarias, siendo el uso de la anestesia epidural el método más utilizado en nuestro contexto.

Las prácticas sanitarias y técnicas encaminadas a la reducción del dolor que acompaña a las contracciones uterinas, aplicadas por parte de los profesionales sanitarios, suele desvalorizar los recursos de autogestión o autocontrol que la mujer posee. El alivio estandarizado del dolor que tiene lugar en los centros sanitarios, en algunas ocasiones, llega a provocar que la mujer deje en manos de los profesionales de la salud, de los expertos, de los que tienen el saber, la adquisición del poder y el control de la situación. Con el tratamiento estandarizado de la reducción del dolor en el parto, se desvalorizan los recursos de autogestión de la mujer y se facilita el control de los profesionales sobre el cuerpo de ésta¹⁸. De ese modo, en los últimos tiempos, los “dolores de parto” han pasado a ser considerados un mal fisiológico del que sólo la medicina y los profesionales sanitarios pueden liberar a la mujer parturienta¹⁸. Sin embargo, hay que destacar que el mecanismo de alivio del dolor que se utiliza durante el trabajo de parto y el parto condiciona los cuidados que se proporcionan durante la asistencia al nacimiento, determinando de ese modo el modelo de atención asistencial. Se puede afirmar pues, que el alivio del dolor durante la asistencia al nacimiento también tiene implicaciones durante el proceso asistencial. El procurar el alivio del dolor, considerado como indeseable durante el parto, junto al concepto de riesgo potencial que se asocia en la actualidad a los procesos de embarazo y parto, constituyen elementos fundamentales en la justificación de la medicalización de la asistencia al nacimiento.

Muchas mujeres desearían experimentar su parto sin la necesidad de medicamentos pero, una vez que el trabajo de parto comienza, es muy común y perfectamente

comprensible que la mujer cambie de opinión y pida que se le proporcione algún tipo de alivio con las mínimas consecuencias negativas posibles para ella y su bebé. Es por ello que, en numerosas ocasiones, las mujeres deciden liberarse del dolor que el trabajo de parto y parto conlleva. No obstante, es cierto que, en algunas ocasiones, no todas las parturientas conocen las implicaciones que se asocian a las decisiones que toman en lo que a método de alivio de dolor se refiere.

Durante el trabajo de parto, y a pesar de tener una relación riesgo-beneficio favorable, es preciso recordar que la realización de la anestesia epidural no es una técnica inocua¹⁴¹. Entre las posibles complicaciones derivadas del uso de la analgesia epidural se encuentran las siguientes: inyección intravascular del anestésico local, punción dural no intencional, dolor lumbar, prurito, náuseas y vómitos, retención urinaria, bloqueo motor extenso, bloqueo muy prolongado, migración o rotura del catéter epidural, parestesias, canalización de una vena epidural durante el procedimiento, cefalea postpunción dural, hematoma epidural, subdural o subaracnoideo, absceso epidural, síndrome de la arteria espinal, aracnoiditis adhesiva, síndrome de la cola de caballo, meningitis aséptica o séptica y neumocéfalo. La falla de la analgesia epidural también se considera como una complicación¹⁴¹. Asimismo, algún estudio observacional¹⁴⁸ ha relacionado efectos sobre la vía de parto con el uso de la analgesia epidural, mostrando que las mujeres que eligen analgesia epidural durante el trabajo de parto presentan mayor incidencias de parto instrumentado y cesárea en comparación a aquellas que escogieron otros medios métodos analgésicos de alivio del dolor (por ejemplo la vía parenteral), describiendo de ese modo una fuerte asociación entre anestesia neuroaxial y parto quirúrgico¹⁴⁹.

Por todo lo mencionado, cobra una importante relevancia la necesidad de informar a la mujer, y de recordar el derecho que la futura madre posee de decidir si quiere o no aliviar su dolor mediante este método, cuando llegue el momento de traer al mundo a su bebé. Para esa toma autónoma de decisiones, se hace necesario el proporcionar a la usuaria información correcta y la obtención del consentimiento informado de la mujer previa realización del procedimiento analgésico epidural.

2.6.1.3 *El acompañamiento en el trabajo de parto*

La necesidad de que la mujer esté acompañada durante el trabajo de parto y parto no es nueva. A lo largo de la historia ha sido habitual encontrar a mujeres que se dedicaban a acompañar a otras en este proceso¹⁵⁰⁻¹⁵².

Según Klaus et al.⁵⁹ desde mediados de siglo XIX el acompañamiento en el trabajo de parto se convirtió en un hecho excepcional en lugar de habitual. Esto ha repercutido en que disminuyera la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, a pesar de que el acompañamiento continuo por parte de los profesionales es un elemento clave en el proceso de humanización, al crear un ambiente de seguridad y confianza.

Durante años, la asistencia al parto en los hospitales provocó que las mujeres quedaran aisladas del apoyo de sus familiares y amigos. Pero, a partir de las recomendaciones de la OMS, en las que, como hemos visto, se remarca la importancia de facilitar la presencia de un compañero elegido por la usuaria durante la asistencia al nacimiento, algunos estudios han revelado que el apoyo brindado por parte de la pareja, de un familiar femenino o de una o “doula”: mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante el proceso de nacimiento¹⁵³, han mejorado la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, al aumentar la comodidad emocional y al disminuir la ansiedad de éstas¹⁵⁴⁻¹⁵⁶.

Algunos países como Puerto Rico han creado legislación para regular el acompañamiento de las mujeres. Desde 2006, la ley núm. 156 del 10 de agosto¹⁵⁷, ley del acompañamiento del trabajo de parto, parto y puerperio ha sido aplicada en dicho país tanto en entidades públicas como privadas. En esta ley se contemplan los derechos de la madre y del recién nacido. Entre los derechos de la madre, la ley destaca el respeto al derecho a estar o no acompañada durante el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio, contemplando incluso aquellos partos que se realizan mediante cesárea, remarcándose también en este documento que el acompañante no puede interferir en las determinaciones de carácter médico que acuerden los profesionales con responsabilidad en el parto.

En el caso de España, el Ministerio de Sanidad y Política Social en su informe: Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones del año 2009 aconsejó el facilitar la presencia del padre o acompañante junto a la mujer en el área quirúrgica, durante todo el proceso, con las adecuadas normas de seguridad¹⁵⁸.

Algunos autores como Lundgren y Dahlberg¹⁵⁹ plantean que la relación que se establece entre la mujer y la matrona, es el factor clave de un buen apoyo durante el proceso de parto. Sin embargo, una revisión Cochrane destaca que para las mujeres es importante el estar acompañadas por miembros de la familia o amigos cercanos¹⁵⁵. Las mujeres suelen elegir ser acompañadas por individuos con los que tienen contacto en el día a día, puesto que necesitan apoyo individualizado, comodidad, sensación de control y de unión familiar. A pesar de que las ventajas y desventajas de tener varios acompañantes durante el proceso de parto no se conocen bien, algunos autores sí que han descrito que puede existir conflicto entre la visión de las mujeres y la de los profesionales sanitarios^{160,161}. Asimismo, algunos profesionales explican que el hecho de que la mujer tenga varios acompañantes en el lugar donde se lleva a cabo la dilatación y el parto puede aumentar la carga de trabajo, dificultando de ese modo el poder proporcionar una buena atención a la parturienta¹⁶⁰.

Por último, cabe destacar que existen cuestionarios como el *Birth Companion Support Questionnaire* (BCSQ) que valoran la percepción de las mujeres sobre la ayuda proporcionada por las personas de su entorno¹⁶².

2.6.1.4 La importancia del entorno físico en la atención sanitaria del trabajo de parto

Los hospitales son establecimientos que suelen estar asociados al concepto de enfermedad. En la actualidad, para muchas de las mujeres que ingresan en un hospital durante su proceso de parto, es la primera vez en su vida que se encuentran en ese entorno. Además, se sabe que el entorno físico durante la dilatación y el parto puede influir en la evolución de dicho proceso¹⁶³. El ambiente físico durante la dilatación, la presencia de profesionales con los que no se ha tenido contacto con anterioridad, el exceso de profesionales sanitarios durante el trabajo de parto y el

sentirse solas durante esas fases, suele tener repercusiones sobre el grado de miedo y estrés de las mujeres¹⁶⁴. En la asistencia al parto se ha podido observar que, si las parturientas sienten, estrés durante el trabajo de parto debido al entorno, este estado provoca la secreción de betaendorfinas que prolongan el proceso debido a que disminuyen las contracciones uterinas¹⁶⁵. También es sabido que la salud emocional de la mujer puede quedar afectada a largo plazo por su experiencia de parto¹⁶⁶, por lo que es conveniente controlar y minimizar los factores que pueden inducir estrés en las mujeres durante la atención al nacimiento.

Cuidar del entorno y de las necesidades individuales de las mujeres, se ha visto que puede ayudar a que éstas vivan de una forma más satisfactoria dicha experiencia¹⁶⁴. Además, un ambiente seguro y tranquilo influye positivamente en el sentido de control de las mujeres¹⁶⁷. Crear un espacio confortable y apacible donde se eviten los excesos de luz, se facilite una temperatura adecuada de la habitación, se disminuyan los ruidos y se utilice música, ayuda a facilitar la comodidad física de la mujer^{168,169}. Promover la comodidad de las mujeres durante su trabajo de parto, puede empoderarlas durante el proceso. Asimismo, aumentar el confort puede llegar a disminuir el dolor de parto, la necesidad de intervenciones médicas y los costes sanitarios¹⁷⁰. Por ello, es fundamental que las mujeres se sientan seguras en el lugar donde se lleve a cabo su trabajo de parto. Para facilitar la seguridad de la mujer, la tendencia actual es que ésta disponga de una habitación en la que se le procure un ambiente íntimo y en la que permanezcan únicamente los profesionales sanitarios necesarios; evitando de ese modo la presencia de personas innecesarias en las habitaciones de dilatación y parto¹⁷¹.

Asimismo, se consideran factores favorecedores del entorno el que la mujer conozca con anterioridad el área asistencial y, a ser posible también, a los profesionales que la van a atender durante el trabajo de parto, para que la mujer, pueda llegar a establecer una relación de confianza con el equipo que la cuida. Cabe señalar que, en los partos de baja intervención, la necesidad de un entorno favorable se agrava. Por ello se debe procurar que la parturienta pueda expresarse de forma libre en el lugar donde se lleve a cabo su trabajo de parto sin las miradas incómodas de profesionales, ni rodeada de otras mujeres. También, se ha encontrado que es importante asegurar la privacidad de

la mujer sobre todo en la aplicación de algunas técnicas comúnmente realizadas durante la atención al nacimiento como, por ejemplo, en el caso de las exploraciones vaginales¹⁶⁴. En la actualidad, se considera que se consigue la excelencia del entorno asistencial en la atención al nacimiento, cuando se dispone de un área de baja intervención, separada de las salas de partos tradicionales pero situada próxima del área de obstetricia¹⁷². Un área dirigida por matronas, dado que se ha hallado evidencia de los beneficios de la existencia de zonas lideradas por matronas, donde los servicios son prestados de forma separada de las tradicionales salas de partos¹⁷³. En este tipo de áreas, es importante procurar que el ambiente sea parecido al que se puede proporcionar en una habitación de un hogar¹⁷⁴. Además, se considera que la habitación o sala polivalente para el proceso de parto normal, debe tener las siguientes características básicas; ser una sala única, habilitada para la atención de la dilatación y el expulsivo. Se debe procurar que la atención se produzca en un único ambiente sin necesidad de cambiar de lugar. Debe tratarse de una sala de uso individual, insonorizada, en la que el utillaje y los muebles sean preferiblemente de colores cálidos. Además la mujer debe estar acompañada por las personas de su elección, ya sea la pareja, un familiar, una amiga o una persona conocida¹⁶⁴.

Por último, un elemento importante, es que en la atención facilitada siga el modelo de una matrona-una mujer, conocido como modelo de cuidado "One-to-One", durante el trabajo de parto y parto¹⁶⁴. El modelo de cuidado "One-to-One" es un tipo de cuidado que se inició en los hospitales de Hammersmith y Queen Charlotte de la Red del Servicio Nacional de Salud, en el oeste de Londres en 1993¹⁷⁵. Este modelo consiste en proveer una continuidad y una relación personal de la mujer de parto con su matrona, y está basado en un enfoque de cuidados proporcionados por matronas independientes.

Finalmente, también es necesario aclarar, que durante la estancia de la madre e hijo en el hospital, una vez transcurrido el parto, se debe procurar que los recién nacidos estén ubicados al lado de la madre en la habitación, lo que se denomina en régimen de cohabitación, evitando de ese modo la presencia de las tradicionales salas-nido^{176,177}. Las recomendaciones actuales son que la criatura recién nacida sana y su

madre, permanezcan juntos tras el parto y no separen en ningún momento siempre y cuando, el estado de salud de la madre y del recién nacido lo permita.

2.6.1.5 Las prácticas clínicas no recomendadas durante la asistencia al parto

En los últimos años, las tecnologías de la información han producido cambios relevantes en el acceso, disponibilidad y variedad de información en múltiples ámbitos. El acceso masivo a la información está cambiando el papel de los interlocutores en el proceso de comunicación, así como el uso que se hace de la misma. En este nuevo contexto de la sociedad de la información, el proceso permite un acceso casi instantáneo¹⁷⁸ incluso de la información científica. Sin embargo, el disponer de un gran volumen de información crea la necesidad de que se utilicen herramientas dirigidas al apoyo adecuado, eficaz y seguro en la toma de decisiones clínica, y a la necesidad de que existan profesionales con conocimientos y habilidades para ello. Con ese fin se han creado herramientas como las Guías de Práctica Clínica (GPC) que dan respuestas a las preguntas más relevantes que surgen en torno a la atención que se ofrece desde los servicios sanitarios; en casos de patologías concretas o en la atención a procesos fisiológicos como el parto. La atención al parto requiere de la calidad y calidez necesarias para favorecer una vivencia satisfactoria del proceso por parte de las mujeres, los recién nacidos y la familia⁴⁵.

Las GPC presentan la evidencia científica en forma de recomendaciones graduadas según la calidad de los estudios que las apoyan. En España, en el año 2003, el Consejo Interterritorial del SNS creó el proyecto “GuíaSalud”, que tiene como objeto la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de GPC en el SNS⁴⁵. Desde entonces, el proyecto “GuíaSalud” ha evaluado decenas de GPC de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico, las ha registrado y las ha difundido a través de Internet.

A principios del año 2006, la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS elaboró el Plan de Calidad para el SNS, que se despliega en doce estrategias. El

propósito de este Plan es incrementar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia. La estrategia décima del Plan se dirige a la Mejora de la Práctica Clínica e incluye entre sus objetivos la disminución de la variabilidad de dichas práctica y para ello procura el fomento de la elaboración y el uso de GPC. La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal están basadas en las mejores evidencias científicas disponibles hasta el momento de su edición, y son una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos⁴⁵.

Entre las recomendaciones que propone La Guía de Práctica Clínica Sobre La Atención Al Parto normal, se encuentran el evitar el uso rutinario del enema y del rasurado del periné. También se recomienda evitar el uso sistemático de la episiotomía; incisión que se practica en el periné de la mujer, con el fin de evitar un desgarramiento de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura¹⁷⁹. Además, la guía explica que, en aquellos casos en los que sí se precisa la realización de esta técnica, el tipo de episiotomía que se debe realizar es la mediolateral¹⁸⁰, e indica que debe ser comenzada en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. La guía remarca también cuál debe ser el ángulo de la episiotomía, señalando que respecto del eje vertical debe estar entre 45 y 60 grados⁴⁵. Adicionalmente, la guía desaconseja la realización de la Maniobra de Kristeller¹⁸¹; maniobra que consiste en empujar con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el empuje de la parturienta. Esta técnica se ha estado realizando, hasta hace unos años, casi de forma sistemática en la última fase del parto para facilitar el descenso del feto. Por último, la guía habla de la importancia de favorecer el contacto piel con piel de madre y recién nacido en la primera hora de vida, así como la importancia de facilitar el inicio de la lactancia materna lo antes posible y de la no aspiración orofaríngea y nasofaríngea, de forma sistemática, del recién nacido; dado que el paso sistemático de sondas para aspiración de secreciones, sangre o meconio, en el recién nacido con buena vitalidad, así como la verificación de que el esófago, ano-recto y coanas son permeables, representa la

realización de prácticas que tienen riesgos potenciales para el bebé, y deben ser evaluados de manera individual⁴⁵.

Asimismo, en la actualidad, la asistencia al parto en la mayoría de hospitales está regida por protocolos. Los protocolos clínicos son un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo enfermo o usuario que acude a un centro sanitario con un determinado cuadro clínico¹⁸², o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud, y deben incorporar la mejor evidencia científica de efectividad junto con la asesoría experta.

2.7 La atención al nacimiento en Cataluña

En línea con la EAPN⁶, desde el Ministerio y desde las comunidades autónomas se están realizando diferentes acciones para impulsar buenas prácticas en la atención al nacimiento por tal de mejorar la atención que reciben las mujeres. A partir del 2007, el Ministerio de Sanidad, inició acciones conjuntamente con las Comunidades autónomas (gracias a subvenciones de la Unión Europea) con el fin de aplicar las estrategias dirigidas a la atención al parto normal, acciones dirigidas a la obtención de recursos; materiales y humanos, a la formación de los profesionales y a la elaboración y adopción de protocolos basados en la evidencia científica para la atención al parto.

En el caso concreto de Cataluña, en el mismo año 2007, en consonancia con la EAPN se inició una línea de trabajo coordinada por el “Departament de Salut” y desarrollada con la colaboración del “Servei Català de Salut”, el apoyo de diferentes sociedades profesionales implicadas y la participación de organizaciones de usuarias, para incorporar la atención natural al parto normal como una alternativa de oferta asistencial en los hospitales de la red pública. El objetivo de la iniciativa de la atención natural al parto normal, era mejorar la calidad de la atención al nacimiento en hospitales de la red pública catalana. En esa misma línea y para favorecer una asistencia más respetuosa con el parto, en 2007 el “Departament de Salut” inició la acreditación de hospitales para la atención natural al parto normal, acreditando hasta 2015 un total de

34 hospitales (memoria del CatSalut 2015) de una oferta de 46 hospitales públicos de referencia en obstetricia en la comunidad autónoma de Cataluña¹⁸³.

Región Sanitaria	Hospital
Lleida	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Alt
Alt Pirineu i Aran	Hospital de la Cerdanya Puigcerdà Fundació Sant Hospital, la Seu d'Urgell
Camp de Tarragona	Pius Hospital de Valls Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital del Vendrell
Terres de l'Ebre	Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Girona	Hospital de Figueres Hospital Sant Jaume d'Olot Hospital de Palamós Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona Hospital Santa Caterina, Salt
Catalunya Central	Hospital Sant Joan de Déu, Manresa Hospital d'Igualada Hospital Comarcal Sant Bernabé, Berga Hospital General de Vic
Barcelona (Nord)	Hospital de Mataró Fundació Privada Hospital de Mollet Hospital Germans Trias i Pujol Badalona Hospital de Sabadell Hospital General de Granollers Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa
Barcelona (Sud)	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès Hospital Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat Hospital Sant Joan de Déu, Martorell Hospital General de l'Hospitalet (ConSORCI Sanitari Integral)
Barcelona (Ciutat)	Hospital del Mar Hospital Casa de la Maternitat Hospital Vall d'Hebron Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Tabla 2.3 Oferta de Hospitales de atención natural al parto normal en Catalunya en el año 2015

Los hospitales acreditados desde entonces, han debido demostrar contar con profesionales sensibilizados en el tema, adaptar y aplicar el protocolo de atención natural al parto normal, procurar una continuidad asistencial, una adecuada

investigación basada en buenas prácticas clínicas y facilitar la toma de decisiones de las mujeres¹⁸⁴.

Asimismo, las áreas que el “Departament de Salut”¹⁸³ ha priorizado, hasta la actualidad, para mejorar la atención al nacimiento son:

- 1) La Mejora del entorno en el que se atiende a las mujeres durante el proceso de parto. Con el fin de conseguir este objetivo el “Departament de Salut” de Cataluña realizó una dotación presupuestaria que permitió a 34 hospitales públicos de un total de 46 (**Tabla 2.3**), recibir soporte económico y técnico para adecuar sus espacios e infraestructuras y adquirir material específico para la implantación de las buenas prácticas recomendadas.
- 2) La actualización de los conocimientos, la sensibilización de a los profesionales y la realización de una difusión de la información.
- 3) El fomento de la participación de la mujer en la toma de decisiones. Para procurar ese fomento de la participación de las mujeres en la toma de decisiones durante el parto, se propuso la implantación del plan de parto o nacimiento.

Capítulo 3. La atención centrada en la mujer

Pope, Graham y Patel¹⁸⁵ publicaron que una “atención centrada en la mujer” debía ser definida de acuerdo a los principios de elección, continuidad de la asistencia y control por parte de la mujer. Posteriormente, Davis-Floyd⁴, propuso aplicar un modelo holístico de atención, ya que según la autora si se aplicaran las tecnologías apropiadas, en combinación con los valores del humanismo, la individualidad y la energía holística se podría crear el mejor sistema obstétrico el mundo. No obstante, Johnson¹⁸⁶ en 2003 basándose en los trabajos de Shandall, Tinkler y Quinney⁹⁵, definió la “atención centrada en la mujer” como aquella en la cual ésta puede adoptar decisiones informadas, estando implicada, teniendo control sobre el cuidado y relación con su matrona. Esta definición sigue vigente hoy en día y fue adoptada en 2013 por otros autores como M.S Maputle y H Donavon¹⁸⁷. En esta definición se observa la importancia de los conceptos de elección, control y decisión informada en la “atención centrada en la mujer”.

3.1 La humanización de la asistencia al parto

Para definir este proceso de cambio en el modelo de atención al nacimiento que, como hemos descrito ampliamente, se está produciendo en las últimas décadas, uno de los términos usado con mayor profusión es el de “Humanización de la asistencia”.

El proceso de “humanización de la asistencia al parto” nació como respuesta al fuerte intervencionismo médico que, sobre un proceso fisiológico, se estaba realizando en todo el mundo. Como hemos citado, los importantes avances y descubrimientos que se han producido en los últimos tiempos en el campo de actuación de las ciencias de la salud, en concreto en el terreno de la ginecología y la obstetricia y siempre con el fin de solucionar problemas de salud e intentar disminuir al máximo la morbimortalidad materna, ha producido, en demasiadas ocasiones, la priorización de la tecnificación y los conocimientos a las necesidades de las usuarias. Además, el tipo de atención facilitada por parte de los profesionales sanitarios y de las instituciones sanitarias

hacia las mujeres, ha conllevado, como hemos visto, que en algunos casos se produjera un aumento de rutinas quedando de ese modo relegados los aspectos de calidez y confianza frente a la atención centrada exclusivamente en las prácticas sanitarias. Asimismo, el aumento de estas rutinas asistenciales durante la atención al nacimiento ha comportado también que, en ocasiones, se llegasen a realizar prácticas no siempre justificadas desde una perspectiva de “práctica basada en la evidencia”, a pesar de que algunas de ellas vinieran determinadas por algunos protocolos sanitarios. Además, el avance de la ciencia y la tecnología ha provocado un aumento de las especializaciones profesionales existentes y a un cambio en la estructuración de los servicios. Es por ello que, últimamente y tal como se ha explicado, se ha reclamado la necesidad de individualizar y humanizar los cuidados. En estos últimos años, se demanda una evolución hacia un proceso de cuidado continuo, seguro para la persona y culturalmente aceptable que conlleve la aplicación de la tecnología necesaria, pero desde una perspectiva humana y centrada en el individuo.

El origen del término “humanización de la atención al parto” se remonta al año 2000. Fue a raíz de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, apoyada por el proyecto LUZ, promovida por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón y celebrada en Brasil¹⁸⁸, cuando se formuló el concepto de «humanización», que se define como «un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación, a la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, así como también con otras personas en el futuro y con las generaciones pasadas».

Es a partir de entonces cuando diferentes autores comienzan a hacerse eco en sus artículos de dicho concepto. En el estudio de Misago y Kendall de 2001⁷⁶, se afirma que para poder humanizar la atención al parto es necesario «empoderar» a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. Además, los profesionales que atienden el parto deben trabajar como iguales, usando la tecnología basada en la evidencia y fomentando la atención primaria¹⁸⁹.

En ese mismo año, Wagner² publica uno de los artículos de referencia sobre la atención humanizada al nacimiento, en el que sostiene que humanizar el parto consiste en entender que la mujer que da a luz es un ser humano, y no una máquina para hacer bebés. Según este autor, el parto humanizado es aquel que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede. Por otra parte, Wagner considera que la atención medicalizada, al incrementar la utilización de tecnologías en el control obstétrico, suele deshumanizar, y que para que un parto sea humanizado los servicios de maternidad deben basar su actuación en la evidencia científica, independientemente de la necesidad, o no, de emplear tecnología; por ello, concluye que el uso de una práctica basada en la evidencia en los servicios de maternidad lleva a una humanización de la atención al parto. Wagner indica cuatro factores necesarios para que el parto sea humanizado: en primer lugar, el entorno debe facilitar que la mujer pueda tomar decisiones; en segundo lugar, los servicios sanitarios tienen que estar basados en la atención primaria, en lugar de la hospitalaria; en tercer lugar, los profesionales que atienden el trabajo de parto (matronas, enfermeras, médicos...) deben colaborar en armonía trabajando como iguales, y finalmente, las prácticas sanitarias deben basarse en la evidencia científica¹⁸⁹.

También en 2001, Davis-Floyd⁴ señala que hay que humanizar la tecnomedicina para hacerla compasiva, sensible, individualizada, relacional y orientada a la comunidad. Asimismo, asegura que el mejor término análogo al de “humanismo” en la literatura es el de «biopsicosocial», que implica que el modelo humanista tiene en cuenta la biología, la psicología y el entorno social. Según esta investigadora, el modelo humanista reconoce la influencia de la mente sobre el cuerpo, ya que ambos están en constante comunicación, siendo imposible tratar síntomas físicos sin atender al bienestar psicológico. También aclara que uno de los aspectos más importantes del «nacimiento humanizado» es ser capaz de mirar a la mujer embarazada como una persona y no como una paciente, para poder establecer una conexión humana con ella. Esta conexión entre el profesional y la mujer constituye, para la autora, un punto fundamental en el enfoque de atención humanizada al parto. Para que la atención sea humanizada, Davis-Floyd⁴ también considera relevante que la mujer esté informada

sobre las posibles opciones disponibles para dar a luz, que conozca los riesgos y beneficios de cada una de ellas, y que participe, de forma activa, en la toma de decisiones. El cuidado debe basarse no en la tradición médica, sino en la evidencia científica, así como en las relaciones individuales entre la familia, el paciente y el profesional sanitario y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles complicaciones.

En otro artículo publicado ese mismo año, Santos y Siebert¹⁹⁰ analizan la humanización en el trabajo de parto en los diferentes niveles profesionales del *University of Santa Catarina Maternity Hospital*; su conclusión es que la humanización de la atención al parto representa un desafío continuo y requiere una lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía, para lo cual se necesita un proceso de educación y formación continua.

En un estudio de 2003, Harrisson et al.¹⁰², sostienen que humanizar el parto también permite que las mujeres se sientan con la facultad de discutir las opciones de tratamiento que están disponibles, en lugar de tener una única opción. Por otro lado y según Kuo en 2005³⁰, para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional, así como la preparación de un ambiente cómodo para las mujeres durante el periodo de atención prenatal.

Un año después, en 2006, Hodnett¹⁰³ señala que la práctica del parto humanizado tiene implicaciones en los aspectos emocionales de la atención a la maternidad, como el apoyo continuo durante el parto y el alumbramiento, y asegura que prestar atención a los aspectos psicológicos puede ser una estrategia más eficaz, durante el parto, que las intervenciones tecnológicas. No obstante, para Roland-Schwartz en 2007³, el empleo de las intervenciones obstétricas y la tecnología proporciona al profesional sanitario el control del proceso de nacimiento, produciendo como resultado que la mujer sea desposeída del dominio de su cuerpo y que las decisiones pasen a ser tomadas por los profesionales a través de la lente de la medicina.

En 2010, Díaz-Tello y Paltrow¹⁹¹ afirman que los términos humanización y parto, están muy relacionados y deben incorporarse en el concepto de justicia reproductiva, que no ha de basarse sólo en otorgar poder a la mujer en la toma de decisiones cuando

desea tener hijos, sino también en permitirle decidir cómo quiere ser tratada durante el proceso del embarazo y el parto. En ese mismo año, Behruzi et al.¹³ aseguran que no existe conflicto entre el nacimiento humanizado y la intervención médica en esa situación, y señalan que entre los obstáculos para la prestación de atención sanitaria en un parto humanizado en embarazos de alto riesgo, figuran factores como la presión de ser responsable de la seguridad de la madre y el feto, la falta de participación activa de la mujer en la toma de decisiones y la pesada carga de responsabilidad sobre los sanitarios por los posibles problemas legales. Los factores que facilitan el parto humanizado en un embarazo de alto riesgo incluyen el uso compartido de la toma de decisiones y otras responsabilidades diversas entre los profesionales sanitarios y las mujeres. Asimismo, en 2010, Behruzi¹⁹² concluye que el parto humanizado no queda limitado a una definición específica o a un criterio concreto, ya que el movimiento del parto humanizado tiene por objetivo promover que el parto sea una experiencia positiva, independientemente del lugar de nacimiento, y pretende «empoderar» a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos y reduciendo su excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia. En esta misma línea se sitúan Van Teijlingen et al.¹⁹³ y Akrich et al.¹⁹⁴, para quienes todos los movimientos de humanización del nacimiento persiguen situar la capacidad de elección de las mujeres y la autodeterminación como el centro de todos los cambios institucionales en la atención al nacimiento.

En 2013, Behruzi¹⁹⁵ propone aplicar un modelo conceptual basado en la cultura organizacional de Allaire y Firsirotu (1984)¹⁹⁶ para comprender las influencias de la cultura de la organización en la humanización de las prácticas de parto, en un hospital con unidades maternas altamente especializadas y tecnificadas. De esta manera, se analiza cómo estos factores condicionan la práctica asistencial y las decisiones de las mujeres. Además, Hodnett¹⁵⁵, en su artículo sobre el apoyo a la mujer durante el parto, concluye que se deben realizar todos los esfuerzos posibles para asegurar que en las salas de partos se ofrezca a las mujeres una relación de confianza, por tal de disminuir el estrés. Procurando espacios en los que se permita privacidad y en los que la comunicación sea respetuosa, evitando intervenciones rutinarias que agregan riesgos sin beneficios claros.

En los últimos años se han realizado algunos estudios sobre la implantación de un modelo humanizado en la asistencia hospitalaria. En 2016 se publicó un artículo sobre un estudio realizado en España, sobre una muestra de 406 mujeres¹⁹⁷ comparando los resultados obstétricos y la satisfacción del parto en dos modelos distintos de cuidado maternal: modelo biomédico y modelo “humanizado”. Los resultados mostraron que el modelo humanizado ofreció mejores resultados obstétricos y mejores puntuaciones de satisfacción durante el trabajo de parto, parto y postparto. Otro estudio realizado en Brasil¹⁹⁸ sobre 701 partos entre 2014 y 2016 siguiendo los preceptos de un modelo humanizado, muestra una reducción del número de las cesáreas realizadas, obteniendo de ese modo, una promoción de prácticas que no interfieren en la fisiología del proceso de parto y que proporcionan buenos resultados perinatales.

3.2 El respeto del principio de autonomía del paciente

El término “bioética” fue utilizado por Van Rensselaer Potter para referirse a los problemas surgidos a partir del desarrollo vertiginoso de la ciencia y la tecnología¹⁹⁹. Los principios éticos deben regir el quehacer de los profesionales de la salud y de los investigadores en general, principios universales e históricos que deben aplicarse en todo momento y que son de obligado cumplimiento para los profesionales de la salud. Beauchamp y Childress, en 1978¹⁰⁵, propusieron cuatro principios bioéticos que han contado con una amplia aceptación en los entornos sanitarios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia²⁰⁰.

El respeto a la autonomía comienza con el reconocimiento del derecho legítimo y la capacidad del individuo para tomar decisiones personales, y el derecho de las personas a tomar decisiones relativas a la salud surge de la aplicación en la práctica clínica del pensamiento liberal que formula que la persona autónoma; es aquella capaz de razonar de forma objetiva e independiente²⁰¹. Somos autónomo no solo porque somos humanos, sino para ser más humanos. El respeto al principio de autonomía se lleva a cabo, fundamentalmente, a través del ejercicio del consentimiento libre (sin restricciones o presiones indebidas) e informado (después de proveerse la información apropiada a la acción propuesta). La persona puede cambiar

su opinión en cuanto al consentimiento en cualquier momento. El derecho a retirar su consentimiento se encuentra consagrado en el artículo 5 del Convenio sobre los Derechos Humanos y Biomedicina²⁰².

El respeto al principio de autonomía constituye el núcleo central en el respeto a la toma de decisiones. Beauchamp y Childress¹⁰⁵ definen autonomía como “*la capacidad de autogobierno que posee la propia persona y que incluye la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente*”. El principio de autonomía obliga al profesional sanitario a respetar los valores y creencias del usuario, considerando las perspectivas que estos tienen sobre sus intereses y utilizando únicamente estrategias clínicas autorizadas, por parte del paciente, como resultado de un proceso de consentimiento informado.

El consentimiento informado permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciben atención médica¹⁹⁹. Ante un paciente adulto y competente, los componentes analíticos del consentimiento informado pueden agruparse, de acuerdo con Beauchamp y Childress¹⁰⁵, en dos momentos fundamentales: el informativo y el de consentimiento.

La información previa al consentimiento es un factor esencial para el ejercicio del principio de autonomía. Para que una persona pueda tomar decisiones informadas, debe tener acceso a información apropiada en términos de contenido y forma. Esta información debe ser lo más completa posible²⁰². Los pacientes deben ser informados de los objetivos, riesgos y beneficios previstos del tratamiento o proceso de salud. Por tanto, el componente informativo consiste en dar la información adecuada, verdadera, y basada en conocimientos científicos y técnicos que el profesional debe explicar al paciente²⁰². Para ello es fundamental que el profesional conozca la mejor evidencia científica disponible en cuanto a las diferentes prácticas, que en el caso que nos atañe, sería conocer la mejor evidencia sobre las diferentes prácticas obstétricas. Asimismo, el profesional sanitario, según el principio de beneficencia, debe presentar la información fundamentada en los datos científicos. Además, la información proporcionada por el profesional debe ser correctamente comprendida por parte del

usuario, en este caso la mujer, para que ésta pueda formular su consentimiento o rechazo¹⁷. El modo y la forma en que se subministra la información son importantes y deben adaptarse a la persona interesada para que la información sea realmente entendida. La calidad del diálogo entre los profesionales sanitarios y el usuario es un elemento esencial de los derechos del paciente²⁰².

Finalmente, cabe remarcar que, entre la información proporcionada y la decisión tomada debe existir una comprensión de la información. La transmisión de la información suficiente y comprensible es básica para que el usuario; en nuestro caso la mujer, pueda tomar una decisión fundamentada en sus propios valores.

3.2.1 Del paternalismo a la autonomía de la usuaria

El modelo de relación clínica predominante a lo largo de la historia ha sido el paternalismo, que consiste en que el profesional sanitario, habitualmente el médico, decida sobre lo que le conviene al enfermo, sin tomarlo en consideración, con la finalidad de hacerle un bien (principio de beneficencia) o de protegerlo (principio de no maleficencia) pero limitando de forma intencionada la autonomía o libertad de decisión de éste²⁰³.

En ese modelo de relación asistencial, el vínculo que se establece entre el médico y el paciente es una relación de obediencia y sumisión, puesto que se considera a la persona usuaria del sistema de salud como incapaz de tomar decisiones prudentes sobre su cuerpo e incluso sobre su propia vida. En el modelo paternalista la responsabilidad de la toma de decisiones recae sobre el profesional sanitario. El médico o sanitario actúa como tutor o guardián del paciente, determinando lo que es mejor para éste sin que la participación de la persona sea necesaria, asumiéndose de ese modo que las preferencias del usuario coinciden con las del profesional²⁰⁴. En este modelo, la actuación de buena fe y en beneficio del paciente se da por supuesta. Desde la perspectiva del modelo paternalista se busca el beneficio del paciente, pero se les trata como si fueran menores morales²⁰⁵. En este modelo, la vulnerabilidad cobra protagonismo dado que la persona necesita asistencia y cuidados. La vulnerabilidad avala las relaciones paternalistas; se trata de una condición permanente

asociada al paternalismo y a la sobreprotección²⁰⁶. Las mujeres embarazadas pueden llegar a pertenecer a los grupos vulnerables tanto por ser mujeres, como gestantes, lo que explicaría por qué las mujeres durante años no han tenido control sobre los diferentes momentos de la vida reproductiva; anticoncepción, embarazo, parto y climaterio²⁰⁶.

Frente al paternalismo, en los últimos años se han formulado modelos de relación asistencial que promueven la autonomía del paciente. La mejor manera de responder ante la vulnerabilidad y ante el tradicional paternalismo o la sobreprotección²⁰⁶ es intentar promocionar la autonomía. Pero la autonomía puede ser fomentada desde diferentes modelos de relación asistencial.

En el modelo informativo la autonomía del paciente se convierte en un aspecto prioritario de la relación. Según John Stuar Mill²⁰⁶, la usuaria toma el control de las decisiones convirtiéndose en guardián de su propia salud. La función del sanitario se limita a informar de los riesgos y beneficios de los diferentes procedimientos y a llevar a cabo la intervención que el usuario, en nuestro caso la usuaria, escoge. De ese modo la autonomía adquiere fuerza y la consideración de vulnerabilidad del usuario tiende a desaparecer. En este modelo, la autonomía y la vulnerabilidad se presentan como conceptos excluyentes²⁰⁶.

Por otro lado, encontramos el modelo deliberativo en el que el diálogo tiene un papel fundamental. La función del sanitario no está limitada a informar y ejecutar. El profesional hace recomendaciones y guía al usuario a través de su conocimiento y su experiencia, tras una comprensión adecuada de los objetivos y valores de cada persona. El profesional también puede llegar a intentar persuadir, de modo respetuoso, si la decisión del usuario no es conveniente para él. La persuasión no es contraria a la autonomía, en cambio si lo es la coacción o la imposición y el cuestionamiento. Además, el usuario debe hacer saber al profesional cuáles son sus miedos, sus expectativas y sus deseos²⁰⁶. Los valores de las personas no se asumen como algo fijo e incuestionable, como presupone el modelo informativo sino como valores cambiantes, dinámicos, sujetos a reconsideraciones, por ello el diálogo y la deliberación son factores esenciales en la toma de decisiones²⁰⁶. Se puede afirmar que

la relación asistencial parte de estructuras de poder desigual con el objetivo de aumentar la autonomía y el empoderamiento del usuario. Finalmente es el usuario quien decide a partir de sus propios valores e intereses, y de la información, opinión y recomendación del sanitario. La autonomía en el modelo deliberativo es considerada una autonomía relacional que varía en función de diferentes variables como el género, edad, estado de salud... La vulnerabilidad es también una cuestión de grados²⁰⁷.

Todos somos individuos vulnerables y dependientes en diferentes niveles y momentos de nuestras vidas, sin que implique negar que los más vulnerables necesiten una protección especial. Una gestante puede sentirse vulnerable si la información que se le proporciona no es adecuada, o si el consentimiento informado o plan de parto o nacimiento, no es comprendido como un proceso sino como un acto puntual en que el sanitario se limita a explicar las opciones y riesgos, o ante una hipotética situación en que hay un conflicto de intereses con el sanitario. No se trata de imponer decisiones sino, de empoderar a la usuaria y promover su autonomía mediante un ejercicio comunicativo²⁰⁶.

A partir del siglo XVIII y debido al inicio del reconocimiento de los derechos civiles, los ciudadanos comienzan a disponer de libertad, adquiriendo de ese modo el derecho a tener libertad de conciencia y por tanto posibilidad de pensar y opinar según sus creencias. Lo moral pasa a dejar de estar determinado por la naturaleza, a estar en manos de la razón, apareciendo de eses modo el reconocimiento de que existen diferentes creencias y modos de valorar²⁰⁵.

En el siglo XX los pacientes comienzan a reclamar sus derechos como sujetos capaces de tomar decisiones según sus propias preferencias. A partir de ese momento es cuando comienza a no ser posible imponer, por parte de los sanitarios, un criterio de beneficencia sin tomar en consideración la opinión de los usuarios²⁰⁵. Actualmente, se puede afirmar que el modelo de relación clínica ha cambiado. En el siglo XXI, el respeto a la autonomía del paciente se coloca en el centro de la relación asistencial. El cuidado de la salud ya no se proporciona de manera individual, sino que es facilitado por un equipo interdisciplinar y el “enfermo/a” ha pasado de ser considerado un paciente a ser un usuario/a o cliente de un servicio de salud²⁰⁸. Asimismo, al lado del

valor de la autonomía como capacidad individual de dirigir la propia vida, emergen otros valores como la responsabilidad, la solidaridad, la confianza, con la finalidad de tratar de llevar una buena vida en relación con los otros²⁰¹. La autonomía es pues, una capacidad que se desarrolla en entornos facilitadores. Con la ayuda de los demás aprendemos a ser autónomos y a ejercer nuestras decisiones de manera autónoma en situaciones concretas, con personas concretas y en ámbitos concretos²⁰⁹.

Además, el concepto de autonomía también se ha desarrollado y se puede considerar que tiene tres dimensiones estrechamente relacionadas; la autonomía decisoria, considerada como la capacidad de la paciente o usuaria para deliberar y decidir, apareciendo la necesidad del consentimiento informado; la autonomía informativa, que se ocupa de la definición, protección y el control de la información asistencial (secreto profesional, confidencialidad y derecho a la intimidad) y la autonomía funcional, que alude a la libertad de acción (actuación o abstención) del usuario²⁰³.

Por otro lado, algunos autores²⁵, a las dimensiones de la autonomía añaden también la consideración de que la autonomía tiene un punto de heteronomía, ya que los seres humanos estamos condicionados por los demás, por el contexto social y cultural que nos envuelve, pero a su vez, nos reconocemos libres y autónomos; hecho que nos confiere dignidad. Por ende, durante el parto, debe entenderse la autonomía de la mujer como una autonomía integrada en una heteronomía, en la que los cuidados, la calidez y la confianza que se establecen pueden repercutir en cómo esta experiencia sea vivida²⁵. El reconocimiento de la vulnerabilidad y la dependencia debe ir acompañado de un intento de fomento de la autonomía para, de ese modo, evitar actitudes paternalistas.

3.2.2 La participación de la usuaria en la toma de decisiones. Situación en España.

Desde la declaración universal de los derechos humanos de 1948⁸⁹ hasta el Convenio del Consejo de Europa sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina en 1997²¹⁰, va tomando un carácter prioritario el derecho a la autonomía del paciente.

En España, la constitución de 1978²¹¹ reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43. Sin embargo, será la ley General de Sanidad (ley 14/1986)²¹² del 25 de abril, la que desarrolle los derechos y deberes en materia sanitaria y lo que fija los principios generales sobre el derecho a la información y la autonomía del paciente, concretamente en el Título I, Capítulo 1º de los principios generales, art 9,10,11 y 61. En el artículo 10 se recalca el derecho a la información del paciente tanto de los servicios disponibles en el sistema sanitario público, como del uso que pueda darse de los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento que se le apliquen, así como de las vías de reclamación o sugerencias con sus planes previstos. También el derecho a la confidencialidad de los de los datos, a la libre elección de médico y demás sanitarios titulados que participan en las actividades sanitarias, y a obtener los medicamentos y productos necesarios para su salud²¹².

En España, desde el año 2002 se encuentra vigente la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica (LBRAP)¹⁰⁶. Esta ley define el principio de autonomía de pacientes y establece el marco en que se aplica el consentimiento informado¹⁰⁶.

Tanto en la estrategia de atención al parto normal⁶, como en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad publicada en 2011²¹³ se contempla la participación de la usuaria en la toma de decisiones como una de sus líneas estratégicas. Ambos documentos se refieren al derecho a la información y a la libre decisión como uno de los derechos básicos para las mujeres en materia de salud reproductiva. Para poder ejercer ese derecho y tomar decisiones informadas de manera autónoma sobre el cuidado que desean recibir en el proceso de parto, embarazo y puerperio y sobre los cuidados proporcionados al recién nacido, los profesionales de la salud deben ofrecer a las mujeres alternativas basadas en la evidencia científica²¹³. Además, en lo que atención al embarazo se refiere, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva²¹³ especifica que la mayoría del personal sanitario informa a las mujeres en los programas de orientación prenatal, principalmente de la importancia del contacto precoz piel con piel y de la puesta al pecho en los primeros minutos tras el parto, y proporcionan información actualizada sobre prácticas clínicas, derechos de las mujeres a participar en la toma de

decisiones, sobre las alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor, la movilidad y distintas posiciones en el parto, así como los beneficios de tener una persona acompañante elegida, y poder elaborar un plan de parto o nacimiento.

3.3 El plan de parto o nacimiento

El concepto de plan de parto o nacimiento fue presentado por Sheila Kitzinger en 1980 como una herramienta diseñada para proporcionar a las mujeres información para adquirir una conciencia crítica del proceso del parto, para tomar decisiones informadas, para sopesar pros y contras de las diferentes prácticas de atención al parto, y para estructurar planes realistas para el nacimiento²¹⁴. A partir de su presentación, los países anglosajones se hicieron eco de ese nuevo documento y comenzaron a utilizarlo para exigir partos con la menor intervención médica posible. Con los años, el uso del plan de parto o nacimiento se ha estandarizado²¹⁵. Los planes de nacimiento se han propuesto como una estrategia para combatir la creciente medicalización y mejorar la autonomía de las mujeres durante el parto²¹⁶.

Actualmente, el plan de parto o nacimiento es un instrumento que permite a la usuaria familiarizarse con las opciones disponibles para el parto²¹⁷. Este plan es un documento legal y tiene el propósito de actuar como herramienta de comunicación para que las mujeres puedan expresar por escrito sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir²¹⁸. Mediante el plan de parto o nacimiento se procura evitar tener que expresar durante el parto, momento de vulnerabilidad emocional y física, los deseos de la usuaria, puesto que ya han sido escritos con anterioridad.

El plan de parto o nacimiento es un documento que generalmente es completado con la ayuda de un profesional sanitario, especialista en obstetricia, el cual informa a la usuaria de manera objetiva de las opciones disponibles para el parto y potencia la comunicación de los deseos y necesidades de la mujer para facilitarle la toma de decisiones informada y de ese modo elaborar un plan realista de atención durante el parto que consiga lograr una mayor satisfacción de la experiencia para la usuaria. Cabe remarcar que el plan de parto o nacimiento no ha sido ideado para sustituir la

información necesaria que debe ofrecerse a todas las mujeres durante su proceso de trabajo de parto, parto y puerperio inmediato²¹⁹. El objetivo del plan de parto o nacimiento es garantizar la comprensión del proceso y la participación activa de las mujeres, además de facilitar la relación y la actuación del equipo profesional. Asimismo, el plan de parto o nacimiento está destinado a ser compartido con los profesionales sanitarios por lo que permite no solamente que las mujeres ejerzan un mayor control sobre eventos ideales durante el nacimiento, sino también, a que exista una mejor interacción entre las mujeres y profesionales²²⁰.

Los defensores del plan de parto o nacimiento creen que éste, tiene una función muy importante durante el trabajo de parto, momento en el que las mujeres sienten menor control de la situación y pueden sentirse vulnerables e incapaces de tomar decisiones²⁵, asegurando que los planes de parto promueven una estrategia más segura y satisfactoria²¹⁴. Además, los planes de parto son beneficiosos al facilitar la reducción de la ansiedad y de los temores durante el trabajo de parto y el parto²²¹.

A pesar de lo expuesto anteriormente, los planes de nacimiento también son objeto de controversia. Kaufman²²⁰ argumenta que los planes de parto que las mujeres confeccionan, a menudo son poco realistas, puesto que no tienen en cuenta la naturaleza impredecible de parto y el nacimiento, deseando opciones sin sentido. Siguiendo en esa dirección, ciertos proveedores de salud consideran que el plan de parto o nacimiento se ha utilizado más que como un vehículo para la toma de decisiones compartidas, como un instrumento de coerción²²² que provoca la erosión de la confianza entre la mujer y profesionales²¹⁹. Adicionalmente, también se cree que los planes de nacimiento son documentos obsoletos, ineficaces e incluso innecesarios, especialmente en aquellos casos en los cuales las mujeres ya conocen a los profesionales que las atenderán antes del parto, o cuando las políticas de organización de los centros sanitarios son muy flexibles y cumplen con las necesidades de la mujer y su familia. Los profesionales acostumbran a criticar los planes de nacimiento por dos principales razones; porque fomentan que, a veces, los padres se vuelvan inflexibles y difíciles cuando se producen cambios en el mismo, o porque los planes de parto a menudo contienen información obsoleta, inútil, o que suena defensiva²²⁰.

En algunos casos, los planes de parto son también criticados por algunas mujeres que prefieren que sea el profesional sanitario especialista en obstetricia el que ejerza el control y la toma de decisiones. Algunos estudios indican que la necesidad de control, de la toma de decisiones²²³ y las expectativas del parto, están influenciadas por el nivel socioeconómico de la mujer²²⁴, asegurando que las mujeres de alto nivel socioeconómico dan prioridad al control, mientras que las mujeres de bajo nivel socioeconómico priorizan el parto sin dolor y el nacimiento de un bebé sano; concluyendo que la cumplimentación de un plan de parto, sería valorada de forma más positiva por mujeres de mayor nivel socioeconómico²²⁵.

Como efecto positivo, algunos autores reconocen que los planes de parto permiten a las usuarias el ejercer un mayor control sobre el parto^{226,227}, mejorando la comunicación que se establece entre las mujeres y sus cuidadores²²⁸, e incluso cuando las preferencias de las mujeres no son cumplidas, éstas expresan su satisfacción con el uso del plan de parto²²⁹, puesto que valoran la discusión de opciones de parto como beneficiosa²³⁰. La discusión de las preferencias, la negociación para llegar a acuerdos y el encontrar maneras de conseguir lo que la usuaria necesita, sigue siendo un reto para los profesionales de la salud²³¹. Además, y tal y como se ha comentado con anterioridad, la experiencia de parto puede tener implicaciones para el futuro bienestar de la mujer, del recién nacido y también puede influir en la relación que se establezca entre la madre, el niño/a y el resto de la familia²³².

Además, un plan de parto o nacimiento puede tener variedad de formatos; desde ser una lista de opciones contestadas con un "sí" o un "no" hasta tener un formato más abierto con títulos como indicaciones. Pero independientemente de su formato, el uso exitoso del plan de parto o nacimiento se basa en una comunicación adecuada entre la mujer y los profesionales de la salud. La flexibilidad a la hora de cumplimentar el plan de parto o nacimiento es importante puesto que, en ocasiones, será necesario que se produzca una desviación de ese plan por razones obstétricas. Sin embargo, es preciso recordar que, a través de la participación activa, la mujer conserva la soberanía para tomar decisiones y acepta la responsabilidad de las decisiones tomadas. A modo de resumen, el plan de parto o nacimiento es una herramienta que potencialmente

empodera a la mujer y puede ser un medio para mejorar la comunicación entre las mujeres y los proveedores de salud, hecho que podría conllevar a la mejora de la satisfacción de las usuarias con la atención recibida²¹⁷.

Por todo ello, actualmente, en muchas de las clases de preparación al nacimiento o durante las visitas de control gestacional, se recomienda que las mujeres y sus parejas, junto a un médico o una matrona, cumplimenten el plan de parto. Para la cumplimentación del plan de parto, la usuaria debe exponer sus expectativas y explicar al profesional el tipo de asistencia al nacimiento que les gustaría recibir. Todo ello con el fin de que los profesionales puedan ayudar a la mujer en la toma de sus propias decisiones, facilitándole información referente a la mejor evidencia científica disponible²²⁴.

3.4 El plan de parto o nacimiento en España

Como se ha mencionado, la importancia del plan de parto o nacimiento deriva del respeto al principio bioético de la autonomía y tiene como objetivo mejorar el control de las mujeres sobre el proceso de parto aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad, y satisfacción de las mujeres, así como el empoderamiento de las mismas²³³. El plan de parto o nacimiento sirve como una herramienta importante para prepararse para el nacimiento de un hijo reduciendo "miedos" mediante la información y la comunicación; estableciendo y contribuyendo de ese modo a la realización de un proceso de reflexión para las mujeres. Es necesario recordar que las decisiones que las mujeres toman van a afectar a sus criaturas desde el embarazo, por ello éstas deben ser tomadas después de períodos de reflexión y teniendo en cuenta los valores, las creencias y las expectativas de las mujeres²³⁴.

El uso del plan de parto o nacimiento se generalizó rápidamente en algunos países europeos. En 1993, en Inglaterra se utilizó en el 78% de las salas de parto²³³. Sin embargo, en España no fue hasta 2007 cuando la estrategia de asistencia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo)⁶ y la Iniciativa Parto Normal (FAME)¹⁶⁴ mencionó este documento, siendo en febrero de

2012 cuando el Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad publicó un modelo del plan de parto o nacimiento. Este modelo de plan consistió en un documento de 25 páginas confeccionado por el Grupo de Trabajo creado en el seno de los Comités Institucional Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, y en él se remarca que la gestante puede modificar cualquiera de las preferencias escritas, según su estado y según el desarrollo de los acontecimientos²¹⁸.

Actualmente en España, numerosos hospitales utilizan como referencia para la confección de los planes de parto las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud y la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto; documentos que recogen la evidencia científica y el mejor conocimiento disponible²³⁵. En dicha estrategia el plan de parto se explica como un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esa información por escrito, según la propia estrategia indica, es de gran ayuda para el equipo profesional que atiende a la mujer parturienta dado que facilita la comprensión por parte del personal interprofesional y promueve la participación activa, tanto por parte de la mujer como de la persona acompañante. Asimismo, el plan de parto o nacimiento evita que la mujer tenga que expresar sus preferencias el día del parto; momento en el que el estado emocional y físico de la mujer la hace más vulnerable, dado que ésta se encuentra centrada en dicho proceso vivencial.

Capítulo 4. La satisfacción de las mujeres con la atención sanitaria recibida

4.1 El concepto de satisfacción en la asistencia hospitalaria

La asistencia sanitaria se mide mediante la eficacia, la eficiencia y en términos de experiencia del individuo como usuario del servicio de salud. La experiencia de los usuarios está condicionada por el dolor, la autonomía, la sensación de bienestar físico y mental, y la satisfacción con los resultados obtenidos²³⁶.

La expresión de la percepción y la valoración de los servicios por parte de los usuarios sirve para fomentar la participación de éstos en su proceso de salud²³⁷. Es importante remarcar, que las experiencias de los pacientes son utilizadas de manera internacional como un indicador de la calidad de los sistemas de salud²³⁸. La satisfacción es la medida de resultado más frecuentemente reportada para medir la calidad de la atención²³⁹ y además, la satisfacción del paciente es utilizada por los proveedores de salud; los administradores y los encargados de formular políticas, para evaluar la calidad de la atención, la tomar decisiones sobre la organización, la prestación de servicios de atención de salud y para evitar litigios por negligencias profesionales²³⁹. Sin embargo, el concepto de satisfacción en la atención sanitaria es amplio y complejo, por lo que no resulta sencillo definir, e incluso en opinión de algunos investigadores no se encuentra bien definido a pesar de las investigaciones realizadas²⁴⁰.

Linder-Pelz y Struening²⁴¹, en su definición de satisfacción, remarcaron que se compone de "múltiples evaluaciones de los distintos aspectos de la asistencia sanitaria que se determinan por percepciones, actitudes y procesos de comparación" poniendo de ese modo de manifiesto la naturaleza multidimensional de la satisfacción. Además, la mayoría de los estudios sobre la satisfacción de las personas se basa en las teorías de cumplimiento o discrepancia²⁴². Las teorías de cumplimiento afirman que la satisfacción de una persona está determinada por el resultado de la experiencia, considerando las expectativas anteriores como no importantes, mientras que las

teorías de discrepancia, argumentan que la satisfacción de una persona está determinada por las diferencias entre lo que se espera y lo que realmente sucede. Weisman y Koch²⁴³ explicaron que la satisfacción del paciente solamente es medible mediante la interacción directa, por lo que muchas encuestas de satisfacción han sido específicamente diseñadas para cada servicio de salud.

Las encuestas son el método más común para evaluar las experiencias individuales de la atención, y a pesar de que no siempre se han realizado con el rigor metodológico necesario, son herramientas necesarias para acceder a las opiniones de las personas y poder llegar a formar parte de la evaluación de la calidad de la atención y de la planificación de los servicios²⁴⁴. No obstante, sorprende que, pese a conocerse que la satisfacción con la asistencia recibida tiene carácter multidimensional, muchas encuestas elaboradas para medirla, utilizan un único elemento de evaluación^{240,245}. Asimismo las encuestas sobre la satisfacción con los servicios de maternidad han sido criticadas por no haber estado desarrolladas sobre bases teóricas²⁴⁶. Sitzia y Wood²⁴⁷ sostienen que las cuestiones conceptuales y teóricas deben sustentar el diseño y la estructura de una metodología. Las herramientas diseñadas para medir satisfacción se han criticado por estar mal construidas junto con tener malas propiedades psicométricas, incluyendo la fiabilidad y validez^{247,248}.

4.2 La satisfacción en la asistencia al parto

La satisfacción con la asistencia sanitaria se asocia con calidad de vida²⁴⁹, con la adhesión de los pacientes al tratamiento médico²⁵⁰ o con mejoras en los estado de salud²⁵¹. Por el contrario la insatisfacción durante el trabajo de parto y parto se relaciona con una peor adaptación psicológica después del parto, una mayor tasa de abortos futuros, la preferencia de parto por cesárea y sentimientos negativos hacia la lactancia²⁵². En el campo de la obstetricia, la satisfacción materna después del parto tiene consecuencias en la salud de la madre y del recién nacido²³⁹, por lo que su medición aporta un resultado valioso para mejorar la calidad de la atención recibida²⁴².

Muchos autores relacionan satisfacción con el cumplimiento de las expectativas de las mujeres en la atención^{239,253-256}. Algunos investigadores han estudiado específicamente los elementos constituyentes del concepto de satisfacción en el parto. Hodnett²⁴², identifica, como elementos fundamentales para la satisfacción con la experiencia vivida las expectativas personales de las gestantes, la participación de la mujer en la toma de decisiones y el apoyo y la calidad de la relación con los profesionales sanitarios. En esta misma dirección se encuentra la definición de Christiaens et al.¹²⁷ que definen satisfacción como un concepto multidimensional influido por una gran variedad de factores, de manera que una mujer puede estar satisfecha con unos aspectos del parto e insatisfecha con otros. Además, identifica cuatro factores determinantes: el manejo del dolor en el trabajo de parto, el autocontrol, la autoeficacia y la expectativa del parto. Las mujeres durante el embarazo desarrollan ideas y expectativas sobre sus trabajos de partos y partos, y esas expectativas pueden afectar a cómo las mujeres responden a sus experiencias postnatales²⁵⁷. Existe evidencia de que las expectativas que las mujeres elaboran durante el embarazo están vinculadas a cómo posteriormente evalúan la experiencia^{127,258}. Una vivencia positiva del parto puede tener implicaciones en la satisfacción de un embarazo posterior, dado que se ha observado que las mujeres tienen más probabilidad de tener expectativas positivas en el próximo parto²⁵⁹.

Asimismo, cabe señalar que el cambio de paradigma en el modelo de atención sanitaria ha modificado los indicadores de calidad de la asistencia. Distintas instituciones internacionales, como la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child, y nacionales como el Ministerio de Sanidad y Consumo español, desarrollaron indicadores para medir la calidad de la atención recibida en el parto¹⁵⁸. Aunque la mayoría de los indicadores están enfocados a medir la eficiencia y calidad científico-técnica de las prácticas sanitarias, también se han desarrollado algunos indicadores de satisfacción, que ayudan a valorar la dimensión de la calidad percibida por la usuaria. Actualmente el concepto de satisfacción con la vivencia del parto y con la

atención sanitaria recibida durante este proceso, es un indicador importante de la calidad de la asistencia en la maternidad²¹⁴.

Es difícil medir la calidad percibida y la satisfacción con la atención sanitaria, dado a que, como se ha comentado con anterioridad, las mujeres construyen su experiencia del parto de manera diferente dependiendo de múltiples factores emocionales, sociales y psicológicos²⁶⁰. Pero, la base de cualquier cambio en los servicios de maternidad debe reconocer la importancia de apoyar a la mujer y de que ésta se sienta satisfecha con la vivencia del proceso de nacimiento.

La autoestima y la autonomía pueden verse afectadas por el apoyo que una madre recibe, por cómo ésta se prepara para el parto, y por cómo la mujer realiza la aceptación de sus sentimientos antes, durante y después del nacimiento²¹⁴. El tener una experiencia de maternidad positiva puede mejorar la interacción con el bebé, lo que podría conllevar a una base sólida para la salud de la familia a largo plazo. Sin embargo, la satisfacción en un evento cambiante en la vida y los resultados de satisfacción positivos con el parto, están expuestos a una variedad de factores individuales y ambientales que deben tenerse en cuenta en cualquier evaluación²¹⁴.

La Escuela de Salud de la Universidad de Glasgow, Caledoniana²⁶¹, desarrolló una escala de satisfacción en el nacimiento, la cual pone de manifiesto que existen tres pilares fundamentales que influyen en la percepción de las mujeres, que son: la prestación de servicios (evaluación de las instalaciones, el medio ambiente del nacimiento, el apoyo, las relaciones con los profesionales de la salud), los atributos personales (capacidad de afrontar el parto, autocontrol) y el estrés experimentado durante el parto (angustia, lesiones obstétricas, percepción de la atención médica suficiente, intervenciones obstétricas, dolor, trabajo de parto prolongado y la salud del bebé). Cuando los proveedores de Salud Materno infantil apoyan el valor personal de las mujeres, usan la comunicación y las hacen copartícipes en las experiencias del nacimiento, las mujeres sienten que su dignidad es respetada y se traduce en unos mejores resultados y en un aumento de su satisfacción.

Por otro lado, Goberna et al.²⁶², identificaron tres elementos principales que las mujeres perciben como esenciales para unos cuidados satisfactorios y de calidad: La

seguridad que da el entorno hospitalario, la dimensión humana que se establece entre los profesionales y las gestantes y por último, los aspectos estructurales. También cabe destacar que varios investigadores han puesto de relieve 6 factores que están asociados a la satisfacción materna además de las características demográficas; el dolor y su alivio, el autocontrol, la autoeficacia, las expectativas previas, el apoyo de la pareja, y el contacto inmediato con el recién nacido^{127,128,239,242,263-268}.

Se han creado varios cuestionarios y escalas en diferentes idiomas para medir la satisfacción²⁶⁹. Pero a pesar de ello, y tal como ya se ha comentado con anterioridad, las encuestas de satisfacción con los servicios de maternidad han sido criticadas por no estar desarrolladas sobre bases teóricas²⁴⁶. A pesar de que no existe una revisión de todos los cuestionarios utilizados para medir la satisfacción con la atención durante el parto y el nacimiento, la satisfacción de las mujeres con los servicios de maternidad, especialmente durante este proceso, es cada vez más importante para los proveedores de salud, administradores y encargados de formular políticas sanitarias^{242,244}. Por ese motivo, se han elaborado distintos y variados cuestionarios diseñados para medir la satisfacción de las mujeres con el parto²⁷⁰. Sin embargo, para evaluar la satisfacción con los servicios de salud es imprescindible que se utilicen medidas fiables y válidas²⁴⁴. Es por esa esa razón, por la que se precisan medidas psicométricamente sólidas para evaluar adecuadamente la satisfacción con la atención durante el trabajo de parto y el parto.

Actualmente, las medidas disponibles de satisfacción con el parto son diversas y van desde medidas de un solo ítem, hasta extensas encuestas de todos los aspectos de la atención de la maternidad²⁷¹. Además, las herramientas utilizadas no siempre diferencian entre la experiencia del nacimiento (como el dolor y las emociones negativas) y la experiencia de la atención^{248,272}. Muchos estudios de investigación han creado sus propias escalas, con poca o ninguna evaluación psicométrica²⁷¹ dando lugar a una confusa gama de medidas disponibles que varían en contenido y calidad.

Últimamente en España se está viviendo un profundo proceso de transformación en lo que atención al parto se refiere dado que, en la actualidad, se tiende a procurar ofrecer una atención personalizada e integral a las mujeres, basada en la evidencia científica y

dirigida a mejorar la participación, la autonomía y el protagonismo de las mismas⁶. En este contexto, es imprescindible disponer de herramientas que permitan evaluar la satisfacción de las mujeres con el proceso de parto y determinar la influencia de las variables sociodemográficas y obstétricas, detectando así las fortalezas y debilidades de la atención brindada, permitiendo a su vez el desarrollo de mejoras.

No obstante, la mayor parte de los cuestionarios, encuestas y escalas para medir la satisfacción materna con el proceso de parto, han sido diseñados y puestos en marcha en contextos diferentes al español. Sin embargo, cuatro de ellas han sido traducidas y validadas como la escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS), el cuestionario Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E), la escala Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction (COMFORTS) y la Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ4).

4.2.1 Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale

La escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)²³⁹, es un instrumento de medida de la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento. Esta escala fue diseñada por Goodman y Mackey, en el año 2004 en Estados Unidos y fue validada al español²⁶⁹ en abril de 2016 por Caballero y Delgado-García. Según sus autores, esta escala puede ser utilizada para valorar la calidad de la atención sanitaria, incorporando el punto de vista de las mujeres, y puede contribuir a la evaluación y la monitorización de los cambios introducidos con el nuevo modelo de atención al parto. Se trata de un cuestionario autocumplimentado, que se proporciona a la mujer antes del alta hospitalaria. Consta de 34 ítems agrupados en subescalas que hacen referencia a la mujer (9 ítems), la pareja (2 ítems), el recién nacido (3 ítems), la matrona (9 ítems), el obstetra (8 ítems) y la valoración global de la experiencia (3 ítems).

Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5), con un valor central neutro. La puntuación final de la escala se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera

que cuanto más alta es la puntuación mayor es la satisfacción. Del mismo modo, pueden obtenerse puntuaciones parciales para cada subescala²⁶⁹.

4.2.2 Childbirth Experience Questionnaire

El cuestionario Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)²⁷³ fue originalmente diseñado por Dencker y Taft en el año 2010 en Suecia y validado al español (CEQ-E)¹²⁶ en diciembre de 2016 por Soriano-Vidal y Oliver-Roig. Puede considerarse una medida válida y fiable de las percepciones de la mujer sobre el parto en España. La confiabilidad de consistencia interna del CEQ-E fue buena para la escala global (0.88) y para todas las subescalas (0.80, 0.90, 0.76, 0.68 para "capacidad propia", "apoyo profesional", "seguridad percibida" y "participación" respectivamente) y similares a la versión original. Las mujeres con una duración del parto menor o igual a 12 horas, las mujeres con un parto no inducido, las mujeres con un parto normal y las multíparas mostraron puntuaciones más altas en el CEQ-E, y en las puntuaciones de subescala de "percepción de seguridad". Las mujeres con un trabajo de parto inferior o igual a 12 horas y aquellas con experiencia previa, obtuvieron puntuaciones más altas para las subescalas de "capacidad propia" y "participación".

El cuestionario CEQ-E se considera una medida válida y fiable para valorar las percepciones de la mujer sobre el parto en España. Además, puede medir diferentes aspectos del trabajo de parto y nacimiento independientemente de la paridad de la usuaria.

4.2.3 Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction

La escala Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction (COMFORTS)²⁶⁸, es una escala de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. La escala COMFORTS fue originalmente diseñada, en el año 2006, por Janssen y Dennis en Canadá y validada al español²⁷⁴ en 2012 por Vivanco Montes y Solis Muñoz. Esta escala tiene una buena fiabilidad interna (coeficiente de Cronbach de 0,95) conforme demuestra la consistencia de los ítems de la escala. Además, la escala COMFORTS

es un instrumento de fácil aplicabilidad y medición. Asimismo, y según sus autores, puede ser una herramienta útil y fiable para aplicar a contextos y poblaciones similares a los del estudio. La escala COMFORTS aporta información muy valiosa sobre la satisfacción de las mujeres en las distintas dimensiones del cuidado y permite identificar los aspectos que más insatisfacción producen; lo cual favorece el diseño de estrategias encaminadas a la mejora de la calidad asistencial

El análisis de los componentes principales refleja que se trata de una escala con cuatro factores que forman cuatro dimensiones. Los cuatro factores que mide son: "Cuidados en el puerperio", "Cuidados del recién nacido", "Cuidados durante el período de parto" y "Logística y entorno".

4.2.4 Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire

La escala Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ4)²⁶³ fue desarrollada en el año 2001 por Smith en el Reino Unido, y posteriormente validada al español²⁷⁵ en 2013 por Marín-Morales y Carmona-Monge. Globalmente, la fiabilidad de la escala fue excelente (valor global de alfa de Cronbach de 0,89), y la de sus dimensiones de composición fue superior a 0,70, excepto para el control y el dolor después del parto. La escala incluye un total de 32 ítems que evalúan 10 dimensiones del proceso de parto (apoyo profesional, expectativas, evaluación del hogar, "retención" del bebé, apoyo del marido o pareja, dolor en el trabajo de parto, dolor después del parto, continuidad y ambiente y control).

Una versión francesa de la escala fue desarrollada y validada por Floris et al.²⁷⁶ en 2010. Sin embargo, esta validación no incluyó un análisis de factores para determinar si la estructura subyacente era concordante con la versión en inglés.

La versión española del WOMBLSQ evalúa la satisfacción del parto en mujeres de habla hispana. Sin embargo, y según los propios autores indican, se necesitarán más estudios para determinar la validez del cuestionario y compararlo con otros instrumentos existentes.

Capítulo 5. Fundamentación metodológica

5.1 Perspectiva teórico-metodológica

5.1.1 En enfoque cualitativo o cuantitativo

En este estudio se acudió al uso de un enfoque cualitativo para dar respuesta a los dos objetivos planteados. La investigación cualitativa, a diferencia de la investigación cuantitativa, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno desde el punto de vista del individuo y no la cuantificación empírica de los hechos. El investigador cualitativo busca profundizar en las vivencias, las motivaciones, las percepciones, los valores, las expectativas que ayudan a explicar las relaciones, los comportamientos, los sentimientos y las actitudes en el contexto del estudio. La investigación cualitativa cubre la totalidad del proceso de investigación, que se verifica y ajusta al mundo empírico²⁷⁷.

Existen múltiples diferencias entre la metodología cuantitativa y la metodología cualitativa; la primera de ellas hace referencia a la relación que se establece entre el investigador y la recogida de los datos, puesto que, en la investigación cualitativa, el investigador se considera testigo e instrumento. Se dice que el investigador es testigo porque participa en la vida o experiencia de los otros, obteniendo los datos en el medio natural y no en un laboratorio o en un medio manipulado. También se dice que el investigador, es instrumento dado que se relaciona de manera activa con los participantes, mediante preguntas que le permiten ponerse en el lugar de éstos para conseguir explicar el fenómeno desde el punto de vista interior. Asimismo, los estudios cualitativos se inician de una manera abierta, preguntándose de forma integral por el fenómeno, hecho que permite al investigador actuar como testigo e instrumento de indagación. El término “emic” es utilizado en las ciencias sociales y en las ciencias del comportamiento para referirse al punto de vista del nativo y sin embargo se utiliza el vocablo “etic” para denominar al punto de vista del extranjero²⁷⁸.

Autores como Amezcua y Gálvez²⁷⁹ defienden que la mirada cualitativa provee al investigador de un espíritu crítico que rompe con la tradición continuista que caracteriza a una institución cuasi-total como es la sanitaria. Actualmente en el campo de las ciencias de la salud, y especialmente en el ámbito enfermero, ha aumentado el interés por los análisis cualitativos y la adopción de la fenomenología como perspectiva teórico-metodológica para describir y comprender el significado que los fenómenos tienen para las personas²⁸⁰. Además, cabe señalar que el análisis cualitativo surge de la interacción entre los datos y las decisiones que se toman para focalizar el estudio. El propósito de este tipo de análisis es sintonizar con los aspectos de la vida de grupos humanos, describir aspectos de esta vida y proporcionar perspectivas que no están disponibles o accesibles a otros métodos de investigación²⁷⁷.

5.1.2 La fenomenología

El término “fenomenología” tiene diferentes significados dependiendo del contexto, y ha sido descrito como un movimiento filosófico y como enfoque de investigación²⁸¹, utilizado en humanidades, ciencias humanas y el arte²⁸². La fenomenología investiga la experiencia de las personas para revelar qué yace oculto en ellas, y se utiliza comúnmente para responder a preguntas que son fundamentales para la ciencia de la enfermería²⁸³. El objetivo de la fenomenología es comprender a los seres humanos a partir de cómo ven ellos las cosas, es decir, la apreciación subjetiva del mundo de la persona. El ser humano vive en un mundo continuamente cambiante de experiencias de las cuales los individuos son el centro. En la fenomenología el investigador se dirige al mundo percibido puesto que entiende que la percepción permite el acceso a la vivencia²⁸⁴.

Aunque Husserl es ampliamente reconocido como el “fundador” de la fenomenología, el término “fenomenología” (procedente de la palabra griega φαίνεσθαι, phainesthai, que significa aparecer o mostrar²⁸⁵) fue utilizado en textos filosóficos del siglo XVIII en trabajos de Immanuel Kant, Georg Wilhelm Friedrich Hegel y de Ernst Mach^{281,282}. Posteriormente, Franz Brentano utilizó el término como “psicología descriptiva o

fenomenología descriptiva”, que inspiró a Husserl para el desarrollo de la fenomenología, adoptando el relato de Brentano de la intencionalidad como concepto fundamental para comprender y clasificar los actos conscientes y las prácticas mentales basadas en la experiencia²⁸⁶. Husserl definió la fenomenología como “la ciencia de la conciencia pura”, viéndola como una disciplina que busca describir la manera en que el mundo se constituye y experimenta a través de actos conscientes²⁸¹. Husserl creía que la información subjetiva debería ser importante para los científicos que buscan entender la motivación humana, ya que las acciones humanas están influenciadas por lo que las personas perciben. Como los seres humanos generalmente se dedican a la vida cotidiana sin una reflexión crítica sobre sus experiencias, Husserl creía que un enfoque científico era necesario para sacar a la luz los componentes esenciales de las experiencias vividas específicas de un grupo de personas²⁸³.

5.1.3 La fenomenología interpretativa y descriptiva

En el campo de la fenomenología se distinguen dos principales escuelas de pensamiento²⁷⁷ que implican distintas metodologías; por un lado, se encuentra la eidética o descriptiva, que tiene por objeto describir el significado de una experiencia. En esta escuela el investigador pone entre paréntesis sus presuposiciones, y se refleja en las experiencias para intuir o intuir sus estructuras²⁸⁷. Por otro lado, se encuentra la fenomenología hermenéutica o interpretativa cuyo precursor fue Heidegger²⁸⁸, y en la que el objetivo es comprender la vivencia, entendiéndola en sí misma como un proceso interpretativo, y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe²⁸⁷.

El principal aspecto de la fenomenología descriptiva es la necesidad de explorar, analizar y describir un fenómeno, manteniendo al mismo tiempo su riqueza, amplitud y profundidad para obtener un "cuadro casi real" de la misma. Esto requiere que los investigadores busquen el contenido de la conciencia de una forma “pura”, desprovista de cualquier preconcepción, por ello es fundamental el "bracketing" (el término procede de la palabra “bracket off”, poner aparte), ignorando todo conocimiento

existente sobre un fenómeno para que puedan captar sus elementos "esenciales" tal y como son²⁸². Por ello, en la investigación descriptiva fenomenológica, se espera que los investigadores "dejen de lado y mantengan en suspenso" todo su conocimiento personal relacionado con el fenómeno^{282,283}. Tal y como afirmaron algunos fenomenólogos como Heidegger, Sastre y Merleau-Ponty²⁸⁹, el proceso de "bracketing" es imperfecto, ya que no es posible apartar la experiencia y el conocimiento del mundo a un lado, y ver el fenómeno como si fuera la primera vez adoptando una visión "desde ninguna parte". Cuando se adopta esta perspectiva debe tenerse en cuenta que aunque pueda ser un objetivo válido, el "bracketing" es imperfecto, y que requiere un enfoque reflexivo de la investigación donde los investigadores intentan poner sus propias expectativas y conocimiento previo del tema investigado de un lado²⁸⁹.

Como resultado, la investigación fenomenológica descriptiva, pretende desvelar cómo se presenta una experiencia particular, sin nada añadido o abstraído, cuyo resultado debería conducir a "esencias universales" o "estructuras eidéticas", que son descripciones "puras"²⁸². La generación de dichas descripciones "puras" y "esencias universales" son asistidas por procesos reductivos, apoyados por la creencia de que hay rasgos de toda experiencia que son comunes o "dados" a todas las personas que han tenido la experiencia²⁸³.

La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue impulsada por Heidegger²⁹⁰, que de la misma manera que la fenomenología de Husserl, focaliza en la experiencia humana como es vivida. Sin embargo, no está de acuerdo sobre la importancia de la descripción en lugar de la comprensión, y difiere de Husserl en sus puntos de vista sobre cómo se explora la experiencia vivida, proponiendo el uso de la hermenéutica como método de investigación basado en la visión ontológica de que la experiencia vivida es un proceso interpretativo²⁸⁶. Se trata, por tanto, de un cambio de enfoque en la investigación fenomenológica de la descripción a la interpretación y comprensión, basado en la obra de Heidegger²⁹⁰, y que se fundamenta en que todas las descripciones son una interpretación, ya que la comprensión es una estructura básica inevitable de nuestro "ser en el mundo", ya que la gente casi siempre interpreta y busca significados en eventos de sus vidas, incluyendo cómo estos eventos afectan al contexto donde se mueven los individuos²⁸².

El enfoque de Heidegger es ontológico, y cree que el fenómeno principal al que se refería la fenomenología era el significado del “ser” como presencia en el mundo. Así, preguntar por el “ser” de algo es preguntar por la naturaleza o significado de ese fenómeno, y Heidegger utiliza la frase “ser en el mundo” para referirse a la forma en la que los seres humanos existen, actúan o están involucrados en el mundo²⁸⁶.

En el enfoque fenomenológico interpretativo, los investigadores deben centrarse en obtener una comprensión profunda de la experiencia. Dowling²⁸⁶ afirma que la investigación fenomenológica se vuelve interpretativa cuando su método y su enfoque es interpretativo. De este modo, el método hermenéutico permite a los investigadores en enfermería explorar el significado de las experiencias relacionadas con cuestiones que tienen implicaciones en la investigación y en la práctica de enfermeras y matronas, como la vida, la muerte y el dolor. Esto permite la interpretación del significado del fenómeno para reproducir un claro entendimiento de lo que el investigador intenta retratar²⁸². El proceso de parto y el nacimiento de un hijo son experiencias profundas en la vida de las mujeres, por ello, este trabajo de investigación se desarrolla de acuerdo a los planteamientos de la fenomenología interpretativa, ya que permite indagar y comprender de manera profunda un evento complejo como éste.

Así, la fenomenología interpretativa se centra en conseguir un conocimiento profundo de la experiencia, concentrándose en desvelar los significados ocultos en los relatos experienciales de la experiencia²⁸². Además, tiene en cuenta los conocimientos previos, que se integran y forman parte de los resultados de la investigación, siendo considerados valiosos para hacer la investigación más significativa²⁸³.

Es importante diferenciar la generación de conocimiento en cuanto a la fenomenología descriptiva e interpretativa. La fenomenología descriptiva generalmente resulta en el conocimiento que es libre de contexto y universal en la naturaleza, y de esta manera permite entender cómo es para una persona la experiencia de un fenómeno particular²⁸³. Esta perspectiva permite generar conocimiento sobre un fenómeno poco comprendido para que otros puedan conocer sus características distintas o esenciales permitiendo una concepción generalizada. Sin embargo, la fenomenología

hermenéutica genera un conocimiento que puede usarse para describir un fenómeno poco comprendido, en el contexto de la persona que lo experimenta, obteniendo detalle de las descripciones de los participantes y explicando cómo el fenómeno afecta a sus relaciones con los demás y las experiencias de su cuerpo²⁸².

A pesar de las diferencias de enfoque filosófico y de resultados de la investigación entre la metodología descriptiva e interpretativa, algunos autores como Finlay²⁹¹ o Langdrige²⁸⁹ afirman que prefieren ver ambas corrientes fenomenológicas como un *continuum* donde el trabajo específico puede ser más o menos interpretativo, al no existir límites específicos entre la interpretación y la descripción.

5.1.4 La perspectiva fenomenológica interpretativa de Gadamer

Hans-Georg Gadamer fue un filósofo Alemán que también realizó importantes contribuciones en el campo de la fenomenología siguiendo el trabajo de Heidegger. Gadamer rechaza la idea de reducción fenomenológica y bracketing, afirmando que el entendimiento surge sólo en y a través de los prejuicios, no refiriéndose a la palabra “prejuicio” de manera negativa, sino refiriéndose a nuestro conocimiento previo de la vida en el mundo, y que existe por la mera naturaleza de estar en él²⁸¹. De hecho, los principales conceptos en el trabajo de Gadamer “*Truth and Method*”²⁹² son los prejuicios y la universalidad: los prejuicios son preconcepciones u horizontes de significado que forman parte de nuestra experiencia lingüística y que hacen posible la comprensión, mientras que la universalidad se refiere a que, las personas que se expresan y las que comprenden están conectadas por una conciencia humana común que hace posible la comprensión²⁸⁶.

Adicionalmente, Gadamer utiliza la metáfora de “fusión de horizontes” para explicar el acto de intersubjetividad, comprensión e interpretación; el horizonte al que se refiere es el conjunto de suposiciones, ideas, significados y experiencias que cada uno tiene a lo largo de su vida. De esta manera, cuando una persona interactúa con otra en un acto de conocerse y entenderse, dicho acto se basa en el horizonte personal de experiencias y significados, y por tanto, el acto de interpretación está siempre limitado por los horizontes separados de los seres humanos, en este caso, del investigador y

del participante²⁸³, siendo los horizontes personales los límites para la comprensión²⁸⁹. Gadamer también pone especial énfasis en el lenguaje y en su relación con la comprensión del “ser en el mundo”, defendiendo la opinión de que el lenguaje no sólo refleja al ser humano, sino que es el lenguaje el que realmente hace que los seres humanos “sean” porque produce la existencia humana en un entorno de entendimiento común y auto-comprensión²⁸¹. Además, Gadamer explica que el lenguaje nunca puede ser completamente imparcial porque por su propia naturaleza, el lenguaje está ya influenciado por el sistema de valores de la cultura que lo apoya²⁸¹.

Gadamer enfatizó la noción de conciencia histórica y la valoró como una condición positiva para el conocimiento y la comprensión. En su planteamiento, todos los individuos formamos parte de la historia y no es posible salir de ella para mirar el pasado objetivamente, de manera que la conciencia no es independiente de la historia. De esta manera, Gadamer creía que la comprensión sólo podía ser posible con la conciencia histórica, que conlleva a su vez ciertos prejuicios²⁹³.

5.1.5 Metodología de análisis de datos

Las principales perspectivas fenomenológicas que se han comentado anteriormente, como la fenomenología de Husserl, Heidegger y Gadamer son de naturaleza filosófica y no tienen la intención de proporcionar reglas o procedimientos para realizar investigaciones²⁸¹, es decir, proporcionan principios filosóficos que el investigador debe comprender y adoptar a lo largo del proceso, pero no proporcionan un método de investigación cualitativa. Sin embargo, diversos investigadores como Colaizzi (1978), Giorgi (1989), Van Manen (1990), Diekelmann (1992) o Kock (1996) han propuesto métodos con pautas específicas para llevar a cabo la investigación cualitativa según la perspectiva fenomenológica.

Uno de los métodos más ampliamente utilizados en la fenomenología hermenéutica es el de Van Manen²⁹⁴, que describe su enfoque de investigación como una interacción activa y continua de seis actividades de investigación: recurrir a un fenómeno particular para el investigador, investigar la experiencia tal y como la vivimos en lugar de conceptualizarla, reflexionar sobre los temas esenciales que caracterizan el

fenómeno, describir el fenómeno a través del arte de escribir y reescribir, mantener una relación fuerte y orientada al fenómeno, y equilibrar el contexto de la investigación considerando las partes y el todo²⁸¹. Aunque los pasos anteriores son compatibles con el trabajo de Gadamer, hay algunas inconsistencias como el rol del conocimiento previo del investigador; Van Manen sugiere que el conocimiento previo adquirido e identificado debe contraponerse ante uno mismo, mientras que Gadamer tiene una visión más positiva del valor de identificar estos conocimientos pre-existentes²⁹³.

Otro de los métodos habitualmente utilizados en la fenomenología interpretativa según la perspectiva de Heidegger es el de Colazzi (1978). Una de las características de este método es, que en su paso final, el investigador debe regresar a los participantes, y debe preguntarse cómo se comparan sus resultados con las experiencias para así, validar que el análisis de los datos representa las opiniones de los participantes lo más fielmente posible²⁸⁶. No obstante, tal y como afirman algunos investigadores como Fleming²⁹³ y Walsh²⁹⁵, este aspecto no está alineado con la filosofía de Gadamer, ya que los investigadores deben desarrollar su propia comprensión del fenómeno basada en la interacción y experiencia de los participantes.

Fleming²⁹³ propuso en 2003 una metodología para realizar estudios fenomenológicos según la perspectiva de Gadamer, siguiendo un método centrado en la interpretación y la comprensión, y está formado por cinco etapas, en las que se hace un análisis temático de los datos similar al propuesto por Van Manen²⁹⁴. Algunos trabajos realizados en el ámbito de las experiencias reproductivas de las mujeres, bajo la perspectiva fenomenológica interpretativa de Gadamer, como el realizado por Edwards²⁹⁶ sobre las decisiones, expectativas y experiencias de las mujeres en el parto, proponen el uso del análisis temático como método de análisis de datos, donde destaca la importancia de la habilidad del investigador en la interpretación de los temas para la generación de conocimiento.

5.2 La entrevista cualitativa como técnica de investigación

Existen evidencias del uso de la entrevista desde la época ancestral egipcia, cuando se conducían censos poblacionales²⁹⁷. Sin embargo, Lucca y Berríos²⁹⁸ señalan que es a partir del siglo XIX cuando se comenzó a documentar el uso de la estrategia de la entrevista en la recopilación de información y que no es hasta 1965, que se inicia una distinción más clara entre la entrevista y el cuestionario, comenzándose a mencionar los términos de entrevista estructurada y entrevista no estructurada²⁹⁹. Desde entonces, las entrevistas pasan a ser usadas como una estrategia apropiada para revelar información. En esta estrategia el entrevistador mantiene el control y lleva al entrevistado a contestar sobre el tema planteado. Unos años más tarde, a principios de la década de los ochenta, se empieza a dar énfasis a la entrevista en profundidad, donde el papel del entrevistador no solo es obtener información sino aprehender qué tipo de pregunta se formula y cómo²⁹⁹. Para Denzin y Lincoln la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”³⁰⁰.

Según Fontana y Frey³⁰¹ la entrevista cualitativa permite recopilar información detallada puesto que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida. De tal manera que la entrevista cualitativa es un modelo que propicia la integración dialéctica sujeto-objeto considerando las diversas interacciones entre la persona que investiga y lo investigado³⁰². Además, según varios autores^{298,303} una entrevista cualitativa debe propiciar la cordialidad, ayudar a que el entrevistado se sienta seguro y tranquilo²⁹⁹.

El entrevistador debe ser empático, debe favorecer que el entrevistado concluya su relato, utilizando preguntas fáciles de comprender y no embarazosas, escuchando de forma tranquila, paciente y comprensiva, respetando las pausas y los silencios del entrevistado, buscando que las respuestas a las preguntas tengan relación al propósito de la investigación, evitando roles de autoridad y todo ello sin facilitar consejos ni valoraciones, ni rebatiendo a la persona entrevistada. Asimismo, el investigador debe facilitar tiempo, ser comprensivo, demostrar al entrevistado la legitimidad, seriedad e importancia del estudio. Todos estos aspectos son esenciales para realizar una entrevista. Adicionalmente, es necesario que el contexto donde se

lleve a cabo la entrevista sea un terreno neutral, en el que no se juzgue la opinión de la persona entrevistada. El tipo de entrevista puede variar de acuerdo con las tácticas que se utilicen para el acercamiento y la situación en la que se desarrolle, por lo que la entrevista puede clasificarse en estructurada, no estructurada y grupal.

Particularizando en la investigación fenomenológica, la entrevista es el principal método utilizado en la recogida de datos, proporcionando descripciones de los participantes que pueden ser exploradas posteriormente por el investigador, que utilizando un enfoque fenomenológico apropiado, debe ser capaz de obtener lo más fielmente posible experiencias vividas sin contaminar los datos³⁰⁴. El resultado de la entrevista es un relato narrativo donde los participantes explican sus conocimientos y experiencias del tema de estudio proporcionando una descripción de experiencias vividas o subjetivas²⁸³.

En la fenomenología hermenéutica hay una gran variedad en cuanto a las tipologías de entrevistas utilizadas, y a pesar de ser un tema de discusión en artículos y libros, el método de recogida de datos y tipología de entrevista utilizado debe ser consistente con la pregunta y metodología de investigación; de hecho, es habitual el uso de preguntas no estructuradas en enfoques interpretativos que requieren crear un sentimiento de confianza entre el investigador y los participantes para obtener una descripción³⁰⁵.

El objetivo de la entrevista semi-estructurada es obtener descripciones de la gente en su realidad para poder interpretar los fenómenos descritos. Estas entrevistas deberían ser similares a una conversación cotidiana o un diálogo informal, pero difieren en que el investigador tiene una intención profesional y hace preguntas abiertas sobre temas definidos previamente, intentando profundizar más en experiencias internas de los entrevistados a través de sus respuestas³⁰⁶. En opinión de Barriball³⁰⁷, las entrevistas semi-estructuradas son adecuadas como método de recogida de datos para la exploración de percepciones y opiniones de los participantes en relación con cuestiones complejas y sensibles que permiten obtener y analizar información.

5.3 Estudios fenomenológicos interpretativos en relación a la experiencia de mujeres en el embarazo o parto

Como se ha mencionado, la perspectiva teórico metodológica de la fenomenología se muestra como idónea para el estudio de las experiencias profundas en la vida, la muerte o el dolor. El nacimiento de un hijo constituye una experiencia fundamental en la vida de las mujeres, por ello son abundantes los estudios fenomenológicos realizados con una perspectiva interpretativa relacionados con el estudio de vivencias de mujeres durante embarazo, parto y posparto. Una importante muestra de dichos estudios se expone en la **Tabla 5.1**.

Estudio	Autor	Año	Muestra	Metodología fundamentada en:	Técnica de recolección de datos	Método de análisis de datos
A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden ³⁰⁸	Sjöblom	2006	12	Ricoeur (1981)	Entrevista abierta	Lindseth y Norberg (2004)
A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth ³⁰⁹	Hunter	2008	10	Gadamer (1960)	Análisis de textos	Van Manen (1997)
Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study ³¹⁰	Barr	2008	11	Heidegger (1962), Gadamer (1975)	Entrevista en profundidad	Van Manen (1990)
Women's lived experience of fear of childbirth ³¹¹	Nilsson	2009	8	Dahlberg (2001)	Entrevistas	Dahlberg (2001)
A Phenomenological Analysis of Women's Choices, Expectations and Experiences when Intending to Give Birth in a Birth Centre ²⁹⁶	Edwards	2009	20	Gadamer (1960)	Entrevista semi-estructurada	Análisis temático. Similar a Boysatzis (1998)
Taiwanese women's experiences of hospital midwifery care: a phenomenological study ³¹²	Kuo	2010	11	Giorgi (1997)	Entrevistas	Colaizzi (1978)
Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes ³¹³	Lavender	2010	22	Heidegger (1962), Gadamer (1989)	Grupos focales y entrevistas	Van manen (2002)
Grand Multiparae's Evolving Experiences of Birthing and Technology in U.S. Hospitals ³¹⁴	Fleming	2011	14	Heidegger (1962)	Entrevista en profundidad	Cris y Tanner (2003)
First-time mothers' perspectives on relationships with and between midwives and doctors: insights from a qualitative study of giving birth in New Zealand. ³¹⁵	Howarth	2012	10	Smith (1995,1996, 1999, 2009)	Entrevista semi-estructurada	Smith (1995,1996, 1999, 2009)
Midwives experiences of establishing partnerships: Working with pregnant women who use illicit drugs ³¹⁶	Miles	2014	12	Heidegger (1962)	Entrevistas	Lindseth y Norberg (2004)

Korean Immigrant Women's Lived Experience of Childbirth in the United States ³¹⁷	Seo	2014	15	Heidegger (1962)	Entrevista telefónica semi-estructurada	Modificado de Diekelman, Allen, y Tanner (1989)
"Nature makes you blind to the risks": An exploration of womens' views surrounding decisions on the timing of childbearing in contemporary society ³¹⁸	Lavender	2015	18	Heidegger (1962)	Entrevista en profundidad	Van Manen (1990)
Factors affecting midwives' confidence in intrapartum care: A phenomenological study ³¹⁹	Bedwell	2015	12	Heidegger, Gadamer	Entrevistas semi-estructuradas y diarios	Van Manen (1990)

Tabla 5.1 Estudios fenomenológicos interpretativos con las principales características metodológicas

5.4 Posicionamiento de la investigadora

En la investigación cualitativa, el investigador es parte inherente del método por ello, debe describirse su posicionamiento respecto al estudio³²⁰. Para explorar las percepciones que tienen las mujeres participantes acerca de aquello que constituye una atención humanizada y satisfactoria al nacimiento, se requiere investigar desde el punto de vista de las propias mujeres. Por ello, el planteamiento de lo que se pretende explorar en este estudio nos orienta hacia un enfoque cualitativo. En los enfoques cualitativos, los datos recogidos se basan en los relatos de las experiencias, creencias, actitudes y pensamientos de cada participante³²¹.

Este trabajo de investigación plantea el estudio y la interpretación de la experiencia de parto de las mujeres como un fenómeno importante en sus vidas, teniendo en cuenta los factores que identifican una atención humanizada. El objetivo por tanto es conocer las percepciones y experiencias de las participantes sobre este fenómeno de estudio y profundizar en su experiencia relacionada con la capacidad de autonomía y control durante el parto; por ello, se decide un enfoque fenomenológico. La fenomenología nos permite iluminar los diferentes aspectos de las experiencias humanas, incluyendo los contextos de dichas experiencias y cómo describirlas³²². La aproximación cualitativa en matronería y otras ciencias de la salud relacionadas, permite ricas y detalladas explicaciones no conocidas en relación con los aspectos más significantes de la experiencia humana como es el parto y el nacimiento.

En este trabajo de investigación cualitativa se ha adoptado un enfoque fenomenológico interpretativo de acuerdo a los principios filosóficos propuestos por Heidegger y Gadamer, ya que se consideró ésta como la perspectiva más adecuada según el fenómeno a comprender y los objetivos de la investigación; los estudios fenomenológicos interpretativos permiten una comprensión profunda y una interpretación de la experiencia en el contexto de los sujetos del estudio, y la fenomenología hermenéutica es utilizada cuando la investigación se pregunta por los significados de un fenómeno con el objetivo de comprender e interpretar la experiencia humana³²³. La filosofía hermenéutica propuesta por Gadamer, reconoce que el investigador es parte de la investigación y tiene un papel significativo en el proceso interpretativo, de manera que las pre-concepciones son inherentes en el proceso de investigación. En esta tesis se pretende explorar e interpretar las vivencias y experiencias de las mujeres, durante un proceso de trabajo de parto y parto, contextualizado en nuestro ámbito geográfico, en nuestro entorno sanitario y desde el conocimiento y experiencia de la doctoranda como matrona asistencial con larga experiencia en una sala de partos.

Marco Empírico

Capítulo 6. Metodología

6.1 Planteamiento del problema

El proceso de “humanización de la asistencia al parto” nació como respuesta al fuerte intervencionismo médico que sobre un proceso fisiológico se estaba realizando en todo el mundo. Los importantes avances y descubrimientos que se han producido en los últimos tiempos en las ciencias de la salud, en concreto en el terreno de la ginecología y la obstetricia, con el fin de solucionar problemas de salud en este ámbito, y de intentar disminuir al máximo la morbilidad materna, ha producido en demasiadas ocasiones, la priorización de la tecnificación y los conocimientos a las necesidades de las usuarias.

El avance de la ciencia y la tecnología ha provocado un aumento de las especializaciones profesionales existentes y a un cambio en la estructuración de los servicios. Asimismo, en el ámbito sanitario, los grandes avances científicos y tecnológicos no solo han producido un aumento de la esperanza de vida, sino que también han dado lugar a un cambio en la forma de tratar a los usuarios. Por todo ello, en los últimos años, se ha reclamado la necesidad de individualizar y humanizar los cuidados.

Actualmente, algunos organismos estatales han creado estrategias con la finalidad de mejorar los aspectos de calidez en la atención al nacimiento, para de ese modo intentar incrementar el bienestar de las usuarias y conseguir una atención humanizada y satisfactoria^{6,213}. Estas medidas mejoran la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y usuarias, la satisfacción en general y produce una disminución de las acciones judiciales emprendidas con motivo o sospecha de mala práctica. No obstante, para llevarlas a cabo, es preciso promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso de toma de decisiones.

En España estas medidas se concretan, como hemos mencionado, en la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud⁶. Asimismo, los aspectos de mejora que la estrategia citada concuerdan con los pilares que Wagner² propone como fundamentales para humanizar la asistencia al parto: a) promover la autonomía y el control

por parte de las mujeres; entendiendo autonomía como toma de decisiones autónoma y control como elección plenamente informada, b) fomentar que los profesionales trabajen juntos como iguales, c) la realización de prácticas basadas en la evidencia científica y d) la promoción de atención primaria para el control y la atención del embarazo normal.

Dado que el parto y el nacimiento suponen una experiencia fundamental en la vida de las mujeres, no se puede promover la autonomía y el control sin dar voz a las protagonistas. Las vivencias y las experiencias del parto están íntimamente conectadas con el “mundo y la vida” de cada mujer. En la actualidad, como hemos explicado ampliamente, la medicina y la tecnología han colonizado el área de atención a la maternidad, permitiendo importantes logros en términos de disminución de la mortalidad y la morbilidad materno-infantil y creando también expectativas sociales y personales relacionadas con el nacimiento de los hijos. No obstante, una atención humanizada como la que actualmente se reclama, precisa de un acercamiento a los aspectos subjetivos que constituyen la experiencia de vida de las auténticas protagonistas: las mujeres.

6.2 Hipótesis

El significado que las mujeres otorgan a una atención humanizada y satisfactoria durante la atención al parto depende tanto de factores externos vinculados a aspectos asistenciales y estructurales, como de factores internos a la propia mujer como el control y la autonomía en la toma de decisiones.

6.3 Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general del presente trabajo se centra en conocer la experiencia de las mujeres, con el fin de profundizar en lo que significa para ellas una atención humanizada y satisfactoria con la atención sanitaria al parto.

Del objetivo general planteado, se derivan dos objetivos específicos:

- 1) Identificar a través de la narrativa de las mujeres, con una gestación de bajo y medio riesgo, los elementos que contribuyen a una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto.
- 2) Conocer la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención al parto.

6.4 Diseño del estudio

6.4.1 Pregunta de investigación

El primer paso fue plantear el objeto o la pregunta de investigación destinada a conocer las vivencias y experiencias de las mujeres sobre un evento complejo como el parto, tanto desde el punto de vista sanitario como emocional. En este estudio, las preguntas de investigación fueron las siguientes:

- ¿Cómo ha sido la experiencia de las mujeres con la atención sanitaria recibida durante la atención al parto?
- ¿Qué factores han influido en la construcción de su experiencia?
- ¿Cómo los factores, del entorno o internos e intrínsecos de la propia mujer, contribuyen a la construcción de la experiencia?

Las preguntas anteriores pretenden comprender cómo las mujeres viven, experimentan y atribuyen significados a este fenómeno altamente significativo en sus vidas: “dar a luz”; así como buscar el sentido que tiene para ellas y los sentimientos que les generan³²⁴. Es necesario aprehender, en la interacción con las mujeres, sus experiencias de vida para desvelar aquellos aspectos vivenciales que han influido en la construcción de su experiencia y profundizar en “aquello que no han desvelado”. Son muchos los conflictos e incertidumbres que puede presentar una mujer durante y tras un parto: la duda por el desenlace, la angustia, el miedo ante lo desconocido así como la percepción de amenaza por su vida y la de su hijo. En la lucha de las mujeres por mitigar el estrés que generan las

complicaciones perinatales y posterior hospitalización, se establece una búsqueda existencial de significado y del valor.

6.4.2 Contexto y ámbito de estudio

La recogida de datos del presente estudio se realizó a lo largo de 2014 en la provincia de Barcelona (Cataluña), y mediante él, se recolectaron las experiencias de mujeres que hubieran dado a luz en diferentes contextos hospitalarios. Se entrevistaron mujeres con partos en hospitales públicos de nivel terciario de Barcelona, del área metropolitana y también de hospitales comarcales, así como mujeres que hubieran acudido a centros de titularidad privada. Por tanto, podemos afirmar que se han recogido experiencias de mujeres de todo el ámbito geográfico y social de la provincia de Barcelona.

Para la realización del estudio, se contactó con mujeres que hubieran dado a luz en los últimos dos años. El motivo de elegir este periodo de tiempo fue porque de acuerdo a Cook y Loomis³²⁵, este es el intervalo durante el cual las mujeres aún están procesando la experiencia del parto y por tanto, tienen muy reciente la construcción de sus experiencias y reflexiones³²⁵. Asimismo, cabe señalar, que dos de las mujeres candidatas al estudio, rehusaron participar en el mismo cuando se les explicó que se grabaría su voz, por lo que no se han incluido en él, ni en ninguna de las tablas que se muestran a lo largo de este capítulo.

6.4.3 Muestreo: Selección y características de las participantes

La estrategia de muestreo en investigación cualitativa está determinada por el marco conceptual del estudio. El reto en este tipo de investigación es seleccionar a los participantes que pueden aportar información significativa, rica, completa y profunda para la comprensión del fenómeno de estudio. La lógica del muestreo en los estudios cualitativos es diferente a la que se lleva a cabo en los estudios cuantitativos. En investigación cualitativa podemos distinguir dos tipos de muestreo³²⁶; el probabilístico, en el que los sujetos de la muestra son elegidos siguiendo el azar, y el intencional, que utiliza algún otro criterio para

seleccionar la muestra. Dentro de los muestreos intencionales, podemos encontrar el teórico y el opinático.

Glaser³²⁷ definió el muestreo teórico como “un proceso de recogida sistemática de datos para generar teoría”. Sin embargo, en el muestreo opinático, la selección de contexto y/o informantes se realiza siguiendo criterios explícitos más pragmáticos, como la facilidad y la factibilidad de los contactos, la accesibilidad, el interés concreto de un grupo, etc³²⁸. Este estudio se ha realizado mediante un muestreo opinático. La captación de la mayoría de las mujeres fue realizada por las propias investigadoras, quienes se pusieron en contacto con mujeres que cumplieran con los criterios teóricos previamente definidos. A su vez se preguntó a estas mujeres si conocían otras madres recientes que cumplieran con los perfiles buscados, si la respuesta era afirmativa se les pedía que les solicitaran si tenían interés en ser entrevistadas y si la investigadora podía contactar con ellas. A las mujeres contactadas se les explicó el objetivo del estudio, se les pidió su consentimiento para realizar y grabar las entrevistas y se les garantizó la confidencialidad de la información obtenida.

En la investigación cualitativa el número de participantes no se puede precisar con antelación ya que no tiene como objetivo una representatividad estadística, por tanto, depende de la cantidad y la calidad de la información que el investigador pueda obtener, de las vivencias, y de que en el momento del análisis se logre alcanzar la saturación de los datos. Para Patton³²⁹, la justificación para este tipo de muestreo y lo que determina su poder, radica en lograr que los casos seleccionados proporcionen la información más rica posible para así, estudiar el tema objeto de investigación en profundidad. En esta investigación, además de un muestreo opinático por conveniencia, se realizó un muestreo por propósito, por lo que se buscaron informantes teniendo en cuenta la diversidad, para procurar una muestra representativa desde los diferentes puntos de vista de todos los actores implicados en el fenómeno estudiado.

Las participantes de este estudio fueron mujeres, mayores de edad, que hubieran dado a luz en los dos años anteriores a la entrevista, con embarazos a término (gestaciones finalizadas entre las 37 y 42 semanas de gestación), con controles gestacionales, diagnosticadas como gestaciones de bajo o medio riesgo obstétrico y con partos de recién nacidos con adecuada

adaptación a la vida extrauterina. Cabe recordar que en Cataluña existe un total de 9 regiones sanitarias que atienden mujeres durante su gestación y parto, y que el 99% de los partos atendidos en ese territorio se producen en el ámbito hospitalario³³⁰.

Se optó por considerar como criterio de inclusión a las mujeres mayores de 19 años puesto que, aunque según la legislación española, a partir de los 18 años la usuaria es considerada como mayor de edad, hasta los 19 años son valoradas como gestaciones de mujeres adolescentes, a las que se les vincula un mayor riesgo obstétrico que a las gestaciones adultas³³¹. Aunque mayoritariamente las mujeres entrevistadas habían parido en hospitales públicos, se procuró incluir, como se ha mencionado, a algunas mujeres que hubieran acudido a centros de titularidad privada.

Como criterios de exclusión se consideró a aquellas mujeres con analfabetismo o con barrera idiomática; que no eran capaces de comprender de forma oral y escrita castellano o catalán, así como aquellas mujeres que no aceptaron formar parte del estudio, o a las que pese a aceptar ser entrevistadas no deseaban que se les registrase la voz. Sin embargo, sí se incluyeron mujeres extranjeras con buena comprensión del español. También se excluyeron como participantes del estudio aquellas mujeres con patología gestacional o con partos prematuros³³² (antes de las 37 semanas) y a las puérperas con complicaciones graves que precisaron estancias hospitalarias prolongadas, puesto que su experiencia vivida se aleja de una situación fisiológica.

Para seleccionar a las mujeres se procuró, la máxima representatividad en términos de paridad, edad, nivel de estudios y en método de alivio del dolor deseado para la asistencia al parto. La paridad y el nivel social influyen en las expectativas y experiencias de las mujeres; así mismo es importante tener en cuenta que actualmente la estrategia de atención al parto normal proclama que el parto debe ser atendido como proceso fisiológico, con el menor número de intervenciones obstétricas posibles, y dado que la cultura de la anestesia epidural (como intervención obstétrica) se encuentra ampliamente extendida en nuestro contexto, se optó por incluir el método de alivio del dolor, como criterio de selección de los perfiles de participantes. Los perfiles resultantes fueron los siguientes:

- 1) Mujeres primíparas con estudios primarios, que hubieran decidido un método de alivio del dolor no farmacológico.
- 2) Mujeres primíparas con estudios secundarios o universitarios, que hubieran decidido un método de alivio del dolor no farmacológico.
- 3) Mujeres primíparas con estudios primarios que hubieran decidido un método de alivio del dolor farmacológico.
- 4) Mujeres primíparas con estudios secundarios o universitarios, que hubieran decidido un método de alivio del dolor farmacológico.
- 5) Mujeres múltiparas con estudios primarios, que hubieran decidido un método de alivio del dolor no farmacológico.
- 6) Mujeres múltiparas con estudios secundarios o universitarios, que hubieran decidido un método de alivio del dolor no farmacológico.
- 7) Mujeres múltiparas con estudios primarios, que hubieran decidido un método de alivio del dolor farmacológico.
- 8) Mujeres múltiparas con estudios secundarios o universitarios, que hubieran decidido un método de alivio del dolor farmacológico.

Una vez iniciadas las entrevistas se comprobó que no se observaron diferencias discursivas entre las mujeres con estudios universitarios y mujeres con estudios de formación profesional, por ello el número de mujeres finalmente entrevistadas fue inferior a las previamente previstas, se llegó a la saturación de los datos con 21 participantes para cumplir con el primer objetivo específico. No obstante, el muestreo se amplió con 8 mujeres más para cumplir con el segundo objetivo específico. Aunque el país de residencia y la titularidad del centro de atención al parto no se consideraron criterios para la selección, se procuró dar voz al máximo número de nacionalidades y recoger experiencias de mujeres que hubieran dado a luz en el ámbito público y privado de asistencia. El perfil de las mujeres entrevistadas se puede consultar en la **Tabla 6.1**:

Mujer	País de nacimiento	Edad	Nivel de estudios	Paridad	Método de alivio del dolor deseado	Tipo de parto y alivio del dolor
Mujer1	Bolivia	22	Primarios	Secundípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer2	Rep. Dominicana	21	Primarios	Primípara	Natural no farmacológico	Vaginal con epidural

Mujer3	Ecuador	29	Primarios	Tercípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer4	China	26	Primarios	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer5	España	37	Primarios	Tercípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer6	España	29	Primarios	Secundípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer7	España	42	FP	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer8	España	37	FP	Primípara	Epidural	Cesárea con epidural
Mujer9	España	25	Primarios	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer10	España	38	FP	Primípara	Epidural	Cesárea con epidural
Mujer11	España	32	Universitarios	Primípara	Natural no farmacológico	Vaginal con epidural
Mujer12	España	22	Primarios	Primípara	Natural no farmacológico	Vaginal con epidural
Mujer13	España	39	FP	Tercípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer14	España	33	Primarios	Secundípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer15	España	19	Primarios	Primípara	Natural no farmacológico	Vaginal con epidural
Mujer16	España	25	FP	Secundípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer17	España	27	Primarios	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer18	España	35	Universitarios	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer19	Brasil	28	Primarios	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer20	España	33	Universitarios	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer21	Perú	36	FP	Primípara	Epidural	Vaginal instrumentado con epidural

Tabla 6.1 Principales datos de las mujeres participantes en el estudio.

Los nombres reales de las mujeres se anonimizaron mediante el uso de números con el fin de proteger la confidencialidad de las entrevistadas. Las mujeres entrevistadas tienen una edad media de 30,23 años, siendo 15 de las 21 nacidas en España.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico planteado observamos la necesidad de ampliar la muestra. Dado que el objetivo era profundizar en la vivencia de las mujeres en relación al proceso de toma de decisiones, se observó la necesidad de centrarse, de forma más clara, en la elección del método de alivio del dolor, por ello se añadieron mujeres que desearan un parto natural sin ayudas farmacológicas para el alivio del dolor (sin anestesia epidural). Aunque en la muestra inicial (**Tabla 6.1**), cuatro mujeres deseaban un parto sin ayuda farmacológica (sin utilización de la analgesia epidural) para el alivio del dolor, ninguna

de ellas acabó teniendo un parto sin su utilización, acudiendo, por una u otra razón, a la aplicación de dicho tipo de analgesia. Por ello se decidió ampliar la muestra para poder indagar en las motivaciones y experiencias de aquellas mujeres que sí consiguieron un parto natural, un parto sin uso de ayuda farmacológica para el alivio del dolor.

La relación de mujeres entrevistadas que se añadieron para cumplir con el objetivo específico número 2 se muestra en la **Tabla 6.2**:

Mujer	País de nacimiento	Edad	Nivel de estudios	Paridad	Método de alivio del dolor deseado	Tipo de parto y alivio del dolor
Mujer22	España	35	Universitarios	Tercípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer23	España	29	Universitarios	Primípara	Natural no farmacológico	Vaginal con epidural
Mujer24	España	33	Universitarios	Primípara	Natural no farmacológico	Vaginal con alivio natural no farmacológico
Mujer25	España	30	FP	Secundípara	Natural no farmacológico	Vaginal con alivio natural no farmacológico
Mujer26	España	26	Primarios	Primípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer27	España	35	Primarios	Secundípara	Epidural	Vaginal con epidural
Mujer28	España	30	Primarios	Secundípara	Natural no farmacológico	Vaginal con epidural
Mujer29	España	39	Universitarios	Secundípara	Natural no farmacológico	Cesárea con epidural

Tabla 6.2 Datos de las mujeres adicionales entrevistadas para el objetivo específico número 2.

6.4.4 Acceso a la muestra

Las mujeres entrevistadas fueron contactadas por diferentes procedimientos: a través de matronas de atención primaria que colaboraron explicando los objetivos a las señoras, a través del propio conocimiento de la investigadora de mujeres que hubieran dado a luz recientemente, o mediante las primeras mujeres entrevistadas que nos facilitaron el contacto de otras mujeres que cumplieran los criterios establecidos. Con los contactos facilitados, la investigadora se ponía directamente en contacto con la mujer, por teléfono o personalmente si acudía al centro de atención primaria, para explicarle personalmente la finalidad del estudio y solicitar su autorización a participar. Antes de la entrevista, se les volvía a explicar los objetivos y las condiciones de participación, y todas las mujeres que participaron en el estudio firmaron un documento de consentimiento informado elaborado para el mismo.

Una vez las mujeres dieron su consentimiento para la realización de las entrevistas, éstas se realizaron en el lugar previamente acordado con cada una de las mujeres, generalmente la sala de espera del centro de salud, aunque algunas se realizaron en el propio domicilio de la mujer, en un caso en una cafetería y en otro caso en una terraza. El contexto de realización de cada una de las entrevistas se muestra en la **Tabla 6.3**.

	Contexto	Participantes
Lugares privados	Sala de espera de un centro de salud (Lugar apartado del resto de usuarios del centro).	Mujer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 29
	Domicilio de la mujer	Mujer 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Lugares públicos	Cafetería	Mujer 18
	Terraza	Mujer 20

Tabla 6.3 Contexto de realización de entrevistas

Se llevó a cabo la grabación de audio siempre previo consentimiento. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos. Las entrevistas fueron realizadas por la doctoranda, excepto 6 de ellas que fueron llevadas a cabo por una de las directoras de la tesis. Algunas de las mujeres entrevistadas conocían previamente a las entrevistadoras, siendo conocedoras de su categoría profesional y su labor investigadora y asistencial, en otras la investigadora se presentó a las mujeres dándoles la información sobre el estudio y solicitando su consentimiento para participar

6.4.5 Recogida de los datos

El método de recogida de datos que se ha utilizado fue la entrevista semi-estructurada con una pregunta inicial abierta. El conjunto de las entrevistas mantenidas cara a cara debían permitir comprender e interpretar la experiencia de parto de las mujeres, así como conocer cómo viven, que experiencia han obtenido en la toma de decisiones y que era para ellas una atención humanizada; al inicio de la entrevista, se formuló una pregunta abierta en la que se invitaba a las mujeres a que explicaran su experiencia del parto: “¿Cómo has vivido el parto? Explícame como fue tu experiencia”; después y gracias al guión elaborado para la realización de las entrevistas, se profundizaba en cada uno de los aspectos que la literatura científica² define como fundamentales en una atención humanizada.

A diferencia de los cuestionarios, en las entrevistas semi-estructuradas el entrevistador lleva una pauta o guía con los temas a cubrir y los términos a usar, pero las preguntas son abiertas, hecho que aporta flexibilidad y permite profundizar y aclarar malos entendidos, permitiendo evaluar mejor qué piensa realmente el entrevistado. En la entrevista cualitativa el entrevistador intenta que los entrevistados hablen de forma libre y abierta.

En este trabajo, tal y como se ha comentado con anterioridad, se efectuaron entrevistas individuales. Previamente se elaboró un guión de entrevista a partir de un estudio detallado de las bases teóricas en relación al concepto de humanización en la atención al parto¹⁸⁹. Para ello se efectuó un análisis del material obtenido en la literatura publicada, que sirvió de guía en la elaboración del mencionado guion para la entrevista.

Tal y como se explica en el apartado 3.1 “La humanización de la asistencia al parto”, el concepto de “humanización de la atención al parto” no posee un único significado, sino que presenta variaciones y matices entre las diferentes definiciones de los diversos autores. Como resultado del análisis de las distintas aportaciones sobre el concepto de humanización, se ha confeccionado la **Tabla 6.4** que muestra una comparación entre las diferentes visiones y contribuciones propuestas por los autores que han generado teoría sobre lo que debe ser una atención humanizada. En ella, se expone una definición del término según cada autor, valorando la visión de la mujer, visión de los cuidados, y la relación que se establece entre profesionales.

De entre los diferentes autores que profundizan en el tema, se decidió adoptar la definición aportada por Wagner² puesto que se presenta como amplia y ha sido considerada de referencia. El guion de las entrevistas se confeccionó, por tanto, fundamentándose en los tópicos o elementos identificados por este autor como necesarios en una atención humanizada al nacimiento, desarrollando preguntas relacionadas con tres de los cuatro pilares propuestos para humanizar la atención en dicho proceso. Estas preguntas se formulaban cuando la entrevistada no se refería a estos aspectos al explicar su experiencia personal. No se incluyeron preguntas relacionadas con el cuarto pilar, dado que el objetivo del mismo era garantizar un “modelo de promoción de la atención primaria”, y en el Sistema

de Salud Español, el seguimiento y control de la gestación de bajo y medio riesgo obstétrico, siempre se realiza en centros de atención primaria.

Los tópicos o elementos identificados por Wagner como necesarios en una atención humanizada al nacimiento son: a) atención que ponga a la mujer en el centro y control de la atención, b) trabajo en equipo y c) prácticas basadas en la evidencia científica².

La elaboración de las preguntas, desarrolladas a partir de cada uno de los “términos o pilares” conceptualizados por Wagner se presenta en la **Tabla 6.5**.

Término humanización	Visión de la mujer	Visión de los cuidados	Relación entre profesionales y la mujer	Otros
Polisémico	La mujer como centro de la atención, (autonomía/control)	Deben estar basados en evidencia científica	Relación de respeto entre los profesionales Establecimiento de una relación de iguales	
Wagner	La mujer es un ser humano (y "no una máquina de hacer bebés")	La mujer se coloca en el centro del cuidado y decide (autonomía). El entorno que se cree tiene que ser facilitador (para la toma de decisiones autónoma). Remarca la importancia del término de justicia reproductiva	La relación que se debe establecer entre los profesionales de la salud debe estar basada en una relación de iguales (para ello propone el que se trabaje en armonía y colaborando)	Fomento de la atención primaria
Misago	El empoderamiento de la mujer	Promocionar la toma decisiones por parte de la mujer		
Davis-Floyd	Humanizar la tecnomedicina para hacerla compasiva. Hace referencia a que el término humanizar es análogo al humanismo y propone el uso del término "biopsicosocial".	La mujer como individuo y no considerada como un paciente. La mujer debe ser correctamente informada para poder de ese modo participe de forma activa en la toma de decisiones	Los profesionales deben procurar establecer conexión humana con la mujer. Facilitarle un apoyo continuo en los aspectos psicológicos. Defiende que el apoyo continuo de la usuaria puede ser una estrategia más eficaz durante el parto que las intervenciones tecnológicas	Remarca la Influencia de la mente sobre el cuerpo (bienestar psicológico). Da relevancia al hecho de que se establezca una buena conexión entre el profesional y la mujer (valorando este punto como fundamental)
Santos y Siebert	Desafío. Lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía.	Necesidad de educación y formación continuada de los profesionales		
Harrison	Consiste en que las mujeres se sientan con la facultad de discutir las opciones de tratamiento disponibles.			
Kuo	Respeto a la intimidad física y emocional, y preparación de un ambiente cómodo para las mujeres.			
Behruzi	Remarca el hecho de que NO existe conflicto entre el nacimiento humanizado y la intervención médica	"Reempoderar" a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos. Propone el uso compartido de la toma de decisiones	Las prácticas deben estar basadas en la evidencia científica	Promover que el parto sea una experiencia positiva para la mujer, independientemente del lugar de nacimiento

Tabla 6.4 Análisis comparativo del término humanización. Fuente: elaboración propia.

Parte 1	
Preguntas abiertas iniciales: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo has vivido el parto? • ¿Explicame tu experiencia? • Durante tu embarazo. ¿Cómo pensabas que iba a ser tu parto? ¿Coincidieron tus expectativas con la realidad? Preguntas sobre atención humanizada: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué crees que es una atención humanizada al parto? • ¿Cómo definirías un parto humanizado? 	
Parte 2. Preguntas basadas en un modelo deductivo siguiendo la propuesta de Wagner	
Tópicos de la Humanización en la atención al parto según Wagner	Definición de Tópicos
Colocar a la mujer en el centro de la atención y es la mujer la que tiene el control.	Preguntas formuladas <ul style="list-style-type: none"> - ¿Dónde obtuviste la información relacionada con embarazo y parto y con la asistencia al nacimiento? - ¿Crees que la información fue suficiente? ¿Veraz? - ¿Habrías necesitado más información? En el caso de que la respuesta fuera afirmativa, ¿De qué tipo? - ¿Qué decisiones tomaste en relación a la atención al parto? - ¿Qué papel jugaste tú en la toma de esas decisiones? ¿Y tu pareja? ¿Y los profesionales de la salud? - ¿Se aplicaron estas decisiones? - ¿Qué papel consideras que tuvieron los profesionales sanitarios en la información y en las decisiones relacionadas con la atención a embarazo y parto? - ¿Estuviste acompañada durante el parto?, ¿Quién eligió a la persona que te acompañaba? - ¿Tomaste decisiones relacionadas con el tipo o lugar de la atención al parto? ¿Cuáles? - ¿Cómo te sentiste durante el parto? - ¿Consideras que se respetó tu intimidad? ¿Cómo? - ¿Crees que te sentiste segura durante el trabajo de parto? ¿Qué te proporcionó mayor seguridad? - ¿Cómo viviste el trato con los profesionales? ¿Te sentiste respetada?
Enfermeras y médicos trabajan en armonía como iguales. Los profesionales de la salud trabajan con la naturaleza y con la mujer y su familia.	<ul style="list-style-type: none"> • La atención centrada en la mujer. • Autonomía y control: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a la información ○ Toma de decisiones ○ Seguridad personal ○ Funcionamiento físico <ul style="list-style-type: none"> - ¿Recuerdas qué profesional te seguía el embarazo? ¿Y durante el parto? ¿Y en el postparto? - ¿Puedes identificar qué tipo de profesionales te atendieron durante el parto y postparto? (categoría profesional). - ¿Qué opinión te formaste en relación a los distintos profesionales que te atendieron? - ¿Qué crees que te aportaron los profesionales sanitarios en tu vivencia de embarazo y parto? - ¿Cómo fue tu relación con el equipo asistencial? - Tu pareja o acompañante, ¿Tuvo relación con el equipo asistencial?
Servicios basados en la evidencia científica	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de las prácticas sanitarias recibidas. • Prácticas solicitadas. • Conocimiento de evidencia científica. <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué elementos de la atención sanitaria durante el parto consideras como más importantes? - ¿Qué papel juega, desde tu punto de vista la tecnología durante el embarazo y el trabajo de parto? - Los aparatos y técnicas hospitalarias ¿Cómo te hicieron sentir? - ¿Cuáles de las técnicas o tecnologías usadas en embarazo y parto te hicieron sentir segura y cuales te incomodaron? - ¿Pediste alguna intervención específica durante el parto? - ¿Te negaste a que se te aplicara algún tipo de práctica?

Tabla 6.5 Guion de las entrevistas

En primer lugar, se llevó a cabo la fase de descubrimiento o pre-análisis en la que, después de una relectura de los datos se pudo obtener una comprensión global del fenómeno desde el punto de vista de las participantes, se procedió a una identificación preliminar de temas, a una búsqueda de temas emergentes; al desarrollo de conceptos y a la lectura de material bibliográfico.

En un segundo lugar, se realizó un análisis detallado de las entrevistas que consistió en la descomposición del texto en unidades de significado que identificaban la visión de las participantes. Dichas unidades y sus definiciones, junto con el número de unidades de significado que aparecieron en el análisis de las entrevistas se describen en la **Tabla 6.6**:

Unidades de significado	Definición	Número
1. <i>Humanización del parto</i>	Término polisémico, que se basa en tres aspectos fundamentales: convertir a la mujer en el centro de la atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica.	29
2. <i>Contexto socio-cultural</i>	Datos que vienen determinados por condicionamientos sociales y su adecuación o no a distintas circunstancias	5
3. <i>Experiencias inter-personales</i>	Resultado de la socialización con sus pares en diferentes circunstancias y características.	20
4. <i>Experiencias intra-personales</i>	Relaciones que una persona establece en su interior y que tienen como objetivo fortalecer su yo individual	12
5. <i>Características del proveedor de cuidados</i>	Rasgos que las mujeres valoran de los profesionales sanitarios	23
6. <i>Entorno físico</i>	Aquello que rodea a la mujer durante el proceso de nacimiento	31
7. <i>Prejuicios existentes</i>	Formación de un concepto o juicio sobre el proceso de nacimiento que la mujer se ha formado antes del parto.	50
8. <i>Miedo</i>	Sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario	73
9. <i>Falta de experiencia</i>	Carencia de haber presenciado, sentido o conocido algo.	24
10. <i>Influencia</i>	Poder de una persona o cosa para determinar o alterar la forma de pensar o de actuar de otra.	35
11. <i>Familia, pareja</i>	Personas unidas por parentesco o relaciones de afecto.	42
12. <i>Amigos</i>	Relaciones de amistad	13
13. <i>Duración del parto</i>	Tiempo que transcurre desde el inicio de la fase activa de parto hasta que se produce el alumbramiento.	67
14. <i>Dolor</i>	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable	95
15. <i>Autocontrol</i>	Capacidad de control o dominio sobre uno mismo.	14

16. <i>Medicalización</i>	Proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos	26
17. <i>Instrumentación</i>	Utilización de elementos externos para extraer al feto del canal del parto.	19
18. <i>Fiebre</i>	Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de la norma	9
19. <i>Infección</i>	Enfermedad causada por esta invasión de agentes patógenos	5
20. <i>Respeto</i>	Miramiento, consideración, deferencia hacia una persona	87
21. <i>Apoyo emocional</i>	Ayuda o protección se recibe por parte de otros	49
22. <i>Proximidad/cercanía</i>	Cualidad de sentirse cercano	56
23. <i>Tiempo</i>	Magnitud física mediante la cual medimos la duración o separación de acontecimientos	63
24. <i>Cuidados centrados en la mujer</i>	Modelo de atención que consiste en valorar a la mujer como protagonista del cuidado	54
25. <i>Plan de parto</i>	Documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del par	47
26. <i>Epidural</i>	Técnica que consiste en la introducción de anestésico local en el espacio epidural	103
27. <i>Métodos alternativos a la epidural para el alivio del dolor</i>	Métodos no farmacológicos que se utilizan con el objetivo de disminuir el dolor durante el proceso de parto.	70
28. <i>Dominio de la situación</i>	Capacidad de la que se dispone para controlar el acontecimiento que está sucediendo	23
29. <i>Información</i>	Conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto	96
30. <i>Fuentes de información</i>	Instrumentos mediante los cuales se adquiere el conocimiento	42
31. <i>Autodeterminación</i>	Capacidad que tiene una persona, en nuestro caso capacidad de la mujer, de organizar tu vida, de tomar sus decisiones.	55
32. <i>Toma de decisiones</i>	Proceso de definición de problemas, recopilación de datos, generación de alternativas y selección de conducta en función de ello.	72
33. <i>Seguridad</i>	Sensación de total confianza que se tiene en algo o alguien	118
34. <i>Intimidad</i>	Zona espiritual íntima y reservada de una persona	82
35. <i>Prácticas sanitarias</i>	Conjunto de actividades que llevan a cabo los profesionales de la salud.	75

Tabla 6.6 Unidades de significado, definición y número de unidades de significado

Posteriormente, se codificó con una estrategia mixta (códigos definidos y códigos emergentes). Se agruparon los diferentes códigos en categorías, siguiendo el criterio de analogía, en función de los criterios analíticos preestablecidos por los objetivos del estudio, y los elementos que emergieron de los discursos. Las etapas del análisis fueron consecutivas y recursivas, volviendo a los textos una vez ya creadas las categorías y las interpretaciones, con el objetivo de validar los hallazgos obtenidos. El

inventario de códigos se acordó por consenso entre la doctoranda y las directoras de la tesis. El análisis de las entrevistas, facilitó la identificación de temas o categorías, que permiten una comprensión rica y detallada del fenómeno de investigación. Las categorías o temas relacionados con las unidades de significación se muestran en la

Tabla 6.7:

Unidades de significado	Categorías o temas
1, 2, 3, 4	La construcción simbólica de la imagen del parto
5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 21, 35	El imaginario social del parto
7, 13, 4, 15	Elementos que configuran una vivencia positiva
13, 14, 16, 7, 18, 19, 23	Elementos que configuran una vivencia negativa
1, 5, 6, 21, 29, 33, 35	La seguridad que ofrece la asistencia hospitalaria y su infraestructura
1, 6, 17, 33, 35	La seguridad que produce el uso de la tecnología
1, 6, 14, 16, 27, 28, 31, 33, 35	La seguridad y satisfacción que ofrecen las alternativas de alivio del dolor
3, 5, 10, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 33, 34, 35	La seguridad que les produce el saber hacer de los profesionales
1, 2, 3, 5, 10, 20, 22, 24, 29, 33, 34, 35	La seguridad que ofrece el respeto a la intimidad
1, 2, 3, 5, 7, 10, 14, 21, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 35	Soporte profesional
1, 2, 10, 11, 12, 21, 22, 28, 33	Soporte social.
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 35	La valoración del plan de parto
1, 2, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 35	Los fundamentos de la decisión
9, 10, 14, 15, 16, 25, 26, 27, 29, 30, 35	La aproximación a la decisión: Información y conocimiento de los métodos de alivio del dolor
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 24, 26, 29, 33, 35	El momento de la decisión: el abordaje del dolor en el proceso de parto.

Tabla 6.7 Relación de unidades de significado y categorías o temas

Una vez codificados todos los datos, se comprobaron los datos sobrantes y se refinó el análisis, a la vista del conjunto. Finalmente, en la tercera fase, conocida como fase de relativización de los datos, se procedió a la interpretación de los mismos en el contexto en el que fueron recogidos. Se diferenciaron los datos solicitados de los no solicitados, y se valoró si existía influencia del entrevistador sobre el escenario. El grupo investigador realizó un proceso de reflexión crítica sobre su posición, a fin de controlar la influencia de la propia subjetividad de los investigadores en el análisis de los datos.

Posteriormente, se procedió a la creación de un marco explicativo mediante la integración e interpretación de los datos obtenidos. Se debe recordar que la realización de un trabajo de investigación desde un enfoque cualitativo, es un ir y venir entre lo que se conoce de la temática y lo que se consigue en la realidad estudiada³³⁴. A continuación, se relacionaron las categorías con el significado de la narrativa de las entrevistas en su conjunto, expandiendo su significado y generando meta-categorías. Las meta-categorías que han emergido del texto se muestran en la **Tabla 6.8**:

Meta-categorías	Definición
Expectativas previas	Conjunto de ideas y pensamientos preconcebidos por parte de las mujeres ante el parto.
Vivencias contrapuestas	Experiencias profundas y personales que las mujeres tienen sobre los acontecimientos vividos y sentidos durante el proceso de parto.
Satisfacción	Entendida como la relación entre las expectativas previas y lo realmente experimentado
Soporte emocional	Apoyo sobre el estado de ánimo recibido por parte de la mujer.
Capacidad de elección y toma de decisiones	Capacidad que permite a las mujeres obrar y tomar decisiones informadas basadas en sus propias preferencias y valores, en relación con los demás pero con independencia del deseo o influencia de otros.

Tabla 6.8 Definiciones de las meta-categorías

La presentación y redacción de los resultados obtenidos por las entrevistas realizadas se ha organizado siguiendo las categorías y meta-categorías, incluyendo un mayor desglose en algunas de las categorías que requieren mayor profundidad. La estructuración de los resultados y el análisis de las mismas se ordenaron del modo que se muestra en la **Tabla 6.9**:

- **Meta-categoría 1: Expectativas previas**
 - La construcción simbólica de la imagen del parto.
 - Experiencias intra-personales (situación emocional interna y traumas).
 - Experiencias y relaciones inter-personales.
 - El imaginario social del parto
 - Creencias y miedos existentes
 - La influencia de “los otros”
- **Meta-categoría 2: Vivencias contrapuestas**
 - Elementos configuradores de una vivencia positiva.
 - Duración del trabajo de parto y expulsivo.
 - Alivio del dolor.
 - Actitud de los profesionales y continuidad de la atención.
 - Confianza en las capacidades propias (cuerpo/mente).
 - Elementos que configuran una vivencia negativa
 - Trabajo de parto prolongado
 - Mala vivencia del dolor/discomfort
 - Exceso de medicalización
 - Complicaciones durante el trabajo de parto (fiebre e infección)
- **Meta-categoría 3: Satisfacción**
 - La seguridad que ofrece la asistencia hospitalaria y su infraestructura
 - La seguridad que produce el uso de la tecnología
 - La seguridad y satisfacción que ofrece un adecuado alivio del dolor
 - La seguridad que ofrece el saber hacer de los profesionales
 - La seguridad que ofrece el respeto a la intimidad
- **Meta-Categoría 4: Soporte emocional**
 - Soporte social (acompañantes, familias y amigos).
 - Soporte profesional.
- **Meta-categoría 5 Capacidad de elección y toma de decisiones**
 - La valoración del plan de parto
 - Los fundamentos de la decisión
 - La aproximación a la decisión: Información y conocimiento de los métodos de alivio del dolor
 - El momento de la decisión: el abordaje del dolor en el proceso de parto.

Tabla 6.9 Estructura de presentación de los resultados

Para el análisis de los datos se utilizó un programa informático. Actualmente, existen gran variedad de programas, conocidos genéricamente como Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS), que tienen por objetivo facilitar el trabajo de análisis de datos cualitativos, y su uso es cada vez más popular. Concretamente, los CAQDAS permiten al equipo investigador organizar, almacenar y manejar de forma efectiva grandes cantidades de datos cualitativos y dar soporte a un proceso de análisis riguroso. El CAQDAS utilizado en esta tesis es el programa Atlas.ti (versión 7)³³⁴.

Atlas.ti es un programa de análisis cualitativo asistido por ordenador que permite al investigador asociar códigos o etiquetas con fragmentos de texto, sonidos, imágenes, dibujos, videos y otros formatos digitales que no pueden ser analizados significativamente con enfoques formales y estadísticos. Además este programa permite el buscar códigos de patrones y también clasificarlos^{335,336}.

6.5 Aspectos éticos

Para la realización del estudio se respetaron las indicaciones del Código de Helsinki, las normas internacionales de protección de datos, y la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99).

El estudio recibió la aprobación ética de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona que puede consultarse en el Anexo 2. También se recogió la firma del documento de consentimiento informado de cada mujer según el modelo que se muestra en el Anexo 3.

Las mujeres tras ser informadas, accedieron de forma voluntaria a ser entrevistadas, y posteriormente a esa información, tal como se ha indicado con anterioridad, firmaron un documento de consentimiento informado. En las transcripciones se realizó una categorización numérica por tal de garantizar el anonimato de las mujeres que participaron en el este estudio de investigación. En cada documento de consentimiento informado que se les proporcionó a las mujeres, se las informaba sobre la finalidad y autoría de la investigación, sobre la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos.

6.6 Rigor científico del estudio

En el estudio se han tenido en cuenta los criterios que proponen Guba y Lincoln para juzgar la credibilidad de la investigaciones realizadas mediante metodología cualitativa, y bajo el paradigma fenomenológico³³⁷: credibilidad, transferibilidad,

dependencia o consistencia, y confirmabilidad.

Según Lincoln y Guba³³⁷ la credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes del estudio, recolecta información que produce hallazgos y luego éstos son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Para determinar la credibilidad en esta investigación, tal y como se ha comentado en el apartado anterior, se realizó la transcripción textual de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio.

Lincoln y Guba³³⁷ indican que la transferibilidad, conocida como la posibilidad de trasladar los resultados a otros contextos o grupos similares, se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. Para ello se necesita hacer una descripción del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por ello hemos explicado claramente el contexto en que se recogieron los datos. Así el grado de transferibilidad es función directa de la similitud entre los contextos donde se realiza un estudio.

La confirmabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información. La confirmabilidad³³⁸ se conoce como a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro³³⁹. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que ese investigador tuvo en relación con el estudio. Esta estrategia permite examinar los datos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas. Para garantizar la confirmabilidad de los datos, en este estudio se procedió a la descripción de las características de las informantes, se utilizó un mecanismo de grabación oral de las entrevistas y posteriormente, se procedió al análisis de la fiel transcripción de las entrevistas realizadas. Asimismo, se realizaron diferentes reuniones entre la investigadora y sus directoras de tesis, con el fin de consensuar las categorías elaboradas.

Al tratarse de un estudio cualitativo, el cual se caracteriza por ser flexible, abierto y cambiante, aunque ello no significa la pérdida del rumbo o del rigor y calidad de estas

investigaciones, las preguntas de investigación y los objetos de investigación estaban abiertos y se fueron concretando y enriqueciendo durante el proceso investigador.

La revisión de las teorías, los métodos, la recolección de datos, el análisis y la interpretación de los hallazgos, no siguió un modelo lineal, sino que hubo una interacción sutil y continua entre las diferentes fases. Es preciso recordar que, en este tipo de investigación, el conocimiento se genera en el ir y venir de la teoría a los métodos y a los datos y viceversa.

Capítulo 7. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio de acuerdo a los objetivos específicos que se muestran en el apartado 6.3. El análisis de los datos de las entrevistas relacionados con el primer objetivo específico, muestra los elementos identificados que contribuyen a la percepción de una atención humanizada por parte de las mujeres. En cuanto al análisis para dar respuesta al segundo objetivo específico, se centra en la experiencia de las mujeres en el proceso de toma de decisiones. Dado que nos hallamos en un contexto social de predominio del uso de la anestesia peridural y debido a los cambios promovidos en este punto por la estrategia de atención al parto normal, mediante el análisis de las entrevistas se procuró profundizar en la experiencia de las mujeres en las decisiones tomadas en relación al método empleado para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, valorando así aspectos como la capacidad de autonomía, el control y la percepción y demandas hacia los profesionales en el proceso de toma de decisiones.

7.1 Objetivo específico 1

Identificar a través de la narrativa de las mujeres, con una gestación de bajo y medio riesgo, los elementos que contribuyen a una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto.

Como se explica en la metodología, la entrevista se inició con una pregunta abierta sobre sus vivencias del parto y sobre qué consideraban las mujeres entrevistadas que era una atención humanizada al parto. Aunque todas las mujeres verbalizaron su experiencia, con todo tipo de detalle, no emplearon entre los términos escogidos para su descripción la palabra “humanización”. La lectura de la transcripción de las experiencias parece indicarnos que para las mujeres entrevistadas el término “humanización” no es significativo, e incluso al preguntar de forma específica sobre éste se observó un desconocimiento general de su significado. Muchas de las mujeres

no habían oído previamente este vocablo, como puede observarse en los siguientes casos:

Mujer5: *“No lo sé, es que no sé qué quiere decir esa palabra.”*

Mujer9: *“Ni idea.”*

Al intentar profundizar en el significado del término, e indagar, siguiendo el guion de entrevista, y de acuerdo a lo que se define como atención humanizada para autores como Wagner, es decir, al profundizar sobre qué significa para las mujeres “humanización”, se observaron distintas asociaciones al significado de esta palabra. Un pequeño grupo de mujeres asocian “parto humanizado” a naturalización de la asistencia, a un retorno a los orígenes, a “aquello primitivo y natural”, a no intervencionismo médico.”

Mujer12: *“Como a lo bestia, yo que sé... humanizado, ¿a lo salvaje?”*

No obstante, y conforme se va profundizando en la entrevista, se observa que al ir formulando preguntas relacionadas con el significado de la “humanización de la asistencia” la mayor parte de las mujeres responden que un “parto humanizado” es aquel en el cual se ofrecen diversas opciones, se las hace sentir bien, se las escucha y se las informa.

Mujer11: *“Quizás dar la opción de parir en el agua, de poder caminar más, de estar más cómoda, que no tengas que estar en una camilla... algo más como estar en tu casa, claro. Dar las facilidades para quien quiera parir en casa.”*

Asimismo, observamos que otros vocablos son más significantes para las mujeres cuando quieren expresar aquello que para la literatura es considerado como una atención humanizada. Tras preguntar a las mujeres que era lo que constituía para ellas una asistencia positiva y satisfactoria, la mayoría contestó un parto natural o un parto normal. En ese sentido las mujeres se alinean con la definición que propone la estrategia de atención al parto normal de cómo debe ser el modelo de atención. Sin embargo, desde la perspectiva de las mujeres no se establece distinción entre el parto natural y el parto normal⁷. Según su verbalización, parto natural y parto normal son

sinónimos, y lo definen como un parto vaginal en el que se realiza anestesia epidural y en el cual no se precisa de instrumentación obstétrica. Probablemente esta asociación entre “parto natural” y “parto normal con anestesia epidural” que las mujeres realizan, sea debida a las altas tasas de partos con analgesia epidural que existen en España³⁴⁰. Quizás, la frecuente utilización de analgesia epidural en los partos lleva a las mujeres a pensar que un parto normal es un parto vaginal en el que se utiliza analgesia epidural. No obstante, el que las mujeres conceptualicen como “natural “ o “normal” partos vaginales con aplicación de métodos farmacológicos de alivio del dolor, y muy particularmente de anestesia epidural llama la atención dado que, la tendencia de la políticas sanitarias actuales es dotar a los hospitales de los recursos económicos y de las infraestructuras necesarias, para ofrecer otro tipo de opciones de alivio del dolor y del disconfort durante el parto, a la vez que se procura que los profesionales se formen para facilitar el soporte necesario y ofrecer alternativas con el fin de avanzar hacia un aumento del número de partos vaginales, que no precisen de intervenciones farmacológicas, entre las que se encuentra la anestesia epidural. Por ello, es de suma importancia profundizar en aspectos como el significado del dolor y la toma de decisiones en relación con los diferentes métodos y técnicas de alivio del mismo. A continuación se explican las diferentes meta-categorías surgidas del análisis de los datos recogidos mediante las entrevistas.

7.1.1 Expectativas previas

Heaman et al.³⁴¹ y Hauck et al.²⁵⁸ afirmaron que la relación entre las expectativas previas y la experiencia real de parto que tiene una mujer puede influir en la evaluación y satisfacción que ésta hace de dicho proceso.

La mayor parte de las mujeres primíparas entrevistadas explican que no tenían una idea formada de cómo sería su parto, debido a que no se lo imaginaban o directamente no se lo planteaban. Probablemente el hecho de que no se imaginaran o no se plantearan es consecuencia del desconocimiento o de la falta de experiencia y del alejamiento conceptual y físico, que actualmente tiene la sociedad de fenómenos naturales como parto y nacimiento; ello se observa sobretodo en el caso de las

mujeres primíparas; mujeres que han parido por primera vez y se puede comprobar en expresiones del tipo:

Mujer5: *“Yo no pensaba cómo iba a ser mi parto, yo solo pensaba en el embarazo que estaba pasando, pero en el parto no.”*

Asimismo, cabe señalar que el conocimiento de lo que supone la realidad del nacimiento no se obtiene de las experiencias vivenciales, sino de las imágenes y textos recogidos en libros u otros medios, como podemos observar en el siguiente caso:

Mujer18: *“Pues la verdad es que había leído mucho, y pensaba que iba a ir o muy mal o muy bien... no sé, pero la verdad no tenía idea.”*

Sin embargo, se observa que un número muy reducido de mujeres explican que sí se habían hecho una idea. En estos casos, se comprueba que estas mujeres tenían expectativas del parto peores, y que éstas mejoraron en el momento del nacimiento; la realidad fue mejor que lo que ellas esperaban. Las mujeres, en su imaginación, construyeron una imagen negativa de lo que sería su parto como puede observarse por el uso de los siguientes adjetivos para describirlo: catastrófico, peor o doloroso.

Mujer17: *“Yo pensaba que iba a ser catastrófico.”*

Mujer 13: *“Con dolor, mucho dolor”.*

Al analizar la construcción de las expectativas previas, comprobamos como, en el caso de las mujeres multíparas, la experiencia anterior modifica sustancialmente su percepción. Las mujeres que habían dado a luz con anterioridad tenían una expectativa definida de cómo sería su parto, probablemente influenciada por su experiencia, ya que esperaban que su futuro parto fuera similar al previo, tanto si consideraban que la experiencia anterior había sido positiva como negativa. Pero, en todo caso, se comprueba cómo sus expectativas para el nacimiento de su nuevo hijo son más optimistas que la vivencia previa, ya que todas ellas hacen referencia a que esperaban que el parto fuera más rápido y corto que el que el habían tenido

previamente. Por ello se puede afirmar que las mujeres forman sus expectativas en base también de sus experiencias previas.

Mujer14: *“Pues como tuve la experiencia del primero un poco regular, pensaba que iba a ser más o menos, aunque un poco más rápido,*

Mujer 1: *“Más rápido, aunque lo dudaba mucho si la primera tardó tanto.”*

7.1.1.1 La construcción simbólica de la imagen del parto

Mediante la verbalización de las entrevistas de las mujeres, se observó que era necesario considerar los aspectos contextuales al integrar las expectativas sobre el parto, conocido más específicamente como imaginario social del parto. En la actualidad, de forma general, el parto es representado en los medios de comunicación con imágenes de dolor y sufrimiento, hecho que puede contribuir a la elaboración de las expectativas que la sociedad crea sobre este proceso. El imaginario social junto a las experiencias y relaciones inter e intra-personales pueden coadyuvar a la elaboración de las expectativas. Por ello se decidió dividir este apartado en dos subtemas; Las experiencias y las relaciones inter-personales con los profesionales sanitarios, y las experiencias y las relaciones intra-personales.

7.1.1.1.1 Experiencia y relaciones inter-personales con los profesionales sanitarios

Una cuestión referente a las creencias o experiencias inter-personales con los profesionales sanitarios que las mujeres tienen, y que probablemente se deba a una preconcepción culturalmente elaborada y simbólicamente transmitida, se observa en la siguiente afirmación mediante la cual, una de las entrevistadas explica que pese a no saber por qué, ella pensaba que las personas que atienden a la mujer durante el proceso de parto acostumbran a tratar mal a la parturienta.

Mujer 17: *“De verdad, tenía manía con las enfermeras y con las comadronas, creía que iban a ser bordes... Que me iba a tratar mal, que no me iban a poner la epidural, no se tenía muchas manías.”*

Esta afirmación puede deberse a la visión existente en el imaginario social; algunos autores que han investigado en relación a la historia de la partería relatan que las enfermeras y matronas de los hospitales tenían muy mala reputación³⁴². A pesar de las mejoras sanitarias, es posible que esta imagen negativa del profesional en el interior de las instituciones persista. Asimismo, observamos que las mujeres que han tenido malas experiencias previas con el entorno hospitalario, elaboran en su imaginario una visión negativa del sistema sanitario, condicionando sus expectativas futuras. No obstante, las mujeres que, posteriormente a una mala experiencia, tienen una buena experiencia, se sorprenden sobre todo cuando el trato recibido, en esta segunda ocasión, por parte de los profesionales ha sido excelente y, en estos casos, valoran la atención proporcionada de forma muy positiva. Para las mujeres “una buena experiencia” se construye con la suma del buen trato por parte de los profesionales y los buenos resultados en términos de asistencia.

Mujer 19: *“Yo una vez había ido al hospital y me habían atendido mal. No me había diagnosticado bien lo que tenía, por eso pensaba que no me iba a ir muy bien. Pero me ha atendido súper bien. Me ha sorprendido”.*

Además, otro concepto que se desprende de la verbalización de las mujeres y que coincide con las ideas preconcebidas antes del parto, es que éstas consideran que las matronas tienen interés en el parto natural y procuran no poner la anestesia epidural, pese a que la usuaria lo solicite, dado que son profesionales que, según la opinión de las mujeres, prefieren el acompañamiento de este tipo de parto. No obstante, para algunas mujeres no ponerse la epidural va asociado a un retraso o a un retroceso temporal, a un retorno a lo primitivo, como puede observarse mediante la siguiente verbalización donde una de las entrevistadas afirma que no es necesario sufrir, si actualmente existen medidas para que el dolor pueda evitarse.

Mujer 20: *“Sé que vosotras, las comadronas, sois muy pro-parto natural, pero yo pienso que estamos en el siglo XXI y que tenemos la opción de no sufrir. Yo sufrí mucho porque tardaron en ponerme la epidural y yo volvería a ponérmela”.*

En los casos en que ha sido necesaria la realización de una inducción al parto, observamos que las mujeres han interiorizado la situación, gracias a una buena

relación con los profesionales. Las mujeres llegan al parto disponiendo de información sobre este procedimiento y son conscientes de que se trata de una intervención que, en ocasiones, puede conllevar un largo periodo de tiempo para conseguir la dilatación y expulsivo. No obstante, la idea que tienen las mujeres de este proceso también acostumbra a ser peor que la realmente vivida.

Mujer 16: *“Pensaba que al ser inducido sería más lento, iba con muchos nervios, pero luego todo muy rápido. Yo casi no me llegué ni a enterar.”*

Por el contrario, en los casos de partos instrumentados, la realidad suele ser peor que las expectativas previas. Esto puede ser debido a que generalmente, la información se da de forma rápida en el momento que se precisa la intervención; implicando que las relaciones inter-personales con los profesionales no se puedan establecer, así como que aparezca falta de tiempo, provocando que la mujer no sea capaz de interiorizar la información de forma racional, lo que se traduce en emociones y sentimientos negativos. Un ejemplo de esta afirmación lo podemos observar en esta mujer primípara, que califica su parto de “traumático” probablemente por el uso de fórceps. Como podemos comprobar mediante la afirmación posterior, la mujer relaciona el uso de instrumentación con una experiencia traumática que contrasta con su expectativa previa. La mujer refiere que esperaba una situación emocionalmente intensa que describe como emocionante, y lo que vivió fue una experiencia traumática.

Mujer21: *“Pensé que iba a ser menos traumático que lo que he pasado, porque con eso de los fórceps lo pasé muy mal. Cuando sacaron a la niña fue un poquito traumático verle su cabecita medio rara, un poquito aplastada. Yo pensaba que era emocionante verla nacer, pero no fue así porque, lo primero fue susto y después vino la emoción.”*

7.1.1.1.2 Experiencias y relaciones intra-personales

Al analizar las entrevistas realizadas se observa que las mujeres hacen referencia a que las experiencias y las relaciones intra-personales también las influyen en sus expectativas y en su vivencia de parto. Las mujeres explican que durante el proceso de parto se sienten en ocasiones inseguras, asustadas y vulnerables. Además

explican que experimentan sensaciones contrapuestas e incluso contradictorias. Asimismo, las mujeres refieren que algunas veces, no son capaces de controlar la situación y que en numerosas ocasiones el dolor las desborda, las limita y/o las hace dudar de sus propias capacidades.

La mayor parte de las mujeres refieren que durante el trabajo de parto, perdieron el autocontrol a causa del dolor, observándose que esta situación tiende a ser más frecuente en los casos de mujeres primíparas o en los casos en los que proceso de nacimiento se alarga durante muchas horas. De igual modo, alguna mujer aclara que se sintió insegura, pero no por el entorno en el que se encontraba, ni a causa de la presencia de los profesionales que la atendían, sino por la relación intra-personal que ella establecía, y porque llegó a dudar de sus propias capacidades.

Mujer 18: *“Insegura era yo misma, no mi entorno, era yo misma que sufro de ansiedad y soy ansiosa, entonces, yo misma me provocaba esas inseguridades”.*

7.1.1.2 El imaginario social del parto

Actualmente y en nuestro entorno, el contexto en el que se lleva a cabo la asistencia al parto es el medio hospitalario. En nuestros días, el parto es una de las causas más frecuentes de ingreso en los hospitales españoles¹⁵⁸. La atención hospitalaria al parto ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia con instalaciones y equipamiento necesarios para procurar garantizar seguridad, calidad y eficiencia. Sin embargo, mediante la verbalización de las mujeres, se ha observado que existen tres factores que condicionan la imagen que las usuarias tienen del sistema sanitario y que a su vez que supeditan las expectativas que las mujeres poseen de este proceso.

7.1.1.2.1 Creencias y miedos existentes

De las afirmaciones de las mujeres se desprende que éstas asocian el parto con la idea de muerte y manifiestan haber sentido miedo o haber estado asustadas. Además, en numerosas ocasiones, las mujeres explican que tienen miedo por lo que les han dicho “los otros” o por la escasez de experiencia que poseen sobre el tema. Se

observa también que, en nuestro entorno, existe un imaginario de muerte asociado al parto. Muchas de las mujeres entrevistadas explican que con miedo y angustia es como se presentan a este proceso. Este dato que las mujeres aportan contrasta con la realidad, dado que en nuestro contexto actual la tasa de mortalidad materno-infantil, tal y como se ha descrito con anterioridad, es muy baja.

Mujer 17: *“Yo pensaba que me iba a morir o medio morir. Yo pensaba que iba a ser muy malo...tenía pánico.”*

Mujer 3: *“Yo tenía mucho miedo y nervios, a parte que yo... estaba sola, era un cúmulo de emociones muy diferentes”.*

Además, también se puede observar que en nuestro contexto sociocultural se tiene una imagen negativa del trato que se va a recibir por parte de los sanitarios que acompañan al nacimiento. No obstante, una vez que tiene lugar el parto, la vivencia y la percepción sobre el trato recibido por parte de los profesionales se modifica. Así pues, las mujeres aseguran que la realidad es más positiva que las expectativas previas.

7.1.1.2.2 La influencia de “los otros”

Mediante las entrevistas se puede observar que una parte de las expectativas que las mujeres se forman está condicionada por las opiniones o por los comentarios de “los otros”; de las personas de su entorno.

Mujer 17: *“Tenía mucho miedo por lo que escuchas. Yo tengo más hermanas, tengo más hermanos y me han dicho: ya verás las comadronas... En según qué hospitales... Te va doler un montón, ya verás... y hasta los cuatro y pico casi cinco (se refiere a la dilatación del cuello uterino) no te ponen la epidural. Yo decía, madre mía, a mí como no me pongan la epidural... me la tienen que poner porque yo la voy a liar... Yo pensaba muy mal, muy mal y del revés yo me sorprendo, pensaba que iba a ser peor y que va”.*

De este modo, podemos observar que, estos “otros”: allegados, familiares y conocidos, influyen en las mujeres. Por la verbalización de las entrevistadas se puede advertir que

éstas se dejan influenciar por “los otros”, incluso a la hora de tomar decisiones sobre el lugar donde van a dar a luz o al elegir o no un método de alivio de dolor.

Mujer 8: *“Me cambié de centro (cambió la asistencia pública por la privada) porque mi pareja me habló muy bien de: (la usuaria nombra el centro privado). Yo la verdad es que no lo conocía porque nunca me había visitado allí, entonces él (refiriéndose a su pareja) me dijo: “Mira, yo sé que ellos el tema este de la maternidad lo llevan muy bien, son pioneros”. Con lo cual me dio muy muy buenas expectativas, y yo pues me dejé guiar por su opinión”.*

Un dato que también se desprende de las entrevistas es que la mayor parte de las mujeres tienen mejor opinión de la asistencia pública que de la privada, e incluso alguna de ellas explica que no acudió a la atención privada; pese a tener mutua, ya que piensa que la formación de los profesionales que trabajan en la asistencia pública es mejor.

Mujer 11: *“Tenía la opción de parir en: (la mujer nombra un centro privado), pero decidí parir en la pública, porque creo que los mejores profesionales están ahí”.*

7.1.2 Vivencias contrapuestas

En las entrevistas la mayor parte mujeres explican sentimientos duales durante su trabajo de parto y parto; por un lado, explican que se sentían bien, contentas, seguras, respetadas, tranquilas, con mucha fuerza.

Mujer 2: *“Muy bien. O sea, muy tranquila, la verdad es que estuve muy contenta.”*

Mujer 18: *“Segura porque veía que iba a ser totalmente respetado, no me imponían.”*

Y por otro lado, y en numerosas ocasiones, las mujeres explican, a su vez, sentirse como en las nubes o referir que no se lo creían que fuera real el proceso que estaban viviendo.

Mujer 8: *“Como en las nubes ¿no? Bien la verdad es que no me lo creía que ya estuviera ahí”.*

Pero junto a estos sentimientos positivos o neutros aparecen además, expresiones negativas que se reflejan al describir sus sensaciones. Las mujeres manifiestan que estaban asustadas, que sentían indefensión, miedo y algunas añaden que se sentían como expuestas, nerviosas y con mucho dolor.

Mujer 19: *“Tenía mucho miedo. Yo pensaba que sería peor y no sé, yo tenía miedo ... Tenía mucho miedo de... de me pasara algo o de pasar algo con el niño y al final me ha salido súper bien.”*

7.1.2.1 Elementos que configuran una vivencia positiva

Al preguntar sobre cómo imaginaban un parto que les dejara una buena vivencia, las mujeres se referían a sus expectativas y cómo se acercaban o distanciaban de sus experiencias reales en el momento del parto. El análisis de las entrevistas realizadas nos muestra los elementos que constituyen una vivencia positiva de la atención recibida. Estos se han agrupado bajo cuatro subtemas: la duración del parto comprendida como el tiempo (medible en horas) que la mujer está en trabajo de parto y parto, la posibilidad de alivio de dolor, el que exista una continuidad en la atención y la confianza que ellas tienen en sus propias capacidades.

7.1.2.1.1 La duración del parto

Las mujeres relacionan un trabajo de parto y un parto “fácil” y “rápido” con un buen parto, vinculándolo a su vez con una vivencia positiva del mismo. Esta experiencia positiva, es sobretodo descrita por las mujeres multíparas, las cuales relacionan en la mayor parte de los casos, una menor duración del trabajo de parto, un menor tiempo de dilatación y de expulsivo con una experiencia positiva y una vivencia más satisfactoria del proceso.

Mujer 14: *“Me he sorprendido porque ha sido bastante más corto y mucho mejor.”*

Esta vinculación de un parto “rápido” con una vivencia positiva se desprende también del imaginario social transmitido de generación en generación. En nuestro contexto, en la cultura popular, cuando una mujer se encuentra a término de su embarazo, es

bastante frecuente escuchar a las personas de su alrededor deseándole que el parto transcurra con normalidad y de forma correcta mediante la siguiente frase popular: “Que tengas una hora corta”.

7.1.2.1.2 El alivio de dolor

Todas las mujeres refieren que el parto es un proceso doloroso, en el que la sensación desagradable y el malestar van en aumento a medida que progresa la dilatación. Sin embargo, la tolerancia al dolor es variable de una mujer a otra.

Las entrevistadas explican que viven de forma muy positiva el que actualmente, se disponga de métodos de alivio del dolor. Asimismo, y generalmente, las mujeres conocen más los recursos farmacológicos para el alivio del dolor (especialmente la analgesia epidural) que los métodos complementarios o alternativos, y tiene unas altas expectativas sobre la eficacia del funcionamiento de los métodos farmacológicos. Quizás debido a ello, si la usuaria percibe que los métodos farmacológicos de alivio del dolor no le funcionan de forma correcta y no le permiten disminuir o prácticamente llegar a eliminar por completo el dolor del trabajo de parto y del expulsivo, o si la aplicación de estos métodos se retrasa mucho por motivos logísticos, la mujer suele vincular el sufrir un dolor potencialmente evitable bajo su criterio, a una vivencia más negativa del parto. Se puede observar también que, en aquellos casos en los que la mujer desea la eliminación del dolor y éste alivio se pospone o no se consigue, la usuaria acostumbra a expresar insatisfacción y a relacionar la experiencia con una vivencia negativa a causa sentir dicha sensación.

Mujer 20: *“No me pusieron la epidural cuando yo la quería, pasé exactamente dos horas y media con contracciones fuertes sin epidural... ese turno de comadronas no me gustó mucho...”*^d

^d La usuaria explica que valora su experiencia de parto con una puntuación de 6-7 sobre 10 a causa de habersele administrado tarde la analgesia epidural, bajo su criterio. La mujer añade que se le puso tarde porque no podía venir el anestésista, no porque no estuviera dilatada suficientemente como podersele practicar dicha técnica.

7.1.2.1.3 La actitud de los profesionales y la continuidad de la atención

Para las mujeres entrevistadas la actitud de los profesionales influye y condiciona que un parto sea o no humanizado. Desde la perspectiva de la mujer atendida una actitud cálida, humana e incluso compasiva es fundamental para la percepción de una atención humanizada y satisfactoria; “la humanidad de los profesionales” es esencial para que ellas consigan tener una vivencia positiva del parto.

Mujer 20: *“Para mí significa que los profesionales que atienden, tienen que ser más cálidos, más humanos, al tratar con los pacientes.”*

Las mujeres explican que crean una vinculación, una relación de confianza con los profesionales que las asisten durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, valorando de forma positiva la continuidad de la atención. Sin embargo, en la sanidad pública, a día de hoy, esa continuidad asistencial no suele suceder, dado que el profesional que controla la gestación en escasas ocasiones es el mismo que recibe a las mujeres el día del parto o la acompaña durante el expulsivo.

Mujer 19: *“La atención fue muy buena porque están ahí siempre pendientes de mí.”*

Mujer 5: *“A la hora del parto me tocó el medico que cuando fui a los tres meses y medio me dijo que tenía un hematoma (a esta mujer se le diagnosticó mediante ecografía un hematoma retroplacentario). Entonces él ya sabía de lo que iba ¿sabes? Como yo iba muchas veces de urgencias y estaba él... Y como él ya sabía de lo que iba, yo estaba segura.”*

7.1.2.1.4 La confianza en las capacidades propias (relación cuerpo/mente)

Tras la lectura en profundidad de la transcripción de las entrevista se observa que en general las mujeres no siempre confían en sus propias capacidades. Consideran que un parto no puede afrontarse desde su propia individualidad, sin entender la experiencia como una vivencia compartida y vivida en un entorno sanitario seguro. Son muchas las que creen que no habrían podido soportar el parto si no hubiese sido por la utilización de anestesia epidural, por la presencia de un acompañante de su elección o por la asistencia de los profesionales sanitarios. Asimismo, algunas mujeres

hacen referencia a que necesitan una persona a la que ellas consideren como “entendida en la materia de referencia” durante el trabajo de parto, además del familiar o de la pareja. Las mujeres que pasaron muchas horas de trabajo de parto explican que hubieran necesitado conocer a algunos de los profesionales que las atendía antes del día del parto. Además, las mujeres añaden que esto las hubiera ayudado a tener una vivencia más positiva, dado que la hubiera permitido crear una relación de confianza con el profesional.

Mujer 18: *“Bueno a mí me habría dado más confianza que, la matrona que estaba en el parto fuera la misma que me controlaba el embarazo. Pasó tanta gente por mi parto... tres turnos de todo, al final acabas no congeniando con nadie”.*

Incluso una de las mujeres entrevistadas explica que sintió que no podría controlar la situación. Esta mujer manifiesta que ella pensaba que podría tener un parto natural pero que la situación le desbordó y que perdió el control. Por ello, según relata, para un futuro parto y por tal de garantizar ese “control”, la mujer se plantea contratar a una “doula”^e.

Mujer 11: *“Incluso me he planteado contratar una doula para que pueda estar conmigo durante todo el proceso, porque es una persona que entiendo que sería responsable por velar porque las cosas se hagan como yo quiero, porque la persona que está pariendo no se ve con las fuerzas. Yo no entiendo, pero si tienes allí a una persona que también controla, puede velar por ti y te da fuerza y serenidad. Porque el marido, el mío no estaba, pero tampoco hubiera tenido el valor en aquel momento de emoción de decir nada, y una doula seguro que hubiera dicho: “Esta persona ha dicho que no quiere tal cosa o no es necesario”.*

7.1.2.2 Elementos que configuran una vivencia negativa

Tras el análisis de las entrevistas, se ha podido observar los subtemas que emergen y que influyen en cómo las mujeres configuran una vivencia negativa. Los datos se han

^e Las doulas son mujeres, en su mayoría madres que acompañan a otras mujeres en su camino a la maternidad ofreciendo un apoyo emocional continuo¹⁵³.

clasificado en cuatro subtemas: a) Trabajos de parto prolongados, b) Mala vivencia del dolor/disconfort, c) Exceso de medicalización d) Complicaciones durante el trabajo de parto (fiebre e infección).

7.1.2.2.1 Trabajos de parto prolongados

De la misma manera que un parto corto ayudaba a una vivencia positiva del mismo, cuando las horas de dilatación se prolongan por encima de aquello que las mujeres esperan, la vivencia se transforma. Las mujeres que pasaron ingresadas muchas horas en el hospital durante el trabajo de parto, viven la experiencia de parto de forma más negativa que aquellas que tuvieron un trabajo de parto de pocas horas de evolución.

Mujer 18: *“En mi caso fue un parto muy largo y eso me dio mucha inseguridad”.*

Muchas mujeres cuentan las horas de parto a partir de que ingresan en el centro hospitalario, no desde que comienza el trabajo de parto activo. Esto lo podemos observar en afirmaciones como la siguiente, en la que una mujer explica que ella llegó al hospital sin dolor e ingresó por una gestación de más de 41 semanas. Según explica la mujer; las semanas de gestación, las incomodidades debidas al embarazo que ella expresaba, y las ganas de parir que ésta tenía (no quería marchar a su casa) condicionó a los profesionales para que la ingresaran y el parto finalizó en una cesárea:

Mujer 10: *“Estuve 30 horas de parto, pero no tuve nada de dolor. Al final fue cesárea de prisa y corriendo después de 30 horas, lloré muchísimo”*

7.1.2.2.2 Mala vivencia del dolor/ disconfort

Tras la relectura de las entrevistas se observa que el dolor acostumbra a negativizar la experiencia vivida. Todas las mujeres explican que el dolor de parto es muy intenso. Varias de las mujeres refieren que el dolor, era más intenso de lo que ellas esperaban, e incluso lo califican como el dolor más fuerte que han experimentado en sus vidas hasta ese momento. Las mujeres describen el dolor sentido durante el parto con adjetivos negativos, incluso terroríficos como en el siguiente caso.

Mujer 7: *“Era como una película de terror. Pasar por un túnel. Mal, la verdad que mal. Mucho dolor. Sobre todo, por el dolor. El dolor es... es mucho.”*

La experiencia vivencial del dolor se nos muestra, por tanto, como uno de los factores fundamentales en la conceptualización de la vivencia y la satisfacción y construcción de una atención humanizada.

7.1.2.2.3 Exceso de medicalización

La necesidad de finalizar el parto con uso de instrumentación (utilizando espátulas, fórceps...) o mediante una inducción, es vivida de forma negativa por parte de la mayoría de mujeres que han necesitado intervenciones médicas de este tipo; estas intervenciones condicionan la vivencia del proceso.

Tras el análisis de las entrevistas se observa una percepción negativa del uso de la tecnología, en aquellos casos en los que se precisa de una instrumentación del parto. Las mujeres necesitan tiempo para interiorizar las situaciones, pero ello es difícil de conseguir en aquellos partos que se desvían de la normalidad durante el transcurso de la dilatación o el expulsivo. Cuando durante el trabajo de parto y expulsivo se diagnostica una posible pérdida de bienestar fetal o una alteración del proceso, es cuando la mujer no dispone del tiempo necesario para asumir la nueva situación. Es en estos casos, cuando la decisión de intervenir obstétricamente se presenta de forma inesperada durante el transcurso del parto, siendo entonces cuando la mujer vive de forma negativa el uso de instrumentos o la realización de una cesárea. Por la verbalización de las mujeres parece que esa vivencia negativa viene condicionada por lo inesperado de la situación y por el miedo a la instrumentación. Este hecho lo podemos observar en el caso de esta mujer a la que se necesitó aplicar un fórceps para finalizar el expulsivo:

Mujer 21: *“Cuando me dijeron que me iban a hacer unos fórceps yo ya no estaba tranquila. Hubiera preferido una cesárea a que me la sacaran con fórceps.”*

Por otro lado, cabe destacar que, en caso de necesidad de cesárea, debido a condiciones obstétricas; como en este caso de una mujer primípara con un feto en situación podálica, si la mujer había sido previamente informada y en su imaginario

había asumido la situación, observamos que su vivencia es positiva, a pesar de no poder tener un parto normal. Podemos por tanto afirmar que la información previa se muestra como esencial en estos casos,

Mujer8: *“Los profesionales me dieron información sobre lo que yo me podía encontrar y sobre cómo se desarrollaba el parto. Fue una cesárea programada por podálica.”*

También cabe señalar que en estos casos las mujeres valoran de forma muy positiva el haberse “librado” de los dolores de parto. Asimismo se observa que las mujeres no acostumbran a valorar las posibles complicaciones potenciales del parto por cesárea y por la verbalización de éstas, parece que valoran como menos dolorosa o estresante la convalecencia tras la cesárea que el hecho de pasar por un trabajo de parto.

Mujer 8: *“Estuve contenta sinceramente con la cesárea (fue una cesárea electiva por podálica) porque pensaba que me ahorraba mucho, mucho dolor y mucho estrés también.”*

7.1.2.2.4 Complicaciones durante el trabajo de parto (como la fiebre y la infección)

Las mujeres viven de forma negativa la experiencia de trabajo de parto, parto y puerperio cuando durante su transcurso aparecen complicaciones tales como la fiebre o la infección puesto que describen estas situaciones como estresantes. En esos casos la vivencia del parto se acostumbra a percibir de forma negativa.

Mujer 11: *“Me sentí agobiada porque estuve mucho tiempo el paritorio y porque tuve un parto complicado. Encontré que había demasiadas máquinas y demasiadas historias. Quizás hacían falta, porque hice fiebre, la niña tenía taquicardias... Tuve infección de la placenta y fue desagradable”.*

7.1.3 Satisfacción

Cuando se realizó la categorización de las entrevistas se procedió a codificar todo lo que determinaba la satisfacción de las usuarias. Al realizar la codificación se observó que la percepción de seguridad se configura, desde la perspectiva de las mujeres, como sinónimo de atención satisfactoria. La mujer que se ha sentido segura durante el

parto, con un control del mismo interno o externo, se define como una mujer satisfecha con la atención recibida. Por ello se ha dividido esta meta-categoría en diferentes subcategorías las cuales se exponen a continuación.

Desde la perspectiva de las mujeres, la sensación de seguridad es fundamental. El ambiente hospitalario, los avances tecnológicos, de los que se dispone, por si fueran necesario, y la atención profesional constituyen elementos claves en la construcción de este sentimiento de seguridad y todo ello debe enmarcarse en un ambiente respetuoso con la intimidad. Hemos agrupado estos elementos, verbalizados por las mujeres, en 5 subcategorías; 2.1) La seguridad que les ofrece la asistencia hospitalaria y su infraestructura, 2.2) La seguridad que les produce el uso de la tecnología, 2.3) La seguridad que les ofrecen las alternativas para el alivio del dolor, 2.4) La seguridad que les produce el saber hacer de los profesionales 2.5) La seguridad que les ofrece el respeto a la intimidad.

7.1.3.1 La seguridad que les ofrece la asistencia hospitalaria y su infraestructura

Todas las mujeres entrevistadas, excepto una de ellas, que era primípara, no se planteaban dar a luz en otro lugar que no fuera el hospital. Consideraban el parto como una situación de riesgo que precisaba de un entorno que ellas consideraban seguro “el hospital” cómo lugar idóneo para dar a luz. Como podemos observar a través de la verbalización de las mujeres la infraestructura hospitalaria les da seguridad al sentir que en dichos centros se dispone de los medios necesarios para poder actuar de forma rápida si surge cualquier complicación.

Mujer 16: *“Para mí estás más segura en un hospital, por tener todos los medios, porque si en el momento que se complica algo, o tienen que hacer algo... Yo en casa no lo tendría vamos.”*

Tal y como se ha comentado con anterioridad, una de las participantes se planteó inicialmente tener un parto en casa, aunque tras informarse, finalmente desistió de su primera intención de dar a luz en el domicilio y decidió acudir también al hospital para

minimizar riesgos y aumentar la seguridad. En este caso se comprueba que la presión social y cultural que, apoya la seguridad hospitalaria, influye en el cambio de decisión y que a día de hoy existe una visión del parto como situación de riesgo, de peligro y de miedo en el imaginario social

Mujer 11: *“Hoy en día, en este país, si decides parir en casa parece que seas una loca y hay muchos lugares, como Alemania y otros países, en los que parir en casa está muy extendido y aquí no. Yo no parí en casa porque me daba miedo que algo saliera mal.”*

7.1.3.2 *La seguridad que les produce el uso de la tecnología*

Cuando se les pregunta sobre su opinión en relación al uso de la tecnología en la atención al parto, en las respuestas observamos que las mujeres no se plantean que el uso de dicha tecnología pueda tener riesgos asociados. Las mujeres no conocen o no valoran la posibilidad de que la intervención en un proceso fisiológico, como es el parto, puede llegar a suponer una iatrogenia, ni tampoco se plantean que en ocasiones se puedan realizar prácticas no justificadas. Además, consideran el papel de la tecnología durante la atención al trabajo de parto como importante, incluso en algunos casos la califican como “muy importante” o “básica”, y en numerosas ocasiones relacionan el no uso de la tecnología con un retroceso.

Las mujeres expresan en reiteradas ocasiones que el uso de la tecnología les aporta seguridad. Según la verbalización de las mujeres, la tecnología sanitaria que les dio mayor seguridad durante la atención al trabajo de parto fue la monitorización fetal (Non-Stress Test). Asimismo, alguna mujer explica que cuantos más medios técnicos mejor, y que cuantas más pruebas se le hacían más segura se sentía. Por todo ello, se observa con claridad, tal y como se ha comentado, que las mujeres no se plantean la posibilidad de complicaciones potenciales que pueden conllevar el uso, o el abuso de la tecnología en lo que asistencia al nacimiento se refiere.

Mujer 20: *“Claro que no sé si se pueden llegar a hacer más pruebas, pero contra más pruebas te hacen más tranquila estás.”*

Las mujeres valoran de forma muy positiva el estar monitorizadas. El uso del monitor fetal les da seguridad. No obstante, alguna de ellas mostró su inseguridad cuando las “máquinas pitaban” puesto que este hecho las hizo sentir incómoda al no entender en ese momento el motivo de esa señalización acústica, que para ella, a priori, esta señal auditiva indicaba que algo no estaba ocurriendo de forma adecuada.

Mujer 17: *“Cuando la máquina del niño empezó a pitar yo me sentí insegura porque yo no sabía realmente porqué pitaba.”* (La mujer entrevistada hace referencia al monitor de registro fetal).

La aplicación de anestesia epidural, en todas aquellas que deseaban su administración, fue vivida de forma positiva. No obstante, explican que la sensación de dependencia al no poder deambular tras la realización de la analgesia epidural (por el bloqueo motor que se puede producir como consecuencia de la mediación administrada), las hacía sentir más dependientes puesto que en ocasiones necesitaban la ayuda del profesional sanitario o de su pareja para poderse movilizar, o para cambiar de posición en la cama.

Mujer 11: *“Era el agobio por no sentirte con la libertad de poder caminar”*

Algunas de las mujeres entrevistadas, han expresado sus quejas por ciertas prácticas obstétricas, como la incomodidad asociada a los tactos vaginales; pese a que éstas explican entender las prácticas realizadas como necesaria para que los profesionales puedan valorar la progresión del trabajo de parto y expulsivo, y siendo solo alguna de ellas crítica con esta práctica. Las mujeres, explican que en ocasiones siente nervios e incluso miedo ante las exploraciones y ante la actitud de los profesionales, pero solo una de las mujeres entrevistadas llega a plantearse si realmente es necesaria la realización de varios tactos vaginal y la consecución de estos por parte de diferentes miembros del equipo interprofesional.

Mujer 3: *“Cuando me decían que iba a la sala para hacerme un tacto yo iba nerviosa pero claro, tenían que hacerlo.”*

Una de las técnicas que se realizan de forma relativamente frecuente en lo que atención al nacimiento se refiere, y que causa especial incomodidad en las mujeres es la obtención de muestra de Ph intraparto, dado que esta técnica se realiza mediante la punción del cuero cabelludo del feto. Las mujeres explican que les parece una técnica cruenta. Asimismo, alguna de las entrevistadas expresa que no sabe si es realmente era necesaria la realización de la misma, e incluso una llega a opinar que esta prueba se realizó en demasiadas ocasiones. De igual manera las mujeres explican que no siempre se las informó sobre cuál era el objetivo de obtención de dicha muestra, y también de que no siempre entienden que la realización de ésta determinación es necesaria para que los profesionales puedan llegar a valorar que si se trata o no, de una sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Mujer 11: *“El pinchazo ese que le hicieron en la cabeza, se lo hicieron tres veces, no sé si hacía falta tanto.”*

La mayor parte de las mujeres da mayor importancia a la actitud y seguridad que les ofrecen los profesionales sanitarios que a la infraestructura hospitalaria que se dispone, pero, en algún caso, la mujer hace referencia a la importancia de las instalaciones hospitalarias, explicando que le tranquilizó verlas. Parece que, el que exista un ambiente físico agradable ayuda a una vivencia mejor del parto, llegando a producir tranquilidad y seguridad, por lo que se puede llegar a afirmar que en muchas ocasiones el entorno físico del parto, es generador de experiencias positivas.

Mujer 13: *“El ver las instalaciones bien, también te ayuda a estar un poco tranquila. La sala era muy chula, era una sala enorme”*

7.1.3.3 La seguridad y la satisfacción que ofrece un adecuado alivio del dolor

La mayor parte de las mujeres primíparas explica que tenían miedo al dolor, aunque se habían informado previamente de las alternativas de alivio al mismo desde diversas fuentes. Explican que, pese a conocer que se trata de un dolor intenso, no son capaces de imaginárselo y expresan que su miedo se debía a lo desconocido de la

situación. Además, alguna de las mujeres refiere que el haber sentido más dolor del esperado negativizó su experiencia de parto. Las respuestas de las mujeres secundíparas y múltiparas contrastan con la de las primíparas, ya que explican un menor miedo al dolor. Sin embargo, alguna de ellas también aclara que cuanto menos dolor mejor van las cosas.

Mujer 16: *“Contra más medios haya y menos dolor, mejor salen las cosas.”*

Muchas de las mujeres valoran de forma muy positiva el uso de técnicas sanitarias que les permiten eliminar el dolor y se sienten satisfechas cuando consiguen “parir sin dolor”. Asimismo, las mujeres valoran de forma positiva el disponer de diferentes alternativas para el alivio del dolor, y todas manifestaron su deseo de opción de elección en relación a las técnicas de mitigación de éste. Además, mayoritariamente expresan esta elección como la decisión entre la administración de anestesia epidural (todas las que se la pusieron consideran que fueron ellas la que decidieron ponérsela), y el rechazo de la misma. El hecho de poder elegir su utilización y cuándo, lo viven de forma positiva.

Mujer 18: *“Yo tenía claro que quería que fuera fisiológico, pero siempre con anestesia, entonces, según lo viera. Que fuera un poco sobre la marcha y que lo decidiera yo. Si tenía mucho dolor pediría epidural pero sino, pudiera ser que no la pidiera.”*

Sin embargo, aquellas mujeres que decidieron la administración de anestesia epidural para aliviar el dolor, pero se produjo fallo en la técnica, valoran la experiencia como muy negativa por el dolor percibido.

Mujer 1: *“Mi experiencia fue fatal porque no me cogía la anestesia. Se me hizo como una laguna.”*

Aunque en España el uso de analgesia epidural está muy extendido, actualmente, y desde la implantación de la Estrategia de atención natural al parto normal, en los centros sanitarios se suelen ofrecer algunas técnicas alternativas, no farmacológicas, para la mitigación del mismo³⁴⁰, como el uso de la esferodinamia, musicoterapia, la aplicación de calor local, el facilitar una ducha, o la aportación de terapias alternativas

por parte de la usuaria según su elección. Las mujeres valoran de forma positiva la existencia de métodos alternativos de alivio del dolor, aunque expresan que éstos no son suficientes para paliar la intensidad de éste, sobre todo a partir del periodo de dilatación activo. Referente también a los métodos alternativos de alivio del dolor, dos mujeres primíparas entrevistadas expresaron su deseo de utilizar otros métodos distintos a la epidural, pero explican que el uso de otro método farmacológico, que algunos centros sanitarios ofrecen: el uso de óxido nitroso, no alcanzó sus expectativas porque según ellas tras la administración del mismo, no disminuyó el dolor. Las mujeres entrevistadas refirieron que el óxido nitroso sólo “atonta”, con lo que finalmente optaron por solicitar analgesia epidural. Parece que por la información que habían recibido sobre este método de alivio del dolor, las expectativas que las mujeres se habrían creado sobre la eficacia del gas, eran mayores que la realidad que vivieron. Además, se observa que el uso de óxido nitroso se vincula a una experiencia insatisfactoria probablemente debido a la amplia cultura de epidural que existe en nuestro entorno.

Mujer 20: *“Yo pedí algo para el dolor, y me dieron el gas y bueno, estás distraído con eso, quizás mejora un poco el dolor, pero no te lo quita ni mucho menos, solo te atonta... Me volvería a poner la epidural.”*

Lo mismo pasó con la utilización de otros métodos, no farmacológicos, de aplacamiento del dolor como la pelota. Algunas mujeres que utilizaron la esferodinamia como técnica para disminuir el dolor durante el trabajo de parto, explican también que sus expectativas sobre el método eran mayores que la experiencia que tuvieron con la utilización de éste.

Mujer 20: *“Sí, la pelota a mí me fue muy bien, pero claro, hasta que me vinieron las contracciones fuertes que entontes ya ni pelota ni nada.”*

Las mujeres explican que prefieren métodos de evitación del dolor, más que métodos de alivio o disminución del mismo.

7.1.3.4 *La seguridad que les produce el saber hacer de los profesionales*

Todas las mujeres coincidieron en que los profesionales les dieron confianza y seguridad. Además, se puede observar que las mujeres confían en la competencia profesional de los sanitarios y los ven como un equipo compacto. De forma general, las mujeres tienen una experiencia positiva con el buen hacer y el buen trato de los profesionales.

Mujer 8: *“En la sala de partos el equipo era joven y muy profesional, y además muy atento y muy agradable, muy bien. Yo los vi muy seguros en su papel, por eso me dio seguridad también a mí.”*

Sin embargo, las mujeres explican que los profesionales no siempre se presentan y ellas no siempre tienen clara la categoría profesional de las personas que las atienden, ya que confunden las auxiliares de enfermería con las enfermeras y en ocasiones las ginecólogas con las matronas. También se observa que si las mujeres sienten un trato inadecuado por parte de algún profesional establecen una falta de confianza hacia el mismo.

Mujer 20: *“Para mí es importante, que se presenten y que te den confianza, hay muchos médicos que no lo hacen.”*

Un hecho relevante que se extrae de la verbalización de las mujeres es que no le dan importancia a que los cuidados estén basados en prácticas sanitarias avaladas por la evidencia científica. Las mujeres confían en el saber profesional y dan por supuesto que todos trabajan de acuerdo a la *Lex Artis*. Las mujeres tienen confianza en el saber hacer de los profesionales dado que los valoran como expertos al trabajar en un centro hospitalario. Sin embargo, esta confianza se desvanece en el caso de los estudiantes o en el de los médicos o enfermeras interno residentes que realizan el acompañamiento al nacimiento; se suelen referir al residente de ginecología o a la residente de enfermería como el aprendiz (y la mayor parte de las mujeres entrevistadas profieren hacia este profesional comentarios negativos). Se observa que las mujeres, por lo general, sienten inseguridad ante lo que para ellas es “falta de saber hacer” de los estudiantes, residentes o personal en prácticas.

Mujer 20: *“Hubo una cosa que a mí no me gustó. Que hay unos ginecólogos que están de prácticas, que son residentes y claro me daba poca confianza, porque los que le pinchaban la cabeza eran residentes. Que las chicas (refiriéndose a las residentes de ginecología) lo hicieron muy bien, pero piensas... uf, ¿sabes? No puedes evitar pensarlo.”*

7.1.3.5 *La seguridad que les ofrece el respeto a la intimidad.*

La mayor parte de las mujeres considera que se le respetó la intimidad. Sin embargo, algunos aspectos estructurales, influyen negativamente en la percepción de respeto de su intimidad, como en el caso de una mujer que se quejaba de que la habitación de dilatación era compartida por dos personas: explica que no podía gritar ni expresar el dolor por vergüenza.

Mujer 11: *“La habitación era compartida y teníamos al lado una pareja, bueno varias parejas que fueron pasando y a mí eso me parecía desagradable. Porque pasar dolor con otra persona, escucharla quejarse...En este aspecto no sentí que se me respetase la intimidad, ya que tenía a otra persona, a otra pareja a mi lado. A mí no es que me violentase porque bueno, es un proceso natural, lo que pasa es que me hubiera gustado estar sola”.*

El contexto físico y la falta de intimidad debido a la infraestructura de las instalaciones, condicionan a que las mujeres valoren la experiencia vivida de forma negativa. Además, algunas mujeres explican que poder disponer de una habitación individual después del parto puede llegar a condicionar la elección del centro de atención al nacimiento. En algunos casos la saturación de los servicios asistenciales impide, de forma clara, este respeto a la intimidad, como en el caso de esta mujer que refiere que cuando ingresó en el hospital, tuvo que estar en el pasillo porque en ese momento no había habitaciones disponibles y que con el camisón del hospital se sentía casi desnuda, conllevando de ese modo el haber vivido esta situación a una visión negativa de la asistencia y los cuidados recibidos.

Mujer 21: *“Al estar en el pasillo no hay intimidad, porque estábamos tres madres ahí, y estaba cada una con su pareja y yo estaba casi desnuda, sin bata y se me veía todo el culo, o sea que de intimidad no había nada ahí.”*

Esta misma mujer también explica que en el momento que pasó a la habitación ya estaba en una cama, y aunque seguía lamentando que solamente había una cortina que la separaba de otra mujer (la habitación era doble), el sentirse separada físicamente aunque fuese simplemente mediante un cortinaje la hacía encontrarse un “poquito mejor”, valorando de este modo la situación como un poco más íntima.

Mujer 21: *“Cuando yo pasé a la habitación ya estaba en una cama y ya... con una cortina, y ya un poquito mejor, pero cuando estábamos en el pasillo, no me sentía bien”.*

No obstante, las mujeres que habían estado en una sala de dilatación individual valoraban como más positiva la experiencia y, en general responsabilizan mucho más a las “malas” instalaciones de esta falta de respeto que a la actitud de los profesionales. A su vez, las mujeres explican que los profesionales sí disponen de actitudes de respeto a la intimidad, las mujeres justifican sus afirmaciones explicando que los profesionales procuraban siempre que no hubiera más gente de la necesaria en la habitación, ni durante las exploraciones ginecológicas. También valoran de forma positiva el que los profesionales las dejaran ratos a solas con sus parejas o acompañantes.

Mujer 7: *“Bueno pues no había más gente de la necesaria. Me tocó estar sola en la sala de dilataciones. No entraban más veces de las necesarias. Sí, yo creo que se respetó mi intimidad.”*

Mujer 19: *“Sí me han respetado, me han explicado cómo iba y me han ayudado, siempre estaban en la habitación explicándome cómo iba.”*

En general, la muestra de respeto por su intimidad, proporcionada por los profesionales sanitarios contribuye a que aquellas mujeres que se sienten nerviosas y extremadamente sensibles se sientan confortadas y más seguras.

Mujer 10: “Yo estuve muy cómoda. Al estar desnuda es difícil explicarlo, pero estaba cómoda delante de extraños. Había estado con ellos muchísimas horas y realmente yo estuve cómoda.”

Las mujeres entienden que estas muestras de respeto a la intimidad se evidencian en prácticas tales como: tocar a la puerta antes de entrar, dejarlas ratos a solas con sus parejas y no explorarlas más que lo estrictamente necesario. Además, remarcan la importancia de que se las informe antes de ser exploradas.

Mujer 10: “A ver yo cerraba la puerta, y ellos tocaban a la puerta, abrían, me preguntaban: Hay una chica fuera, ¿Quieres que pase? Y yo les decía: Sí. Es un parto, tampoco pueden...hay partes que...”

Mujer 18: “Era totalmente tranquilo. Entraban siempre las mismas personas, las mismas personas te hacían el tacto, no era como “Venga, tú también”, una fila de gente para hacerte un tacto, para ver de cuanto estás dilatada, ¿no? Que he oído ese tipo de cosas...”

De la verbalización de la mujeres, tal y como se puede observar tras la lectura de la transcripción de las entrevistas y en alguna de las afirmaciones anteriores, las mujeres acostumbran a relacionar el respeto a la intimidad y la cercanía de los profesionales con sentirse respetada; aspecto que favorece la seguridad de la mujer y que a su vez facilita la relación asistencial.

7.1.4 Soporte emocional

El soporte emocional es muy importante en distintos ámbitos de la vida de una persona. El ser humano establece relaciones personales a lo largo de toda su vida y esta compañía acostumbra a sumar fortaleza emocional frente a las dificultades. En el caso del parto se observa que las mujeres valoran muy positivamente el soporte emocional recibido durante este proceso; en este sentido se observa que las mujeres desean, necesitan y valoran tanto el soporte social, como el soporte profesional.

7.1.4.1 Soporte social

Todas las mujeres entrevistadas valoran como positivo estar acompañadas, todas refieren haber elegido ellas a la persona que las acompañaba y todas explican que los profesionales sanitarios no les pusieron impedimentos para estar acompañadas, hecho este último, que valoran muy positivamente.

Las mujeres explican que tener una figura próxima que las acompañe durante el trabajo de parto les da apoyo y las tranquiliza. Además, alguna de ellas explica que espera que esta figura defienda sus intereses si en algún momento del proceso ella perdiera su capacidad de decisión, sobre todo en lo que a capacidad de elección y/o la capacidad de toma de decisiones, en relación a la evitación del dolor, se refiere.

Mujer 17: *“Yo lo tenía muy claro y se lo dije a mi pareja, le dije: si me dicen de ponerme la epidural y no me entero o estoy muy mala o lo que sea, tu diles que sí, que yo te he dicho que epidural.”*

La mayor parte de las mujeres eligió a su pareja, marido o padre del bebé como acompañante, excepto algunas que por diferentes situaciones no tenían a la pareja cerca (porque estaban en su país de origen, o porque no seguían con esa relación). A su vez, las mujeres explican que precisan soporte por parte de sus parejas o familiares y que, este apoyo, según expresan, las permite sentirse seguras dado que hace que no se sientan solas durante este proceso vital.

Mujer 1: *“La persona que me dio más seguridad fue mi marido porque estaba ahí conmigo, sí, porque si no estoy con él... me sentiría sola y... fatal. Me sentiría muy insegura. Él no iba a permitir que le pasara algo a la niña.”*

En los casos en los que la pareja está lejos durante el proceso de atención al nacimiento por el motivo que sea, o en algunos casos, por motivos de tradición cultural, las mujeres valoran como importante tener a su familia cerca. En estos casos, las usuarias, mayoritariamente eligen una figura femenina, cercana que les proporcione confianza, seleccionando para ello generalmente a su madre, o en

algunos casos a su tía o a una sobrina (todas figuras familiares femeninas) como acompañantes durante el trabajo de parto.

Mujer 4: *“Yo quería que entrase mi madre porque no estaba mi marido, mi marido está en mi país. Pero como mi madre no puede hablar español, al final pensé que era mejor que entrase mi tía, que ella sí sabe”.*

Únicamente una de las mujeres entrevistadas estuvo sola en el momento del parto por un error, según refiere; su pareja marchó a casa pensando que el parto se iba a prolongar. Se observa que la usuaria vivió de forma negativa este hecho, ya que lo explica con lágrimas en los ojos. No obstante, esta mujer, valora de forma positiva la actitud de los profesionales que la atendieron, dado que según su verbalización, en cuanto su pareja llegó al hospital, los profesionales le permitieron pasar rápidamente y procuraron que estuviera en todo momento a su lado.

Mujer 11: *“Estuve sola por un error de cálculo, porque en teoría tendría que haber tardado muchísimo en parir y mi pareja se fue a casa a cuidar del gato. Marchó y en una hora se produjo el expulsivo, pero después, en cuanto llegó lo dejaron entrar.”*

7.1.4.2 Soporte profesional

Las mujeres explican que confían en los profesionales sanitarios y por sus respuestas se puede extraer que pese a que, en la mayor parte de los casos, las mujeres no conocen al profesional previamente, confían en su buen hacer profesional. Las mujeres valoran de forma muy positiva el poder tener capacidad de decisión al elegir el método de alivio del dolor pero sin embargo, para el resto de técnicas y procedimientos durante este proceso, confían en el buen hacer profesional, siempre y cuando se sientan escuchadas y respetadas.

Mujer 16: *“Sabes que estás en buenas manos, claro estás en los médicos, te fías”.*

Mujer 7: *“Bueno, me dejé llevar por ellos que son los profesionales y pienso que como yo ya era el parto que quería con epidural y todo pues... pues ya está, lo que dijeran ya”*

me estaba bien. Porque saben lo que..., como actúan, lo que se tiene que hacer en cada momento, si todo va bien, si no va bien.”

Califican el trato humano de los profesionales como muy importante, incluso como fundamental. Las mujeres destacan la importancia que tiene para ellas que el personal sanitario que las atiende, las informe y sea empático y cálido. Las mujeres valoran de forma muy positiva que exista una buena comunicación y una relación asistencial de calidad entre ellas y el profesional. Esto se puede comprobar en las siguientes respuestas:

Mujer 8: *“Que te hagan sentir lo mejor posible y estar totalmente arropada y atendida.”*

Mujer18: *“El trato, el que te informen, el que no te hagan las cosas sin decirte lo que te van a poner, que te vayan informando a medida que vayan actuando, que te vayan preguntando, o sea, un trato cercano.”*

No obstante, valoran como positivo el que el profesional sea joven y a la vez muy profesional, confiando siempre en el buen hacer de los profesionales sanitarios.

Mujer 8: *“A mí verlos tan jóvenes y tan profesionales me dio seguridad.”*

Las mujeres dan importancia al apoyo que los profesionales sanitarios les brindan y la mayor parte de ellas otorgan reconocimiento a las matronas que las acompañaron durante su trabajo de parto. Como dato relevante, se observa que las mujeres coinciden en que el género del profesional les condiciona a estar más tranquilas, explican que se sentían cómodas porque la mayor parte de los profesionales eran mujeres.

Mujer 18: *“El hecho de que fueran mujeres me hacía sentir más cómoda, no había ningún hombre, excepto el anestesista, y esto me hacía sentir más empatía, no sé, a mí eso sí que me ayudó.”*

Mujer 13: *“Claro que prefieres como mujer que te atienda una mujer, porque a lo mejor tienes menos pudor que si está eso lleno de hombres ¿sabes? A lo mejor... pero es más el tema pudor que otra cosa.”*

En general, tras la relectura de las entrevistas se ha observado que las mujeres valoran positivamente la asistencia recibida durante el trabajo de parto. Casi todas consideran como positivo el estar acompañadas, el disponer de medidas de alivio del dolor, el que el expulsivo sea rápido, el que no se utilizara instrumentación y el que no se les realizara episiotomía^f.

Mujer 13: *“Como salió en tres empujones, sí que temía de que me mirara de que no me rajara, porque como con el niño no me había rajado y pesaba cuatro kilos, era la cosa de decir que estas no me rajen, que no me haga el corte en esta cuando el otro pesaba cuatro kilos y... la otra comadrona supo hacerlo bien como para que no hiciera falta. Entonces sí que le dije a la comadrona: “mírame que no me raje que esta es más pequeña”.*

A algunas de las mujeres entrevistadas, lo que les incomodó de las técnicas realizadas por parte de los profesionales sanitarios fue: el dolor y la sensación de “sentirse vendidas”, que relacionan con la falta de capacidad de movilización de las extremidades inferiores debida a la anestesia epidural (aunque consideran esta situación como inevitable). También valoran como medidas incómodas y que les hubiera gustado evitar la utilización de los fórceps, la realización de la prueba de pH mediante la obtención de muestra sanguínea de la calota fetal y los tactos vaginales. Sin embargo, las propias mujeres justifican la utilización de estas técnicas, considerándolas como normales e inevitables para garantizar unos correctos resultados obstétricos. Por todo ello se desprende que las mujeres consideran más importante la seguridad que la incomodidad

7.2 Objetivo específico 2

Conocer la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención al parto.

^f Incisión que se realiza en el periné de la mujer con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión del feto.

Como se ha comentado con anterioridad las mujeres valoran de forma muy positiva poder decidir si desean o no estar acompañadas y determinar quién es el acompañante durante el proceso de parto. Adicionalmente, las mujeres entrevistadas coinciden que tomaron decisiones autónomas en dos aspectos más durante el trabajo de parto. Primero, en la elección del centro sanitario al que acudieron; tanto las que tuvieron una asistencia pública para la atención al parto, dado que en el sistema público de salud se permite derivar a la usuaria al centro hospitalario en el que éstas desean dar a luz, como en aquellas que acudieron a la asistencia privada. En el caso de las mujeres que optaron por una asistencia privada, costeando ellas mismas la atención recibida, o accediendo a ella por estar suscritas a algún tipo de póliza de seguro; esta capacidad de elección del centro de asistencia es mayor. En algunos aspectos como la infraestructura física y las comodidades de habitaciones y salas de dilatación les gustaría tener mayor capacidad de decisión. Segundo, en relación a la técnica para el alivio del dolor, sobre la que las mujeres manifiestan su opción de elección.

7.2.1 Capacidad de elección y toma de decisiones

Las mujeres sienten que toman decisiones autónomas en relación con la elección del acompañante, del centro donde se realiza la atención al nacimiento y en relación a la utilización o no de medidas farmacológicas para el alivio del dolor, sin embargo, en el resto del proceso, las mujeres opinan que las decisiones son complejas y que no tomaron decisiones al respecto. Asimismo, en la mayor parte de los casos, las mujeres refieren que pese a que son conscientes de que esto sucede, ya les parece bien delegar este tipo de decisiones en los profesionales sanitarios.

Las mujeres entrevistadas consideran que es bueno para ellas que los profesionales sanitarios tomen decisiones profesionales sobre sus cuidados, dado que ellas consideran que las prácticas realizadas son “técnicas profesionales”, y según las propias mujeres son por tanto, los profesionales sanitarios (matronas y ginecólogos) quienes “saben” de ello. En este sentido, varias mujeres afirman que ellas no tomaron las decisiones, pero estaban de acuerdo con las determinaciones llevadas a cabo por

el equipo sanitario que las atendía, y explican que se dejaron llevar por los profesionales:

Mujer 10: *“Yo pues me guie por la opinión de los profesionales sí”.*

Mujer 5: *“Yo creo que fueron los profesionales, porque yo fui a parir y ya está, pero yo no dije tiene que ser así, eso fueron los médicos.”*

Mujer7: *“Bueno, me dejé llevar por ellos que son los profesionales y pienso que como ya era el parto que quería con epidural pues ya está, lo que dijeran ya me estaba bien. Porque saben cómo actúan, lo que se tiene que hacer en cada momento, si todo va bien..., si no va bien...”.*

No obstante, delegar la decisión no implica inhibirse de la misma; las mujeres sienten que “pierden el control” cuando consideran que los profesionales toman decisiones sin contar con sus opiniones. Desde el punto de vista de las mujeres, la delegación de la decisión no implica inhibirse de la información. Las mujeres quieren estar informadas y desean ser consultadas, aunque mayoritariamente sus decisiones finales coinciden con las del sanitario y se dejan aconsejar por lo que los profesionales consideran adecuado. En algunas ocasiones, sin embargo, se quejan de no haber podido tomar alguna decisión relacionada con prácticas sanitarias. Este hecho lo podemos observar en este caso, en el que la mujer explica que en el expulsivo las matronas acudieron al obstetra para la aplicación de fórceps y sin embargo, ella hubiera preferido que los profesionales; obstetra o matronas, lo comentaran con ella.

Mujer 21: *“Creo que las decisiones en el momento del parto las tomaron las matronas, porque al venir y decirme te vamos a sacar con fórceps, y no decirme: “¿Estás de acuerdo?” o no...no se... o sea, que yo creo que las decisiones las tomaron ellas sin contar con mi opinión porque no me dijeron, tienes esta opción. Yo me he informado después, y me han dicho que hubiera tenido la opción de la cesárea y los fórceps, pero a mí no me dijeron la opción de la cesárea, o sea, a mí me dijeron: “Te la sacamos con fórceps” y ya.”*

En uno de los puntos en que las mujeres se sienten plenamente capacitadas para decidir y les gustaría poder expresar siempre su opinión, es en aquello referido a la infraestructura física del hospital. Alguna de las mujeres explica que le incomodaba el no poder elegir una habitación individual de dilatación porque la infraestructura del hospital no se lo permitía (las habitaciones donde llevaban a cabo el proceso de dilatación eran todas dobles) o que las habitaciones después del parto fueran compartidas, así como que el que las estancias no fueran “cálidas”.

Mujer 20: *“Yo estuve en una habitación, pero sí que la haría un poco menos fría. Había luz de fluorescente que es como blanca, yo quizás le daría un poco de calidez a las habitaciones.”*

Dada la importancia que, como se ha visto en los resultados expuestos, tenía para las mujeres de nuestro entorno la toma de decisiones en relación al método de alivio del dolor del parto, y debido gran uso de la analgesia epidural que se realiza en nuestro entorno, lo cual ha generado una “cultura social de la epidural”, conllevando a la valoración de la realización de esta técnica como algo necesario y estrechamente vinculado en el ideario social a la atención al parto normal, decidimos profundizar en el proceso de toma de decisiones de las mujeres en relación con el método usado para el alivio del dolor. Ello se realizó para, de esta forma, valorar la importancia que tiene en la experiencia de las mujeres el ejercicio de su derecho a la autonomía en la toma de decisiones y en qué medida contribuye a la percepción de una atención humanizada y satisfactoria.

7.2.1.1 La valoración del plan de parto

La estrategia de atención natural al parto normal reconoce el plan de parto como el medio idóneo para la que las mujeres puedan expresar sus elecciones y preferencias en las decisiones relacionadas con la atención al parto. Sin embargo, en estos momentos el plan de parto no está instaurado aún de forma generalizada. Las mujeres que cumplieron un plan de parto y lo aportaron al centro hospitalario sienten que, en numerosas ocasiones, los profesionales no se leen el plan de parto y perciben que

la mayor parte de los sanitarios no le hace mucho caso a esa herramienta porque, según comentan, nadie les pregunta sobre él.

Mujer 11: *“No me sentí todo lo apoyada que quería, es más creo que el protocolo de parto...en cuanto lo entregué no se lo leyó nadie el plan de nacimiento.”*

Mujer 20: *“En el hospital nadie me lo pidió. Sí que es cierto que cuando entré la primera comadrona que nos atendió nos pidió los papeles, pero allí se quedaron y tampoco era tan exhaustivo.”*

En algún caso la usuaria explica que llevaba el plan de parto cumplimentado pero que cuando entró al hospital nadie se lo pidió y por tanto no lo entregó. A pesar de ello, explica que no le importó porque valora el trato proporcionado como muy bueno y pensó que no hacía falta. Para esta mujer el plan de parto constituye un instrumento de defensa de sus intereses frente a las rutinas hospitalarias; la mujer aclara que dado el buen trato que recibió por parte de los profesionales, no le fue necesario el facilitar su plan de parto. Además, la mujer verbaliza que confió en los profesionales que la iban a asistir desde el primer momento.

Mujer 18: *“Hice un plan de parto, de hecho, me lo bajé de internet, de la página el parto es nuestro, y... el plan de parto sí, lo rellené y todo, pero la verdad en el momento al entrar, vi la situación tan buena; de no imponerme nada, y de ver que había un ambiente tan bueno, o sea ni se me ocurrió sacar el plan de parto porque ya veía que iban a seguir lo que yo realmente quería. Pero sí que no me lo pidieron.”*

Todas las mujeres indican que la decisión referente a cómo querrán afrontar el dolor durante el parto y por qué método quieren optar para aliviarlo les compete a ellas. La mayoría de mujeres entrevistadas afirman que desean un alivio eficaz del dolor tan pronto como sea posible, y optan por pedir la anestesia epidural desde el primer momento, como observamos en los siguientes casos:

Mujer 3: *“Si, yo tenía claro que en este parto quería la epidural porque ya la utilicé en mi primer hijo. En cambio, en el segundo no me la pusieron y lo pasé muy, muy mal”.*

Mujer 27: *“Sí, sí, yo quería la epidural. Yo soy de la liga anti dolor, como digo yo”.*

En algunos casos, minoritarios en nuestro estudio, nos encontramos con mujeres que quieren evitar la epidural, mujeres con una alta percepción de sus propias capacidades para afrontar el dolor del parto, y que consideran que pueden prescindir de ayudas farmacológicas durante este proceso. Este hecho podemos observarlo en el caso de esta primípara:

Mujer 25: *“Yo tenía muy claro que no quería la epidural...Bueno, yo soy una persona muy mental y me gusta tenerlo todo bajo control”*.

Algunas mujeres, incluso prefieren no elaborar el documento “escrito” de plan de parto, temerosas de que los profesionales puedan entender estas intenciones, pendientes de confirmación, como decisiones en firme. Por ello, aseguran que prefieren expresar su decisión durante el trabajo de parto, de forma oral, dependiendo de cómo se desarrolle éste. Este hecho se puede observar en el caso que se expone a continuación:

Mujer 28: *“No quería llevar nada escrito porque después ya no puedes cambiar de opinión”*.

7.2.1.2 *Los fundamentos de la decisión*

La fundamentación en esta disparidad en la toma de posición en relación con el método de alivio del dolor debemos buscarla, fundamentalmente, en la comprensión que las mujeres elaboran en relación al parto, así como el significado que le otorgan al dolor. Las mujeres parten de una concepción previa del significado del dolor en el parto y de su asistencia, que han integrado en su imaginario. Con ello las mujeres se forman unas expectativas en relación a cómo imaginan que será su parto, cuáles son sus capacidades y que tipo de ayuda desean o necesitan para abordar el dolor.

Un aspecto importante a destacar en el proceso de toma de decisiones en relación al tipo de analgesia, lo constituye la secuencia temporal y la inseguridad que se les crea a las mujeres sobre cómo será el parto. Un importante grupo de mujeres, a pesar de reconocer que son ellas quienes deben decidir en relación al método usado para el alivio del dolor, en el momento de abordar la cumplimentación del plan de parto, no adoptan una decisión clara, optan simplemente por una manifestación de intenciones,

una decisión provisional, que no se convertirá en definitiva hasta el momento del parto; son frecuentes las frase de “me gustaría”, “he pensado” pero es después, en el momento del parto y tras algunas contracciones cuando toman la decisión definitiva.

Mujer 26: “Yo, en las clases (refiriéndose a los cursos de preparación al nacimiento) siempre había dicho que quería probar sin epidural, aguantar, porque mi madre siempre me decía: “si nosotras hemos aguantado, tú puedes aguantar”. Vale, y, lo dije: “voy a aguantar todo lo que pueda, pero yo no me esperaba los dolores que tuve y... pedí la epidural”.

En el caso de las mujeres multíparas en la toma de decisiones en relación al método preferido para el alivio del dolor, es fundamental la propia experiencia personal. Haber tenido un parto anterior les ayuda a valorar la intensidad del dolor de parto y les da “pistas” para poder elegir el tipo de analgesia que desean. Las mujeres que han dado a luz anteriormente tienen una idea bastante clara acerca de sus preferencias, fundamentada en lo vivido en los partos anteriores. Como se puede observar en el caso de esta mujer que ya tenía dos hijos previos:

Mujer13: “Bueno, yo ya era experta en la materia, por los otros niños que he tenido”

Cuando esta experiencia previa no existe, la experiencia de otras mujeres de la familia y el significado del dolor que la propia mujer construye en base a las expectativas previas, se muestra como muy importante. Las mujeres cercanas de la familia son fuente común de información, e influyen en la decisión a adoptar: la experiencia de la madre, la hermana u otras allegadas es fundamental.

Mujer 7: “..., con mi hermana yo me sentía informada”.

7.2.1.3 Aproximación a la decisión: Información y conocimiento de los métodos de alivio del dolor

Nos hemos interesado por conocer las fuentes de información en las que las mujeres han fundamentado sus decisiones. Las mujeres obtienen la información necesaria

para la toma de decisiones, sobre el tipo de método para el alivio del dolor, de diversas fuentes.

En este sentido, la información proporcionada por los profesionales es considerada, por las mujeres entrevistadas, como suficiente, veraz, real, correcta, adecuada, buena, fiable y de calidad, fundamentalmente, aquella información proporcionada por la matrona y a veces por el obstetra que realiza el seguimiento del embarazo, tanto desde la atención primaria, como en la visita preparto que las embarazadas realizan en el hospital de referencia, entre las 32 y 37 semanas de embarazo, conocidas en varios centros hospitalarios con el nombre de visitas de acogida:

Mujer 19: *“Mi matrona, fue muy importante porque ella me entregó unos libros y muchas cosas que de ahí he sacado información suficiente para mi embarazo y parto.”*

Mujer 1: *“En la consulta del hospital me dieron toda la información, aquí en el ambulatorio quizás no fue tan exhaustiva, pero fue completa.”*

Hemos indagado en la importancia otorgada a la información recibida y se ha observado que las mujeres primíparas tienden a demandar más información que el resto de usuarias. En general, los cursos de preparación al nacimiento son bien valorados, fundamentalmente por las clases de ejercicios físicos y por poder compartir experiencias con otras mujeres, pero no tanto como fuente de información para la toma de decisiones. Un ejemplo de ello podemos observarlo en el caso de esta mujer:

Mujer 24: *“Como yo ya había leído bastante, las clases me sonaban repetitivas. Lo que más me gustó fueron las clases de gimnasia con la pelota. Son clases largas, vienen a durar dos horas, pero están bien.”*

Incluso, en algunos casos, la reflexión posterior, durante los primeros meses del posparto, lleva a algunas mujeres a considerar que las clases de educación maternal a las que acudieron durante el embarazo, no eran suficientemente objetivas, habiéndolas inducido a pensar que el parto iba a ser más fácil de lo que luego resultó y entienden que se les ha encaminado hacia un modelo de atención que no cumple con

sus expectativas. Algunas mujeres culpan a los cursos de educación maternal de fomentar falsas expectativas, como en el siguiente caso:

Mujer 23: *“En el curso de educación maternal se explicó mucho el tema del parto natural y al final piensas..., es lo que hemos de hacer, es lo mejor..., pero en cambio no se acaba de explicar bien el tema de la epidural, no me explicaron claramente cuáles eran los riesgos y las ventajas, no me dieron ninguna información escrita para que yo la pudiera valorar tranquilamente en casa. Para mí, este hubiera sido el punto más importante.”*

Los medios de comunicación, fundamentalmente internet, constituyen una potente fuente de información a la que acuden la mayoría de las mujeres entrevistadas. Se observa que las mujeres con un nivel superior de estudios utilizan Internet con más frecuencia que el resto de mujeres con nivel de estudios inferior. Esta red de información ayuda a las mujeres a reafirmarse en la elección tomada.

Mujer 7: *“...si tenía dudas acudía a Internet.”*

Mujer 17: *“Por internet. Yo ahora lo que me estoy formando, y lo que voy sabiendo es por internet porque claro, tengo dudas y voy mirando...”*

Aunque también se puede observar por la verbalización de alguna mujer que no todas confían en la información más accesible que encuentran en Internet, y por ello algunas deciden buscar en la red documentos más elaborados y no destinados a un público general, probablemente para encontrar información veraz y basada en la evidencia científica.

Mujer 18: *“En internet está mucho más extenso porque es que hay tantas búsquedas, puedes buscar tantas cosas... hay tanta información, protocolos de actuación. También foros, pero es una tontería, yo me dedicaba a leer cosas científicas. Cosas que habían hecho médicos, protocolos de actuación, o tesis de médicos, o cosas que hablaban de lo que a mí me interesaba. Entonces, no era tanto saber lo que decía el pueblo digamos, sino a nivel ya profesional, que yo no lo entendía muchas veces, pero bueno...”*

Todas las mujeres entrevistadas conocen la epidural como medio de alivio del dolor, pero en general, su conocimiento de otras técnicas o métodos no es generalizado, como en el caso de esta primípara quien comentaba:

Mujer 23: *“Yo conocía la bañera, pero no me convencía. En la bañera no flotas; a mí me gusta mucho nadar, pero en la bañera..., ahora embarazada me muevo mal y sería incapaz de sentirme cómoda... No, no conozco ningún otro método... quizás las pelotas, pero no me convence.”*

En cambio, aquellas mujeres que se muestran muy seguras de querer una atención respetuosa con la fisiología del parto, sin métodos farmacológicos para el alivio del dolor, suelen conocer y usar de forma habitual terapias alternativas o completarías para el alivio del dolor como podemos comprobar en el siguiente caso:

Mujer 25: *“Sobre todo, es importante la preparación psicológica...yo no quería cosas farmacológicas, si durante siglos las mujeres han aguantado... porque ponerse sustancia que no son necesarias... Durante el embarazo yo hice reiki, tomé flores de bach... hice de todo, pero en el parto todo ha sido muy fácil.”*

7.2.1.4 El momento de la decisión: el abordaje del dolor en el proceso del parto

Las mujeres afirman que es en el momento del parto cuando las decisiones se llevan a la práctica y cuando el soporte de los profesionales resulta fundamental. Las mujeres piden una atención personalizada, quieren que los profesionales sanitarios (matronas, obstetras y anestesistas) las informen sobre el avance del parto, colaboren con ellas, las aconsejen sobre lo que puede resultar mejor y lleguen a un consenso y respeto de las decisiones; por ejemplo, una primípara comentaba lo siguiente:

Mujer 18: *“Para mí lo más importante es, sobre todo, el trato, el que te informen, el que no te hagan las cosas sin decirte lo que te van a poner. Si me van a poner oxitocina quiero saberlo. Si me van a hacer un tacto, quiero saber qué me van a hacer. Si me van a vaciar la vejiga lo quiero saber. El hecho de que te vayan informando a medida que vayan actuando, que te vayan preguntando, que te den un trato cercano, normal,*

en el que no parezca que seas una máquina. Que no: te lo pongo, te lo enchufo, que te hago esto y que no te informo de nada.”

Algunas mujeres reconocen que las expectativas forjadas durante el embarazo, no coinciden con la realidad en el trabajo de parto. Si la realidad rompe con las expectativas previas o con la decisión previamente manifestada puede generar cierta frustración. En el siguiente caso de una secundípara, que tuvo un parto natural en el primer hijo y en el segundo aceptó una anestesia epidural debido a que se alargó mucho el periodo de dilatación, la mujer explica que “se dejó” convencer por la matrona para que le aceleraran el proceso, que finalmente acabo en una cesárea:

Mujer 29: “En el segundo, ahora me arrepiento de alguna decisión que tomé, porque fui al hospital con contracciones, todo normal..., con la niña todo había ido muy rápido, y en este segundo pasé muchas horas, y el niño no bajaba, no se encajaba, yo tenía muchas contracciones, cada 5 minutos, pero no bajaba y me puse muy nerviosa..., tantas horas... Y acepté agilizar el parto, pero para agilizarlo me tenían que poner oxitocina y anestesia epidural... y en principio yo no la quería, pero al final, tuve un momento...bueno de debilidad... y dije bueno, que me la pongan si me la tienen que poner..., bien, que hagan lo que quieran..., y claro esto no era lo que yo quería, y ahora le doy vueltas... y pienso, da igual que te doliera, debía haber aguantado un poco más porque hubiera llegado el momento en que el niño se habría encajado y habría nacido..., pero bueno fue así y a mí me ha quedado la idea de que todo fue porque yo dejé que intervinieran en este parto. Si yo le hubiera dejado hacer a mi cuerpo, habría tenido un parto natural.”

Esta frustración es más evidente en aquellas mujeres que se han posicionado firmemente en una decisión, tanto a favor como en contra del uso de epidural. En el caso de las mujeres que simplemente expresan sus preferencias, su declaración de intenciones provisionales, no se manifiesta esta frustración cuando cambian de opinión, siempre que el cambio se acompañe de explicaciones y consejos de los profesionales. Esto lo podemos comprobar en el siguiente caso de una primípara, que quería anestesia epidural, pero cuando la solicitó el expulsivo estaba muy próximo y se la desaconsejaron:

Mujer 26: *“Digo: “¿me vais a pinchar ya?”. Me miraron. Yo sólo quería que me pincharan, que me pusieran la anestesia... Entró la anestesista y le preguntó a la matrona “¿de cuánto está dilatada? De 7 y medio”. Y dice: “pues yo me voy.” “¿cómo que te vas?”. Dice: “hombre, es que ya no vale la pena pincharte. Piénsatelo”. Dice “mira, mientras yo te pincho y no te pincho, has terminado de dilatar”. Dice: “yo si quieres, me quedo aquí contigo, si vemos que vas muy lenta, yo te ayudo”. “Bueno vale”. Se quedó allí conmigo, y es verdad, a la media hora, me volvió a mirar y ya había dilatado.”*

Es en el hospital donde las mujeres toman su decisión final en relación al tipo de analgesia que quieran usar; es este momento las expectativas previas, la información, los consejos de familiares y allegados..., son importantes, pero cuando el momento llega el profesional sanitario que está junto a la mujer se convierte en fundamental para tomar una decisión generalmente compartida.

Capítulo 8. Discusión y limitaciones del estudio

El capítulo de discusión se ha dividido en dos apartados. En el primero se abordan los aspectos referidos a los resultados obtenidos en relación al primer objetivo específico de esta investigación: identificar a través de la narrativa de las mujeres, con una gestación de bajo y medio riesgo, los elementos que contribuyen a una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto. Posteriormente, se expone la discusión de los resultados que hacen referencia al segundo objetivo específico: Conocer la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención al parto. En el segundo apartado se hace mención a las limitaciones del estudio.

8.1 Discusión de los resultados

Se puede concluir que el concepto de humanización de la atención al parto y nacimiento resulta complejo y polisémico, y debe definirse en función de un conjunto de aspectos técnicos, éticos y actitudinales. La bibliografía define la atención humanizada como aquella que sitúa a la mujer en el centro de la atención^{4,76,99,191,343}. Aunque de algunos de los trabajos citados, como el de Wagner², pueda deducirse que la aplicación de un cuidado basado en la evidencia científica, y no en la tradición médica, constituye un elemento importante en una atención humanizada al parto, una lectura comprensiva y profunda de ese mismo autor³⁴⁴ nos revela los diversos ejes que configuran lo que debe ser una atención de calidad para proporcionar una asistencia humanizada, que no se limita a la simple aplicación técnica de cuidados. Además de las atenciones basadas en la evidencia científica, es necesario facilitar una adecuada información que permita a las mujeres ser protagonistas y tomar sus propias decisiones, de acuerdo con el principio bioético de autonomía¹⁰². Por este motivo, los profesionales que participan en el cuidado y control de la gestación, y en la atención al proceso de parto deben tener la capacidad de escuchar la voz de la mujer y hacer el esfuerzo de entender sus preferencias y preocupaciones, además de proporcionales ayuda y apoyo emocional^{30,155}.

También, se ha de tener presente que para poder utilizar el conocimiento médico-sanitario y la tecnología correcta en la atención humanizada al nacimiento, de acuerdo con Wagner³⁴⁴, es preciso que los profesionales de la salud construyan relaciones de respeto entre ellos. En este estudio, se observa según la verbalización de las mujeres, que la presencia de profesionales sanitarios en prácticas (estudiantes) puede ser problemática para ellas; así mismo, en ocasiones las mujeres no son capaces de reconocer la categoría del profesional que las atiende, principalmente debido a que en ocasiones los profesionales no se presentan antes o durante la relación asistencial.

Para las mujeres el concepto “humanización” tiene poco significado. En sus explicaciones se observa una “similitud conceptual” entre el uso de los términos “parto normal” y “parto natural”; para ellas “un parto normal y satisfactorio” es aquel que tiene lugar por vía vaginal. Desde la perspectiva de las mujeres, cuando el parto es vaginal y no precisa instrumentación obstétrica se entiende como “parto normal” o “parto natural”, y la aplicación de anestesia epidural para el abordaje del dolor en el parto queda comprendida como una práctica “habitual” en la asistencia de este parto normal y natural. Probablemente esta asociación que las mujeres realizan, sea debida a las altas tasas de uso de anestesia epidural en el parto, que se haya en España²⁴. Existe evidencia de que las expectativas que las mujeres elaboran durante el embarazo están vinculadas a cómo posteriormente evalúan la experiencia^{127,257,258,270,273,345}. Los resultados de nuestra investigación coinciden con los resultados de otros estudios sobre el tema^{346,347}. Las mujeres cuyas expectativas para el parto se cumplieron, reportaron una mayor satisfacción con la atención recibida durante este proceso, en comparación con aquellas cuyas expectativas no se cumplieron.

La mayoría de mujeres de nuestro estudio valoran su experiencia de parto mejor que las expectativas previas que ellas tenían de éste, sin embargo, una minoría valoran su experiencia de parto peor que sus expectativas previas, coincidiendo estas situaciones con partos que se desvían de la normalidad y finalizan con instrumentación. En esos casos, la decisión de intervención obstétrica se presenta de forma inesperada durante el transcurso del parto y las mujeres no disponen del tiempo necesario para interiorizar la situación²⁵.

Las mujeres entrevistadas consideraban importante mantener el control. Para ellas, mantener el control de la situación coincide con la definición de control de Namey y Lyerly³⁴⁸ quienes interpretan el control como la autodeterminación, entendida como autonomía, capacidad de decisión y elección, junto con la necesidad de ser respetada. Según las propias mujeres, el poder disponer de información durante su periodo gestacional, su atención al parto y al posparto les ha producido sensación de control: sensación de seguridad^{349,350}. Los hospitales son presentados como fuentes de seguridad y los profesionales sanitarios como acompañantes idóneos. Conforme a lo expresado por las mujeres, esta sensación de seguridad no la obtuvieron por su propia capacidad, sino más bien desde el ámbito hospitalario y, en particular, por el apoyo de los profesionales.

Las mujeres requerían un sentimiento de conexión con los profesionales sanitarios, lo que permitía una relación de complicidad que impedía que la situación las sobrepasara psicológicamente. Las mujeres reconocen que tener una matrona a su lado durante el proceso de trabajo de parto y parto las alentaba. Además explican que el sentir que la profesional estaba "atenta" a sus necesidades y reacciones, las ayudó a sentirse mejor, lo cual coincide con Carlton³⁵⁰ autor que afirma que los sentimientos negativos de las mujeres se reducen con el apoyo continuo de la matrona, lo que mejora la satisfacción de la mujer durante el proceso de parto; siendo uno de los indicadores más frecuente en la evaluación de la calidad de la asistencia.

Asimismo, los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con los de Nunes et al.³⁵¹ y Goberna et al.³⁵², que informan que los profesionales deben tener una visión humanística, ya que el parto es fuente de ansiedad, miedo, expectativas, dudas e incertidumbres. Además, las mujeres asignaron una considerable importancia a aspectos como la veracidad y privacidad que proporcionaba el profesional sanitario que las atendían, coincidiendo con Royes³⁵³ y Linares et al.³⁵⁴, que se refieren a las cualidades morales de la matrona como aspectos importantes de la relación asistencial.

El parto es un proceso complejo, en el que el entorno es importante para una vivencia satisfactoria. Respecto al lugar donde se produce el nacimiento, observamos que casi

ninguna de las mujeres entrevistadas consideraba dar a luz en ningún otro lugar que no fuera en un hospital; algunas de ellas justificaban esta decisión basándose en la seguridad que proporciona la infraestructura hospitalaria y el uso de la tecnología.

Algunos autores han hallado que los partos llevados a cabo fuera del hospital ofrecen una vivencia más positiva, pero mayor riesgo para el recién nacido²⁸, por ello es necesario llegar a una conciliación basada en el equilibrio entre cuidados (que ofrezcan la mayor seguridad para el recién nacido y la mujer), en un entorno en el que las parejas puedan tener mayor intimidad y atención personalizada, traducándose de ese modo en una vivencia más satisfactoria del parto²⁸. Otros autores muestran que, en los partos atendidos en casa, hay una menor tasa de intervenciones sanitarias dirigidas a las mujeres. Se describen menos complicaciones en la salud materna, pero en la literatura consultada también se describe un mayor riesgo para el recién nacido con el doble de mortalidad neonatal a causa de anoxia y fallo en la reanimación³⁵⁵⁻³⁵⁸. No obstante, también se observa que cuando se selecciona estrictamente a las gestantes de bajo riesgo la mortalidad es equivalente³⁵⁹. A pesar de lo que demuestra la literatura publicada, las mujeres entrevistadas en nuestro estudio, ven el parto como una situación de riesgo para sus vidas³⁶⁰. En España, el número de nacimientos asistidos en el hogar es extremadamente bajo: sólo el 0,32% en 2013, según los datos sobre nacimientos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística. El nacimiento asistido en el domicilio o fuera del entorno hospitalario, hasta ahora en España, no ha estado financiado por el servicio público de salud.

Esta visión que considera el parto como una situación de riesgo, está muy extendida en el imaginario social y se traduce probablemente, en un sentimiento de vulnerabilidad e inseguridad que se transmite a las mujeres⁶⁹; por este motivo podemos presumir que las mujeres sólo valoran como seguro el parto hospitalario. Únicamente una de las mujeres entrevistadas se había planteado un parto domiciliario, pero tras consultarlo con familiares y conocidos decidió acudir al hospital fundamentalmente por motivos de seguridad.

Autores como Gerald Dworkin en su obra "The theory and practise of autonomy"³⁶¹ explican que la autonomía, a veces, equivale a libertad, voluntad libre, o soberanía o

autogobierno, lo que se traduce como ausencia de coacción externa, capacidad de acción personal y habilidades de auto-organización resolutive⁴⁷. Muchas mujeres siguen concibiendo el parto como una situación de riesgo. En este sentido Coxon et al.⁶⁹ reconocen que las decisiones pueden parecer informadas, pero en realidad se fundamentan en impresiones y comprensiones recolectadas con el tiempo, que se unen para formar en el imaginario social un sentido de riesgo, y por tanto, los individuos, en nuestro caso las mujeres, pueden no ser inmediatamente conscientes de la fuente de sus creencias, sentimientos y expectativas. Se ha comprobado que un grupo importante de mujeres entrevistadas, llegan al parto con dudas en relación a la toma de decisiones en relación al tipo de método a usar para el alivio del dolor. Para ellas el plan de parto o nacimiento constituye solo una declaración de intenciones; en esta línea coinciden Welsh²²⁵ y Aragon²¹⁵, que remarcan que “Plan de parto” resulta un término inadecuado ya que un parto es algo imposible de planear. Por ello, se plantean otros nombres para dicho documento tales como: “guía para el parto”³⁶² o “preferencias para el parto”²³⁴.

En el estudio se constató que existen mujeres que desean una atención con menos intervenciones farmacológicas. Éstas consideraron la posibilidad de prescindir de la utilización de la anestesia epidural en el momento de cumplimentar el plan de parto. No obstante, en numerosas ocasiones su idea previa de “intentar” un parto “más natural” sin epidural se ve modificada cuando llega el momento decisivo. Los resultados de nuestro estudio están en línea con Lally et al²⁶⁴, que refieren que no existen pruebas claras de que la toma de decisiones prenatales sobre métodos específicos de alivio del dolor en el parto sea una prioridad para las mujeres. A muchas mujeres les resultaba difícil determinar cómo podían tomar decisiones de parto cuando aún no sabían qué esperar. Además, en una publicación de Whitford et al.²³⁴, estos explican que observaron que muchas de las mujeres expresaron cierta renuncia a hacer planes dada la imprevisibilidad del trabajo de parto.

Así mismo, es importante destacar el poco conocimiento de los medios no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto por parte de las mujeres estudiadas. Muñoz et al¹⁸⁴ en un estudio realizado en Cataluña en 2013, constataron que solo el 30% de las matronas tenían formación en terapias alternativas y no farmacológicas

para el alivio del dolor del parto y que muchos de los centros no disponían de los equipamientos y/o recursos necesarios para ofrecerlas.

La analgesia epidural se ha popularizado en España, tanto en su conocimiento como en su uso, a lo largo de los últimos 20 años. La elección de esta técnica analgésica por parte de la futura madre durante el trabajo de parto y el parto es un derecho de la mujer que, sólo está limitado por sus condiciones físicas y de salud y por los recursos disponibles en el hospital en el momento del parto. Esta elección pone en relación dos elementos: por un lado, el componente cognitivo que establece la conveniencia o no de utilizar esta técnica según los valores, percepciones, cultura, etc. de la mujer y, por otro, el componente conductual, es decir, el uso o no de la técnica en cuestión, que dependerá además de la elección de la mujer de las condiciones anteriormente mencionadas³⁶³.

La investigación que aquí se presenta se ha llevado a cabo en Cataluña (España), una de las Comunidades Autónomas española pioneras en la oferta de este tipo de anestesia, tanto en los centros de financiación pública como privada. En el año 2003 se realizó anestesia epidural, en Cataluña, al 82% de las mujeres que dieron a luz por parto vaginal y cesárea³⁶⁴. A partir de 2007 y debido a las propuestas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en la *Estrategia de Atención al Parto Normal*⁶ y, posteriormente, en el año 2010 con la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*⁴⁵ en las que se reconoce que “La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad”, se está produciendo un cambio de actitud en el ámbito profesional, en el que se pretende avanzar hacia una atención menos intervencionista, pero de acuerdo con nuestros resultados, este cambio forjado en el ideario del ámbito sanitario no ha cuajado, del mismo modo, en el imaginario social. Desde la perspectiva de las mujeres, cuando el parto es vaginal y no precisa instrumentación obstétrica se entiende como “parto normal” o “parto natural” y la aplicación de anestesia epidural para el abordaje del dolor en el parto queda comprendida como una práctica “habitual” en la asistencia de este parto normal y natural.

En nuestro estudio observamos una valoración negativa del dolor por parte de la mayoría de mujeres, coincidiendo con Nakano et al³⁴⁵ quienes describen el parto como sinónimo de sufrimiento físico y emocional, debido al dolor, al miedo y al riesgo de muerte. La mayoría de las mujeres de nuestro entorno desean un alivio eficaz del dolor en el parto y quieren participar, de forma activa, en la elección de la mejor alternativa para el alivio de éste. Aquellas que deseaban, desde la gestación, la administración de la analgesia epidural durante el parto, valoran de forma positiva no haber percibido sensaciones dolorosas. En cambio, aquellas que decidieron utilizar anestesia epidural para aliviar el dolor, pero se produjo algún fallo de la técnica, lo describen de forma muy negativa, debido a las expectativas previas que tenían. Esto coincide con la afirmación de Hodnett²⁴² de que las expectativas previas, las discrepancias con las experiencias vividas y el dolor y su manejo pueden afectar a la valoración que la mujer hace del parto.

La percepción del dolor en el parto está influenciada por las creencias personales, los deseos, el contexto y el entorno social^{242,261}. En esta construcción, la percepción del dolor ocupa un lugar fundamental. Como afirman Heaman et al³⁴¹ y Hauck et al²⁵⁸ la relación entre las expectativas previas y la experiencia real de parto que tiene una mujer puede influir en la evaluación y satisfacción que ésta hace de dicho proceso. Además, el dolor de parto es un factor relacionado con la satisfacción con el parto. Según algunos estudios realizados sobre el tema, las mujeres que han experimentado menos dolor de parto han reportado mayores niveles de satisfacción en el parto en comparación con las mujeres con más dolor de parto^{239,346,365-368}. Según un estudio realizado por Mackey³⁶⁹, las mujeres identificaron el dolor como la peor parte de la experiencia durante el trabajo de parto y parto. Sin embargo, los altos niveles de percepción dolor de parto no impiden una experiencia positiva de parto en general^{346,370-372}.

La influencia de la familia y los amigos, así como las creencias, los valores, las experiencias pasadas y los valores culturales, también influyen fuertemente en la elección y la toma de decisiones para las mujeres^{127,257}. En nuestro estudio, esta influencia se deja sentir en las decisiones referidas al tipo de analgesia o anestesia a usar en el alivio del dolor.

El control personal es otro factor relacionado con la satisfacción con la experiencia del parto²³⁹. Los niveles más altos de control personal se han asociado con una mayor satisfacción del parto^{133,226,240,346,366,367,373-377}. Las mujeres también han determinado su satisfacción con su experiencia de parto según su capacidad para mantener el control²³⁹. Aquellas que permanecieron en control vivieron el proceso de parto como positivo; mientras que aquellas que perdieron el control del mismo tuvieron una vivencia de parto tanto positiva como negativa³⁶⁹. Algunos artículos han concluido que las mujeres evalúan su experiencia de parto en función del control personal que experimentaron durante su trabajo de parto y parto^{226,373,374}.

Algunos autores exponen que las mujeres que habían llevado a cabo cursos de preparación para el parto estaban más satisfechas con su experiencia de nacimiento que aquellas que no habían realizado preparación alguna^{376,378}. Sin embargo, otros estudios comentan que no han encontrado relación entre la preparación del parto y la satisfacción con el mismo¹³³. En nuestro estudio se observa que las mujeres consideran los cursos de educación maternal importantes para obtener información y compartir experiencias con otras mujeres, pero no los ven como potencial para adquirir competencias y empoderarse para asumir el control del dolor durante el trabajo de parto. En este sentido existen dudas sobre el valor de la educación prenatal para manejar el dolor y el estrés durante el trabajo de parto y parto. En un estudio realizado en País Vasco, no se ha encontrado diferencias significativas en el uso de epidural entre las mujeres, que acudieron o no a clases de educación maternal³⁷⁹. En este sentido se han propuesto intervenciones, a realizar en los cursos de educación maternal, basadas en Bandura³⁸⁰, con el fin de potenciar la capacidad de las mujeres para ejercer control sobre el parto³⁸¹.

Para la mayoría de mujeres resulta fundamental el soporte de las matronas y otros profesionales sanitarios durante el parto y demandan de los profesionales información “y consejos personalizados” sobre la mejor forma de abordar el parto y también “el dolor”. El modelo de “toma de decisiones compartidas” enfatiza la necesaria interrelación entre profesionales y pacientes³⁸².

Las mujeres entrevistadas piden soporte y atención de los profesionales. Hodnett ²⁴² mostró en una revisión sistemática del dolor y la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto que cuatro factores principales están asociados con la satisfacción del parto: 1) expectativas personales, 2) cantidad de apoyo prestado por parte de los cuidadores, 3) calidad del cuidador, 4) la participación en la toma de decisiones. Estos factores parecen ser tan importantes que anulan la influencia de la edad, el estatus socioeconómico, la etnicidad, la preparación para el parto, el entorno físico del parto, el dolor, la inmovilidad, la intervención médica y la continuidad del cuidado cuando las mujeres evalúan su experiencia de parto. Además, Pender identifica el potencial de los profesionales de la salud para ayudar a las personas a tener percepciones positivas en el desarrollo de algunos procesos o conductas como la participación en los cursos de preparación al nacimiento³⁸³, afirmando que para ello es importante que las personas perciban los efectos que, el llevar a cabo estas conductas tienen sobre su bienestar y salud³⁸⁴.

8.2 Limitaciones del estudio

Como limitaciones del estudio cabe destacar las características en las que se enmarca este trabajo: se trata de un estudio cualitativo, por lo que no permite una generalización de los resultados; pese a que se ha buscado la máxima variabilidad en la muestra de mujeres, el análisis de datos cualitativos no busca lograr la objetividad ni la generalización de los resultados obtenidos, sino más bien comprender la subjetividad y experiencias de los casos. Este estudio pone de relieve las experiencias y perspectivas de las mujeres participantes.

Asimismo, cabe considerar también como posible limitación del estudio que varias de las personas entrevistadas conocían a las investigadoras y la categoría profesional de éstas. Ello se procuró paliar mediante la reflexividad previa por parte de la doctoranda, y por las continuas reuniones mantenidas con las directoras de tesis, desde el momento de la elaboración del guión de entrevista y a lo largo de todo el proceso de recogida de datos para procurar eliminar los posibles sesgos

Por último se debe remarcar que, debido al hecho de que los partos extrahospitalarios por decisión de las usuarias en la provincia de Barcelona son casi anecdóticos, no se entrevistó a ninguna mujer con parto fuera del entorno hospitalario. Ello hace que no se haya conseguido conocer las motivaciones, las experiencias y las vivencias sobre este proceso en mujeres que realizan un nacimiento no institucionalizado.

Capítulo 9. Conclusiones

A continuación, se presentan las principales conclusiones del estudio realizado:

Conclusión 1. El término “humanización” es ampliamente utilizado por los profesionales sanitarios pero los resultados del estudio muestran que la mayoría de las mujeres no conoce su significado. Sin embargo, sí manifiestan claramente lo que consideran una atención de calidad, coincidiendo con algunos de los factores propuestos por diversos autores para considerar un parto como humanizado (satisfacción, autocontrol y práctica clínica fundamentada en la evidencia científica).

Conclusión 2. Uno de los principales elementos que contribuyen a una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto es la construcción de la vivencia positiva de la experiencia del parto en relación a las expectativas previas. En este sentido la imagen existente en el imaginario social del parto como situación de riesgo influye en la construcción de las expectativas que las mujeres se forman.

Conclusión 3. La satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y con la asistencia sanitaria recibida se asocia a: su capacidad de autonomía en la toma de decisiones, la seguridad aportada por la estructura hospitalaria, el respeto a la intimidad y el sentimiento de vinculación que los profesionales sanitarios les aportan.

Conclusión 4. La relación que se establece entre las mujeres y el profesional sanitario que participa en el proceso de parto tiene especial relevancia. Las mujeres confían en los profesionales en cuanto a técnicas y procedimientos, y los consideran competentes para aplicar la evidencia científica. Asimismo, las mujeres esperan un trato cercano de los profesionales, valorando positivamente la calidez y la proximidad en el trato.

Conclusión 5. La toma de decisiones relacionadas con la atención al parto y nacimiento se presenta como un proceso complejo para las mujeres que puede evolucionar a lo largo del desarrollo del trabajo de parto. Las mujeres no siempre toman decisiones firmes en el momento de cumplimentar el plan de parto. Las

decisiones tomadas durante el embarazo pueden ser provisionales, llegando a ser simples declaraciones de intenciones.

Conclusión 6. Es necesario profundizar en la formación ética y comunicativa de los profesionales que atienden el parto, para que sean capaces de actuar como expertos consejeros, al mismo tiempo que respetan la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones, con el fin de avanzar hacia una toma de decisiones compartida, de acuerdo con aquello reconocido en la Estrategia de Atención al Parto Normal (SANC).

Capítulo 10. Futuras líneas de investigación y reflexión final

10.1 Recomendaciones para futuras líneas de investigación

Como propuestas de futuro y siguiendo con esta línea de investigación, sería recomendable indagar en la motivación y en por qué hoy en día solo algunas mujeres deciden una atención al parto no hospitalaria, para de ese modo adentrarnos en la construcción del imaginario social de nuestro contexto que contempla el parto como una situación de riesgo.

También sería interesante conocer los motivos que hacen que haya mujeres que pese a desear una atención no hospitalaria, no la acaben llevado a cabo e incluso no la lleguen ni a solicitar. Como se ha mencionado no se ha entrevistado ninguna mujer que haya dado a luz fuera del ámbito hospitalario, por lo que sería importante y adecuado el profundizar en las experiencias de estas mujeres.

Adicionalmente, sería conveniente conocer con mayor profundidad el significado de la utilización del plan de parto en la creación de las expectativas de las mujeres y la percepción que los sanitarios, en nuestro contexto socio-cultural, tienen de este documento.

Por otro lado, sería importante conocer la opinión de las mujeres en relación a los cambios e inversiones que se realizan en la infraestructura hospitalaria y que persiguen partos menos intervencionistas y más respetuosos con la fisiología de la mujer, de manera que se pueda determinar si son realmente útiles para ellas.

Asimismo, se debería seguir investigando en la satisfacción de la usuarias con los servicios prestados, y en cómo la vivencia del parto puede llegar a influir en la vida de los mujeres, en los recién nacidos y en la estructura familiar.

10.2 Reflexión final

Actualmente se considera que el cuidado basado en la evidencia y en el conocimiento científicamente sólido es un componente esencial en la atención humanizada al nacimiento; sin embargo, no deberíamos confundir el modelo de atención humanizado con un movimiento antitecnológico, ni con un regreso al pasado que implique una visión idealizada y romántica del parto tradicional.

Se debe recordar, que el parto humanizado es aquel en el que la mujer siente el apoyo de los profesionales sanitarios, se establece una buena relación profesional sanitario-mujer, el profesional se muestra cercano a las necesidades de la usuaria y en el cual la mujer siente que es tratada con respeto y teniendo en cuenta su opinión.

La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales sanitarios, para las instituciones e incluso para la sociedad. Las matronas, como profesionales de referencia en el control de la gestación y el cuidado de la parturienta y de la puérpera, deben basar sus conocimientos y prácticas en la evidencia científica y utilizar competencias ético-actitudinales como el respeto, la empatía y la escucha activa para situar a la mujer en el centro de la atención.

Capítulo 11. Financiación y difusión de los resultados de la investigación

11.1 Financiación

Este trabajo de investigación se inscribe en el proyecto de investigación FEM2012-33067 “Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial”, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, del cual la doctoranda ha sido investigadora y una de las directoras de la tesis Investigadora Principal.

11.2 Difusión de la investigación

Hasta la fecha actual, se ha iniciado un proceso de difusión de parte de los resultados obtenidos. Se describen a continuación los eventos científicos y las publicaciones realizadas.

11.2.1 Publicaciones

- 1) Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*. 2013;2:62–6.
- 2) Biurrun-Garrido A. Humanización de la asistencia al parto: respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones e implicaciones en la relación asistencial. In: Boladeras Cucurella M, editor. *Bioética del cuidar, ¿Qué significa humanizar la asistencia?* 1a ed. Madrid, España: Tecnos; 2015. p. 251–61.

Artículo por encargo, aceptado por la revista y pendiente de publicación:

- 3) Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización de la atención al parto. *Viure en Salut*. 111:17-8

Artículos redactados y en proceso de revisión o a punto de ser enviados para revisión:

- 4) Biurrun-Garrido A, Barrios M T, Gómez-Benito J, Goberna-Tricas J. Experience of childbirth and satisfaction with the attention received. A qualitative study about the meaning of humanized childbirth from the point of view of women.
- 5) Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A, Obregón-Gutiérrez N, Falcó-Pegueroles A, Terré-Rull C, Giménez-Segura, M C. Pain relief in labour: A qualitative study of women's perceptions towards their experience in decision-making.

11.2.2 Comunicaciones

- 1) **IV Congreso Internacional de Bioética Ética de las relaciones humanas. “¿Qué es humanizar la asistencia?”**. Organizado por La Red de Investigación de Bioética (REDIB) el Grupo SGR156. Grupo de investigación en Maternidad, tecnología y relación asistencial, que se celebró los días 7 y 8 de noviembre de 2013, en Barcelona.
Biurrun-Garrido, Ainoa. Humanización de la asistencia al parto: Respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones e implicaciones en la relación asistencial. Comunicación oral.
- 2) **I Congreso Internacional “Género, Ética y Cuidado” “Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial”**. Organizado por el grupo de Investigación SGR-156 eDOSIER (Estudis en Dona, Salut i Ética de la Relació Assistencial”), de la Universidad de Barcelona, que se celebró del 22 al 24 de mayo de 2014, en Barcelona.
Biurrun-Garrido, Ainoa. Humanización de la atención al nacimiento. Definición del concepto. Comunicación oral.
- 3) **II Congreso Internacional “Género, Ética y Cuidado” Humanización, Comunicación y Entorno Sanitario en atención al nacimiento**. Organizado por el grupo de Investigación SGR-156 eDOSIER (Estudis en Dona, Salut i

Ética de la Relació Assistencial”), de la Universidad de Barcelona, que se celebró del 14 al 16 de octubre de 2015, en Barcelona.

Biurrun-Garrido, Ainoa. La valoración por parte de las usuarias de la atención recibida durante el trabajo de parto. Comunicación oral

- 4) **XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados.** Organizado por Investén-ISCiii (Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Instituto de Salud Carlos III), celebrado del 15 al 18 de noviembre de 2016 en A Coruña. Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A, Vázquez-López E, Fernández-Fernández Arroyo M. El proceso de toma de decisiones en la elaboración del plan de parto. El punto de vista de las mujeres.

11.2.3 Póster en congresos

- 1) **I Congreso Asociación de Matronas de Euskadi XIII Congreso Federación de Asociaciones de Matronas de España de Ámbito Nacional. Celebrado del 23 al 25 de octubre de 2014, en Bilbao.**

Biurrun-Garrido A., Goberna-Tricas J., Garriga Comas N, Sala Figuls A., Quintero Navarro O., Miras Mira M.C. La Percepción de las Mujeres sobre la Calidad de las Asistencia en la Atención al Parto.

- 2) **IV Congreso de la *Associació Catalana de Llevadores (ACL)*, XV Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y 2nd Conference of the Southern European Region of International Confederation of Midwives (ICM).** Celebrado en la ciudad de Tarragona, los días 26, 27 y 28 de mayo de 2016.

Biurrun-Garrido A., Quintero Navarro O., Mamblona Vicente Felisa María., Carnicer Freijo E., Vidorreta Villoido E., Sala Figuls M. A., Goberna-Tricas J., Valoración de la Aportación del Plan de Parto y Nacimiento en el Hospital del Mar de Barcelona.

Capítulo 12. Referencias bibliográficas

1. Collière M-F. *Promouvoir la vie*. Paris, France: InterEditions; 1982. 391 p.
2. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75:S25–37.
3. Roland-Schwartz ML. *Birthing experience: feminism, symbolic interaction, and (re)defining birth [doctoral thesis]*. Oregon State University; 2007.
4. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75:S5–23.
5. Rodríguez Á. Hacia la humanización en salud. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2016 Aug 7;34(1):130.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAP_N_revision8marzo2015.pdf
7. Sánchez JA, Martínez Roche ME, Viguera MDN, Peña EB, López RM, Munárriz LÁ. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR Rev Antropol Iberoam*. 2012;7(2):225–47.
8. Goberna-Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento: la percepción de las mujeres. *Matronas profesión*. 2008;(1):5–10.
9. Defensor del Pueblo. Informe anual 2006 y debates en las Cortes Generales. Informe [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 11]. Available from: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/INFORME2006informe.pdf>
10. Goberna-Tricas J. Toma de decisiones en atención sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres. In: Boladeras Cucurella M, editor. *Bioética: La Toma de decisiones*. 1a ed. Capellades, España: Proteus; 2011. p. 325–52.
11. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;326(8452):436–7.
12. Umenai T, Wagner M, Page L., Faundes A, Rattner D, Dias M., et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *Int J Gynecol Obstet*. 2001 Nov;75(S1):S3–4.
13. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Ii M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Dec 27;10(1):25.
14. Katz Rothman B. *In labor: women and power in the birthplace*. 1991 Ed. New York, USA: W W Norton; 1991. 320 p.

15. Kitzinger S. *The Midwife challenge*. 2nd ed. London, United Kingdom: Pandora; 1991. 277 p.
16. Oakley A. *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*. 1st ed. Oxford, United Kingdom: B. Blackwell; 1984. 352 p.
17. Goberna-Tricas J. *Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. [tesi doctoral]. Universitat de Barcelona; 2009.
18. Montes Muñoz MJ. *Las culturas del nacimiento representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. [tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili; 2007.
19. Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
20. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3(3):CD004660.
21. Jordan B, Davis-Floyd R. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4th ed. Montreal, Canada: Waveland Press; 1993. 235 p.
22. Departament de Salut. *Protocol per l'assistència natural al part normal* [Internet]. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2007 [cited 2016 Oct 3]. p. 25. Available from: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/protocols_i_recomanacions/17_salut_maternoinfantil/documents_prof/protocolo_lassistencianatural_part.pdf
23. Santacruz Martín B. Parto a la carta. *Pediatría Atención Primaria*. 2012 Sep;14(55):193–4.
24. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations. *Trends in maternal mortality, 1990 to 2015* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 5]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf
25. Goberna-Tricas J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE, Rev Enfermería*. 2012;6(1).
26. You D, Hug L, Ejdemyr S, Beise J. *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 23]. p. 36. Available from: https://www.unicef.org/media/files/IGME_Report_Final2.pdf
27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre desarrollo humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza* [Internet]. 2003 [cited 2017 Jan 8]. p. 367. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2003_es.pdf

28. Botet Mussons F. Profesionales y cambio de modelo asistencial al nacimiento: visión desde la neonatología. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 137–42.
29. Oiberman A. Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*. 2005 Dec 1;5(0):115.
30. Su-Chen Kuo. Humanized childbirth. *Hu li za zhi J Nurs*. 2005;52.
31. Goberna-Tricas J. El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 41–53.
32. Pulz W, Morel M-F. Aux origines de l'obstétrique moderne en Allemagne (XVIe-XVIIIe siècle): accoucheurs contre matrones? *Rev Hist Mod Contemp*. 1996;43(4):593–617.
33. Sereno-Coló JA. Uso del fórceps en la obstetricia moderna I. Introducción. *Gac Médica México*. 1997;133(5):413–30.
34. Conde Fernández F. *Parteras, comadres, matronas evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. Arrecife, Lanzarote: Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote; 2011.
35. Dunn PM. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. *Arch Dis Child*. 1991 Jan 1;66(1 Spec No):78–9.
36. Mauriceau F. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées; Tome premier*. 7^a edición. Paris, France: Compagnie des Libraires; 1740.
37. Fuentes Caballero MT. *Costumbres privadas e interés público: la lactancia materna en la literatura médica de divulgación*. Barcelona, 1880-1890. *Dynamis Acta Hisp ad Med Sci Hist Illus*. 1996;16:369–97.
38. Coll i Bofill J, Balmas Planas J. *Reglamentación de la lactancia mercenaria en Barcelona*. Barcelona, España: Impr. de J. Balmas Planas; 1890.
39. Alemany Anchel MJ. *Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos*. [tesis doctoral]. Universitat de València; 2014.
40. Ortiz Gómez T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal*. 1999;6(1):55–79.
41. Tortajada M, Gironés R. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid, España: Panamericana; 2003. 456-61 p.
42. Miranda C M, Navarrete T L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Rev Chil infectología*. 2008 Feb;25(1):54–7.
43. Ortiz Gómez T, Sánchez D. La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. In: Ballarín P, Martínez C, editors. *Del patio a la plaza Las mujeres en las*

- sociedades mediterráneas. Granada, España: Universidad de Granada; 1995. p. 239–46.
44. Fuenzalida C J, Carvajal C JA. Manejo de la embarazada con isoimmunización por anticuerpos irregulares. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(4):315–22.
 45. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 5]. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
 46. Foradada CM. La cesárea. ¿Demasiadas o demasiado pocas? *Folia Clínica en Obstet y Ginecol.* 2002;33:1–66.
 47. Boladeras Cucurella M. Maternidad responsable: autonomía personal y reconocimiento de deberes. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario.* 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 59–70.
 48. Money J, Hampson JG, Hampson JL. An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bull Johns Hopkins Hosp.* 1955 Oct;97(4):301–19.
 49. Lucas Matheu M. *Sed de piel ¿feminizar el futuro?* 1a ed. Madrid, España: Psimática; 2009.
 50. Hernández García Y. Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas Rev Crítica Ciencias Soc y Jurídicas.* 2006;13(1).
 51. Falcó Martí R. La arqueología del género: Espacios de mujeres, mujeres con espacio [Internet]. Alicante; 2003 [cited 2017 Feb 5]. Available from: <https://ieg.ua.es/es/documentos/publicaciones/cuadernos-de-trabajos-de-investigacion/6-arqueologia-del-genero.pdf>
 52. Jackson S, Scott S. Sexual Antinomies in Late Modernity. *Sexualities.* 2004 May;7(2):233–48.
 53. Sánchez López M del P. *Mujer y salud: familia, trabajo y sociedad.* Madrid, España: Díaz de Santos; 2003. 240 p.
 54. Feito Grande L. Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global. In: de La Torre Díaz FJ, editor. *Mujer, mujeres y bioética.* Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas; 2010. p. 19–59.
 55. Kabeer N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. *Dev Change.* 1999 Jul;30(3):435–64.
 56. González Salgado S. Tratamiento del parto por la cultura de masas. Implicaciones. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario.* 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 219–

211.

57. Walsh DJ. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociol Health Illn.* 2010 Mar;32(3):486–501.
58. Perdiguero Gil E, Bernabeú Mestre J. Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana. El papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración. De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. Madrid, España: Complutense; 1997. 55-66 p.
59. Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 Sep 6;293(6547):585–7.
60. Montes Muñoz MJ. Rituales femeninos. Hacia la maternidad. *Rev ROL enfermería*. 1999;22(12):863–72.
61. Néstor E, Ojeda S. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil. *Bol Sanit Panam*. 1982;92(6).
62. World Health Organization. Risk Factors [Internet]. [cited 2017 Apr 27]. Available from: http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
63. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006 Dec;20:66–71.
64. Fernández-Bardón R, Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2005 [cited 2016 Sep 5]. p. 277. Available from: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/material_de_suport/documents/protseguir20
65. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó [Internet]. Direcció General de Salut Pública; 2003 [cited 2016 Oct 22]. p. 181. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203/protocol_assistencia_part_puerperi_atencio_nado_2003.pdf?sequence=1
66. Bensaïd N. La luz médica: las ilusiones de la prevención. Barcelona, España: Herder; 1986. 223 p.
67. Taussig M. Un gigante en convulsiones: El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Barcelona, España: Gedisa; 1995. 264 p.
68. Puy Rodríguez A. Aceptabilidad social de los riesgos. *Estud Psicol*. 1995;(53):97–111.
69. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health Risk Soc*. 2014 Jan 2;16(1):51–67.

70. Scamell M, Stewart M. Time, risk and midwife practice: the vaginal examination. *Health Risk Soc.* 2014 Jan 2;16(1):84–100.
71. Van Wagner V. Risk talk: Using evidence without increasing fear. *Midwifery.* 2016 Jul;38:21–8.
72. Juan M. Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. *Reis Rev Española Investig Sociológicas.* 1991;(53):29–51.
73. Illich I. *Nemesis médica: La expropiación de la salud.* Barcelona, España: Barral; 1975.
74. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde Diplomatique.* 1999;28.
75. Misago C, Umenai T, Onuki D, Haneda K, Wagner M. Humanised maternity care. *Lancet (London, England).* 1999 Oct 16;354(9187):1391–2.
76. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From “culture of dehumanization of childbirth” to “childbirth as a transformative experience”: changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynecol Obstet.* 2001 Nov;75(S1):S67–72.
77. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Rev Redbioética/UNESCO.* 2013;1(7):25–34.
78. Olza Fernández I. ¿Es posible humanizar la atención al parto? Una reflexión sobre la violencia en el medio sanitario. *Trab Soc y salud, ISSN 1130-2976, N° 59, 2008, págs 233-246.* 2008;(59):233–46.
79. Delgado Rodríguez J. Vulnerabilidad y fragilidad. La importancia de los vínculos. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario.* 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 91–100.
80. Camacaro Cuevas MC. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico? Improntas de la praxis obstétrica. *Rev Venez Estud la mujer.* 2009;14(32):147–62.
81. Alvarado Rigores M, Guerra N. La violencia de género un problema de salud pública. *Interacción y Perspect Rev Trab Soc.* 2011;2(2):97–106.
82. Casal-Moros N, Alemany-Anchel MJ. Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enferm (Gran).* 2014;23(12):61–4.
83. Amorós C. *Hacia una crítica de la razón patriarcal.* 2nd ed. Barcelona, España: Anthropos; 1991. 331 p.
84. United Nations. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. 1979 [cited 2017 May 3]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
85. United Nations. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. 1993 [cited 2017 May 3]. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.as>

px

86. United Nations. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Resoluciones aprobadas por la conferencia [Internet]. 1995 [cited 2015 May 3]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA S.pdf>
87. Organización de los Estados Americanos. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención de Belem Do Para. [Internet]. 1995 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf
88. The World Conference on Human Rights. Vienna Declaration and Programme of Action. Vol. 25. UN General Assembly; 1993.
89. United Nations General Assembly. Universal declaration of human rights [Internet]. 1948 [cited 2016 Sep 18]. Available from: www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/
90. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights [Internet]. 2005 [cited 2017 Jan 19]. Available from: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
91. Butler J, Rodríguez F. Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. 1a ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 2006. 192 p.
92. Vázquez Verdera V. La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings. [tesis doctoral]. Universitat de València; 2009.
93. Baier A. Moral prejudices: essays on ethics. 2nd Printi. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1995. 369 p.
94. Matute Albo JI. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. *Med Natur.* 2006;(10):55–9.
95. Goberna-Tricas J. Humanización y tecnificación en asistencia sanitaria al nacimiento: atención centrada en la mujer. In: Boladeras Cucurella M, editor. *Bioética del cuidar, ¿Qué significa humanizar la asistencia?* Tecnos; 2015. p. 69–86.
96. Brusco A. Humanización de la Asistencia al Enfermo. Santander, España: Sal Terrae; 1999. 141 p.
97. World Health Organization. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 17]. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
98. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev.* 2001 Feb 17;12(1):23–39.
99. Department of Health. Changing childbirth: Report of the expert maternity group. London: HMSO, Crown Copyright; 1993.
100. McIntosh T, Hunter B. “Unfinished business”? Reflections on Changing Childbirth 20 years on. Vol. 30, *Midwifery.* 2014.

101. House of Commons. Health Committee. Choice in Maternity Services. Ninth Report of Session 2002–03. Volume I: Report, together with formal minutes [Internet]. 2003 [cited 2016 Oct 19]. Available from: <https://www.publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/796/796.pdf>
102. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's Satisfaction with Their Involvement in Health Care Decisions During a High-Risk Pregnancy. *Birth*. 2003 Jun;30(2):109–15.
103. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. In: Henderson S, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
104. Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra; 1996.
105. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York, United States of America: Oxford University Press; 2013. 459 p.
106. Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 41/2002 España: Boletín Oficial del Estado; 2002.
107. Rossignol M, Moutquin J-M, Boughrassa F, Bedard M-J, Chaillet N, Charest C, et al. Preventable Obstetrical Interventions: How Many Caesarean Sections Can Be Prevented in Canada? *J Obstet Gynaecol Canada*. 2013;35(5):434–43.
108. Liu Y, Wang X, Zou L, Ruan Y, Zhang W. An analysis of variations of indications and maternal-fetal prognosis for caesarean section in a tertiary hospital of Beijing. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Feb;96(7):e5509.
109. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Rev Int Éticas Apl Dilemata*. 2015;18:13–26.
110. Baumbusch JL. Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field. *J Adv Nurs*. 2011 Jan;67(1):184–92.
111. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! Informe sobre la salud en el mundo 2005 [Internet]. 2005 [cited 2017 Feb 17]. Available from: www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
112. Ministerio de Sanidad SS e I. Sistema Nacional de Salud. España 2012. [Internet]. Madrid; 2012 [cited 2017 Mar 4]. p. 54. Available from: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>
113. Lázaro P, Pozo F, Ricoy JR. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de la Salud: II. Investigación en servicios de salud. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(2):67–76.
114. Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Aff*. 1984;3(2):6–32.

115. Sackett DL. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 2000.
116. Ruiz de Adana Pérez R. Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria. 3a ed. Madrid, España: Díaz de Santos; 2002.
117. Tájer CD. Haciendo posible el debate sobre la medicina basada en evidencias. *Rev Argent Cardiol.* 2010;78(5).
118. Cadena Estrada JC, Olvera Arreola SS, Pérez López MT, Balseiro Almario CL, Matus Miranda R. Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud. *Enfermería Univ.* 2012;9(3):15–24.
119. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *An Sist Sanit Navar.* 2003;26(1):11–26.
120. Meyer S. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *J Adv Nurs.* 2013 Jan;69(1):218–28.
121. Viisainen K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med.* 2001 Apr;52(7):1109–21.
122. Cheung W, Ip W-Y, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery.* 2007 Jun;23(2):123–30.
123. Oweis A. Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Pract.* 2009 Dec;15(6):525–33.
124. Hildingsson I, Rådestad I, Lindgren H. Birth Preferences that Deviate from the Norm in Sweden: Planned Home Birth versus Planned Cesarean Section. *Birth.* 2010 Dec;37(4):288–95.
125. Esposito NW. Marginalized women's comparisons of their hospital and freestanding birth center experiences: a contrast of inner-city birthing systems. *Health Care Women Int.* 1999 Mar;20(2):111–26.
126. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Dec 24;16(1):372.
127. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007 Dec 26;7(1):26.
128. Ford E, Ayers S, Wright DB. Measurement of Maternal Perceptions of Support and Control in Birth (SCIB). *J Women's Heal.* 2009 Feb;18(2):245–52.
129. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs.* 2010 Oct;66(10):2142–53.
130. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an

- evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009 Apr;25(2):49–59.
131. Ayers S, Pickering AD. Women's expectations and experience of birth. *Psychol Heal*. 2005;20(1):79–92.
 132. Green JM. Commentary: What Is This Thing Called "Control"? *Birth*. 1999 Mar;26(1):51–2.
 133. Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol*. 1993 Nov;32 (Pt 4):469–83.
 134. Garthus-Niegel S, Størksen HT, Torgersen L, Von Soest T, Eberhard-Gran M. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire – a factor analytic study. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2011 Sep 20;32(3):160–3.
 135. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol*. 2000 Mar;39 (Pt 1):35–51.
 136. Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Jun;27(2):99–105.
 137. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2005;12(6):373–84.
 138. Callister LC, Khalaf I, Semenic S, Kartchner R, Vehvilainen-Julkunen K. The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women. *Pain Manag Nurs*. 2003 Dec;4(4):145–54.
 139. Perla L. Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *J Nurs Care Qual*. 2002 Jan;16(2):60–6.
 140. Vázquez Soto MC. Analgesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo. Ceuta; 2012.
 141. Zafra Pedone, Juan Carlos Calvache España JA. Analgesia epidural para el trabajo de parto. *latreia*. 2008;21(4):355–63.
 142. Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. *Enfermería de la mujer*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería; 2009.
 143. La Biblia. Génesis. Capítulo III. Versículo 16.
 144. Casillas-Sánchez B, Zepeda-López V. Analgesia Obstétrica Moderna. *Anest en México*. 2009;21(1).
 145. Vander A. Parto sin dolor: El moderno método recomendado por los especialistas para lograr un embarazo y un parto fáciles y sin trastornos. Barcelona, España: Adrián Vander Put; 1981. 200 p.
 146. Winston C, Parris L. Historia de la medicina del dolor. In: Raj PP, editor. *Tratamiento Práctico del dolor*. Madrid, España: Harcourt; 2000.
 147. López Timoneda F. Analgesia y anestesia obstétrica. In: Cabero Roura L, editor. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina Reproductiva*. Madrid, España:

- Editorial Panamericana; 2003. p. 447–55.
148. Halpern SH, Abdallah FW. Effect of labor analgesia on labor outcome. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2010 Jun;23(3):317–22.
 149. Eugenio Canessa B, Rodrigo Añazco G, Jorge Gigoux M, Jorge Aguilera S. Anestesia para el trabajo de parto. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2014 Nov;25(6):979–86.
 150. Bravo V P, Uribe T C, Contreras M A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(3):179–84.
 151. Brodsky PL. Childbirth: A Journey Through Time. *Int J Childbirth Educ.* 2006;21(3).
 152. Fahy K. An Australian history of the subordination of midwifery. *Women and Birth.* 2007 Mar;20(1):25–9.
 153. Valdés V, Morlans X. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *REV CHIL Obs GINECOL.* 2005;70(702):108–12.
 154. Sauls DJ. Effects of Labor Support on Mothers, Babies, and Birth Outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002 Nov;31(6):733–41.
 155. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. In: Hodnett ED, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
 156. Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. *J Midwifery Women's Heal Heal.* 2004 Feb;49(1):24–31.
 157. Santiago Negrón M de L, González Calderón SM, Nolasco Santiago M. Ley Núm 156 del 10 de Agosto de 2006. Ley de Acompañamiento durante el trabajo de parto, Nacimiento y Post-Parto. Puerto Rico: Oficina de Servicios Legislativos de Puerto Rico; 2006.
 158. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones [Internet]. 2009 [cited 2017 Mar 2]. p. 233. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
 159. Lundgren I, Dahlberg K. Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery.* 2002 Jun;18(2):155–64.
 160. Maher J. Midwife interactions with birth support people in Melbourne, Australia. *Midwifery.* 2004 Sep;20(3):273–80.
 161. Spear HJ. Policies and Practices for Maternal Support Options during Childbirth and Breastfeeding Initiation After Cesarean in Southeastern Hospitals. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Sep;35(5):634–43.
 162. Dunne CL, Fraser J, Gardner GE. Women's perceptions of social support during labour: Development, reliability and validity of the Birth Companion Support Questionnaire. *Midwifery.* 2014 Jul;30(7):847–52.

163. Lock LR, Gibb HJ. The power of place. *Midwifery*. 2003 Jun 1;19(2):132–9.
164. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Barcelona, España: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
165. Lederman RP, Lederman E, Work B, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. *Am J Obstet Gynecol*. 1985 Dec 15;153(8):870–7.
166. Simkin P. The Experience of Maternity in a Woman's Life. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996 Mar;25(3):247–52.
167. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*. 2015;4:6.
168. Chang S-C, Chen C-H. The application of music therapy in maternity nursing. *Hu Li Za Zhi*. 2004 Oct;51(5):61–6.
169. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs*. 2003 Jun;4(2):54–61.
170. Schuiling KD, Sampsel CM. Comfort in Labor and Midwifery Art. *Image J Nurs Scholarsh*. 1999 Mar;31(1):77–81.
171. Waldenström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 Apr;104(4):410–8.
172. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. In: Hodnett ED, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005.
173. Byrne JP, Crowther CA, Moss JR. A randomised controlled trial comparing birthing centre care with delivery suite care in Adelaide, Australia. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2000 Aug;40(3):268–74.
174. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. In: Hodnett ED, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005. p. CD000012.
175. Muñoz Portela S. Relato de Prácticas de Naturaleza Profesional. Prestación de cuidados de calidad ofrecidos por la comadrona durante la Fase de Latencia [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 3]. p. 88. Available from: [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11431/1/SARA MUÑOZ PORTELA.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11431/1/SARA_MUÑOZ_PORTELA.pdf)
176. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Tiberio Hernandez J, Uriza F, Villegas J, et al. Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. *Pediatrics*. 2017;139(1).
177. Furman L. Kangaroo Mother Care 20 Years Later: Connecting Infants and Families. *Pediatrics*. 2017;139(1).
178. Trejo Delarbre R. Vivir en la Sociedad de la Información. Orden global y dimensiones locales en el universo digital. *Rev Iberoam Ciencia, Tecnol y Soc*.

2001;1.

179. Sánchez Casal MI. Episiotomía versus Desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente*. 2012;97:27–32.
180. Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Med*. 2014;17(2):53–7.
181. Rengel Díaz C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas - Sumarios - FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España. *Matronas Prof*. 2011;12(3):82–9.
182. Rodríguez Artalejo F, Ortún Rubio V. Los protocolos Clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1990;95(8).
183. Servei Català de la Salut. Memòria del CatSalut 2015 [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 20]. p. 224. Available from: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2015/memoria_catsalut_2015_integra.pdf
184. Muñoz Sellés E. Teràpies complementaries i alternatives en l'atenció al part: implantació i ús en els hospitals acreditats per a l'atenció natural al part normal i formació de les llevadores que hi donen assistència [tesi doctoral]. Universitat de Barcelona; 2014.
185. Pope R, Graham L, Patel S. Woman-centred care. *Int J Nurs Stud*. 2001 Apr;38(2):227–38.
186. Johnson M, Stewart H, Langdon R, Kelly P, Yong L. Women-centred care and caseload models of midwifery. *Collegian*. 2003 Jan;10(1):30–4.
187. Maputle MS, Donavon H. Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *Curationis*. 2013 May 27;36(1):E1-8.
188. Umenai T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2–4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. Vol. 75, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001. p. S1–2.
189. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*. 2013;2:62–6.
190. Santos OM., Siebert ER. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75:S73–9.
191. Diaz-Tello F, Paltrow LM. *Birth Justice as Reproductive Justice*. 2010.
192. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Heal Care Philos*. 2010 Feb 11;13(1):49–58.
193. Van Teijlingen ER. *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*. New York, United States of America: Nova Science Publishers, Inc; 2004.

194. Akrich M, Leane M, Roberts C, Arriscado Nunes J. Practising childbirth activism: A politics of evidence. *Biosocieties*. 2014 Jun;9(2):129–52.
195. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Nov 11;13:205.
196. Allaire Y, Firsirotu ME. Theories of Organizational Culture. *Organ Stud*. 1984 Jan 1;5(3):193–226.
197. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 2016 Aug 26;6(8):e011362.
198. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa AC de P, Martins DP, et al. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*. 2016 Dec;69(6):1091–8.
199. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioeth*. 2012 Jun;18(1):121–7.
200. Oliva Linares JE, Bosch Salado C, Carballo Martínez R, Fernández-Britto Rodríguez JE. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Cuba Investig Biomédicas*. 2001;20(2):150–8.
201. Busquets Surribas M. La autonomía relacional. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 83–90.
202. Committee on Bioethics of the Council of Europe. *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*. 2014.
203. Biurrun-Garrido A. Humanización de la asistencia al parto: respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones e implicaciones en la relación asistencial. In: Boladeras Cucurella M, editor. *Bioética del cuidar, ¿Qué significa humanizar la asistencia?* 1a ed. Madrid, España: Tecnos; 2015. p. 251–61.
204. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. In: Couceiro Vidal A, editor. *Bioética para clínicos*. 1a ed. Madrid, España: Editorial Triacastela; 1999. p. 109–26.
205. Feito Grande L. Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 71–80.
206. Piperberg M. Modelos de relación asistencial. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 101–11.
207. Rogers W, Mackenzie C, Dodds S. Why bioethics needs a concept of

- vulnerability. *Int J Fem Approaches Bioeth.* 2012;5(2):11.
208. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29:7–17.
 209. Busquets Surribas M. Salud, cuidados y autonomía. In: Bellver Capella V, editor. *Bioética y cuidados de enfermería Vol 1: Aproximación Teórica.* 1a ed. Valencia, España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA; 2014. p. 183–98.
 210. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine [Internet]. 1997 [cited 2017 Apr 27]. Available from: <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>
 211. Reino de España. Constitución Española (1978). España: Boletín Oficial del Estado; 1978.
 212. Gobierno de España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. España: Boletín Oficial del Estado; 1986.
 213. Ministerio de Sanidad Política Social e igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 8]. p. 213. Available from: www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf
 214. Hasenmiller R. Do Birth Plans influence Childbirth Satisfaction? *Frontier School of Midwifery & Family Nursing.* 2001.
 215. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Klufftinger A m. y., Lohn Z o. e., Buhler K. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2013 Nov;35(11):979–85.
 216. Penny Simkin P. Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth.* 2007 Mar;34(1):49–51.
 217. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth Education and Birth Plans. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008 Sep;35(3):497–509.
 218. Grupo de trabajo creado en el seno de los Comités institucional y técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 3]. p. 26. Available from: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
 219. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth.* 2016 Jun;43(2):144–50.
 220. Kaufman T. Evolution of the birth plan. *J Perinat Educ.* 2007;16(3):47–52.
 221. Reynolds JL. Remedy for the birth plan headache. *Can Med Assoc J.* 1987 Nov 1;137(9):786.
 222. Nichols FH, Humenick SS. *Childbirth education : practice, research and theory.* 2nd ed. Philadelphia, United States of America: Saunders; 2000. 731 p.

223. Peiró-Pérez R, Alvarez-Dardet C, Mas R, Aviño D, Talavera M, Torremocha X, et al. Mapping the awareness of inequalities in health programs in Spanish communities: moving forward together. *Health Educ Res.* 2012;27(4):704–16.
224. AfsharYalda, Mei Jenny, Gregory Kimberly. Birth Plans: Birth Preferences or Labor Manifesto. *Gynecol Obstet Case Rep.* 2016;2.
225. Welsh J V., Symon AG. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery.* 2014 Jul;30(7):885–91.
226. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth.* 1991 Dec;18(4):203–10.
227. Green JM, Coupland VA, Kitzinger J V. Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth.* 1990 Mar;17(1):15–24.
228. Perez PGP, Capitulo KL. Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2005;30(5):288–9.
229. Pennell A, Salo-Coombs V, Herring A, Spielman F, Fecho K. Anesthesia and Analgesia-Related Preferences and Outcomes of Women Who Have Birth Plans. *J Midwifery Womens Health.* 2011 Jul;56(4):376–81.
230. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, García SG. Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans. *Birth.* 2007 Mar;34(1):42–8.
231. Lothian JA. The birth plan revisited. *J Perinat Educ.* 2000;9(2):viii–xi.
232. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health.* 2003;48(5):322–8.
233. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Emilia Martínez-Roche M. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(3):520–6.
234. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, et al. Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth.* 2014 Sep;41(3):283–9.
235. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(3):520–6.
236. Mira JJ, Aranaz J. Patient satisfaction as an outcome measure in health care. *Med Clin (Barc).* 2000;114(3):26–33.
237. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2001;16:276–9.
238. Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ.* 2010;341.

239. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004 Apr;46(2):212–9.
240. Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with Childbirth: Theories and Methods of Measurement. *Birth*. 1993 Mar;20(1):22–9.
241. Linder-Pelz S, Struening EL. The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. *J Community Health*. 1985 Mar;10(1):42–54.
242. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S160-72.
243. Weisman E, Koch N. Special patient satisfaction issue. *QRB Qual Rev Bull*. 1989 Jun;15(6):166–7.
244. Redshaw M. Women as Consumers of Maternity Care: Measuring “Satisfaction” or “Dissatisfaction”? *Birth*. 2008 Mar;35(1):73–6.
245. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006 Jan;85(5):551–60.
246. Wilde-Larsson B, Larsson G, Kvist LJ, Sandin-Bojö A-K. Womens' opinions on intrapartum care: development of a theory-based questionnaire. *J Clin Nurs*. 2009 Sep 4;19(11–12):1748–60.
247. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997 Dec;45(12):1829–43.
248. Britton JR. The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2012 Jun 3;33(2):37–44.
249. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns*. 2005 Jun;57(3):342–9.
250. Agu KA, Oqua D, Agada P, Ohiaeri SI, Adesina A, Abdulkareem MH, et al. Assessment of satisfaction with pharmaceutical services in patients receiving antiretroviral therapy in outpatient HIV treatment setting. *Int J Clin Pharm*. 2014 Jun 16;36(3):636–47.
251. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De la Villa-Santoveña M, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Vegas-Pardavila E. Factores sociodemográficos y satisfacción con la atención recibida en mujeres con cáncer de mama. Estudio multicéntrico. *Rev Calid Asist*. 2012 Jan;27(1):30–7.
252. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*. 2002 Dec;18(4):260–7.
253. Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982;16(5):577–82.
254. Doering SG, Entwisle DR, Quinlan D. Modeling the Quality of Women's Birth Experience. *J Health Soc Behav*. 1980 Mar;21(1):12.

255. Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*. 2005 Mar;21(1):23–35.
256. Melender H. What Constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women. *J Midwifery Womens Health*. 2006 Sep;51(5):331–9.
257. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. 2001 Dec;17(4):302–13.
258. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 2007 Sep;23(3):235–47.
259. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sex Reprod Healthc*. 2010 Feb;1(1):21–6.
260. Klein MC, Liston R, Fraser WD, Baradaran N, Hearps SJC, Tomkinson J, et al. Attitudes of the New Generation of Canadian Obstetricians: How Do They Differ from Their Predecessors? *Birth*. 2011 Jun;38(2):129–39.
261. Hollins Martin C, Fleming V. The birth satisfaction scale. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011 Feb 8;24(2):124–35.
262. Goberna-Tricas J, Banús-Giménez MR, Palacio-Tauste A, Linares-Sancho S. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*. 2011 Dec;27(6):e231–7.
263. Smith LFP. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Heal Care*. 2001 Mar 1;10(1):17–22.
264. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*. 2008 Mar 14;6:7.
265. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 Jan;37(1):24–34.
266. Williams CE, Povey RC, White DG. Predicting women's intentions to use pain relief medication during childbirth using the Theory of Planned Behaviour and Self-Efficacy Theory. *J Reprod Infant Psychol*. 2008 Aug;26(3):168–79.
267. Uribe T C, Contreras M A, Villarroel D L, Rivera M S, Bravo V P, Cornejo A M. Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73(1):4–10.
268. Janssen PA, Dennis C-L, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: Measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health*. 2006 Feb;29(1):51–60.
269. Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of Mackey childbirth satisfaction

- rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Apr 16;16:78.
270. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carregu -Vilar S, Ib -nez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escrib -Ag -ir V. Satisfacci -n de las mujeres con la experiencia del parto: validaci -n de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*. 2012;26(3):236–42.
 271. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 May 8;13:108.
 272. Rudman A, El-Khoury B, Waldenstr -m U. Women’s satisfaction with intrapartum care ? a pattern approach. *J Adv Nurs*. 2007 Sep;59(5):474–87.
 273. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Dec 10;10(1):81.
 274. Vivanco Montes ML, Sol -s Mu -noz M, Magdaleno del Rey G, Rodr -guez Ferrer RM,  -lvarez Plaza C, Mill -n Santos I, et al. Adaptaci -n cultural y validaci -n al espa -ol de la escala COMFORTS de satisfacci -n de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. *Metas de enfermer -a*. 2012;15(2):18–26.
 275. Mar -n-Morales D, Carmona-Monge FJ, Pe -nacoba-Puente C, Olmos Albacete R, Toro Molina S. Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire. *Midwifery*. 2013 Dec;29(12):1339–45.
 276. Floris L, Mermillod B, Chastonay P. Traduction et validation en langue fran -aise d’une  -chelle multidimensionnelle  -valuant le degr - de satisfacci -n, lors de l’accouchement. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010 Feb;58(1):13–22.
 277. Benjumea C de la C. Caracter -sticas de la investigaci -n cualitativa y su relaci -n con la enfermer -a. *Investig y Educ en Enfermer -a*. 2013;15(2).
 278. Vall -s MS. T -cnicas Cualitativas de Investigaci -n Social. Reflexi -n metodol -gica y pr -ctica profesional. Madrid, Espa -a: S -ntesis Sociolog -a; 2014.
 279. Amezcua M, Toro AG. Los modos de an -lisis en investigaci -n cualitativa en salud: Perspectiva cr -tica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:423–36.
 280. Castillo Espitia E. La fenomenolog -a interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fen -menos humanos. *Investig y Educ en Enfermer -a*. 2000;XVIII(1):27–35.
 281. Earle V. Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology’s uses in nursing. *Nurs Philos*. 2010 Sep 1;11(4):286–96.
 282. Matua GA, Van Der Wal DM. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurse Res*. 2015 Jul 14;22(6):22–7.
 283. Lopez KA, Willis DG. Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their

- Contributions to Nursing Knowledge. *Qual Health Res.* 2004 May 1;14(5):726–35.
284. De La Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investig.* 2006;25.
285. Matua GA. Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. *Nurse Res.* 2015 Mar 18;22(4):30–4.
286. Dowling M, Kevern J, Halling S, Hallberg IR. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud.* 2007 Jan;44(1):131–42.
287. Zichi Cohen M, Omery A. Escuelas de fenomenología. Implicaciones para la investigación. In: Morse JM, editor. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* 1a ed. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003. p. 160.
288. Solano Ruiz M del C. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cult los Cuid.* 2006;16:5–6.
289. Langdrige D. Phenomenology and Critical Social Psychology: Directions and Debates in Theory and Research. *Soc Personal Psychol Compass.* 2008 May;2(3):1126–42.
290. Heidegger M. *Being and Time.* A translation of *Sein und Zeit.* New York: SUNY Series in Contemporary Continental Philosophy; 1996. 487 p.
291. Finlay L. Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenol Pract.* 2009;3(1):6–25.
292. Gadamer H-G. *Truth and Method.* 2nd ed. London (United Kingdom): Sheed and Ward; 1989.
293. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nurs Inq.* 2003 Jun;10(2):113–20.
294. Van Manen M. *Researching lived experiences.* Albany: State University of New York Press; 1990.
295. Walsh K. Philosophical hermeneutics and the project of Hans Georg Gadamer: implications for nursing research. *Nurs Inq.* 1996 Dec 1;3(4):231–7.
296. Edwards E. *A Phenomenological Analysis of Women's Choices, Expectations and Experiences when Intending to Give Birth in a Birth Centre.* [doctoral thesis]. University of Glamorgan; 2009.
297. Fontana A, Frey J. The Interview, from neutral stance to political involvement. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The Sage handbook of qualitative research.* 3rd ed. California, United States of America: Sage; 2005. p. 695–727.
298. Lucca Irizarry N, Berríos Rivera R, González y González E, Lincoln YS. *Investigación cualitativa: fundamentos, diseños y estrategias.* 1a ed. Cataño, Puerto Rico: Ediciones SM; 2009. 623 p.

299. Vargas-Jiménez I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Rev Calid en la Educ Super.* 2012;3(1):119–39.
300. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage handbook of qualitative research.* 4th ed. California, United States of America: Sage; 2011. 766 p.
301. Fontana A, Frey JH. The Interview, from neutral stance to political involvement. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The Sage handbook of qualitative research.* 3rd ed. California, United States of America: Sage; 2005. p. 695–727.
302. Carballo RF. La entrevista en la investigación cualitativa. *Pensam Actual.* 2001;2(3):14–21.
303. Gurdián-Fernández A. *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa.* 1a ed. San José, Costa Rica: Editorial UCR; 2010. 269 p.
304. Wimpenny P, Gass J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *J Adv Nurs.* 2000;31(6):1485–92.
305. Vandermause RK, Fleming SE. Philosophical Hermeneutic Interviewing. *Int J Qual Methods.* 2011 Dec 1;10(4):367–77.
306. Høiseth M, Keitsch MM. Using Phenomenological Hermeneutics to Gain Understanding of Stakeholders in Healthcare Contexts. *Int J Des.* 2015;9(3):33–45.
307. Louise Barriball K, While A. Collecting data using a semi-structured interview: a discussion paper. *J Adv Nurs.* 1994 Feb 1;19(2):328–35.
308. Sjöblom I, Nordström B, Edberg A-K, Wollin L, Uvnäs-Moberg K. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery.* 2006 Dec;22(4):348–55.
309. Hunter LP. A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. *Midwifery.* 2008;24(4):405–15.
310. Barr JA. Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study. *Int J Nurs Stud.* 2008 Mar;45(3):362–9.
311. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery.* 2009 Apr;25(2):e1–9.
312. Kuo S-C, Wu CJ, Mu P-F. Taiwanese women's experiences of hospital midwifery care: a phenomenological study. *Midwifery.* 2010 Aug;26(4):450–6.
313. Lavender T, Platt MJ, Tsekiri E, Casson I, Byrom S, Baker L, et al. Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes. *Midwifery.* 2010;26(6):589–95.
314. Fleming SE, Vandermause R. Grand Multiparae's Evolving Experiences of Birthing and Technology in U.S. Hospitals. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011 Nov 1;40(6):742–52.
315. Howarth AM, Swain NR, Treharne GJ. First-time mothers' perspectives on

- relationships with and between midwives and doctors: Insights from a qualitative study of giving birth in New Zealand. *Midwifery*. 2012 Aug;28(4):489–94.
316. Miles M, Chapman Y, Francis K, Taylor B. Midwives experiences of establishing partnerships: Working with pregnant women who use illicit drugs. *Midwifery*. 2014 Oct;30(10):1082–7.
 317. Seo JY, Kim W, Dickerson SS. Korean Immigrant Women's Lived Experience of Childbirth in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014 May;43(3):305–17.
 318. Lavender T, Logan J, Cooke A, Lavender R, Mills TA. "Nature makes you blind to the risks": An exploration of womens' views surrounding decisions on the timing of childbearing in contemporary society. *Sex Reprod Healthc*. 2015;6(3):157–63.
 319. Bedwell C, McGowan L, Lavender DT. Factors affecting midwives' confidence in intrapartum care: A phenomenological study. *Midwifery*. 2015 Jan;31(1):170–6.
 320. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2010 Apr;21(2):68–73.
 321. Patton MQ. *Qualitative evaluation methods*. Beberly Hills: Sage Publications; 1980. 381 p.
 322. Thomson G, Dykes F, Downe S. *Qualitative research in midwifery and childbirth phenomenological approaches*. New York: Routledge; 2011. 244 p.
 323. Crist J, Tanner C. Interpretation/Analysis Methods in Hermeneutic Interpretive Phenomenology. *Nurs Res* . 2003;52(3):202–5.
 324. Laza Vasquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. The phenomenology of the study of the experience of high-risk pregnancy. *Enfermería Glob*. 2012;11(28):295–305.
 325. Cook K, Loomis C. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *J Perinat Educ*. 2012;21(3):158–68.
 326. Ruiz Olabuénaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. 5th ed. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 2012. 342 p.
 327. Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction; 1967.
 328. Alameda Cuesta A, Pazos Garciandía Á. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Publica*. 2009 Dec;83(6):863–75.
 329. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. London: Sage Publications; 2002. 598 p.
 330. Boladeras Cucurella M. *Bioética del cuidar, ¿Qué significa humanizar la asistencia?* Tecnos; 2015.

331. World Health Organization. Early marriages, adolescent and young pregnancies [Internet]. Sixty-Fifth World Health Assembly. A65/13. 2012 [cited 2016 Nov 20]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf?ua=1
332. Beck S, Wojdyla D, Say L, Bertran AP, Merialdi M, Harris Requejo J, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity [Internet]. Bulletin of the World Health Organization. Past issues Volume 88. Number 1. World Health Organization; 2010 [cited 2017 Feb 3]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/>
333. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. L'Hospitalet de Llobregat, España: Paidós; 1987.
334. Varguillas C. El uso de ATLAS.TI y la creatividad el investigador en el análisis cualitativo de contenido. Rev Educ. 2006;12.
335. Lewis RB. NVivo 2.0 and ATLAS.ti 5.0: A Comparative Review of Two Popular Qualitative Data-Analysis Programs. Field methods. 2004 Nov;16(4):439–64.
336. Hwang S. Utilizing Qualitative Data Analysis Software: A Review of Atlas.ti. Soc Sci Comput Rev. 2007 Dec 18;26(4):519–27.
337. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. United States of America: Sage Publications; 1985. 416 p.
338. Leininger M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In: Morse JM, editor. Critical issues in qualitative research methods. United States of America: Sage Publications; 1994.
339. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. United States of America: Jossey-Bass Publishers; 1981. 423 p.
340. Serrano-Del-Rosal R, Biedma-Velázquez L, M^a García-De-Diego J. Epidural Analgesia in Labour from a Sociological Perspective - A Case Analysis of Andalusia, Spain. In: Fyneface-Ogan S, editor. Epidural Analgesia - Current Views and Approaches. 1st ed. Rijeka, Croatia: InTech 2012; 2012. p. 73–94.
341. Heaman M, Beaton J, Gupton A, Sloan J. A Comparison of Childbirth Expectations in High-Risk and Low-Risk Pregnant Women. Clin Nurs Res. 1992 Aug 1;1(3):252–65.
342. Ehrenreich B, English D. Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Barcelona: Editorial La Sal; 1981.
343. Behruzi R. What are the components of humanized childbirth in a highly specialized hospital? An organizational case study. [doctoral thesis]. Université de Montréal; 2011.
344. Wagner M. Global midwifery--traditional and official--and humanization of birth. Midwifery Today Int Midwife. 2007;(83):55–7.
345. Nakano AMS, Ferreira CHJ, Almeida AM de, Gomes FA. Childbirth experience

- according to a group of brazilian primiparas. *Midwifery*. 2012;28(6):844–9.
346. Green JM. Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*. 1993 Jun;20(2):65–72.
 347. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Sköld M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*. 1996 Sep;23(3):144–53.
 348. Namey EE, Lysterly AD. The meaning of “control” for childbearing women in the US. *Soc Sci Med*. 2010 Aug;71(4):769–76.
 349. Say R, Robson S, Thomson R. Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000261.
 350. Carlton T, Callister LC, Stoneman E. Decision making in laboring women: ethical issues for perinatal nurses. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2005;19(2):145–54.
 351. Cavalcante FN, Oliveira LV de, Ribeiro MMOM, Nery IS. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. *Rev Baiana Enfermagem*. 2010;21(1).
 352. Boladeras Cucurella M. *Bioética: la toma de decisiones*. Editorial Proteus; 2011.
 353. Royes DA, Médica PÉ. Temas de bioética. *Rev Calid Asist*. 2001 Jan;16(2):144–7.
 354. Linares Abad M, Álvarez Nieto C, Moral Gutiérrez I. El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo XX. *Index de Enfermería*. 2008;17(4):251–5.
 355. Malloy MH. Infant outcomes of certified nurse midwife attended home births: United States 2000 to 2004. *J Perinatol*. 2010 Sep 25;30(9):622–7.
 356. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Sep;203(3):243.e1-243.e8.
 357. Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Oct;209(4):325.e1-325.e8.
 358. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med*. 2015 Dec 31;373(27):2642–53.
 359. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health*. 2014 Jan;59(1):17–27.
 360. Campos B, Schetter CD, Abdou CM, Hobel CJ, Glynn LM, Sandman CA. Familialism, social support, and stress: Positive implications for pregnant Latinas. *Cult Divers Ethn Minor Psychol*. 2008 Apr;14(2):155–62.
 361. Dworkin G. *The theory and practice of autonomy*. 1st ed. Cambridge, United

Kingdom: Cambridge University Press; 1988. 173 p.

362. Brauer S. Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. *Med Health Care Philos.* 2016 Mar 3;19(1):45–54.
363. Biedma Velázquez L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora.” *Rev la Soc Española del Dolor.* 2010 Jan;17(1):3–15.
364. Sabaté S, Gomar Sancho C-V, Canet J, Fernández C, Fernández M, Fuentes A. Anestesia obstétrica en Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2006;126(2):40–5.
365. Fawcett J, Pollio N, Tully A. Women’s perceptions of cesarean and vaginal delivery: Another look. *Res Nurs Health.* 1992 Dec;15(6):439–46.
366. Fowles ER. Labor concerns of women two months after delivery. *Birth.* 1998 Dec;25(4):235–40.
367. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women’s views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery.* 1999 Mar;15(1):40–6.
368. Windridge KC, Berryman JC. Women’s experiences of giving birth after 35. *Birth.* 1999 Mar;26(1):16–23.
369. Mackey MC. Women’s evaluation of the labor and delivery experience. *Nursingconnections.* 1998;11(3):19–32.
370. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women’s experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res.* 1992 May;36(4):317–27.
371. Russell R, Reynolds F. Epidural infusions for nulliparous women in labour. *Anaesthesia.* 1993 Oct;48(10):856–61.
372. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmén A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995 Jan;39(1):60–6.
373. DiMatteo MR, Kahn KL, Berry SH. Narratives of birth and the postpartum: analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth.* 1993 Dec;20(4):204–11.
374. Fleissig A. Are women given enough information by staff during labour and delivery? *Midwifery.* 1993 Jun;9(2):70–5.
375. Mackey MC. Women’s evaluation of their childbirth performance. *Matern Child Nurs J.* 23(2):57–72.
376. Hart MA, Foster SN. Couples’ attitudes toward childbirth participation: relationship to evaluation of labor and delivery. *J Perinat Neonatal Nurs.* 1997 Jun;11(1):10–20.
377. Campero L, García C, Díaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. “Alone, I wouldn’t

- have known what to do”: a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med*. 1998 Aug;47(3):395–403.
378. Quine L, Rutter DR, Gowen S. Women’s satisfaction with the quality of the birth experience: A prospective study of social and psychological predictors. *J Reprod Infant Psychol*. 1993 Apr 11;11(2):107–13.
379. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The Benefits of Antenatal Education for the Childbirth Process in Spain. *Nurs Res*. 2010 May;59(3):194–202.
380. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, United States of America: Worth Publishers; 2014.
381. Ip WY. Relationships between partner’s support during labour and maternal outcomes. *J Clin Nurs*. 2000 Mar;9(2):265–72.
382. Nieuwenhuijze M, Low LK. Facilitating women’s choice in maternity care. *J Clin Ethics*. 2013;24(3):276–82.
383. Morín Fraile V. Salutogénesis: maternidad y experiencia coherente de vida. In: Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 143–50.
384. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. New Jersey, United States of America: Pearson; 2015. 368 p.

Anexo 1. Hoja informativa sobre el estudio

Hoja de información para las mujeres del estudio cualitativo

Nota informativa

Estamos realizando un estudio, que consiste en la realización de unas entrevistas personales de respuesta abierta a madres que hayan dado a luz recientemente (en el último año) y que deseen participar. Este estudio forma parte de la Tesis Doctoral, de la Sra. Ainoa Biurrun, (Programa de Doctorado de Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona).

El objetivo de la entrevista es conocer el nivel de autonomía, autocontrol y el grado de satisfacción en relación con el proceso de parto, alumbramiento y puerperio inmediato (primeras 24 horas después del parto), intentando identificar aquellos aspectos fundamentales, desde su perspectiva, que constituyen una asistencia que sitúa a la mujer en el centro de la atención. El contacto con Usted se hará por parte de las investigadoras del proyecto; pero tras el primer contacto, la entrevista se realizará en el lugar que Usted pacte con la investigadora.

Se trata de una entrevista de carácter voluntario, que será gravada, por la que no se le va a dar ningún tipo de remuneración. Los datos obtenidos de la grabación se tratarán de forma anónima.

Si usted lo desea, podrá en cualquier momento, sin necesidad de justificación previa, retirar el consentimiento para que nosotros procesemos la información que inicialmente nos ha ofrecido. El hecho de negarse a entrar en el estudio, o su abandono del mismo, no va a repercutir en la atención que reciba.

Para cualquier duda o aclaración puede preguntar por la Sra. Ainoa Biurrun (Matrona asistencial), como persona responsable de referencia, para este proyecto.

Anexo 2. Aprobación ética



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Gestió de la Recerca

Pavelló Rosa (recinte Maternitat)
primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 93 403 53 95 - 93 403 53 97
Fax (34) 93 403 54 00
g.recerca@ub.edu
www.ub.es/ogrc/ogrc.htm

Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona

Certificado de aprobación Sobre experimentación en humanos o en muestras de origen humano

Don Albert Royes Qui, Secretario de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.

CERTIFICA:

Que la Dra. **Josefina Goberna Tricas** presentó el proyecto titulado "**Maternidad, tecnología y relación asistencial**", a la **Convocatoria de ayudas correspondientes al subprograma de proyectos de investigación no orientada**.

Que de acuerdo a lo que se establece en la convocatoria, la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona analizó toda la documentación presentada por la Dra. **Josefina Goberna Tricas** y, por acuerdo de fecha 05/06/2012 aprobó informar **favorablemente** desde el punto de vista bioético el proyecto de investigación de referencia.

Y para que conste y a los efectos que corresponda, firmo la presente con el visto bueno del presidente de la Comisión en Barcelona a 5 de junio de 2012.

Vº Bº El presidente de la Comisión de
Bioética de la Universitat de Barcelona



Jordi Alberch Viè

Institutional Review Board (IRB00003099)

Anexo 3. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Consideraciones éticas

El estudio cumple con los requisitos enunciado en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También cumple lo expuesto por la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente, se respeta lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, del 15 de enero, de protección Jurídica de Menores de modificación parcial del código civil y la ley de Enjuiciamiento civil. Además, al tratarse de un estudio realizado en Cataluña se tendrá en cuenta también lo establecido en el Estatuto de Autonomía de Cataluña (artículos 31 y 156), y la Ley 32/2010, de 1 de octubre, de la Autoridad Catalana de Protección de Datos. Pese a no tratarse de un estudio experimental le presentamos este modelo de consentimiento informado para la utilización de datos de carácter personal.

Yo (NOMBRE Y APELLIDOS): _____

He leído la hoja informativa que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (NOMBRE DEL INVESTIGADOR): _____

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que no tendré ningún tipo de remuneración por participar en el estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones previas.

Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma de la mujer y Fecha

Firma del investigador y Fecha

Recibido el día:

Aceptado el día:

Revocado el día:

Anexo 4. Documento de confidencialidad y gestión de los datos

Documento de confidencialidad y gestión de los datos

A continuación, se detalla el modo mediante el cual se respetará la confidencialidad y gestión de los datos de este estudio:

- Las entrevistas semi-estructuradas serán recogidas mediante una grabadora de audio.
- El acceso a la información personal de la mujer quedará restringido a la matrona investigadora principal del estudio, a sus colaboradoras, a las directoras de dicha tesis doctoral y al Comité Ético de Investigación, cuando lo precisen, para comprobar los datos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo al deber de secreto inherente a su profesión y a la legislación vigente.
- Los formularios de consentimiento firmados y todos los demás documentos serán guardados en carpetas que sólo serán accesibles a los investigadores.
- Los datos recogidos a efectos de esta investigación serán guardados hasta la lectura de la tesis doctoral.
- La información recopilada será tratada de forma estrictamente confidencial mediante una codificación numérico-alfabética que será asignada a los participantes en todas las entrevistas y cuestionarios en lugar de su nombre y apellidos.