

Artículo original

Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres

Technology and humanization in childbirth care. Women's perception

Josefina Goberna Tricas¹, Alicia Palacio Tauste^{1,2}, M.^a Rosa Banús Giménez^{1,3}, Sara Linares Sancho² Dolors Salas Casas⁴

¹Matrona. Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. ²Matrona. Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR). SAP Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut (ICS). ³Matrona. PASSIR. CAP El Remei-Vic Sud. ICS. ⁴Matrona residente. Unidad Docente de Matronas de Cataluña

RESUMEN

Objetivos: Conocer la opinión de las mujeres en relación con la tecnología sanitaria aplicada al seguimiento del embarazo y asistencia al parto, así como sus vivencias y sentimientos respecto a la calidad humana de la relación asistencial, y si ésta se adecuó a sus expectativas.

Personas y método: Estudio con metodología cualitativa. Los datos se han obtenido mediante la realización de cuatro grupos focales.

Resultados: El análisis de los datos ha permitido la construcción de dos categorías básicas: la opinión sobre las diferentes tecnologías aplicadas a lo largo del proceso asistencial, y la adecuación a las expectativas previas de la vivencia de la calidad humana en la relación asistencial.

Conclusiones: La mayoría de las mujeres acepta las tecnologías sanitarias a su alcance. El significado del aumento de la dependencia tecnológica, sobre todo para la ecografía obstétrica, permite diferentes lecturas; un sector minoritario de mujeres prefiere una atención menos medicalizada durante el proceso de atención al parto. Todas las mujeres quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto. Confían plenamente en la competencia profesional de los expertos, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan mayor presencia de cualidades personales como el cariño y el trato deferente.

Palabras clave: atención prenatal, parto, matrona, comunicación, competencia profesional.

ABSTRACT

Objective: To know women's opinion regarding health care technologies applied to pregnancy follow-up and labour care, besides their personal experiences and feelings towards the human quality of the care provided and if this care relationship was meeting patient's expectations.

Participants and method: The study was performed with quality evaluation methods. Data were obtained into four focal groups.

Results: Data analysis allowed us to make a classification on two basic categories: the patient perception about the different technologies applied on the care process, and the fit of the care relationship to the human quality standards that the patient expected.

Conclusions: Most women accept the available health care technologies. This means there is an increase on the technological dependence, in particular regarding obstetric echography, can have different interpretations; there is a small women's sector who prefers a less medicalised care in the process of childbirth. But all women want to play a major part in pregnancy and delivery; they are quite confident in the professional competence of experts; their presence alone reassures the patient, but the latter demands more personal qualities in care providers, such as warmth and deferential attitude in their relationship.

Key words: prenatal care, labour, midwife, communication, professional competence.

Financiación: Este trabajo ha sido financiado con una beca de la convocatoria de acciones especiales de soporte a la investigación del Campus de Bellvitge (Universidad de Barcelona).

Nota: Resultados preliminares de este trabajo fueron presentados en el I Congreso de la Asociación de Matronas de Madrid (noviembre de 2006).

Correspondencia:
Josefina Goberna
Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Universidad de Barcelona
Correo electrónico: jgoberna@ub.edu

Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9 (1): 5-10

INTRODUCCIÓN

Embarazo y parto constituyen profundas y poderosas experiencias para las mujeres¹. La atención al nacimiento ha formado parte de las actividades de cuidado de la vida desde los inicios de la humanidad². Hasta hace pocas décadas, estas atenciones eran asignadas de forma exclusiva a la esfera femenina, y la mayoría de veces se mantenía una actitud expectante y no intervencionista; sin embargo, las mejoras sociales y económicas que se produjeron a lo largo del siglo XX, junto con los progresos en conocimientos y tecnología sanitaria, propiciaron la aparición y el desarrollo de cuidados tecnológicos aplicados a la asistencia al nacimiento^{3,4}.

Los avances y el progreso en obstetricia se han saldado con un incremento en el uso de las nuevas tecnologías. El proceso del nacimiento ha abandonado el ámbito de los cuidados cotidianos para pasar a integrarse en el ámbito de la medicina especializada⁵. Fue a partir del siglo XVII cuando la asistencia al parto inició un proceso de medicalización: la saga de médicos de la familia Chamberlain, inventores de los fórceps obstétricos, posiblemente sea quien mejor encarna los inicios de esta historia de tecnificación de la asistencia obstétrica. Asimismo, podemos señalar como un momento a tener en cuenta el año 1853, en que la reina Victoria de Inglaterra aceptó una anestesia general para dar a luz a su octavo hijo⁶. Pero ha sido sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando esta tecnificación de la asistencia al embarazo y el parto se ha hecho especialmente intensa. En España, el uso de la anestesia epidural constituye una práctica habitual en la asistencia al nacimiento: se empleó en el 61% de los partos en 2001; este mismo año el porcentaje de partos que finalizaron en cesárea fue del 18,57% y los que lo hicieron con la ayuda de instrumentación fueron el 16,7%⁷. En el caso de Cataluña, el 86% de los partos que tuvieron lugar en 2003 fueron asistidos con la ayuda de anestesia epidural y el 25% finalizaron mediante cesárea⁸.

Desde algunos sectores sociales se han alzado voces que alertan del peligro de que esta medicalización excesiva genere un proceso de alienación para la mujer gestante y una pérdida de calidad de la relación asistencial⁹. Aunque mayor medicalización no debería llevar implícita una deshumanización de la asistencia, ambos conceptos aparecen unidos en múltiples contextos.

El informe del Defensor del Pueblo de 2006¹⁰ recoge la demanda de un significativo número de personas que solicitan la utilización de procedimientos naturales, sin aplicación de medios técnicos, de no ser ello necesario, durante la dilatación y el parto, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el nacimiento¹¹. En este mismo informe,

el Defensor del Pueblo aconseja la implementación de un protocolo para la atención en partos naturales no medicalizados al que puedan acogerse las mujeres/parejas que lo deseen, siempre que no haya factores que lo contraindiquen. En esta línea de recomendaciones, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha presentado el Protocolo de asistencia natural al parto normal¹², con el objetivo de ofrecer atención al parto respetando el proceso fisiológico y evitando intervenciones innecesarias.

La asociación entre tecnificación y deshumanización no puede ser aceptada sin ser cuestionada. Ante esta situación, hemos querido conocer la opinión de las mujeres de nuestro contexto sanitario. Por ello, hemos considerado oportuno acercarnos, mediante una investigación cualitativa, a la opinión de las mujeres, que han sido madres recientemente en relación al uso de la tecnología sanitaria durante el seguimiento del embarazo y asistencia al parto, así como conocer sus sentimientos y vivencias respecto a la calidad humana del trato asistencial, y si ésta se adecuó a sus expectativas.

Este trabajo se inscribe en un proyecto más amplio, que cuenta con una beca de la convocatoria 2006 de acciones especiales de apoyo a la investigación del Campus de Bellvitge, de la Universidad de Barcelona. El estudio, en su conjunto, pretende conocer el impacto de las tecnologías sanitarias aplicadas en la atención sanitaria al embarazo y al nacimiento.

PERSONAS Y MÉTODO

En la medida en que el objetivo de la investigación se orienta al conocimiento del discurso de las mujeres que han sido madres recientemente, se ha optado por la metodología cualitativa como la más apropiada en este caso¹³. En lo que se refiere a la técnica de recogida de la información, se ha considerado el grupo focal, o de discusión¹⁴⁻¹⁶, como idóneo de cara a obtener aportaciones procedentes del intercambio de ideas y del debate entre las participantes. El universo de trabajo lo han constituido los grupos de puerperio que se desarrollan en los Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR), del Institut Català de la Salut. El muestreo fue intencional, opinático, y se tuvo en cuenta la zona de origen de las mujeres participantes (rural o metropolitana) a fin de no obviar la posible influencia de las dinámicas locales y culturales diferentes.

Se realizaron cuatro grupos focales entre mayo y julio de 2006. Dos de ellos se realizaron en el CAP de Cornellá (c1, c2), centro de asistencia primaria del área metropolitana de Barcelona, y los otros dos grupos focales en el CAP de Centelles y en el CAP El Remei-Vic Sud

(v1, v2), ambos del sector sanitario de Osona, ubicado en la Cataluña Central. El número de mujeres que asistió a cada uno de los grupos osciló entre 4 y 9. El número total de mujeres que participaron fue de 26.

Para la selección de las mujeres participantes se contó con la colaboración de las matronas de asistencia primaria de los centros seleccionados, quienes invitaron a las mujeres a asistir durante la visita de control puerperal, o a partir de los grupos de educación sanitaria del puerperio. Las reuniones tuvieron lugar en las salas de educación sanitaria de los centros de atención primaria. Consideramos dichas instalaciones un lugar adecuado, puesto que muchas de las mujeres habían acudido a ellas durante los cursos de educación maternal y seguían yendo al programa de educación sanitaria del posparto. Todas las asistentes acudieron acompañadas de sus bebés.

El contenido de las reuniones fue en todos los casos grabado, previa autorización de las participantes y con garantía de confidencialidad, y posteriormente transcrito. En el desarrollo de las sesiones, participaron dos de las autoras: una fija, que actuaba como moderadora del grupo, y la segunda rotatoria, que participó anotando las interacciones, incidencias, silencios...

Los datos se han presentado en forma de texto narrativo y el análisis se ha llevado a cabo sobre las transcripciones y las anotaciones citadas. Para lograr la máxima objetividad en el tratamiento del material generado, primero cada una de las investigadoras trabajó de forma individual y, en una segunda fase, cada uno de los registros analizados individualmente se confrontaron dos a dos y más tarde con el resto de los miembros, desechando aquellos registros o categorías poco claros o cuestionables, que no lograron el consenso por el conjunto de las investigadoras.

RESULTADOS

A los dos grupos focales realizados en Cornellá asistieron un total de 17 mujeres. La media de edad de las mujeres de estos dos grupos fue de 30 años; 12 de ellas eran primíparas y 5, secundíparas. Habían presentado parto eutócico 11 mujeres, 3 de los partos habían sido instrumentados con fórceps o espátulas y 3 mujeres habían dado a luz mediante cesárea. Trece de las mujeres asistentes habían dado a luz en un centro de titularidad pública y 4 en uno de titularidad privada.

En los grupos focales de Osona, la edad media fue de 29,5 años. Había 8 mujeres primíparas y una secundípara. Cinco mujeres habían tenido un parto eutócico, 2, instrumentado con espátulas y 2, cesárea. Todas ellas habían dado a luz en un centro sanitario público.

Los diferentes discursos presentes en las transcripciones fueron segmentados utilizando diversos códigos que fueron agrupados en dos grandes áreas o categorías, coincidentes con los objetivos de la investigación: 1) la opinión sobre las diferentes tecnologías aplicadas a lo largo del proceso asistencial; y 2) la adecuación a las expectativas previas de la vivencia de la calidad humana en la relación asistencial.

La opinión sobre las diferentes tecnologías aplicadas a lo largo del proceso asistencial

En general, se observa una valoración positiva de la tecnología sanitaria por parte de la mayoría de mujeres. Saber que existen avances tecnológicos les proporciona seguridad y tranquilidad. Al respecto son muy significativas las siguientes expresiones: «Yo creo que está muy bien, el hospital está muy bien montado: las máquinas y todo lo que tienen» (c2, 1); «Vas con miedo, pasas nervios, mucho miedo, y una vez en el hospital piensas: «Bueno, ya estoy salvada» (v1, 2).

Sólo un grupo minoritario de las mujeres participantes considera la tecnología menos necesaria; estas mujeres solicitan una atención menos tecnificada. En este sentido, podemos destacar las declaraciones de una de las mujeres que buscó ser atendida en un centro que dispusiera de protocolo de atención al parto natural no medicalizado: «Como estuve siempre en la habitación, con mi marido, me pude duchar, después pude caminar, y al final, a las 10 de la mañana, dije: “Bueno, yo tengo ganas de empujar”, y la matrona me dijo: “Ahora vendrán a buscarte”. Yo ya estaba dilatada diez centímetros» (v1, 5).

Aunque en los discursos analizados aparecen todas las técnicas y procedimientos aplicados durante la asistencia a lo largo del embarazo y el parto, aquéllos que han generado mayor cantidad de datos han sido la ecografía durante el control prenatal y la anestesia obstétrica y la monitorización fetal durante la asistencia al parto.

La tecnología en el embarazo: la ecografía

De forma prácticamente unánime, las mujeres del estudio han demandado un mayor número de ecografías. La visión del feto les permite una objetivación del embarazo que les produce sensación de bienestar y las tranquiliza; en cambio, manifiestan intranquilidad y ansiedad cuando el periodo entre ecografías se alarga. Así, han usado expresiones del tipo: «Yo creo que hacen falta más ecografías» (c1, 1) o «Lo que sí me hubiera gustado son más ecografías, porque una por trimestre, no sé, aunque todo vaya bien... Me habría sentido más tranquila si me hubieran hecho alguna ecografía más» (v2, 3).

Algunas de sus declaraciones evidencian que, en ocasiones, consideran la ecografía como un artículo de consumo, casi como un artículo de lujo, que les proporciona bienestar psicológico. Por ello, en ocasiones acuden a consultas privadas para obtener una o más ecografías: «Yo veo bien el número de ecografías. Lo único es que, por tranquilidad de la madre, no por necesidad, nos gustaría que hubiera más ecografías, más que nada por tranquilidad psicológica de la madre (...) Yo, por ejemplo, me fui a un ginecólogo privado y me hice una en cuatro dimensiones, y la verdad es que estoy muy contenta, por tranquilidad, y también porque yo la quería y me hacía mucha ilusión» (c2, 1).

La tecnología aplicada a la asistencia al parto

Todas las mujeres coincidieron en señalar que la estructura hospitalaria, los profesionales y la tecnología proporcionaban seguridad. Ninguna de las mujeres participantes optaría por una asistencia domiciliaria durante el parto, aunque se mostraron respetuosas hacia aquellas mujeres que así lo solicitan; asimismo considerarían aceptable que esta opción estuviera presente en los programas sanitarios de atención a la maternidad.

La supresión del dolor durante el parto ha generado un importante debate y, por consiguiente, la supresión del mismo y la aplicación de las técnicas anestésicas ha sido un tema emergente en el debate.

La anestesia

La percepción y valoración del dolor a la hora del parto presenta variaciones individuales importantes. Esta valoración personal del significado del dolor genera diferentes opiniones en relación con la necesidad de la anestesia. Para algunas mujeres, el dolor del parto aporta una vivencia gratificante. Alguna de las manifestaciones más interesantes al respecto puede ser: «Era un dolor muy gratificante, porque yo sabía por qué me estaba doliendo, y entonces me dolía, pero ese mismo dolor me gratificaba» (c1, 4).

En otros casos, sin embargo, las mujeres opinan que la vivencia del dolor es desagradable y que, si la tecnología actual permite su supresión, lo más inteligente es servirse de los avances tecnológicos. Para estas mujeres la anestesia constituye una herramienta que permite una mejor vivencia del parto. Podemos destacar la siguiente declaración: «Yo, por ejemplo, pedí la epidural en cuanto entré, porque, a ver, una cosa es saber lo que es tener un hijo y otra cosa es ser masoquista...» (c2, 1).

La monitorización fetal

Otro de los temas emergentes en el debate generado fue el uso de la monitorización electrónica. En relación con la monitorización fetal durante el proceso de dilatación,

se observan dos aspectos significativos. En primera instancia, las mujeres sienten que la monitorización aporta seguridad, puesto que permite supervisar el bienestar fetal: «Yo pienso que es una tranquilidad que te da... Es una tranquilidad porque sabes que todo está bien» (v2, 2). Sin embargo, la tranquilidad que les ofrece conocer en todo momento el estado fetal no impide que las mujeres manifiesten malestar e incomodidad por la monitorización continua a lo largo del proceso de dilatación, como pone de manifiesto la siguiente declaración: «Durante la dilatación, lo llevé todo el tiempo y acabé del registro..., ¡buf!, al final se perdía ¡Claro, tantas horas! Yo me movía y me decían: “¡Quédate quieta, que si no lo perdemos!”» (v1, 3).

La adecuación a las expectativas previas de la vivencia de la calidad humana en la relación asistencial

Las mujeres de nuestro estudio contemplan el parto como un momento de fragilidad y extrema sensibilidad. Reconocen las habilidades profesionales de matronas y médicos. La presencia de un profesional sanitario les da seguridad, y lo expresan en frases del tipo: «Para mí, era básico tener un profesional a mi lado. Me hubiera dado mucho miedo si no hubiera tenido a algún médico o a alguna comadrona a mi lado» (v1, 4).

Sin embargo, las mujeres del estudio diferencian claramente la excelencia técnica de la bondad de carácter. Depositan plenamente su confianza en la pericia profesional, pero además demandan una actitud cariñosa por parte de estos mismos profesionales, que no siempre han encontrado. En general, reclaman que la amabilidad y el cariño deben formar parte de la profesionalidad. Al respecto podemos resaltar la siguiente manifestación: «Yo creo que el personal sanitario tiene que ser cariñoso, porque está tratando con personas enfermas; cuando estás pariendo no estás enferma, pero tienes dolor como el que está enfermo, y lo que quieres es cariño» (c2, 6).

La carga asistencial

La principal dificultad en la consecución de una atención personalizada y un trato individualizado la encuentran las mujeres en la carga asistencial de las salas de partos. Disponer de un profesional (matrona) en exclusiva es un privilegio al que reconocen que no siempre se puede aspirar, dada la carga asistencial, especialmente a la hora del parto. Aquellas mujeres que han podido tener una matrona en exclusiva durante el parto se consideran afortunadas. En este sentido, podemos destacar la siguiente declaración: «Tuve una comadrona que estuvo todo el rato conmigo; también tuve suerte de no tenerla que compartir» (c1, 4).

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados, se confirma que la tecnología sanitaria se integra bien en la construcción simbólica de lo que, para la mayoría de mujeres, debe constituir la atención a la maternidad; sin embargo, existe una minoría para quienes embarazo y parto suponen vivencias que prefieren afrontar de la forma más natural posible, con el menor número de intervenciones. En todos los casos, la vivencia del proceso de la maternidad constituye un hecho extremadamente significativo en sus biografías personales. Por ello, demandan una atención individualizada y solicitan del personal sanitario que las atiende cualidades personales como una actitud cariñosa y un trato deferente. Como corresponde a la metodología cualitativa utilizada, de su análisis no se infiere ninguna cuantificación del porcentaje de mujeres para quienes la tecnificación es deseable e importante y para aquellas que prefieren prescindir de ella. Tampoco es posible considerar estos hallazgos como estadísticamente significativos¹⁷. Se trata, en todo caso, de sacar a la luz significados vinculados a los valores y vivencias de las mujeres participantes en el contexto del estudio, cuya validez vendrá dada en la medida en que contribuya a un mejor conocimiento de la realidad de la asistencia al proceso de la maternidad. En este sentido, surgen al menos dos líneas de discusión.

Por un lado, la tecnología es percibida como una fuente de seguridad e incluso de satisfacción; la máxima expresión de ello la encontramos en la ecografía, que es considerada y percibida como un bien de consumo. A las mujeres de nuestro estudio, la visión de la imagen de su futuro hijo les confiere tranquilidad y permite satisfacer la necesidad de objetivar la presencia y el bienestar del feto. Todo ello no haría sino confirmar, coincidiendo con otros estudios¹⁸⁻²¹, que el uso de la ecografía durante el embarazo supone un importante impacto psicológico para los futuros padres, puesto que goza de popularidad y constituye una tecnología atractiva tanto para las embarazadas como para sus parejas. Sin embargo, algunos autores han cuestionado esta utilización de los ultrasonidos durante el embarazo con propósitos no diagnósticos²², dado que la comercialización de la imagen fetal con fines no médicos supone una continuación de la medicalización del embarazo. Los resultados muestran que la mayoría de mujeres no se sienten seguras confiando sólo en su propia capacidad de auto-percepción de los movimientos fetales y necesitan la ecografía para verificar el bienestar fetal; desde la perspectiva feminista, esta dependencia ha sido interpretada como una expropiación de la maternidad, en la que las mujeres acaban viviendo sus embarazos a través de los juicios de los profesionales sanitarios, ya que sus propias percepciones han perdido valor²³⁻²⁵. En el caso de

la monitorización continua fetal (CTG), las mujeres temen que sus hijos sufran durante el parto y ello no se detecte; por eso, aceptan abnegadamente la molestia que supone la CTG continua durante el proceso de dilatación. En esta misma línea, otros autores han concluido que las mujeres reconocen que la CTG limita su libertad de movimientos, pero tanto ellas como sus parejas aceptan el lugar de la máquina como centro de atención durante el proceso de dilatación²⁶. La OMS, en la Declaración de Fortaleza de 1985⁵, argumentaba que la monitorización fetal discontinua proporcionaba el mismo grado de seguridad que la CTG; sin embargo, una reciente revisión del tema²⁷ afirma que la CTG representa un aumento del riesgo para la madre (aumento de la tasa de cesáreas y partos vaginales instrumentales), pero supone algún beneficio para el recién nacido (disminución del número de crisis epilépticas al nacimiento). Este hecho dificulta la toma de posición al respecto desde la evidencia científica, poniendo a los profesionales ante el conflicto relativo a cómo transmitir mejor esta incertidumbre a las mujeres y ayudarlas a elegir una alternativa fundamentada sin poner en riesgo la normalidad del trabajo de parto.

Consideración aparte merece la anestesia obstétrica. De acuerdo con el protocolo de asistencia al parto y al puerperio del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya²⁸, la utilización de la analgesia durante el proceso del parto es una práctica que, más allá de su indicación medicosanitaria, aporta un componente de calidad en la prestación sanitaria que se ofrece a la mujer embarazada. Esta satisfacción con el alivio del dolor es compartida por la mayoría de madres de nuestro estudio, aunque se observa un grupo minoritario de mujeres partidarias de una asistencia menos medicalizada y que prefieren no usar analgesia ni anestesia durante el parto. La analgesia epidural constituye la alternativa más efectiva para el alivio del dolor durante el parto, aunque paralelamente aumenta el riesgo de parto instrumentado²⁹.

La segunda línea de debate hace referencia al aspecto humano del trato asistencial. Las mujeres, de forma unánime, confían en la capacidad técnica y profesional del personal sanitario. La excelencia técnica constituye para ellas una fuente de seguridad, pero piden más de los profesionales: quieren sentirse cuidadas y protagonistas de su propio parto, y para ello solicitan una atención personalizada, en la que cada una de ellas sea considerada como un individuo único con una historia, una identidad y una constitución afectivoemocional concretas³⁰. La amabilidad, el trato cariñoso o la empatía son cualidades deseables en los profesionales, según palabras de las propias mujeres, aunque reconocen que

la sobrecarga asistencial, que acompaña al incremento de natalidad registrado en los últimos años, puede ser una dificultad añadida en este aspecto.

Hemos observado que aquellas mujeres que se sienten capaces de afrontar con éxito su propio proceso son menos dependientes de la tecnología y de los profesionales. Una mujer competente es la que se convierte en partícipe y responsable de su propio proceso, con una mayor participación e implicación en la toma de decisiones para gobernar su propio cuerpo, aprovechando los conocimientos y los recursos del sistema sanitario³¹. La voz de las mujeres puede ayudarnos a encontrar respuestas centradas en ellas mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte C. Cesarean section for non medical reasons at term (protocol for a Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.
- Collière MF. Promouvoir la vie. París: InterEditions, 1982.
- Kitzinger S. Childbirth and society. En: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Nueva York, Toronto: Oxford University Press, 1992; 99-109.
- Barlow JH. Self-management literature review. Psychological Research Centre, Coventry University, julio de 2000.
- Smeenk AD, Ten Have HA. Medicalization and obstetric care: an analysis of developments Dutch midwifery. Med Health Care Philos. 2003; 6(2): 153-65.
- O'Dowd MJ, Philipp EE. Historia de la ginecología y obstetricia. Barcelona: Edika Med, 1995.
- Clavero Núñez JA. Nacer en el siglo XXI. An R Acad Nac Med. 2002; 119(2): 257-69.
- Sabaté S, Gomar C, Canet J, Fernández C, Fernández M, Fuentes A. Anestesia obstétrica en Cataluña (España). Med Clin. 24 mayo 2006; 126 Supl 2: 40-5.
- Fernández del Castillo I. Por qué parir en España es traumático. El Mundo, 2 de mayo de 2004 (consultado el 03/07/07; disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/porqueparirenespaestraumatico.htm>).
- Defensor del Pueblo. España. Informe anual 2006 (disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes1.asp>).
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Lancet. 1985; 2: 435-6.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2007.
- Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1995; 311: 42-5.
- Morgan DI. Focus Groups as qualitative research. Beverly Hills: Sage, 1988.
- Morgan D. Planning Focus Group. Focus Group Kit 2. Londres: Sage Publication, 1998.
- Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y práctica, 5.ª ed. Madrid: Siglo XXI, 2003.
- Calderón C, Rotaecche R, Carrera C, Larrañaga M, Merino J. Aproximación cualitativa a las actitudes y expectativas de los médicos en el proceso de informatización de la atención primaria. Aten Primaria. 2001; 27: 380-7.
- García J, Bricker L, Henderson J, Martin MA, Mugford M, Nelson J, Roberts T. Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. BIRTH. 2002; 29: 4.
- Kohut RJ, Dewey D, Love EJ. Women's knowledge of prenatal ultrasound and informed choice. J Genet Couns. 2002; 11(4): 265-76.
- Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). The Cochrane Library, Issue I, 2004.
- Neilson JP. Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo (revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, n.º 3.
- Chervenak FA, McCullough LB. An ethical critique of boutique fetal imaging: a case for the medicalization of fetal imaging. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192: 31-3.
- Ettorre E. Reproductive genetics, gender and the body: «please doctor, may I have a baby». Sociology. 2000; 34(3): 403-20.
- Marsico G. Bioética: voces de mujeres. Madrid: Narcea, 2003.
- Oakley A. The Captured Womb. A History of the Medical Care to Pregnant Women. Glasgow: Bell and Bain, 1986.
- Munro J, Soltani H, Layhe N, Watts K, Hughes A. Can women relate to the midwifery behind the machines? An exploration of women's experience of electronic fetal monitoring: cross-sectional survey in three hospitals. Normal labour and birth: 2nd Research Conference: 2004 June 9-11. University of Central Lancashire, 2004.
- Alifirevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, n.º 3.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, 2.ª ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2005.
- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, n.º 3.
- Benhabib S. El otro generalizado y el otro concreto. En: Benhabib S, Cornella D, eds. Teoría feminista y teoría crítica. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim, 1990.
- Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. Humanitas: Humanidades Médicas. 2005; 8: 111-23.