

**Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud  
Departamento de Ciencias de la Salud**

**ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE PARTO EN EL  
ÁMBITO HOSPITALARIO**

Analysis of the birth experience in the hospital context

Beatriz Pereda Goikoetxea

Directoras de Tesis: Blanca Marín Fernández  
M<sup>a</sup> Isabel Elorza Puyadena

Donostia, 2019





**Dña. BLANCA MARÍN FERNÁNDEZ**, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR,

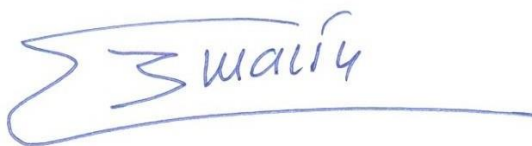
Que la tesis doctoral presentada por **Dña. BEATRIZ PEREDA GOIKOETXEA** titulada:

**ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE PARTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

Ha sido realizada bajo mi dirección y considero que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendida y juzgada por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad Pública de Navarra.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma en Pamplona a veintisiete de junio de dos mil diecinueve.

Fdo.



Prof<sup>a</sup>. Dra. Blanca Marín Fernández





Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

**Dña. M<sup>a</sup> ISABEL ELORZA PUYADENA**, Profesora Titular de Universidad de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Departamento de Enfermería II,

HACE CONSTAR,

Que la tesis doctoral presentada por **Dña. BEATRIZ PEREDA GOIKOETXEA** titulada:

### **ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE PARTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

Ha sido realizada bajo mi codirección y considero que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendida y juzgada por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad Pública de Navarra.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma en Donostia a quince de julio de dos mil diecinueve.

Fdo.

Prof<sup>a</sup>. Dra. M<sup>a</sup> Isabel Elorza Puyadena



*A Ane y Jon*

*“Dar a luz y nacer nos lleva hacia la esencia de la creación,  
donde el ser humano es valeroso e intrépido,  
y el cuerpo un milagro de sabiduría”*

Harriette Hartigan



## AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud especial a mis directoras de tesis, Dra. Blanca Marín y Dra. Isabel Elorza por su apoyo, dedicación y modelo a seguir como personas. A la Dra. Blanca Marín por haber confiado en mí desde el principio, por sus excelentes aportaciones personales, empatía e implicación ilimitada con la Enfermería. Y a la Dra. Isabel Elorza, por su disponibilidad, paciencia, comprensión, comprometida ayuda y apoyo incondicional. Gracias a las dos por haber sabido darme el impulso necesario en los momentos difíciles y por haberme dado la oportunidad de aprender no solo en investigación sino también como persona.

Expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia. A mis padres, por haber sabido transmitir y educar valores como la perseverancia y la superación, por su amor y continuos ánimos. A mi marido Gorka, por su respeto, paciencia, comprensión y apoyo. Y a mis hijos Ane y Jon por su paciencia, al no haberles podido dedicar el tiempo que ellos hubieran querido compartir y disfrutar. A mi hermano Mikel por su generosa colaboración al haber sabido plasmar mis dibujos en papel, a formato informático y a mi hermano Jose, por estar ahí siempre que le necesito.

También me gustaría agradecer a Arantza Lekuona, Sole Pérez y Carmen Pérez por haberme facilitado el inicio de la investigación y al resto de compañeros/as del ámbito asistencial que durante todos estos años me han apoyado y animado. En especial a Sonia Tomás y Nuria Torres que desde el principio mostraron disponibilidad en ayudar en lo que fuera necesario y a José Ángel Navarrina por su colaboración en la aportación de datos estadísticos.

Agradezco a mis compañeros/as de Departamento de Enfermería por su apoyo, comprensión y ánimos. En especial a Nerea Liceaga por su cariño, positivismo y apoyo moral en esas largas jornadas de biblioteca y también a Xabier Huitzi por su amabilidad, consejos y el haber compartido su conocimiento en el área de las publicaciones. Asimismo, merecen especial mención Pilar Tazón por su ayuda en encaminarme en la tesis y Rosa García- Orellán por sus consejos iniciales y asesoramiento en el área de la investigación cualitativa.

Por último, quisiera dedicar especial reconocimiento a las mujeres y profesionales que han compartido generosamente sus reflexiones, opiniones, sentimientos y tiempo para que esta tesis se haya podido llevar a cabo.



## RESUMEN

**Introducción:** El parto es un proceso individual, complejo que conforma un hito en la vida de cada mujer. Los paradigmas de salud actuales, fomentan expresar la perspectiva y reflexiones de usuarias y profesionales sanitarios acerca de las facetas positivas y negativas de sus vivencias.

**Objetivo:** Conocer desde una perspectiva fenomenológica el significado de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario (Hospital Universitario Donostia) con base en los datos investigados para establecer áreas de mejora en la práctica clínica.

**Metodología:** Metodología cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a mujeres tras el parto, de grupos focales a profesionales sanitarios del Servicio de Partos del Hospital Universitario Donostia, de observación participante y la utilización de un diario de campo. Los datos fueron analizados temáticamente siguiendo los criterios consolidados para la presentación de informes en investigación cualitativa (COREQ).

**Resultados y discusión:** Las mujeres consideran como elementos imprescindibles para la vivencia de parto positiva: aquella en la que se establece una relación profesional de confianza, información y control tanto externo como interno, además del apoyo e involucración de la pareja. La percepción negativa la relacionan con la ausencia o falta de información, la presencia de aspectos de la comunicación no verbal inquietantes, la falta de unificación de criterios, el descontrol, la falta de involucración de la pareja, comportamientos y actitudes impersonales por parte de los profesionales.

Los profesionales observan la necesidad de establecer protocolos interdisciplinarios de información y continuidad de cuidados.

Fusionando ambas perspectivas se observa que la adaptación continua al contexto sociocultural precisa contemplar una gestión innovadora que favorezca procesos interactivos y terapéuticos en la que se respete la voluntad de las mujeres y sus parejas sin que los profesionales perciban por ello temor a obtener resultados adversos.

**Conclusiones:** En el parto el cuidado debe estar centrado en la mujer de forma individualizada, personalizada, holística y continua, respetando sus valores, elecciones, cultura y deseos de la mujer y su pareja. Es necesario fomentar el empoderamiento mediante información contextualizada para favorecer procesos interactivos mujer- pareja- profesionales sanitarios imprescindibles en el proceso de adaptación continua en el cuidado del embarazo, parto y puerperio.

**Palabras clave:** Experiencias de las mujeres, investigación cualitativa, matrona, parto, relación profesional- paciente



## ABSTRACT

**Introduction:** Birth is an individual and complex process that represents a milestone in each woman's life. The current health paradigms promote the expression of female users and health professionals' perspective and reflections on the positive and negative aspects of their experiences.

**Objective:** To know, from a phenomenological perspective, the meaning of the birth experience in the hospital context (Donostia University Hospital) based on the research data in order to determine areas for improvement in clinical practice.

**Method:** Qualitative method with interpretive phenomenological focus, involving semistructured interviews with women after birth, focus groups with health professionals from the Birth Service of Donostia University Hospital, participant observation and the use of a field diary. Thematic analysis was applied to the data, in line with the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ).

**Results and discussion:** The women consider the following as fundamental elements for a positive birth experience: the experience during which a professional relationship is established marked by trust, information and external and internal control, besides support and engagement of the couple. They relate negative perceptions with the absence of or insufficient information, the presence of concerning aspects of non-verbal communication, the lack of unified criteria, lack of control, lack of engagement of the couple, impersonal behaviors and attitudes by the professionals.

The professionals observe the need to set up interdisciplinary protocols for information and care continuity.

The combination of both perspectives reveals that the ongoing adaptation to the sociocultural context needs to consider innovative management that favors interactive and therapeutic processes in which the desires of the women and their partners are respected without the professionals' perceiving fear of negative results because of this.

**Conclusions:** In the birth process, care needs to be centered on the women in an individual, personal, holistic and continuous manner, respecting the values, choices, culture and desires of the women and their partners. Empowerment needs to be encouraged through contextualized information in order to favor interactive processes involving the women, their partners and the health professionals. These are fundamental in the continuous adaptation process in labor, birth and postpartum care.

**Key words:** women's experiences, qualitative research, midwife, birth, professional-patient relationship.



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Aproximación al término y profesión matrona.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Contextualización de la experiencia de parto .....</b>	<b>15</b>
2.1. La percepción del riesgo y su afectación en la atención maternal .....	16
2.2. Evolución del cuidado en el parto en las últimas cuatro décadas en España.....	18
<b>3. Cambio de paradigma en el modelo de atención.....</b>	<b>24</b>
3.1. Protagonismo, autonomía, empoderamiento y responsabilidad .....	26
3.2. Deseo de información y toma de decisiones .....	27
3.3. Control y seguridad.....	29
3.4. Atención centrada en la mujer .....	31
3.5. Acompañamiento y participación de la pareja.....	34
3.6. Emociones y sentimientos .....	36
3.7. Expectativas .....	42
3.8. Percepción y significado del dolor.....	43
3.9. Perspectiva general del cambio .....	47
<b>4. Memoria y recuerdo de la experiencia del parto .....</b>	<b>48</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>53</b>
<b>1. Problema, pregunta de investigación y revisión bibliográfica .....</b>	<b>56</b>
1.1. Problema y pregunta de investigación .....	56
1.2. Revisión bibliográfica .....	57
1.2.1. Experiencia de parto y factores asociados para su valoración.....	57
1.2.2. Perspectiva de los profesionales ante el parto.....	58
<b>2. Hipótesis y objetivos .....</b>	<b>59</b>
2.1. Hipótesis .....	60
2.2. Objetivos .....	60
<b>3. Diseño del estudio .....</b>	<b>61</b>
3.1. Fenomenología.....	62
3.2. Fenomenología y enfermería.....	63

<b>4. Ámbito del estudio .....</b>	<b>65</b>
<b>5. Muestra y muestreo .....</b>	<b>66</b>
5.1. Tipo de muestreo .....	66
5.1.1. Estrategia de muestreo entre las mujeres .....	68
5.1.2. Estrategia de muestreo entre las profesionales .....	70
5.2. Tamaño de la muestra .....	72
5.3. Acceso y captación de la muestra .....	72
5.3.1. Acceso y captación de las mujeres.....	73
5.3.2. Acceso y captación de los profesionales .....	73
5.4. Características de la muestra .....	74
5.4.1. Las mujeres.....	74
5.4.2. Las profesionales .....	75
<b>6. Recogida de datos .....</b>	<b>76</b>
6.1. Técnica conversacional: entrevista semiestructurada y grupos focales .....	77
6.1.1. Entrevista semiestructurada a las mujeres .....	77
6.1.2. Grupos focales a las profesionales.....	79
6.2. Técnica observacional: observación participante.....	81
6.3. Técnica documental: diario de campo.....	83
<b>7. Análisis de los datos.....</b>	<b>84</b>
7.1. Gestión de los datos obtenidos .....	84
7.2. Análisis temático de los datos .....	86
<b>8. Criterios de calidad y rigor de los datos.....</b>	<b>94</b>
8.1. Características de la investigación cualitativa .....	94
8.1.1. Adecuación epistemológica y metodológica .....	94
8.1.2. Relevancia .....	95
8.1.3. Validez .....	96
8.1.4. Reflexividad.....	96
8.2. Técnicas y procedimientos utilizados.....	97
8.3. La escritura de los resultados en artículos y comunicaciones .....	99
<b>9. Consideraciones éticas .....</b>	<b>99</b>
9.1. Aprobación ética y consentimiento informado .....	99
9.2. Anonimato y confidencialidad de los datos.....	100

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>103</b>
<b>1. Percepciones de las mujeres en su experiencia de parto hospitalario .....</b>	<b>105</b>
1.1. Hélice de necesidades prioritarias .....	106
1.1.1. Caleidoscopio de emociones y sentimientos percibidos en el parto.....	108
1.1.2. Atención profesional: simbiosis entre la mujer y el/la profesional.....	132
1.1.3. Entorno hospitalario.....	138
1.1.4. Adaptación puerperal .....	144
1.2. Tiempo, espacio y memoria.....	153
1.2.1. La memoria mediadora de las percepciones y los recuerdos .....	153
1.2.2. El tiempo en el relato de la progresión del parto.....	154
1.2.3. El recuerdo imagen de los momentos más representativos.....	162
1.3. Difusión de los resultados .....	167
<b>2. Significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario: voces de los profesionales.....</b>	<b>176</b>
2.1. Cambios detectados en las mujeres en el proceso de parto .....	179
2.1.1. Interpretación de la actitud de las mujeres en el parto.....	179
2.1.2. Control, seguridad y responsabilidad.....	181
2.1.3. Demanda y búsqueda de información .....	185
2.2. Actitud de los profesionales ante las demandas de las mujeres .....	186
2.2.1. Adaptación y autocrítica .....	186
2.2.2. Control, seguridad y responsabilidad.....	188
2.2.3. Percepción social .....	189
2.3. Difusión de los resultados: .....	191
<b>3. Fusión de horizontes: propuestas de mejora continua .....</b>	<b>199</b>
3.1. Fortalecer la comunicación y relación terapéutica .....	203
3.2. Unificación de criterios entre centros y profesionales .....	205
3.3. Presencia de la pareja .....	208
3.4. Creación de nuevos espacios.....	210
3.5. Actualización de las clases de educación .....	214
3.6. Aproximación al parto ideal .....	217

<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>225</b>
<b>1. Discusión metodológica.....</b>	<b>227</b>
<b>2. Discusión de resultados.....</b>	<b>233</b>
2.1. Sentimientos y emociones.....	233
2.2. Control, seguridad hospitalaria y responsabilidad .....	235
2.3. Información y apoyo profesional .....	239
2.4. Presencia de la pareja .....	244
2.5. Cambio de paradigma .....	246
2.6. Los recuerdos y percepciones del parto.....	249
2.7. Parto ideal.....	251
<b>3. Discusión de las aplicaciones .....</b>	<b>252</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>257</b>
<b>REFLEXIÓN FINAL.....</b>	<b>263</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>267</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>299</b>
Anexo 1 Tabla de características sociodemográficas-obstétricas .....	301
Anexo 2. Aceptación del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Donostia .....	304
Anexo 3. Hoja de información para las mujeres puérperas .....	305
Anexo 4. Consentimiento Informado para las mujeres puérperas .....	309
Anexo 5. Cuestionario sociodemográfico-obstétrico .....	311
Anexo 6. Guía temática inicial para las entrevistas de las mujeres .....	313
Anexo 7. Guía temática para las entrevistas de las mujeres .....	314
Anexo 8. Guía temática inicial para grupos focales de profesionales .....	315
Anexo 9. Guía temática final para grupos focales de profesionales .....	316
Anexo 10. Hoja de información para los profesionales .....	317
Anexo 11. Consentimiento informado para los profesionales.....	319
Anexo 12. Cuestionario sociodemográfico para los profesionales.....	321
Anexo 13. Poliedro de temas analizados tras las entrevistas a las mujeres puérperas .....	322
Anexo 14. Guía temática en la observación participante .....	323
Anexo 15. Listado de códigos del análisis .....	324
Anexo 16. Informe del Comité Ético de Investigación Clínica .....	326



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Carta sobre los Derechos Universales de las Mujeres durante el Parto .....	33
Tabla 2. Clasificación psicopedagógica de las emociones .....	39
Tabla 3. Criterios de inclusión de las mujeres .....	68
Tabla 4. Variables identificadas en la selección estratégica de los casos en el muestreo teórico.....	69
Tabla 5. Criterios de inclusión de las profesionales.....	70
Tabla 6. Características sociodemográficas-obstétricas de las mujeres entrevistadas.....	75
Tabla 7. Características sociodemográficas de las profesionales de los grupos focales ....	76
Tabla 8. Pasos realizados en el análisis de los datos mediante ATLAS-TI 7.....	85
Tabla 9. Análisis cíclico constante de los datos.....	86
Tabla 10. Descripción del proceso de análisis .....	89
Tabla 11. Ejemplo del agrupamiento de las categorías del estudio .....	90
Tabla 12. Matriz de la Categoría Tiempo a las 8 semanas y a los 8 meses .....	92
Tabla 13. Percepciones de las mujeres en su experiencia de parto hospitalario.. ..	108
Tabla 14. Definición de las emociones descritas por las mujeres.....	111
Tabla 15. Percepción del tiempo y sus dimensiones durante la progresión del parto. ....	157
Tabla 16. Significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario: .....	178

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Red semántica de códigos y categoría de primer nivel interpretativo. . . . .	93
Figura 2. Hélice de necesidades prioritarias en el parto hospitalario. ....	107
Figura 3. Red de emociones y sentimientos percibidas en el parto.....	109
Figura 4. Emociones y sentimientos más nombradas por las mujeres a las 8 semanas y 8 meses. ....	111
Figura 5. Caleidoscopio de emociones y sentimientos percibidos en el parto. ....	131
Figura 6. Red de atención profesional. ....	137
Figura 7. Representación gráfica del tiempo- espacio y memoria. ....	153
Figura 8. Recuerdos predominantes o fotografía de recuerdo a las 8 semanas y 8 meses.. ....	164
Figura 9. Geometría dinámica del parto hospitalario. ....	177
Figura 10. Propuestas de mejora de mujeres y profesionales. ....	200
Figura 11. Propuestas de mejora. ....	201
Figura 12. Dimensiones más nombradas en la construcción del concepto de parto ideal.	223

## Listado de abreviaturas

ATS	Ayudante Técnico Sanitario
BOE	Boletín Oficial del Estado
CAQDAS	Computer- Aided Qualitative Data Analysis
CEE	Comunidad Económica Europea
COREQ	Criterios consolidados para informar y publicar estudios cualitativos
CST	Cesárea
EIR	Enfermero Interno Residente y Enfermera Interna Residente
EUSTAT	Instituto Vasco de Estadística
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GPC	Guía de Práctica Clínica
HHS:	Health and Human Services
ICM	Confederación Internacional de Matronas
IASP	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPA	Asociación Internacional de Pediatría
NICE	Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica
OMS	Organización Mundial de la Salud
RAE	Real Academia Española
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association
WRA	Alianza White Ribbon

# INTRODUCCIÓN



# INTRODUCCIÓN

## 1. Aproximación al término y profesión matrona

El sustantivo “matrona”, surge de la palabra “mater”, derivación de “matrix” (de la madre), la voz “matrix-i-cis” (matriz) que equivale en griego jisterai (útero o matriz). Otras palabras relacionadas como “obstetrix-icis” deviene de “obstetrices”, personas expertas que asistían al parto. El término “ob stare” tenía un significado en relación a la posición que adoptada la mujer que asistía el parto y significaba estar delante. También la palabra “comadre” o “comadrona” proviene de la expresión “cum matre” que se traduce “con la madre” (Cruz y Hermida, 2007, pp.17-18).

La profesión de matrona ha existido desde el inicio de los tiempos y como todas las profesiones ha ido modificándose como resultado de la evolución de la sociedad tanto en conocimientos como en prácticas. Tradicionalmente, a lo largo de la historia los cuidados maternos estaban basadas en una tradición cultural ya que las mujeres solicitaban ayuda a otras mujeres que eran consideradas con mayor destreza y experiencia para llevar a buen fin su maternidad. Estas mujeres se autoinstruían de generación en generación sin ninguna base científica (Cuadri Duque, 1985).

Haciendo referencia a la historia de la profesión de matrona, ya en la antigüedad existen referencias en la atención al parto en pinturas rupestres que muestran que las mujeres parían bien solas o acompañadas de otra mujer (Towler & Bramall, 1997, p. 373).

Las primeras reseñas escritas a su trabajo son mencionadas en el Antiguo Testamento, donde la figura de la comadrona se hace presente en el nacimiento de Benjamín (1800.a. de J.C) *"y aconteció, como había trabajado en su parto, que le dijo la partera: No temas, que también tendrás este hijo"* (Génesis 35:17, Reina Valera 1960).

En la etapa bíblica, la figura de la partera está presente en otras ocasiones como en el nacimiento de los gemelos de Tamar hacia 1700 a. de J.C.

*Y aconteció que, al tiempo de dar a luz, he aquí había gemelos en su seno. Sucedió cuando daba a luz, que sacó la mano el uno, y la partera tomó y ató a su mano un hilo de grana, diciendo: Este salió primero. Pero volviendo él a meter la mano, he aquí salió su hermano; y ella dijo: ¡Qué brecha te has abierto! Y llamó su nombre Fares. Después salió su hermano, el que tenía en su mano el hilo de grana, y llamó su nombre Zara. (Génesis 38:27-30, Reina Valera 1960).*

Otra reseña está presente hacia 1600 a. de J.C.

*Y habló el rey de Egipto a las parteras de las hebreas, una de las cuales se llamaba Sifra, y la otra Puá, y les dijo: Cuando asistáis a las hebreas en sus partos, y veáis el sexo, si es hijo, matadlo; y si es hija, entonces viva. Pero las parteras temieron a Dios, y no hicieron como les mandó el rey de Egipto, sino que preservaron la vida a los niños. Y el rey de Egipto hizo llamar a las parteras y les dijo: ¿Por qué habéis hecho esto, que habéis preservado la vida a los niños?. Y las parteras respondieron a Faraón: Porque las mujeres hebreas no son como las egipcias; pues son robustas, y dan a luz antes que la partera venga a ellas. Y Dios hizo bien a las parteras; y el pueblo se multiplicó y se fortaleció en gran manera. Y por haber las parteras temido a Dios, él prosperó sus familias. (Éxodo 1:15-21, Reina Valera 1960).*

En el Talmud judío también se hacen menciones a las comadronas como especialistas en los alumbramientos normales, siendo en los casos difíciles cuando llamaban al médico (rabino) (Towler & Bramall, 1997, p. 9).

En la era egipcia, tal y como Cruz y Hermida (2007) refiere “*tenemos que recurrir a la comunicación pictográfica grabada en la piedra, con la palabra msi, que equivale a parir, lo que denota cierto interés por los alumbramientos*” (p. 31). La existencia de papiros del antiguo egipcio como el de Ebers, fechado antes del 1550 a. de J.C. y Westcar (1700 a. de J.C.) muestran que ser comadrona era una ocupación femenina reconocida que atendían nacimientos normales incluidos los de la realeza (Dempsey, 1949, p.109).

En el periodo griego, Hipócrates, Aristóteles (alrededor del año 500 a. de J.C.) junto con otros filósofos escribieron hipótesis acerca del embarazo, su duración, el modo de pronosticar la presentación, el sexo del futuro recién nacido... pero carentes de base científica. Las Leyes de Atenas, tal y como Graham (citado en Towler & Bramall, 1997) destaca, exigían a las comadronas que fueran madres y que no estuvieran en edad de procrear pudiéndose distinguir dos grados:

*Las de habilidad y experiencia superior, que eran consultadas en caso de tratarse de partos anómalos y difíciles, y las que ayudaban únicamente en los partos normales. Además de la comadrona, en ocasiones acudía un médico del sexo masculino o femenino para que, de ser necesario, llevase a cabo una versión interna del feto, seguida de la flexión mandibular y la tracción de los hombros para que la cabeza saliera con la presentación adecuada. (p. 15).*

Durante el siglo III a. de J.C., los hombres pasaron a asistir los partos por lo que las comadronas perdieron el reconocimiento social que en los dos siglos anteriores habían disfrutado. Prueba de ello se describe en el caso de Agnodiké que vivía en la antigua Atenas, donde en ese momento las mujeres tenían prohibido estudiar medicina. Para aprender medicina, se disfrazó de hombre y trató de ayudar a las mujeres en el trabajo de parto, que se avergonzaban o se negaban a consultar a los practicantes varones. Con el tiempo fue conocida como “*la comadrona de Atenas*”. La demanda de sus servicios fue enorme y médicos celosos de su éxito le

acusaron de seducir a sus pacientes. En el juicio Agnodiké reveló su identidad femenina siendo acusada de practicar ilegalmente la asistencia al parto, pero fue defendida por las mujeres atendidas y comadronas consiguiendo un cambio en la ley permitiendo que las mujeres pudieran practicar la medicina (Cruz y Hermida, 2007, pp. 32-33).

También la figura de la comadrona está presente en el Protoevangelio de Santiago (XVII,3- XX,4) en el relato acerca del nacimiento de Jesús escrito a mediados del siglo II

*Cuando llegaron a mitad de camino, María le dijo: "Bájame de la burra, porque lo que llevo dentro urge por nacer". Él la bajó de la burra, y le dijo: "¿Dónde podría llevarte, y resguardar tu pudor? Porque este lugar está desierto". Allí mismo encontró una gruta, e hizo entrar en ella a María. Dejando a sus hijos cerca de ella, fue en busca de una partera hebrea en la región de Belén. (Heriberto Rivas, 2014, p. 22).*

En la era romana, fueron muy nombradas las obstetrix. La palabra obstetrix-icis proviene de obstetrices, personas expertas en la asistencia (ob stare) al parto. Y el término latino ob stare quiere decir "estar delante" o "ponerse enfrente".

Las matronas eran mujeres de la alta sociedad romana que alcanzaron su máximo apogeo durante los siglos IV y V, que tras la conversión al cristianismo dedicaron su vida a la puesta en práctica de las obras de misericordia (Donahue & Russac, 1988).

En esta época destacó el médico romano denominado Sorano (98-138 d.C.), natural de Efeso, que ejerció en Roma y Alejandría, escribió el primer libro de ginecología denominado Gynaikeia en el que trató sobre las enfermedades de la mujer, la anatomía de los genitales femeninos, las causas de distocia y técnicas para superarlas, los cuidados del recién nacido, las enfermedades infantiles... llegando a ser considerado el padre de la Ginecología y de la Obstetricia. También escribió el primer libro de texto para matronas *De morbis mulierum*, en el que dos capítulos están dedicados a las cualidades necesarias en una mujer que va a ser comadrona *"Ella debe tener buena memoria; ser diligente y paciente, tan moral como para inspirar confianza; ser dotada de una mente sana y tener constitución*



*fuerte; y finalmente, debe poseer dedos largos y delicados, con las uñas cortas*" (Dempsey, 1949, p. 112). Consideraba que la comadrona debía de tener un entrenamiento tanto teórico como práctico para poder sacar conclusiones correctas, mantener un tono optimista para ayudar de forma empática, permanecer serena ante el cualquier peligro, haber dado a luz ella misma y no ser demasiado joven (Dempsey, 1949, p. 112).

En el siglo XI, destacó la Escuela Médica Salernitana, primera escuela de medicina fundada en la cristiandad y con cierto grado de tolerancia en la enseñanza permitiendo a las mujeres su formación en Medicina General. Fue aquí donde se abrió camino Trótula de Salerno en cuyo primer tratado "*De passionibus mulierum ante in et post partum*" (Sobre las enfermedades de las mujeres antes y después del parto), también llamada "*Trotula major*" trató temas acerca de la concepción, el embarazo, el parto, enfermedades propias de la mujer, la menstruación, el cuidado de lactantes, la necesidad de protección perineal en los partos, la conveniencia de la sutura perineal, la utilización de remedios naturales, minerales, animales o vegetales a través de fumigaciones, purgas, mezclas y recetas con el fin de quitar la enfermedad (Bonani & Munthe, 2012, pp. 47-48; Green, 2001, pp. 70-165). También se le atribuyeron otros trabajos como "*De Ornatu Mulierum*" conocida como "*Trotula minor*" (sobre cosméticos para mujeres) (Cavallo, Proto, Patruno, Sorbo & Bifulco, 2008) en todas ellas expuso ideas avanzadas que serían seguidas por la medicina en todo Europa.

Existe un debate sobre quién fue Trótula y si fue una mujer.

*La autora pudo ser una mujer médica que se hubiera graduado en la famosa facultad de medicina y que además fuera comadrona; otra alternativa es que se tratara de una comadrona de Salerno. Sin embargo, podía haber sido un médico varón que asumiera una identidad femenina porque en esta época hubiese resultado ofensivo para las mujeres que los hombres se interesaran por sus asuntos, y quizá se hubiera considerado que rebajaba la dignidad profesional masculina. (Towler & Bramall, 1997, p. 32).*

En cualquier caso, los textos fueron utilizados en las escuelas de medicina hasta el siglo XVI y se imprimió por primera vez en 1554 (Valle García, 2009).

En la Edad Media, se presenta una doble realidad de la profesión. Por una parte, matronas bien posicionadas tanto socialmente como culturalmente, que estaban formadas y gozaban de buena reputación y por otra parte las que entre los oficios que ejercían se encontraba el de partera (alcahueta, hechicera etc) (García Martínez & García Martínez, 2005; Towler & Bramall, 1997). Eran consideradas poseedoras de conocimientos relacionados con el parto, la alimentación, el amortajamiento y la atención a los enfermos por lo que creaban una mezcla entre admiración y temor. A estas “mujeres sabias” con conocimientos acerca de la vida, la muerte, el cuerpo, lo misterioso fueron asignadas con diversos nombres como comadronas, hechiceras, sortílegas, magas o adivinas ya que dentro de sus prácticas sanadoras llevaban a cabo ejercicios diversos como rezos, ritos o poderes personales (Domínguez Alcón, 2017, p. 116). Por lo que la Edad Media, en general fue una época difícil para las matronas tanto a la hora ejercer, formarse, como a nivel jurídico y económico (Márquez Carrasco, Rico Neto, & Leo Rodríguez, 2017).

En el siglo XIII en España, el rey Alfonso X, “El Sabio”, enumera en sus *Siete Partidas (II Partida, Ley III)* las cualidades que debía reunir la partera y en la *IV Partida* se hace referencia a las “*mujeres sabidoras*” que se dedicaban a asistir partos, al tratamiento de las enfermedades de las mujeres y algunos padecimientos infantiles. Siendo saberes compartidos por las mujeres que eran consideradas de rango inferior y estaban limitadas al ámbito doméstico, reproductivo o la educación de sus hijos (Valle Racero, 2002).

Posteriormente en el siglo XV, también existen referencias legales sobre la formación y la práctica del oficio de matrona “*Las Cortes de Zamora en 1434 y las Ordenanzas de Madrigal de 1448 dieron cartas de aprobación a parteras para que pudieran ejercer libremente*” (Towler & Bramall, 1997, p. 374). Pudiéndose destacar matronas con gran prestigio social como “la Herradera” que en 1452 asistió el nacimiento de Fernando II de Aragón, el Rey Católico (García Martínez & García Martínez, 2005, p. 15; Towler y Bramall, 1997, p. 374; Valle Racero, 2002, p. 29).

Ya a finales de este siglo XV, los Reyes Católicos llevaron a cabo un primer intento de regular la formación de las matronas promulgando una *Pragmática* que regulaba el ejercicio profesional de las matronas siendo el Real Tribunal del Protomedicato quien las examinaba. Tuvo un carácter transitorio y fue considerado

más que como mejora de la formación de matronas, como un elemento de subordinación aprovechado por médicos y cirujanos para ascender profesionalmente (Gallego-Caminero, Miró-Bonet, Ferrer De Sant Jordi, & Gastaldo, 2005, p. 603).

En Europa por el siglo XVI se extendió una corriente cuyo propósito era el divulgar los conocimientos obstétricos y ginecológicos escritos en la lengua vulgar o romance, que hablaba el pueblo y no en latín. El primer tratado obstétrico-ginecológico y materno-infantil escrito en lengua vulgar (excepto algún capítulo escrito íntegramente en latín) está datado en 1541 denominado “*El libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas de los niños*” de Damián Carbón (Carbón, 1995) conservado en la biblioteca Bartolomé March de Palma de Mallorca (Gallego-Caminero et al., 2005, p. 605). En este se recogen los cuidados que las matronas deberían prestar a la madre e hijo/a durante el embarazo, parto y crianza. Es en el capítulo tercero de su obra describe la imagen ideal de la matrona:

*Muy experta en su arte [...] que sea ingeniosa y que sea moderada, es decir que tenga buenas costumbres [...] que con buen ingenio y discreción sepa encaminar los partos dificultosos y malos, y prever las cosas que pueden traer daños para ellos [...] es menester que tenga buenas formas naturales para sufrir el trabajo de la que pare. Y tiene necesidad de buen ingenio para conocer el parto dificultoso y hacer provisiones en lo que fuere necesario [...] que sea moderada, es decir que tenga buenas costumbres y una buena complexión natural [...]. No sea riñosa; sea alegre y gozosa para que con sus palabras alegre a la que pare [...]. Sea honrada y casta para dar buenos consejos y ejemplos, sea secreta, que es la parte esencial [...] tenga las manos delgadas y mire las carnes que tiene que tratar. Sea ligera en el tacto y no haga lesión en las carnes delicadas. Tenga temor a Dios y sea buena cristiana para que las cosas le vengán bien [...] deje las cosas de sortilegios, supersticiones, agüeros y cosas semejantes, porque lo aborrece la Santa Iglesia...* (Carbón, 1995, p. 32-34).

Tanto el siglo XVI como XVII fueron claves para la consolidación del trabajo de matrona, ya que fue entonces cuando la matrona se encargaría de realizar partos

sin complicaciones y los médicos- cirujanos de aquellos que precisaban atención quirúrgica (García Martínez & García Martínez, 2005).

En 1750 Fernando VI promulgó la ley- Real Cédula de 21 de Julio de 1750 en la que exigía pasar un examen para poder ejercer como matrona (García Martínez & García Martínez, 1999). Para ser admitida tenían que presentar documentación sobre la limpieza de sangre, tanto propia como de padres y abuelos, haber practicado durante dos años y que el párroco atestiguara su buena vida y costumbres. Todo ello tuvo su mayor trascendencia en la consolidación profesional y científica de los cirujanos a través del reconocimiento de su autoridad en temas de obstetricia (Ortiz Gómez, 1996).

Como resultado de esto, Antonio Medina, médico de los Reales Hospitales escribió en 1750 el texto titulado “Cartilla nueva, útil, y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres en el oficio de partear” (como se citó en Valle Racero, 2002, p. 31) redactado de forma amena en base a preguntas y respuestas dirigidas a mujeres con cierto nivel cultural (García Martínez, Valle Racero, & García Martínez, 1994).

En el siglo XVIII, concretamente en 1804, bajo el reinado de Carlos IV, se aprobó la Real Cédula que regulaba la situación académica-legal relacionado con la cirugía y las ramas subalternas de esta, como las parteras y matronas (Towler & Bramall, 1997, p. 377; Valle Racero, 2002, p. 378). Las matronas siguieron formándose en los colegios de cirugía, pero su relación con los cirujanos comadrones a menudo estuvo caracterizada por conflictos siendo algunas desplazadas de su medio habitual (Valle Racero, 2002; Valle Racero & García Martínez, 1994).

La obtención del título de Matrona se reguló posteriormente mediante la Ley de Instrucción Pública el 9 de septiembre de 1857. En cuyo artículo 41 se determina el reglamento para poder obtener el título. Pero no será hasta 1861 que se interprete dicha Ley, en la que se describieron las condiciones para poder ser admitida en dicha formación. Tales como: haber cumplido 20 años, estar casada o viuda (con permiso del esposo), tener justificado por sus párrocos el llevar buena vida y costumbres y haber cursado la Primera Enseñanza Elemental completa

(Álvarez Ricart, 1988, pp. 173-174; Valle Racero, 2002, p. 33). Siendo este Reglamento sustituido por el Real Decreto de 16 de noviembre de 1888 por el que se aprueba una nueva reglamentación para las carreras de practicantes y matronas (Towler & Bramall, 1997, p. 378).

En el siglo XX, tras la reorganización de los estudios de matrona, en 1940 se creó la Casa de Salud Santa Cristina (Boletín Oficial del Estado [BOE], 10/3/1940) como escuela oficial para la obtención del título de Matrona.

La profesión de matrona se mantendría de forma independiente hasta el 4 de diciembre de 1953, cuando un Real Decreto del Ministerio de Educación Nacional (BOE, 29/12/1953) unificaron las carreras de enfermeras, practicantes y matronas, obteniendo el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).

En 1957 (BOE, 12/2/1957), se estableció la nueva especialización de matronas para los ATS, que requería el poseer el título de ATS femenino y tener menos de 45 años de edad.

Posteriormente el Real Decreto de 23 de julio de 1977 (BOE, 26/11/1977), los estudios de ATS se integraron en las universidades como Escuelas de Enfermería, creándose la carrera de Diplomado en Enfermería. Siendo en 1980 cuando por Real Decreto de 26 de septiembre (BOE, 27/10/1980) se suprimió la limitación por razón de sexo a los estudios de matrona.

Con la entrada de España en la Comunidad Económica Europea (CEE), España pasa a formar parte del comité consultivo en la formación de matronas en la CEE en el año 1985, cuyo objetivo fue el de conseguir una formación uniforme en Europa y a su vez se adquirió el compromiso de adecuar el curriculum de formación de las Matronas según las Directrices de la Comunidad Europea 80/154/CEE y 80/155/CEE (Poço dos Santos, Gómez Cantarino, Campos Silva, & Velasco Abellán, 2014).

Posteriormente en España mediante el Real Decreto de 3 de julio de 1987 (BOE, 1/8/1987) se regularon las especialidades de Diplomados en Enfermería, creándose la especialidad de Enfermería Obstétrico- Ginecológica o Matrona.

La tardanza en la adopción de las directrices establecidas para el acceso a las actividades de matrona y su ejercicio, hizo que el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas presentara un recurso contra el Reino de España el 11 de octubre de 1989 (Towler & Bramall, 1997, p. 378), lo que llevó a cabo el cierre de las Escuelas de Formación en dicha especialidad y a su vez un vacío generacional acusado a nivel asistencial durante la década de los 90 (Poço dos Santos et al., 2014).

Sería en 1992 cuando se aprobó el programa de formación y se establecieron los requisitos para las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermería especialista en Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona) (BOE, 2/6/1992). Y finalmente en abril de 1994 (BOE, 23/10/1993) se comenzó la formación de la primera promoción de especialistas en Enfermería Obstétrico- Ginecológica, que se graduarían en 1996 acabando con el vacío formacional acaecido en los nueve años anteriores.

En la actualidad, el acceso a la especialidad es mediante una prueba de acceso a nivel nacional denominada Enfermero Interno Residente o Enfermera Interna Residente (EIR) que es común para las diferentes especialidades de enfermería en España. En esta convocatoria se realiza un examen y mediante baremo de puntuación se establece el orden para la obtención de la plaza como Enfermero/a Interno/a Residente siendo requisito indispensable estar en posesión del título de Diplomado o Grado en Enfermería (Fernández Martínez, Gómez del Pulgar, Pérez Martín, & Beneir Montesinos, 2018). Ello permite seguir una formación durante dos años, tal y como se estableció en el programa formativo elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona) en la Orden SAS/1349/2009 (BOE, 28/5/2009).

En dicho programa formativo se dio una de las dos definiciones que actualmente se toman como referencia en España.

*La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas*

*preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida. (BOE, 28/5/2009).*

También se hace referencia en su ámbito de actuación que abarca tanto la atención primaria (incluyendo centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la atención especializada (incluyendo el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo), pudiendo ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia.

La otra definición de matrona que se toma como referente en España, es la que es considerada la definición de matrona a nivel internacional. Fue definida en la Reunión de Consejo de la Confederación Internacional de Matronas celebrada en Brisbane (Australia) en 1990 y revisada en 2005.

*Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio; dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales,*



*las clínicas o las unidades de salud.* (Confederación Internacional de Matronas, 2005:1).

Teniendo en consideración esta definición, en la reunión del Consejo de Toronto celebrada en 2017, la Confederación Internacional de Matronas emitieron un documento en el que definieron la matronería como *“La matronería es la profesión de las matronas, sólo las matronas practican la matronería. Tiene un cuerpo único de conocimientos, habilidades y actitudes profesionales”* (Confederación Internacional de Matronas, 2017:1) para brindar cuidados que satisfagan las necesidades individuales de cada mujer.

También se hizo incidencia en su autonomía para: el cuidado de las mujeres y sus recién nacidos respetando sus circunstancias individuales y opiniones de cada mujer, optimizar los procesos (biológicos, psicológicos, sociales y culturales) del parto y de la vida temprana del recién nacido, promover capacidades personales para cuidar de sí mismas y sus familias, colaborar con otros profesionales de la salud para brindar un servicio integral.

Actualmente la matrona en España, es autónoma con competencias propias definidas legalmente (BOE, 28/5/2009) que se extienden a la labor asistencial, docente, gestora e investigadora que inciden en la atención integral al ciclo vital a la mujer tanto en su fase reproductiva como en el climaterio y sexualidad.

A lo largo de la historia la matrona ha ido adaptando su trabajo a los cambios sociales, políticos, científicos/tecnológicos de cada momento.



## 2. Contextualización de la experiencia de parto

La experiencia de parto es un proceso individual, complejo que conforma un hito en la vida de cada mujer. Larkin, Begley y Devane (2009, 2012), la definen como un evento en el que se da una interrelación de procesos fisiológicos y psicológicos subjetivos influenciados por contextos sociales, ambientales, organizacionales y políticos que afectan en el bienestar de la mujer, del niño y en la relación entre madre-hijo (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990; Simkin, 1992), madre-pareja (Reynolds, 1997).

La experiencia de parto acompaña a la mujer durante toda su vida (Simkin, 1991; Waldenström, 2004) y al ser positiva se asocia con una actitud favorable hacia la maternidad y la relación con el recién nacido (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Green et al., 1990) contribuyendo a la mejora de la autoestima de la mujer. Sin embargo, si es negativa se ha relacionado con el trastorno de estrés post-traumático, depresión postparto (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010; Waldenström, 2003), mayor riesgo de depresión prenatal en futuros embarazos (Rubertsson, Waldenström, Wickberg, Rådestad, & Hildingsson, 2005), mayores solicitudes para la realización de cesáreas electivas (Ryding, 1993) y posible trascendencia en futuras decisiones reproductivas (Waldenström, 2004).

En la satisfacción en la experiencia de parto destacan elementos influyentes como: las expectativas personales, el apoyo de los cuidadores (Gibbins & Thomson, 2001; Goodman et al., 2004; Larkin et al., 2012; Marín-Morales, Carmona-Monge, Peñacoba-Puente, Olmos Albacete, & Toro Molina, 2013; Spaich et al., 2013; Waldenström, 1999), la calidad de la relación cuidador-paciente (Gibbins & Thomson, 2001), la participación en la toma de decisiones (Gibbins & Thomson, 2001; Spaich et al., 2013), y el control experimentado durante el parto (Fair & Morrison, 2012; Gibbins & Thomson, 2001; Goodman et al., 2004; Larkin et al., 2012; Marín-Morales et al., 2013; Meyer, 2013; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004).

Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala (2013), sostienen que estos factores parecen ser tan importantes que anulan otros como: la edad, preparación maternal, etnia, nivel socioeconómico, dolor, entorno físico, intervenciones médicas y

continuidad del cuidado. Sin embargo, hay autores que consideran factores como el dolor en el parto decisivos (Mas-Pons et al., 2012; Spaich et al., 2013; Waldenström, 1999) y las intervenciones médicas, la ansiedad, la duración del parto (Waldenström, 1999), el tipo de parto (Henderson & Redshaw, 2013; Marín-Morales et al., 2013; Waldenström, 1999), el apoyo de la pareja (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Gibbins & Thomson, 2001), el contacto inmediato entre el recién nacido y la madre (Bryanton et al., 2008), y elementos sociodemográficos (Goodman et al., 2004) como factores destacables en la valoración de las mujeres en la calidad del parto.

La presencia de la multitud de factores citados anteriormente asociados a la experiencia de parto, han ido variando en función de las mejoras sociales, económicas junto con un progreso en conocimientos y tecnología durante el siglo XX. Esto ha derivado en que en los servicios de maternidad se haya dado una medicalización del proceso del parto y desarrollo de cuidados tecnológicos aplicados a la asistencia al nacimiento (Kitzinger, Green, Chalmers, Keirse & Lindstrom, 2006). Todo ello ha generado, un cambio en el escenario de la asistencia a los partos, siendo trasladados de los hogares a los hospitales con el objetivo de justificar la mejora en seguridad, en disminución del riesgo y en resultados obstétricos (Gobernadora, Palacio Tauste, Banús Giménez, Linares Sancho, & Salas Casas, 2008).

## **2.1. La percepción del riesgo y su afectación en la atención maternal**

En la actualidad, la palabra riesgo es definida por la Real Academia Española (RAE) (2014), como “*contingencia o proximidad de un daño*”. Alaszewski, Harrison y Manthorpe (1998, p. 22) sugirieron que la palabra “riesgo” indicaba “*la posibilidad de consecuencias no deseadas y negativas de decisiones o acciones*”. También sociólogos como Beck y Ritter (1992, pp. 31-50) han desarrollado el término “sociedad del riesgo”. Mediante este concepto, se trata de explicar que la ciencia ha tratado de crear orden y control, pero a la vez se ha desarrollado un proceso de supervisión excesiva en las poblaciones teniendo en consideración la accesibilidad a los sistemas de información, siendo todo ello generador de incertidumbre en la sociedad. Esto es, cuanto más información disponemos, más nos preocupamos y “creamos” más riesgos de los cuales nos creemos responsables.

En las últimas décadas, en los procesos de salud- enfermedad- atención, la presencia real de un riesgo se ha confirmado a partir de la existencia probabilística del mismo y no por su encuentro o comprobación empírica. Esto es, el riesgo se ha deducido a partir de una definición general de peligros que se quieren prevenir. Por ello se ha llevado a cabo una vigilancia cuyo objetivo ha sido el anticiparse a que ocurra el suceso: enfermedad, anomalía o comportamiento no deseable. De forma que el riesgo ha aparecido como el comodín explicativo de todo tipo de procesos (Uribe, 2009, pp. 141-162).

La concepción de riesgo abarca toda la etapa reproductiva y autores como Bestard (1996, pp. 9-16) consideran tanto el riesgo real o posible como una construcción cultural en la que se enfatizan algunos aspectos del peligro y se ignoran otros. Tal y como refleja Montes Muñoz (2007, pp. 219-221), las mujeres representan, padecen, sienten y piensan individualmente el riesgo. Existe una demanda constante de vigilancia y seguimiento sanitario, incluso en ocasiones por el servicio público y privado debido al proceso de enculturación en el riesgo que se ha realizado durante todo el itinerario asistencial. Se busca un control de la incertidumbre, detección de problemas y la evitación de la mortalidad entre otros, llegando a situar la experiencia de la reproducción en un *“proceso de salud al que, no siendo una enfermedad, se le da un trato similar”* (Blázquez Rodríguez, 2010, p. 216). Todo ello, puede hacer que algunas mujeres vivan esta experiencia desde el miedo y la incertidumbre. Tal y como afirma Imaz (2010, p. 185), aunque las mujeres saben que en los nacimientos actuales las posibilidades de complicaciones graves son muy escasas, el temor al parto parece ser una cuestión culturalmente muy arraigada de la que resulta difícil desprenderse. Es por ello que como consecuencia existe una mayor demanda de asistencia continuada junto con pruebas médicas y una búsqueda de datos objetivos para poder contrastarlos con sus percepciones e intuiciones, dando mayor confianza al saber experto que al saber propio (Blázquez Rodríguez, 2010, p. 226).

Tal y como se ha expuesto, el concepto de riesgo y la descripción de cómo afecta este en la atención maternal es complejo. Todo ello unido al temor de los/as matronas y obstetras de posibles resultados adversos, litigios derivados de estos y el efecto de todo ello tanto personalmente como profesionalmente ha contribuido a

la cultura del riesgo. Los profesionales y las profesionales se han involucrado en la vigilancia para confirmar la normalidad, pero al hacerlo han enfatizado el concepto de anormalidad y las posibilidades de que algo no se ajuste a la normalidad. Para ello la tecnología se ha convertido en la herramienta perfecta que facilita la vigilancia exhaustiva, a pesar de no poder detectar el riesgo absoluto (Healy, Humphreys, & Kennedy, 2016). Todos estos aspectos han contribuido en la medicalización del parto y del nacimiento.

El deseo de garantizar los mejores resultados, esto es, que el parto finalice conservando la salud de la mujer y con el nacimiento de un/a hijo/a sana ha *“propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y el que se realicen intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia”* (Guía de Práctica Clínica [GPC] sobre Atención al Parto Normal, 2010, p. 35). Esto ha derivado en que en las últimas décadas se hayan desarrollado prácticas ideadas para iniciar, acelerar, frenar, regular... el proceso del parto, llegándose a convertir en prácticas habituales en partos de mujeres sanas sin complicaciones, no prestando “en ocasiones” la necesaria atención al significado que el proceso del parto tiene en la vida de la mujer (GPC sobre Atención al Parto Normal, 2010, p. 35).

Todo ello ha impulsado cambios en el concepto de parto, en la forma de participación en el mismo y en los cuidados ofrecidos.

## **2.2. Evolución del cuidado en el parto en las últimas cuatro décadas en España**

En la década de 1980, emergieron algunos movimientos sociales críticos hacia los modelos de atención al parto que se estaban llevando a cabo, generándose un intenso debate internacional (Goberna Tricas, 2018). Por lo que, en 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró en Fortaleza (Brasil), una conferencia interdisciplinaria en torno a la tecnología apropiada para el parto. Fruto de este encuentro y revisión, la OMS en 1985, estableció una serie de recomendaciones (OMS, 1985) sobre el uso de la tecnología en los partos haciendo incidencia en el derecho de la mujer a ejercer control sobre su parto, la importancia de la comunicación entre las mujeres, familias y profesionales, y la necesidad de

hacer un uso juicioso de la tecnología. Se elaboró en 1996 una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal afirmando que al tratar de mejorar los servicios de maternidad se habían adoptado una serie de intervenciones innecesarias e inapropiadas (OMS, 1996, p. 3). También el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) en 2007, presentó la Guía de Atención al Parto a las mujeres sanas y sus hijos que posteriormente fue remplazada por la elaborada en 2014 (NICE, 2014) y revisada en 2017.

En el año 2007, en España se puso en marcha la “Estrategia de Atención al Parto Normal” respondiendo a la demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas de mejorar la atención sanitaria en la atención al parto normal haciendo incidencia en los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el parto, manteniendo los niveles de seguridad conseguidos. Se planteó como objetivo general el potenciar el parto normal, cuya atención se debía 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, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 23).*

Para ello se llevó un trabajo conjunto entre Organizaciones sociales y de mujeres, sociedades Profesionales y Científicas y las administraciones sanitarias autonómicas, coordinado por el Observatorio de Salud de las Mujeres del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, ahora Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las recomendaciones que se señalaron se agruparon en cuatro líneas estratégicas: el abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible; la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones; la formación de profesionales e Investigación, innovación y la difusión de buenas prácticas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pp.1-84; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, pp. 1-101).

Paralelamente en España en el año 2006, la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) presentó un Plan de Calidad, orientado hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica y centrado en el modelo de atención en la persona usuaria. Con el objetivo de asegurar una atención sanitaria de excelencia, se presentaron doce estrategias, y la décima estaba dirigida a la mejora de la práctica clínica mediante la utilización de las GPC (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, pp. 1-91). Las GPC dan respuesta a preguntas en torno a la atención que se debe ofrecer a los servicios sanitarios presentando la evidencia científica en forma de recomendaciones graduadas según la calidad de los estudios que las apoyan.

Fue en el año 2010, cuando con el fin de impulsar la “Estrategia de Atención al Parto Normal” profesionales de distintas disciplinas implicadas en la asistencia en los partos y mujeres pertenecientes a asociaciones involucradas en el fomento de cuidados durante y tras el parto crearon la GPC sobre la Atención al Parto Normal, para que tanto matronas, obstetras, pediatras, enfermeras y demás profesionales que atendieran a las mujeres en el parto lo implementaran. Ello impulsó una transformación en el modelo de atención al parto, pretendiendo abordar el parto y nacimiento desde una perspectiva más fisiológica y al mismo tiempo ofreciendo una atención personalizada e integral que contemplara aspectos emocionales, familiares y biológicos (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pp. 1-84; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 13). Todo ello basado en *“la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres”* (GPC sobre Atención al Parto Normal, 2010, p. 36). Primando el que se tomen decisiones compartidas entre profesionales y mujeres.

Con todo ello, se ha tratado de conseguir la excelencia asistencial en un proceso de gran trascendencia a nivel personal, familiar, social de conservación y de promoción de la salud física, psíquica y emocional tanto de la mujer como del recién nacido. Ya que la calidad en la atención al parto y al nacimiento no solo condiciona la morbilidad registrada, sino que también otros aspectos como la insatisfacción con la experiencia, pérdida de autoestima, sentimientos de incompetencia, depresión, dificultades en el apego con el recién nacido, dificultades

con la lactancia tanto materna como artificial, problemas con la crianza (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 23).

Esta GPC se ha limitado a la asistencia a partos normales y mujeres sanas. Definiendo parto normal como:

*El comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones.* (GPC sobre Atención al Parto Normal, 2010, p. 37; OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, 1996, p. 7).

Y a mujer sana como aquella que “*no padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas*” (GPC sobre Atención al Parto Normal, 2010, p. 37).

A su vez, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) definió el parto normal como:

*Un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.* (FAME, 2006, p. 1).

Y también la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) lo definió como:

*Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37<sup>a</sup>-42<sup>a</sup> semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida*



*extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica.* (SEGO, 2008, p. 1).

Se consideró parto distócico aquel que no cumplía las condiciones anteriormente mencionadas. Unido a estos conceptos la SEGO, también definió el parto no intervenido como aquel que reunía las características mencionadas en el parto normal y era asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alterasen la fisiología del mismo, siendo fundamental tanto la vigilancia materno-fetal como la asistencia psicológica por parte de las matronas y auxiliares de enfermería (SEGO, 2008, p. 2).

La evaluación de los riesgos no es una medida única, sino que este procedimiento se lleva a cabo de forma continua durante todo el embarazo y parto, ya que en cualquier momento pueden darse complicaciones que precisen de un cuidado más especializado (OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, 1996, p. 6).

En el documento “Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones” elaborado en 2009 por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud junto con expertos vinculados con asociaciones científicas y al Sistema Nacional de Salud clasificaron el riesgo durante el embarazo en cuatro niveles: bajo riesgo, riesgo I o medio, riesgo II o alto, riesgo III o muy alto (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, pp. 59-60, 169-171).

El bajo riesgo está integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo definidos en los siguientes niveles. Entre un 70-80% de los partos son de bajo riesgo al comienzo del parto.

Riesgo I (medio), pertenecen aquellas embarazadas que poseen factores de riesgo de baja sensibilidad y especificidad como, por ejemplo: anemia leve moderada, edad extrema (<16 o >35 años), fumadora habitual, sospecha de macrosomía (peso fetal estimado a término >4kg.), diabetes gestacional con buen control metabólico etc. Y también gestantes con factores de riesgo con una mayor sensibilidad y especificidad. Son bastante frecuentes y no se asocian con un mal resultado del embarazo, pero su presencia hace más probable la aparición de complicaciones.



Al hacer referencia al riesgo II (alto), se incluyen las gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con una gran especificidad y/o sensibilidad como por ejemplo: diabetes pregestacional, diabetes gestacional con mal control metabólico, anemia grave (Hb < de 7,5), hemorragias de segundo y tercer trimestre, trastorno hipertensivo del embarazo (hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve), alteraciones del líquido amniótico (hidramnios y oligoamnios), amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas) etc, por lo que tienen un aumento de posibilidad de complicaciones durante el embarazo y parto, siendo aconsejable ser atendidos por un Servicio de Alto Riesgo de Obstetricia o tercer nivel (centros con 1.200 partos o más y menos de 2.400).

El riesgo III (muy alto) incluye a gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes, pero con muy alta sensibilidad y/o especificidad como, por ejemplo: crecimiento intrauterino retardado confirmado, incompetencia cervical confirmada, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo prolongado, trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica), amenaza de parto prematuro (< de 32 semanas) etc. En estos casos, parece aconsejable que sean atendidos por los Servicios de Alto Riesgo de Obstetricia y hospitalización casi sistemática en unidades de nivel 4 (de más de 2.400 partos al año).

Estas definiciones han llevado consigo dificultades por existir un criterio bastante interiorizado de que solo de forma retrospectiva se puede considerar la normalidad en el parto. Pero, tal y como afirma la OMS en 2018, el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto “no es universal ni está estandarizado” (OMS, 2018, p. 1).

También en 2010 se confeccionó la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que trató de trabajar de forma integral todo el proceso, abordando el embarazo, puerperio y el periodo neonatal con el fin de mejorar la calidad asistencial y aumentar la satisfacción de la población (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Estas décadas han sido consideradas años de transición en los que se han mejorado los niveles de salud de la población, se ha aumentado el nivel tanto

educativo como económico, ha habido cambios en las instituciones y en el quehacer de los profesionales desterrando algunas prácticas habituales innecesarias como la administración de enemas, rasurado del periné, la amniorrexis, la separación del recién nacido, la práctica rutinaria de episiotomía, la administración innecesaria de oxitocina. Se han propuesto cuidados como la deambulación, la ingesta de líquidos, el contacto piel con piel, elección de posición en expulsivo y todo ello ha derivado en una modificación del paradigma de atención al parto normal en aquellos casos (partos de bajo riesgo y medio riesgo) en los que la intervención no era necesaria (GPC sobre Atención al Parto Normal, 2010; NICE, 2014; OMS, 2018).

A nivel internacional se aprobó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016- 2030), mediante la cual la agenda mundial trata de ampliar su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran) y que desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida. Mediante esta Estrategia se promueve:

*El concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. (OMS, 2018, p. 1).*

Junto a este aspecto, también ha sido definida la experiencia de parto positiva como “*la experiencia que cumple y supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer*” (OMS, 2018, p. 1). Se incluye el nacimiento de un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista psicológico y clínico, contando con un apoyo continuo de personal amable y con competencias técnicas óptimas. Además, se acepta como premisa que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y al mismo tiempo lograr un control personal mediante la participación en la toma de decisiones, alcanzando así un sentido de logro (OMS, 2018, p. 1).

### **3. Cambio de paradigma en el modelo de atención**

Las creencias culturales y los valores asociados con el embarazo afectan todos los aspectos de la vida social en cualquier cultura. Estas creencias y valores definen la perspectiva del significado del parto en cada mujer (Callister, 1995).

Muchos elementos de la vida que se entienden como naturales o de sentido común se construyen socialmente (Alder, Abraham, Van Teijlingen, & Porter, 2009). En este sentido, si el parto, fuera solo un evento fisiológico, sería similar en todas las culturas y sociedades, mientras que las diferentes tradiciones, mitos, tabúes y formas de asistencia de parto sugieren elementos de construcción social (Bryers, 2010).

Las mujeres crecen en una cultura y educación determinada que van a ir definiendo su conducta y actitud. La actitud viene a mostrar la capacidad con la que nos enfrentamos a las diversas circunstancias que se nos presentan en la vida.

La ideología, las relaciones con las mujeres gestantes y la repercusión de la experiencia personal, social y cultural de cada una de ellas forman parte del sistema sociocultural y son reflejo de un tiempo y contexto específico (Montes Muñoz, 2007, p. 6) en el que se debe considerar a la mujer competente bien para tomar decisiones de forma autónoma, o bien para ser capaz de solicitar ayuda a los profesionales (Bradfield, Duggan, Hauck, & Kelly, 2018; O'Brien, Butler, & Casey, 2017; Thelin, Lundgren, & Hermansson, 2014).

En las últimas décadas, el progreso de la obstetricia, favorecido por un mayor uso de la tecnología (Hodnett et al., 2013; Kitzinger et al., 2006) ha impulsado cambios en el concepto de parto, en la forma de participación en el mismo y en los cuidados ofrecidos.

En la actualidad, reflexionar sobre las necesidades, actitudes y comportamientos de las mujeres (Lohmann, Mattern, & Ayerle, 2018) ha supuesto para las/los profesionales un cambio de paradigma (Klomp, De Jonge, Hutton, Hers, & Lagro-Janssen, 2016) pasando de una actitud paternalista (Mira, 2005) a una actitud abierta y coherente con las demandas sociales compatibles con modelos innovadores de atención (Lohmann et al., 2018)

Estos cambios, entendidos desde la sociedad “no risk” (Kitzinger et al., 2006) en la que se vive en los países desarrollados, han alentado a los profesionales a optar por un modelo dinámico de relación mutua y simultánea representado por un paradigma adaptativo que fomenta el liderazgo democrático, entendido este como el empoderamiento que permite el desarrollo del potencial (Kérouack, Pepin,

Ducharme, Duquette, & Mayor, 1996, p. 66) y fomenta la autorrealización mediante cuidados culturalmente sensibles (Callister, 1995) apoyados en la diversidad y complejidad de las experiencias de nacimiento (Homer et al., 2009).

### **3.1. Protagonismo, autonomía, empoderamiento y responsabilidad**

En el caso del proceso embarazo, parto y puerperio en los últimos años estamos asistiendo a un cambio en el modelo de atención sanitaria que pone énfasis al concepto de humanización. Se trata de un término polisémico basado en tres aspectos fundamentales: la necesidad de convertir a la mujer en el centro de la atención, de prestarle apoyo emocional y una atención basada en la evidencia que incluya su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados. Al hacer referencia al término de humanización no deberíamos confundirlo con la no utilización de tecnología, ni un regreso al pasado que implique una visión idealizada y romántica del parto tradicional (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013).

Con la humanización se alude a la necesidad de prestar una atención holística que tenga en cuenta aspectos biológicos, psicoemocionales y socioculturales que intervienen en el proceso embarazo, parto, puerperio y nacimiento, influyendo en las necesidades que las mujeres puedan tener (Blázquez, 2009; Blázquez, 2010).

Desde este punto de vista, el rol de las mujeres en relación con los/as profesionales de la salud ha ido cambiando en los últimos años. El modelo paternalista, autoritario se ha ido abandonando a medida que la autonomía en las mujeres ha ido adquiriendo una importancia creciente, lo que ha derivado en un modelo más compartido de salud en el que la promoción de las habilidades interpersonales y de comunicación de los profesionales resultan componentes vitales (Goberna-Tricas, Banús-Giménez, Palacio-Tauste, & Linares-Sancho, 2011; Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999).

En este modelo, Mira Solbes (2005), desarrolló la idea del “paciente competente” que fue definido como un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía en las decisiones clínicas y manteniendo a su vez

una relación de respeto hacia los conocimientos y experiencia clínica de los profesionales sanitarios. De forma que la mujer participaría activamente en el cuidado y decisiones relativas a su salud al tiempo que expresa sus preferencias y expectativas. Estableciéndose una relación de posiciones más simétrica y donde se distribuyen las responsabilidades entre la mujer y el/ la profesional de la salud (Mira Solbes, 2005).

Los paradigmas de salud actuales, demandan que los usuarios tengan la oportunidad de expresar sus puntos de vista sobre las facetas positivas y negativas de sus vivencias (Redshaw, 2008). Se ha dejado a un lado la perspectiva fundamentada en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013), viéndose los profesionales empujados a cambiar su forma de actuar, estableciéndose una relación profesional- paciente como un acto de deliberación y colaboración de ambos. También se ha adoptando una actitud más participativa, donde la información supone un requisito indispensable en la autonomía y en la toma de decisiones, siendo para ello, la comunicación pieza clave en la relación profesional- usuario o usuaria (Barca Fernández et al., 2004; Ruiz Moral, 2004).

Por ello, se demanda *“una información con sentido a los pacientes y de manera más clara”* (Ruiz Moral, 2004, p. 365-367) que ayude en el conocimiento de su situación y en el grado de capacitación de la persona para hacer frente a su situación.

### **3.2. Deseo de información y toma de decisiones**

En las últimas décadas se ha enfatizado cada vez más la importancia en la participación de las pacientes en la toma de decisiones junto con la provisión integral de información (Thompson & Miller, 2014).

Si bien autores como Larkin et al. (2012), reclamaron la necesidad de mejora de estos aspectos, las mujeres solicitaban oportunidades y provisión de información para que la participación en discusiones con un cuidador conocido no fueran tan limitadas.

Al hacer mención al término “decisión informada”, existe una falta de claridad de lo que este término significa para las mujeres. O’Brien et al. (2017), lo definieron como un proceso dinámico e interactivo en el que destacaron dos aspectos fundamentales previos a la decisión informada. Por una parte, la provisión de información y por otra, la comprensión de esta. De manera que la información por sí sola no asegura la decisión informada. Esto es, conocimiento y comprensión son necesarios para llevar a cabo una decisión informada.

Actualmente, se ha ponderado el modelo de toma de decisiones compartida, donde hay un intercambio mutuo de información por parte de los profesionales y pacientes y la deliberación es conjunta en la toma de decisiones relacionadas con el proceso (Thompson & Miller, 2014; Trevena & Barratt, 2003). Autores como Charles, Gafnv y Whelan (1997), definieron la toma de decisiones compartida incluyendo la presencia de cuatro características: tanto el paciente como los profesionales deben de estar involucrados en todo el proceso, ambas partes comparten información, expresan sus preferencias y llegan a un acuerdo. Dentro de la variabilidad de los procesos el resultado del “acuerdo” es muy valorado por los pacientes (Shay & Lafata, 2014).

Otros autores como Trevena y Barratt (2003) propusieron un modelo de toma de decisiones integrada en la que incorporan cinco dimensiones: la naturaleza del problema, las preferencias, valores y creencias del paciente, las recomendaciones y responsabilidad del profesional, la evidencia y los hallazgos clínicos.

Las decisiones de las mujeres según O’Brien et al. (2017), dependen de múltiples factores y pueden cambiar según la relación con los demás, consigo mismo, sus valores, las experiencias previas y el contexto en el que se dan. Pero sí que está muy influenciada por el sentido de responsabilidad hacia la seguridad y bienestar fetal, ya que existe una interdependencia en la relación madre e hijo o hija. La misma está asociada a una búsqueda de “seguridad emocional” que hace que el concepto de decisión informada de las mujeres se defina y experimente como una construcción relacional.

Al mismo tiempo la calidad en la relación con las cuidadoras es fundamental en la toma de decisiones compartidas, siendo las variaciones en la relación

influyentes en la capacidad de las mujeres a la hora de participar en la toma de decisiones compartidas (Hauck, Fenwick, Downie, & Butt, 2007; O'Brien et al., 2017). Para lograr dicha participación resulta imprescindible obtener paridad en las relaciones entre mujeres y cuidadores (O'Brien et al., 2017).

También se han diferenciado en las mujeres distintos niveles o preferencias en cuanto a la medida en qué desean participar en la toma de decisiones, siendo la política de la unidad de maternidad fundamental en la promoción de la decisión informada (O'Cathain, Thomas, Walters, Nicholl, & Kikham, 2002). En cualquier caso, la toma de decisiones compartida ofrece a la mujer, el poder decidir simultaneando la responsabilidad y control con el profesional que tiene la oportunidad de ir más allá del rol de informante, participando pero sin dominar totalmente en las decisiones (Charles et al., 1997).

### **3.3. Control y seguridad**

La percepción de control durante el parto o la falta de este resulta importante para las mujeres (Green & Baston, 2003; Green et al., 1990; Larkin et al., 2009; Namey & Lyerly, 2010), habiéndose relacionado este con la satisfacción en el parto (Goodman et al., 2004; Green & Baston, 2003; Lavender et al., 1999; Simkin, 1991), con la afectación en futuras decisiones de las mujeres en sus embarazos y partos (Elmir et al., 2010; Green & Baston, 2003; Larkin et al., 2009) y con la consideración de ser un factor importante en la experiencia de parto de las mujeres y en su bienestar posterior (Bramadat & Driedger, 1993; Green & Baston, 2003; Green et al., 1990).

El control es un término complejo, polisémico (Namey & Lyerly, 2010), subjetivo (Green & Baston, 2003) y único para cada mujer (Meyer, 2013) ya que tiene muchas dimensiones y significados que resultan difíciles de distinguir entre sí (Simkin, 1991) y su análisis dentro del contexto del parto suscita cierta ambivalencia. Por un lado, Namey y Lyerly (2010), reconocen el hecho de que no se puede controlar todo lo ocurrido en el parto. Por otro lado, lo relacionan con dimensiones distintas como la autodeterminación, el respeto, la seguridad personal, el apego y el conocimiento. Por autodeterminación se entiende la capacidad de tener un parto basado en sus deseos y valores, estando muy relacionado con la



percepción de poder dirigir su parto, con poder de elección y con el grado de conciencia del proceso. El respeto entendido desde dos vertientes, una hacia quienes asisten el parto y otra en términos de mantener el autocontrol. La seguridad personal, hace referencia a la seguridad física, emocional y psicológica que reduzca o elimine la ansiedad en el parto. El apego o conexión con las personas involucradas en la que resulta imprescindible la confianza. Y finalmente el conocimiento, esto es, la información, la comprensión de esta y la familiaridad con el proceso del parto lo relacionan con un “buen parto”.

Todas estas dimensiones están muy vinculadas con los cuatro atributos que Meyer (2013) identificó al describir el control: la toma de decisiones (ser miembro activo en la toma de decisiones durante el proceso del parto), el acceso a la información, la seguridad personal derivada de la sensación de confianza, respeto y apoyo de los profesionales y la sensación de control sobre sus cuerpos, emociones y dolor. Larkin et al. (2009), opinó la sensación de control puede estar afectada por las expectativas de las mujeres sobre cómo será su trabajo de parto, el tiempo que durará, el dolor y el nivel de control adoptado.

También se han identificado diferencias entre el control externo (el realizado sobre la propia persona) que a menudo es relacionado con la toma de decisiones (Gibbins & Thomson, 2001) y el control interno del cuerpo y comportamiento (Green & Baston, 2003). Si bien, la conceptualización del control externo como la participación en la toma de decisiones a veces se ha usado de manera acrítica, sin abordar la cuestión de si dicha participación conduce necesariamente al control o si, se puede adquirir un mayor sentido de control al dejar la toma de decisiones en cuidadores de confianza (Green, 1999).

Los cuidadores tienen el potencial de mejorar su experiencia de parto facilitando medidas para lidiar el dolor que afectarán al control interno; cuando las mujeres sientan que se preocupan de ellas con respeto afectará al control externo. Todo ello contribuirá al bienestar emocional (Green & Baston, 2003) que influirá en la adaptación en su nuevo rol de maternidad y en el nivel de autoconfianza (Larkin et al., 2009).



### 3.4. Atención centrada en la mujer

El rol asignado a los pacientes en relación con los profesionales de la salud ha ido modificándose en los últimos años. El modelo paternalista se ha ido abandonando y la autonomía de la paciente a su vez ha ido incrementándose, (Goberna-Tricas et al., 2011), centrando el cuidado en el proceso del parto en “estar con la mujer”. Este es un constructo dinámico y en desarrollo que representa la filosofía de la profesión de la matronería (Bradfield et al., 2018). Hunter (2002, pp. 650-657) define este aspecto como la provisión por parte de los profesionales de apoyo emocional, físico, psicológico y espiritual, teniendo en cuenta los deseos de la mujer. De ahí que el estar con la mujer sea el concepto central del modelo de atención para las mujeres en el parto en el que se incluye también a la pareja o persona importante para la mujer (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). Este modelo de atención también está caracterizado por la transferencia de “poder” a la mujer, en el que se facilita y se fomenta en la toma de decisiones informadas a diferencia del modelo biomédico que adopta un enfoque paternalista en la atención (Bradfield et al., 2018).

Van Kelst, Spitz, Sermeus y Thomson (2013), definen la atención centrada en la mujer, como la deseada por la propia madre teniendo en cuenta sus necesidades individuales, sin intervenciones innecesarias, en la cual las mujeres puedan tomar sus decisiones informadas en un contexto de atención continua siempre que la información sea honesta, objetiva y exponga todas las opciones posibles para poder tomar decisiones por sí mismas, dada la estrecha relación entre información y decisión.

Otros autores como Lundgren, Berg, Nilsson y Olafsdottir (2019), basan sus cuidados en la atención centrada en la mujer tomando también las perspectivas individuales de cada mujer y destacan la necesidad de la continuidad en la relación de apoyo establecida entre la mujer y los profesionales con el fin de limitar el número de intervenciones, proporcionar información para mejorar la toma de decisiones y brindar una atención culturalmente óptima.

La continuidad de cuidados, Van Kelst et al. (2013), la describen como aquella en la que durante la estancia hospitalaria sean los mismos profesionales

quienes brinden sus cuidados. Para ello se precisa, establecer una relación terapéutica continua entre la mujer y los profesionales, que posibilite a los profesionales brindar una atención integral, que a su vez pueda promover el potencial de crecimiento personal y el empoderamiento para toda la familia (Dahlberg & Aune, 2013).

Como resultado de esa continuidad relacional podría derivar en una confianza psicológica en la relación, donde se consolide la interdependencia, siendo necesario para ese enfoque individual la ratio “una mujer una matrona” (NICE, 2014) que permita “estar con” la mujer (Hunter, 2002), a diferencia de proporcionar una atención fragmentada y aleatoria (Dahlberg & Aune, 2013).

El apoyo continuo es valorado positivamente por las mujeres. Este apoyo puede incluir apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad, ánimos), información sobre el progreso del parto, sobre técnicas de afrontamiento (masajes, baños/duchas calientes, ingesta y eliminación de líquidos) y cuando sea necesario ayudar a comunicar los deseos de la mujer (Bohren, Hofmeyr, Sakala, & Fukuzawa, 2017). Todas estas medidas pueden disminuir la ansiedad y el temor, aumentando sus sentimientos de competencia y confianza (Hodnett et al., 2013).

Autores como Hunter (2002), Leap, Sandall, Buckland y Huber (2010); NICE (2014); Thelin et al. (2014) y Waldenström (2004), hacen hincapié en la importancia de establecer una relación de apoyo basada en la confianza y el respeto mutuo entre mujer y profesional. En donde las mujeres sean cuidadas como una persona única y no como una mujer entre la multitud (Lundgren & Dahlberg, 2002) para considerar la singularidad de sus necesidades, creencias, expectativas y experiencias de cada mujer (Larkin et al., 2009).

Para tal fin, las mujeres valoran de los profesionales la calidad de la relación y que tengan algunas cualidades tales como: ser positiva, tranquila, segura, sensible, amable (Homer et al., 2009), respetuosa, comprometida y empática (Adolphson, Axemo, & Högberg, 2016). Llevando a cabo una atención caracterizada por componentes como: disponibilidad, confianza, reciprocidad, singularidad y continuidad en el apoyo y presencia (Lundgren & Berg, 2007).

La calidad interpersonal fue tratada por distintas organizaciones como la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) y la Alianza White Ribbon (WRA), elaborando una Carta sobre los Derechos Universales de las Mujeres durante el Parto con la finalidad de promover una atención que respetase su cultura, integridad física-emocional y dignidad durante el parto (ver tabla 1).

Tabla 1

*Carta sobre los Derechos Universales de las Mujeres durante el Parto*

### Derechos Universales de las Mujeres durante el Parto

- Derecho de obtener una calidad de atención basada en la evidencia
- Derecho a tener una experiencia de parto positiva
- El derecho a una atención digna y respetuosa
- El derecho a la información y al consentimiento informado, respetando sus elecciones
- El derecho a la confidencialidad y privacidad
- El derecho a la igualdad y atención equitativa
- El derecho al alivio del dolor farmacológico o no farmacológico
- El derecho a no sufrir abusos físicos, emocionales, verbales, ni ningún tipo de extorsión económica
- El derecho a la elección del compañero(s) de parto

Nota: Adaptado de "Mother-baby friendly birthing facilities," por International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association & World Health Organization, 2015, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128 (2), pp. 95-99.

Tanto la continuidad, como la calidad de las relaciones son claves en una experiencia de parto positiva (Dahlberg & Aune, 2013). En España el cuidado de las mujeres en el parto se basa en un modelo compartido en el que obstetras, matronas y auxiliares brindan sus cuidados en el parto. Cada disciplina posee su propia ideología y experiencia, por lo que la existencia de opiniones divergentes en el cuidado puede derivar tanto en un proceso de conflicto como de cooperación (Ruiz & Limonero, 2014).

### 3.5. Acompañamiento y participación de la pareja

La pareja suele ser a menudo una de las personas más importantes para la mujer en su parto (Erlandsson & Lindgren, 2009; Karlström et al., 2015). Su mera presencia se ha descrito como alentadora e importante para la mujer (Bryanton, Gagnon, Hatem, & Johnston, 2009) ya que transmite tranquilidad y armonía en la sala de partos (Larkin et al., 2009), e incluso su apoyo deriva en un efecto positivo en la experiencia de cuidar al recién nacido (Bryanton et al., 2009).

En las últimas décadas se ha animado a las parejas a asistir a los partos en Europa (OMS, 2007, pp. 32-33), siendo su incorporación progresiva en función de la política de los distintos hospitales. A pesar de que la presencia de las parejas es vivida como un evento positivo en la mayoría de los casos, las parejas expresan la necesidad de ser reconocidas como parte de la unidad con la mujer por el sistema de salud (Longworth & Kingdon, 2011; Steen, Downe, Bamford, & Edozien, 2012). En ocasiones no se sienten incluidas en el proceso de parto, ya que la mujer es reconocida como el foco obvio de atención y la satisfacción de sus necesidades en ocasiones dejan de lado el apoyo a la pareja (Ledenfors & Berterö, 2016). Las parejas llegan a sentir un rol no muy definido tal y como lo describen Steen et al. (2012) no sintiéndose ni paciente, ni visitante. Esto es, situados en un espacio intersticial tanto física como emocionalmente, que hace que muchos se sientan excluidos y temerosos.

Autores como Steen et al. (2012), afirman que para un apoyo adecuado a la mujer en la transición a la maternidad positiva, es necesario que la pareja se sienta incluida, que esté bien preparada y que sienta apoyo por parte de los profesionales. Las parejas necesitan ser reconocidas como parte de la unidad con la mujer con el fin de tener así una experiencia de parto positiva. Por lo que las matronas pueden apoyarlas y aumentar su participación para encontrar su rol en una situación desconocida (Dellmann, 2004; Ledenfors & Berterö, 2016; Longworth & Kingdon, 2011).

La participación es descrita como una combinación de aspectos tales como: interacción, disponibilidad y responsabilidad (Eggermont, Beeckman, Van Hecke, Delbaere, & Verhaeghe, 2017). Dentro de su participación durante el parto estudios como el de Longworth, Furber y Kirk (2015), describen distintas formas de

participación: parejas activamente involucradas y pasivas. Otros autores como Chapman (1992), distinguen tres roles con distintos grados y tipos de compromiso para los futuros padres. El primero, el de entrenador, que se caracteriza por un alto grado de compromiso físico y mental. En el que la pareja toma activamente el control del parto. El segundo, el de compañero, que fluctúa entre altos y bajos grados de compromiso físico y mental, y trata de responder a las solicitudes de apoyo. Y el tercero, el de testigo que se mantienen en bajos grados de compromiso hasta el expulsivo que lo viven con alto grado de compromiso mental, manteniéndose como observador sin participar activamente. Estos roles se van redefiniendo durante el proceso del parto y el nivel de participación según los autores Xue, Shorey, Wang y He (2018), puede estar influido por cinco factores: el apoyo informativo recibido, las actitudes de la pareja hacia su participación, la relación de la pareja, la relación con sus padres y factores sociodemográficos.

En términos generales, el rol de la pareja está más vinculado a la mujer, que a sí mismo. Las parejas identifican distintas necesidades específicas tales como: la de participar en el parto desde un enfoque más integrador, el actuar como portavoz de sus parejas, el brindar apoyo físico a las parejas, el recibir tanto la información como el apoyo psicológico de forma individual (Eggermont et al., 2017). Llegando a percibir que reciben buen apoyo cuando se les permite realizar preguntas, cuando tienen la oportunidad de interactuar con los profesionales y su pareja, y cuando pueden elegir en qué medida participar (Bäckström & Hertfelt Wahn, 2011).

Cada pareja debe ser cuidada individualmente y adaptar las intervenciones en función de sus necesidades individuales (Hildingsson, Cederlöf, & Widén, 2010). Para ello es fundamental el facilitar la expresión de sus necesidades para poder optimizar la atención de los profesionales, siendo la información una de las necesidades identificadas como a destacar por las parejas (Eggermont et al., 2017; Hildingsson et al., 2010; Li Poh, Koh, Seow, & He, 2014; Longworth & Kingdon, 2011).

También son descritos los cambios emocionales continuos, vivenciando tanto sentimientos positivos como negativos tales como alegría, emoción, asombro, ansiedad, preocupación, temor, tranquilidad, alivio (Dellmann, 2004; Li Poh et al., 2014), pudiendo el parto ser una experiencia satisfactoria pero a su vez estresante

por no estar seguros del rol a llevar a cabo, de cómo cuidar al recién nacido, del bienestar de su pareja y de la actuación ante una posible complicación (Philpott, Leahy-Warren, FitzGerald, & Savage, 2017; Somers-Smith, 1999). Pudiéndose sentir a menudo vulnerables durante el proceso del parto (Johansson, Fenwick, & Premberg, 2015).

El apoyo de la matrona, su presencia y la información sobre el progreso del parto son aspectos importantes para la vivencia de una experiencia de parto positiva en las parejas (Hildingsson et al., 2010) ya que como se ha descrito anteriormente, desean ser reconocidas y apoyadas en el parto como futuros padres (Premberg, Carlsson, HellströmHellstr, & Berg, 2011).

La mayoría de los padres desean participar en los cuidados perinatales, lo que puede derivar en una experiencia de parto más positiva para los padres, estimular el vínculo emocional entre las parejas, fortalecer el sentido de la responsabilidad compartida en el cuidado y evitar resultados negativos tanto para la madre como para el niño (Eggermont et al., 2017), afectando positivamente en el bienestar tanto de la madre como de los padres durante y después del embarazo (Bawadi, Qandil, Al-Hamdan, & Mahallawi, 2016). Autores como Steen et al. (2012) y Johansson et al. (2015), reconocen que para poder lograr estos beneficios es necesario el que las parejas estén adecuadamente preparadas e incluidas en todo el proceso. Por lo que es fundamental alentar a las parejas a adoptar el rol de su elección y la de su pareja en el parto y que lleven a cabo su participación en consecuencia (Dellmann, 2004) teniendo en cuenta su personalidad, expectativas y la relación con su pareja (Chapman, 1992; Johansson et al., 2015), de forma que no se sientan forzados a desempeñar funciones en las que no se sientan cómodos (Chapman, 1992) y en caso de que así fuera, se respete su deseo de no participar (Johansson et al., 2015).

### **3.6. Emociones y sentimientos**

Las emociones y sentimientos hacen referencia a la manera subjetiva con la que experimentamos una situación y a pesar de que en muchas ocasiones se utilizan como si fuesen sinónimos se puede hacer una diferenciación de los dos conceptos. Por un lado, las emociones son procesos físicos y mentales,

neurofisiológicos y bioquímicos, culturales y psicológicos de aparición abrupta y que presentan manifestaciones físicas (Marina, 1996, pp. 16-17). Su objetivo es el de regular el proceso vital para evitar peligros o ayudar al organismo a aprovechar las oportunidades, y promover la supervivencia y el bienestar (Damasio & Ros, 2018, pp. 143-150). Por otro lado, los sentimientos son *“las emociones culturalmente codificadas, personalmente nombradas y que duran en el tiempo”* (Fernández Poncela, 2011, p. 3) ya que precisan tanto de la parte corporal, emocional y perceptiva de las experiencias como del contexto sociocultural- temporal y espacial en la que se dan (Damasio, 2005; Damasio & Ros, 2018). Los sentimientos son de gran interés porque *“nos ayudan a resolver problemas no rutinarios que implican creatividad, juicio, toma de decisiones que requiere la presentación y manipulación de enormes cantidades de conocimiento”* (Damasio, 2005, p. 171). De ahí la diferencia entre ambos, en la que la emoción es considerada como una reacción innata, automática y breve en el tiempo que antecede al sentimiento, mientras que el sentimiento permanece durante más tiempo y es incluida la capacidad de reflexionar e interpretar conscientemente sobre lo que se siente. De forma que, la emoción ocurre en el escenario del cuerpo y el sentimiento en el de la mente (Damasio, 2005).

Las emociones según Damasio (2005, pp. 44-50) se pueden clasificar en tres categorías: primarias, de fondo y sociales. Las primarias son identificables, tanto en los seres humanos de numerosas culturas, como también en especies no humanas y se incluyen: el miedo, felicidad, ira, asco, sorpresa y tristeza; las de fondo son las que reflejan nuestro estado de ánimo momentáneo, entre las que se encuentran: el entusiasmo, la tranquilidad, la excitación, el malestar, el desánimo etc.; y las sociales que necesitan la presencia de una segunda persona para expresarse, como son: el desprecio, el orgullo, la vergüenza, la culpabilidad, la admiración, la indignación, la envidia, etc.

Esta clasificación de primarias, secundarias y sociales también es descrita por Plutchik (1991, pp. 54-107) distinguiendo ocho emociones primarias o básicas: la alegría, aceptación, sorpresa, miedo, tristeza, aversión, anticipación e ira con distintos niveles de intensidad.



Otros autores como Bisquerra Alzina (2010), clasificaron las emociones en tres categorías: en positivas, negativas o ambiguas en función del grado en que las emociones afectan al comportamiento del sujeto. Destacando su función *“motivadora, adaptativa, informativa, social, personales, en los procesos mentales, en la toma de decisiones y en el bienestar”* (Bisquerra Alzina, 2010, p. 72). También Lazarus (1991, pp. 82-83, 467), clasificó del mismo modo las emociones considerando que las emociones están en un eje que va del placer al displacer. De forma, que las emociones positivas son el resultado de una evaluación favorable al lograr los objetivos o acercarse a ellos, siendo agradables y proporcionando bienestar y disfrute. Del modo contrario, las emociones negativas, son resultado de una evaluación desfavorable respecto a los objetivos marcados y son consideradas desagradables. Finalmente, las ambiguas, presentan un estatus indeterminado ya que según las circunstancias pueden ser positivas o negativas.

A la hora de elaborar una clasificación de todas las emociones, estas se suelen agrupar por familias o conjuntos de la misma especificidad, cuya diferencia reside en matices sutiles o en la intensidad. Entendiendo por especificidad, al aspecto que califica la emoción y permite darle un nombre que la diferencia de las demás, y por intensidad, la fuerza con que experimenta una emoción. Por ejemplo, *“dentro de la familia miedo, se incluyen la preocupación, angustia, pavor, pánico, horror, terror, etc.”* (Bisquerra Alzina, 2010, p. 76). A continuación se presenta la clasificación descrita por Bisquerra Alzina (2010, p. 92) con las emociones más representativas (ver tabla 2):

En el proceso del parto se dan fluctuaciones de emociones complejas y dinámicas que abordan tanto aspectos físicos como no físicos de la persona. Los cambios en las emociones son creados por un sistema de retroalimentación entre la mujer y su entorno, el espacio físico y las interacciones con las personas (Hall, Foster, Yount, & Jennings, 2018).

La emoción en el parto contribuye a la valoración positiva o negativa del mismo. De hecho, un parto positivo produce sentimientos de orgullo por el logro, satisfacción y confianza en la capacidad física y emocional. De igual modo, el que la mujer se sienta empoderada, el mantener una relación de confianza con los



cuidadores y el sentirse realizada con el parto, son factores relacionados con una experiencia positiva (Leap et al., 2010).

Mientras que, las emociones negativas que no se alivian como el sentirse derrotado, con miedo, preocupación, vergüenza, impotencia, desánimo son factores de una experiencia negativa (Elmir et al., 2010).

Tabla 2  
*Clasificación psicopedagógica de las emociones*

<b>Emociones negativas</b>	
<i>Primarias</i>	
Miedo	Temor, horror, pánico, terror, pavor, desasosiego, susto, fobia
Ira	Rabia, cólera, rencor, odio, furia, indignación, resentimiento, aversión, exasperación, tensión, excitación, agitación, acritud, animadversión, animosidad, irritabilidad, hostilidad, violencia, enojo, celos, envidia, impotencia, desprecio, acritud, antipatía, resentimiento, rechazo, recelo
Tristeza	Depresión, frustración, decepción, aflicción, pena, dolor, pesar, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desgana, morriña, abatimiento, disgusto, preocupación
Asco	Aversión, repugnancia, rechazo, desprecio
Ansiedad	Angustia, desesperación, inquietud, inseguridad, estrés, preocupación, anhelo, desazón, consternación, nerviosismo
<i>Sociales</i>	
Vergüenza	Culpabilidad, timidez, vergüenza ajena, bochorno, pudor, recato, rubor, sonrojo, verecundia
<b>Emociones positivas</b>	
Alegría	Entusiasmo, euforia, excitación, contento, deleite, diversión, placer, estremecimiento, gratificación, satisfacción, capricho, éxtasis, alivio, regocijo, humor
Amor	Aceptación, afecto, cariño, ternura, simpatía, empatía, interés, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, respeto, devoción, adoración, veneración, enamoramiento, ágape, gratitud, interés, compasión
Felicidad	Bienestar, gozo, tranquilidad, paz interior, dicha, placidez, satisfacción, serenidad
<b>Emociones ambiguas</b>	
Sorpresa	La sorpresa puede ser positiva o negativa. En esta familia se pueden incluir: sobresalto, asombro, desconcierto, confusión, perplejidad, admiración, inquietud, impaciencia. Relacionadas con la sorpresa, pero en el otro extremo de la polaridad pueden estar anticipación y expectativa, que pretenden prevenir sorpresas

Nota: Adaptado de "Psicopedagogía de las emociones," por R. Bisquerra Alzina, 2010, p. 92.

Las emociones cambian con el entorno y el contexto que incluyen la experiencia física de las sensaciones y el esfuerzo, las interacciones entre mente y cuerpo, las relaciones humanas, el espacio físico y las propias creencias, actitudes y definición de la propia mujer de lo que necesita. Pudiéndose destacar cuatro características: la confianza, entiendo esta por la creencia en la capacidad física de la mujer para dar a luz; la comodidad, en la que resulta esencial para controlar el dolor; la definición de lo que la mujer necesita y la conexión humana establecida en el parto. Estas características interactúan y fluctúan entre sí, por lo que un cambio en uno de estos aspectos supondría resultados imprevisibles en el proceso (Hall et al., 2018).

Sentirse apoyada emocionalmente por los profesionales intraparto es fundamental en la experiencia de parto para las mujeres (Dahlberg & Aune, 2013; Ford & Ayers, 2009; Hodnett et al., 2013; Waldenström, 1999), llegando incluso a ser percibido como el aspecto más importante del apoyo en el parto (Nikula, Laukkala, & Pölkki, 2015) y siendo este destacado en las nuevas directrices de la OMS para una experiencia de parto positiva (OMS, 2018).

Dentro de las emociones negativas, el miedo conlleva consecuencias para la salud y tiene implicaciones en el parto y postparto (Nilsson et al., 2018). El concepto “miedo al parto” parece ser usado como una etiqueta amplia para todo tipo de ansiedad y temores que las mujeres experimentan en relación con el embarazo y el parto (Nilsson et al., 2018).

En las causas del miedo influyen factores tanto internos como externos, tales como: el estrés, la ansiedad, la depresión, la falta de apoyo social (Dencker et al., 2019), las creencias culturales (Lukasse, Schei, & Ryding, 2014) sobre el parto como evento de riesgo (Nilsson et al., 2018; Stoll, Fellow, Hall, Janssen, & Carty, 2014), las experiencias previas (Dencker et al., 2019). Autores como Rondung, Thomtén y Sundin (2016), examinaron la literatura sobre el miedo al parto desde una perspectiva psicológica, destacando miedos relacionados con intervenciones de emergencia y del dolor; con la pérdida de bienestar materno-fetal; con reacciones y capacidades propias durante el parto, incluyendo la pérdida de control; con la incertidumbre y pérdida de garantías; con la competencia y comportamiento de los

profesionales; con el futuro rol maternal y con temas relacionados con la privacidad y reacciones de la pareja durante el parto.

Una experiencia previa negativa o traumática junto con un parto quirúrgico es una de las principales causas de miedo de las mujeres al parto (Dencker et al., 2019; Henriksen, Grimsrud, Schei, & Lukasse, 2017). Las experiencias negativas suelen estar relacionadas con sentimientos de desprotección, trato de indiferencia o de incompetencia para llevar a cabo el parto (Henriksen et al., 2017; Nilsson, 2014) y la presencia de complicaciones inesperadas (Nilsson & Lundgren, 2009). Algunas de estas vivencias están ligadas a situaciones en las que las mujeres se sienten humilladas por ser ignoradas, no escuchadas, ni creídas por los profesionales y las profesionales, causando todo ello un sufrimiento innecesario causado por los cuidadores o por el sistema de salud. De forma que el entorno del parto es interpretado como estructura de poder en la que la mujer no es tratada de forma holística y se presenta un sufrimiento relacionado con el cuidado, llegando la mujer a sentir que ha sido privada de su dignidad, de no ser entendida o tomada en serio habiendo primado la vigilancia mediante la realización de intervenciones médicas (Nilsson, 2014).

El miedo al parto afecta a las mujeres de tal manera que llegan a dudar de sí mismas y se sienten inseguras de su capacidad para dar a luz, con lo que afecta negativamente en su confianza en el parto, pudiendo ello generar sentimientos de culpa, debilidad y vergüenza. También puede influir el pensar en el parto como una experiencia cuyo resultado es impredecible y en el que se puede presentar la amenaza de un peligro (Nilsson & Lundgren, 2009).

Este miedo puede derivar en una mayor solicitud de cesáreas por parte de las mujeres (Ryding, 1993) y estar relacionado con: un mayor número de intervenciones obstétricas como el uso de analgesia epidural para paliar el dolor, con miedo en el postparto, posiblemente con diferencias en el tipo de parto, con partos más complicados y con experiencias de parto más negativas que a su vez, tal y como se ha expuesto anteriormente, parecen estar asociadas con un mayor riesgo de miedo al parto en embarazos posteriores (Rondung et al., 2016).

Autores como Rilby, Jansson, Lindblom y Mårtensson (2012) describen la presencia de sentimientos encontrados y contradictorios en el proceso del parto, esto es, el temor se mezcla con el deleite. Donde la presencia de miedo que se construye en función: del dolor, las complicaciones maternas, las complicaciones perinatales y la falta de apoyo, se mezcla a su vez, con el sentimiento de tener gran poder para dar a luz. Siendo en todo momento fundamental el conocer la influencia de la brecha entre las expectativas y la realidad. De ahí, la necesidad de que los profesionales y las profesionales conozcan las expectativas de las mujeres para poder satisfacerlas brindándoles la información, el apoyo y permitiéndoles participar en las decisiones, lo que puede mejorar la experiencia del parto.

### **3.7. Expectativas**

La expectativa según la definición de la RAE (2014) es *“la esperanza de realizar o conseguir algo”*. Aparece tras una incertidumbre en situaciones en las que todavía no se ha confirmado qué es lo que puede llegar a ocurrir. Por lo que se realiza una predicción más o menos realista de lo que se prevé que pueda acontecer.

Las mujeres a lo largo de su embarazo parecen desarrollar expectativas de parto, en las que los grados de realismo difieren de una mujer a otra. Sus expectativas suelen estar muy vinculadas al dolor que esperan sentir, al control percibido, a la existencia de alguna complicación (Green & Baston, 2003; Green et al., 1990), al apoyo tanto de su pareja como de los profesionales y en su capacidad de hacer frente el trabajo de parto (Hauck et al., 2007). Estas todas se interrelacionan y son aspectos fundamentales a tener en cuenta para promover una experiencia de parto positiva (Lavender et al., 1999).

La discordancia entre las expectativas y la experiencia real de parto influyen en las percepciones de su experiencia (Lundgren, 2005) y en la satisfacción de su parto (Green et al., 1990). Mejorar las expectativas marcadas es identificado como un factor asociado a la satisfacción de las mujeres (Hodnett, 2002). Sin embargo, no lograr las expectativas puede afectar a las mujeres reduciendo su confianza y llegando a percibir sentimientos negativos como decepción, culpa, fracaso, debilidad

e inferioridad con respecto a otras mujeres y todo ello aumenta su vulnerabilidad (Green et al., 1990; Nilsson & Lundgren, 2009).

El minimizar la brecha entre las expectativas y la realidad para que las mujeres tras su experiencia de parto se sientan confiadas y competentes ayuda a adaptarse en la maternidad (Hauck et al., 2007). Factores tales como la participación en la toma de decisiones (O’Cathain et al., 2002), el sentirse bien informada (Ferreiro-Losada et al., 2013), el tener un apoyo continuo (Gibbins & Thomson, 2001), el acompañamiento de la pareja (Karlström et al., 2015) y una buena preparación (Sapountzi-Krepia, Tsaloglidou, Psychogiou, Lazaridou, & Vehvilainen Julkunen, 2011) hacen que las mujeres se sientan seguras y perciban sentimientos de control para conseguir una experiencia positiva. Dahlen, Barclay y Homer (2010), destacan el apoyo continuo, sobretodo en mujeres primíparas, por tener que reaccionar ante una experiencia desconocida con el fin de crear expectativas más realistas.

Autores como Davis-Floyd (2001), manifiesten la importancia de escuchar las preferencias y preocupaciones de las mujeres para poder brindar el cuidado necesario situando a la mujer en el centro de la asistencia y establecer una conexión apropiada entre el o la profesional y la mujer.

### 3.8. Percepción y significado del dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor<sup>1</sup> como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular, presente o potencial descrita en términos de dicha lesión”* (Merskey & Bogduk, 1994). Esta definición destaca tanto la subjetividad del dolor, como su naturaleza multidimensional al especificar características sensoriales y emocionales. La multidimensionalidad hace referencia a la multiplicidad de factores que forman parte en la percepción del dolor, pudiéndose destacar: factores fisiológicos (localización, inicio y duración del dolor), factores sensitivos (intensidad, calidad del dolor, patrón de comportamiento), factores cognitivos (experiencias previas,

---

<sup>1</sup> El término dolor fue actualizado a partir de "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, 2ª ed., Grupo de trabajo de IASP sobre taxonomía, editado por H. Merskey and N. Bogduk, Prensa IASP, Seattle, 1994.

recursos de adaptación, el significado que se le da al dolor), factores afectivos (el estado de ánimo), factores conductuales (la necesidad de movimiento, reposo, de comunicación ante la presencia del dolor) y factores socioculturales (el entorno social y las opciones de recibir cuidados).

Al tratar de definir el dolor en el parto Melzack (1993, pp.117-120) lo representa como un excelente ejemplo de dolor agudo, pero a diferencia de otros dolores, este no se asocia con la patología sino que es parte de un proceso fisiológico normal (Whitburn, Jones, Davey, & McDonald, 2019). Autores como Lowe (1996), destacan este aspecto como único del parto en el que se da una asociación de un proceso fisiológico con dolor y malestar. La experiencia del dolor durante el parto no es un simple reflejo de los procesos fisiológicos del parto, sino el resultado de una interacción compleja y subjetiva de múltiples factores fisiológicos y psicológicos en la interpretación individual de los estímulos de parto por parte de una mujer.

Autores como Whitburn et al. (2019), lo describieron como un dolor intenso, significativo y emocional, que conforma una experiencia individual influenciada por las cogniciones y emociones, de la mujer y del entorno físico, social y cultural que les rodea. El significado personal que cada mujer le da al dolor, es central para la experiencia en sí misma e incluye aspectos emotivos, sensoriales, cognitivos, motivacionales y sociales.

La interpretación y el valor que asignamos al dolor varía de unas culturas a otras ya que está íntimamente relacionado con la filosofía de vida dominante en la sociedad y con la consideración que se tiene del malestar general. Esto es, *“las expresiones y manifestaciones externas del dolor se toleran en algunas culturas, se fomentan en otras, son imitadas por el hombre en algunas y finalmente son inaceptables para otras culturas”* (Schmid, 2012, p. 24). El significado que la mujer atribuye al parto es un factor determinante en la experiencia del dolor en el parto (Whitburn, Jones, Davey, & Small, 2017) y suele depender de las creencias culturales, personales, el entorno físico y social en el que se da y el contexto del dolor (Whitburn et al., 2019).

La experiencia del dolor en el parto es un fenómeno complejo, multidimensional y subjetivo cuya vivencia difiere de mujer a mujer. Para describir el dolor de parto las mujeres suelen usar términos como quemadura, ardor, calambre, agudo, punzante, caliente, fuerte, cansino, agotador e intenso (Callister, Khalaf, Semenic, Kartchner, & Vehvilainen-Julkunen, 2003). Esto es, el dolor es percibido como un evento de vida transformador y no amenazante (Whitburn et al., 2019), que puede generar cogniciones y emociones positivas, que favorecen el sentir que pueden hacer frente al parto (Van der Gucht & Lewis, 2015; Whitburn et al., 2017). Hay mujeres que lo aceptan como una herramienta para vivir el parto de forma consciente, siendo protagonistas de su experiencia y libres en su expresión, esto es, queriendo ser partícipes de su parto (Schmid, 2012). En estos casos, el dolor es vivido como un desafío con recompensa al que se le atribuye un significado positivo.

Mientras que otras mujeres interpretan el dolor como una amenaza y se asocia con cogniciones y emociones negativas que suelen derivar en una tendencia a sentir que necesitan ayuda de métodos externos de control del dolor (Whitburn et al., 2017).

Existe una variedad de estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas para el manejo del dolor en el parto. Entre las farmacológicas más habituales se encuentran la analgesia epidural y la analgesia combinada intradural-epidural en las que se utilizan anestésicos locales y/o opioides; el bloqueo de los nervios pudendos con anestésicos locales, la administración de opioides y la analgesia inhalada mediante la administración de óxido nitroso. También durante el trabajo de parto en ocasiones se administran otros fármacos no opioides que tienen principalmente acciones analgésicas, antipiréticas, sedantes y antiinflamatorias. La analgesia epidural y la combinada intradural-epidural son las estrategias farmacológicas más utilizadas en España. Tal y como la Estrategia de atención al parto normal en el SNS (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 23) describe, el uso de la analgesia epidural se encuentra en niveles del 72,2%. Es reconocido que la analgesia epidural es efectiva en el manejo del dolor en el parto, pero es más probable que se presenten efectos adversos tales como el parto instrumental, hipotensión, bloqueo motor, retención de orina, fiebre y cesárea por distrés fetal (Jones et al., 2012). La eficacia del alivio farmacológico del dolor no



está relacionada con la satisfacción de las mujeres en su experiencia de parto (Hodnett, 2002).

Dentro de las estrategias no farmacológicas se encuentran, la inmersión en el agua, las técnicas de relajación, la acupuntura, técnicas manuales (masaje, reflexoterapia...), la hipnosis, la inyección intradérmica de agua estéril, la aromaterapia, la electroanalgesia o TENS, la biorretroalimentación (biofeedback). Estas estrategias no farmacológicas, no son invasivas y parecen ser seguras para la madre y el bebé, pero su eficacia no está clara, debido a la evidencia de alta calidad limitada (Jones et al., 2012). Por todo ello, resulta importante adaptar los métodos utilizados a las necesidades, deseos y circunstancias de cada mujer como la duración prevista del parto, la condición del hijo/a y la utilización de tratamientos para iniciar o acelerar el trabajo de parto (Jones et al., 2012).

El contexto en el que se da el trabajo de parto y las filosofías hacia el manejo del dolor en el parto influyen en la experiencia individual. Aspectos como la presencia de cuidadores tranquilos, de confianza, el atribuir un significado positivo al dolor y el tener una actitud de aceptación ayudan a las mujeres a sobrellevar el dolor. Mientras que la falta de apoyo, el atribuir un significado negativo al dolor y el experimentar sensación de impotencia está relacionado con una mayor probabilidad de sufrimiento (Whitburn et al., 2019). Si las personas e interacciones que se dan durante el parto provocan vulnerabilidad, la experiencia de dolor de la mujer cambiará a un sentido más amenazador que conduce a conductas de búsqueda de seguridad. Por lo que la sensación de seguridad o vulnerabilidad mediada por el ambiente social influyen en la percepción del dolor en el parto (Whitburn et al., 2017).

El apoyo de las matronas resulta crucial en la determinación de la satisfacción de la mujer en su experiencia de parto (Hodnett et al., 2013), ya que las actitudes y comportamientos de los cuidadores toman más importancia que las medidas de alivio de dolor y las intervenciones intraparto (Hodnett, 2002; GPC sobre Atención al Parto Normal, 2010). Lowe (1996) destaca la importancia de comprender el dolor del parto desde un marco multidimensional aspecto clave para llevar a cabo un enfoque centrado en la mujer cuyo manejo del dolor incluye estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas.



### 3.9. Perspectiva general del cambio

El cuidado forma parte de la realidad y, por tanto, se puede definir su qué y su porqué. La dificultad estriba en el cómo, que depende de tanto de cada persona como de quien ofrece el cuidado y del entorno en el que se da el mismo. El entorno hace referencia a lo “*que rodea a alguien*” (Santamaría García & Jiménez Rodríguez, 2016), aludiendo tanto al conjunto de situaciones o contextos modificables por la persona como al ambiente o aspectos que la persona no puede modificar. El binomio Persona - Entorno coexiste en constante, mutuo y simultáneo cambio con ritmos propios orientados a menudo hacia una dirección imprevisible.

Las inferencias realizadas a partir de hechos descritos cuantitativa o cualitativamente, se asientan en expresiones de la realidad, o cuando menos en la forma en que la apreciamos. Estas consideraciones hacen, que se observen los hechos desde distintas perspectivas y estas permitan observar los diferentes paradigmas que guían la materialización y comprensión de una profesión. Al hablar de paradigmas se hace necesaria una referencia a Thomas Kuhn (2005, pp. 269-270), ya que la noción de paradigma es el eje central de la visión global que se tiene de la ciencia y que alguna comunidad científica reconoce durante cierto tiempo como base para su práctica posterior.

Para enfermería Kérouac (1996, pp. 3-19) plantea el cambio al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento o paradigmas: categorización, integración y transformación. Estos han ido evolucionando en función de las nuevas concepciones de salud, de las modificaciones en la forma de entender la familia y de los avances en los conocimientos de la formación científica. Todo ello sirve para utilizar los conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano (Rogers, 1992).

Las intervenciones se orientan a mantener respuestas de adaptación y evaluar los comportamientos de las personas teniendo en consideración la orientación de las opciones éticas que, tal como plantea Rogers, fundamentadas en los valores que cada persona considera prioritarios, facilitan el bienestar mediante cuidados que posibilitan la autorrealización, la actualización y el desarrollo personal (Kérouack et al., 1996, pp. 38-41).

Para ello Rogers (1992) plantea junto con los principios homeodinámicos de resonancia e integralidad, el principio de helicidad particularmente útil para la organización y aplicación de cuidados. La helicidad, en el modelo conceptual de Rogers, se entiende como un cambio continuo e innovador que se desarrolla por la interacción mutua de la persona y su entorno. Se caracteriza por la creatividad y la diversidad continua y creciente en el que la participación en un contexto de información, compromiso y responsabilidad capacitan y facilitan a cada persona la libertad de elección teniendo como eje central la satisfacción de las necesidades que considera prioritarias (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2018).

En torno a ellas giran los fenómenos específicos que se dan en todo proceso de cuidado, es decir, la persona que, manifestando sus sentimientos y emociones en un entorno determinado, el entorno clínico en este trabajo, requiere y solicita cuidados tanto antes como durante el parto y en el puerperio, a fin de obtener el máximo nivel de bienestar y salud caracterizado por los intereses personales que, en función de sus vivencias, creencias, valores... cada mujer tiene la capacidad de demandar.

#### **4. Memoria y recuerdo de la experiencia del parto**

La memoria es definida por la RAE (2014) como “*facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado*”. Esto es la memoria se identifica con la capacidad o facultad para recordar. Díaz (2009, p. 513), la describe como una facultad psíquica:

*Crucial y definitiva para las personas, pues la conciencia que tienen de sí mismas se basa en buena medida en su capacidad para reconocer, en su habilidad para recordar su pasado y en el recuento de su propia vida. Más aún, las personas recolectan no sólo vivencias personales, sino un enorme bagaje de conocimientos adquiridos, almacenados y útiles para vivir (p.513).*

Mediante la memoria adquirimos, almacenamos y recuperamos la información mediante procesos neurobiológicos. Para tal fin, el sistema de la memoria está constituido por tres procesos básicos: la codificación, el almacenamiento y la evocación o recuperación de la información.

Mediante la codificación, se obtiene la información en forma de imágenes, experiencias, acontecimientos significativos, estando influido por el estado emocional, la atención y la concentración del sujeto. En el almacenamiento, la información es ordenada, categorizada y relacionada, pudiendo modificarse en función de las experiencias a las que el sujeto está expuesto. Y finalmente, mediante la evocación, recuperamos la información almacenada en la memoria (Etchepareborda & Abad-Mas, 2005).

Autores como Atkinson y Shiffrin (como se citó en Fernández, 2013, pp. 81-85) reconocen tres sistemas de memoria que se comunican e interactúan entre sí. La memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. La memoria sensorial, registra las sensaciones y permite conocer las características físicas (forma, color, intensidad etc.) de los estímulos que vienen de los sentidos, permanece uno o dos segundos y luego se procesa o se pierde. La memoria a corto plazo, guarda la información que necesitamos en el presente, nos capacita para recordar información, pero es limitada y susceptible a interferencias. Y la memoria a largo plazo, corresponde a todos nuestros conocimientos tanto del mundo físico, de la realidad social y cultural, nuestra historia de vida, el lenguaje y el significado que otorgamos a los conceptos. Su capacidad y duración es ilimitada y se mantiene durante minutos, años o toda la vida. Autores como Banyard et al. (1995, p. 40), la categorizan en dos subsistemas según el tipo de información que va a ser recordada, la memoria declarativa y la memoria no declarativa.

Mediante la declarativa se recuerdan hechos que pueden ser expresados y evaluados a través del lenguaje, pudiendo ser bastante vulnerable al olvido. Autores como Tulving (como se citó en Ballesteros Jiménez, 2014, p. 158) clasifican esta en memoria episódica y memoria semántica. La memoria episódica contiene información de las experiencias vividas en un espacio y tiempo determinados, siendo almacenada en forma de secuencia de eventos. Y la memoria semántica, contiene información del lenguaje y de la comprensión del conocimiento cultural (ideas, conceptos, reglas etc.), no siendo importante el tiempo y el espacio en el que se adquirió.

La memoria no declarativa o procedimental, está relacionada con las habilidades y estrategias que difícilmente pueden ser expresadas verbalmente. Se da un recuerdo involuntario y automático, no consciente de alguna tarea realizada previamente (Jódar Vicente et al., 2005).

En la recuperación de la información está implicado el recuerdo. Este viene a representar el concepto central de la memoria, mediante el cual algo o alguien del pasado se hace presente en la memoria. Esto es, el recuerdo Halbwachs lo definió como *“reconstrucciones a partir de nuestro presente”* (citado en Marcel & Mucchielli, 2010, p. 29). Extraemos de la memoria la información vivida o aprendida sobretodo aquella que es significativa, pudiendo ser mejor recordada aquella información relacionada con acontecimientos emocionalmente significativos. Los acontecimientos antiguos que aparecen más intensamente en la memoria son aquellos que están relacionados con un impacto emocional (Bayés, 2007).

El recordar se debe entender como el proceso, los recuerdos como su resultado y la memoria como la habilidad o estructura cambiante. Los recuerdos son reconstrucciones subjetivas, en gran parte selectivas y dependientes de la situación que se evoque. El recordar es una operación en la que se agrupan los datos disponibles y se realiza en el presente, pudiendo las versiones del pasado ser modificadas cada vez que se evoca algo, a medida que cambian los hechos del presente (Erll, 2012, p. 10).

La fuente de la información memorable son las experiencias. La experiencia se refiere al evento de haber vivido, conocido, sentido o presenciado algo, pudiendo destacar que se trata de un suceso del que se es consciente y que tiene un contenido de algo que se almacena mediante el aprendizaje y se recupera mediante el recuerdo o se olvida (Díaz, 2009). Nos ayuda a elaborar nuestra propia historia personal, dando sentido al yo (Bayés, 2007).

La memoria depende de bases neurobiológicas y es influenciada socioculturalmente. Dentro de los marcos sociales de la memoria, los marcos temporales y espaciales son considerados básicos.

En los marcos temporales, las fechas consideradas socialmente como significativas, funcionan como puntos de referencia para encontrar los recuerdos. Por lo que los recuerdos, se ubican en coordenadas espacio-temporales construidas socialmente (Halbwachs, 2002).

La memoria incide activamente en la creación de identidades individuales (Del Valle Murga, 1997). El acontecimiento de convertirse en madre difícilmente puede evaporarse sin vestigios en la vida de una mujer. Aunque la *“actitud ante este cambio y la articulación del hito que constituye el nacimiento del bebé respecto al presente, futuro y el pasado difieren en cada mujer”* (Imaz, 2015, p. 57), considerando hito aquellas vivencias, momentos, decisiones que al ser recordadas son considerados como una referencia significativa (Del Valle Murga, 1997).

Simkin (1991, 1992) afirma, que los recuerdos de la experiencia de parto de las mujeres son evocados intensamente y recordados en detalle durante toda la vida. Las mujeres recuerdan lo que les sucede en el parto, lo que se les dice, se les hace y como se sienten incluso años después del parto. A largo plazo, índices altos de satisfacción se asociaron con recuerdos positivos, sobretodo en partos donde la mujer logra el control de su comportamiento y dicha experiencia contribuye en un incremento de la autoestima y confianza en sí misma. Como recuerdos positivos destacan, las palabras de empoderamiento y las acciones de los profesionales al tener en consideración sus expectativas y necesidades durante el parto.

También las mujeres enfatizan y detallan los recuerdos relacionados con el primer contacto con el recién nacido, especialmente si hay algún problema o es un parto difícil (Lavender et al., 1999; Simkin, 1992). Pero el énfasis puede verse modificado a medida que se cuenta y se vuelve a contar la historia del parto (Hall et al., 2018).

Algunos eventos que tras el parto no se describen como negativos, con el tiempo son identificados como negativos (Simkin, 1992). Este fenómeno se conoce como “el efecto halo”. Esto es, cuando se da un evento exitoso y significativo, aunque sea negativo, inicialmente se ve oculto por la emoción y la alegría del momento.

Pero con el paso del tiempo el evento va tomando dimensiones más realistas y los aspectos negativos aumentan e intensifican en la memoria, pudiendo cambiar su percepción sobre el parto. Los aspectos positivos, parecen mantenerse en la mayoría de los casos. *“Los recuerdos del parto siguen vivos a nivel cognitivo y psicológico y continúan influyendo en las percepciones de la mujer, incluso mucho después de que nazca el bebé: no se termina cuando termina”* (Simkin, 1992, p. 81).

Un componente fundamental de la memoria es el olvido, que viene a ser la dificultad de disponer o acceder a los contenidos de la memoria. Esto es, *“la imposibilidad de hacer patente y actual un recuerdo determinado de manera transitoria o definitiva”* (Segovia de Arana, 2003, p. 646). Se han postulado diversas teorías al respecto, entre ellas está la desarrollada por Ebbinghaus (como se citó en Fernández, 2013, p. 96), que explica que el olvido obedece a un desuso de la información almacenada, la teoría de la interferencia (Banyard et al., 1995, p. 326) que sostiene que otros recuerdos interfieren con la recuperación de la información y la teoría del olvido por represión de Sigmund Freud (como se citó en Fernández, 2013, p. 330) que afirma que algunas experiencias negativas son reprimidas y almacenadas en el inconsciente, haciéndose inaccesibles (Banyard et al., 1995).

# METODOLOGÍA





# METODOLOGÍA

El término método proviene del griego Μεθοδος y significa literalmente “camino que se recorre”. Según Taylor y Bogdan (1986):

*El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las ciencias sociales se aplica a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología. (p.15).*

Con estas premisas como base en este apartado se exponen los métodos, técnicas y procedimientos que han guiado el proceso de investigación. Esto es, se describen el problema, la pregunta de investigación, la revisión bibliográfica realizada, la hipótesis y los objetivos, el diseño, el ámbito de estudio y el enfoque que lo orienta, la muestra seleccionada, el proceso de recogida de datos y el análisis de los mismos. También se presentan los aspectos éticos y los relacionados con el control de calidad, así como las limitaciones identificadas en el transcurso de la investigación y la forma en las que se han tratado de solventar.

## 1. Problema, pregunta de investigación y revisión bibliográfica

### 1.1. Problema y pregunta de investigación

Este trabajo parte de la inquietud de la autora, que como matrona en ejercicio, ha observado que en la experiencia de parto, no siempre lo que es considerado criterio de éxito para los y las profesionales de la salud corresponde con lo que entienden las mujeres como éxito. Por ello, resulta imprescindible comprender la esencia del fenómeno desde el punto de vista de las mujeres, detectar los aspectos percibidos como satisfactorios o insatisfactorios en el parto y poner entre paréntesis ideas preconcebidas que dificultan la comprensión del significado que a la vivencia de parto otorga cada una de las mujeres.

Se trata de realizar una investigación que ayude a examinar los componentes asociados al parto para proporcionar una mayor calidad en la atención a la maternidad, mediante una atención centrada en la mujer según sus necesidades, respetando sus decisiones y asegurando su seguridad. Todo ello se englobaría en la pretensión de mejora constante que se vislumbra en el Servicio de Partos del Hospital Universitario Donostia en San Sebastián (España).

Los paradigmas de salud actuales, demandan que los usuarios tengan la oportunidad de expresar sus puntos de vista sobre las facetas positivas y negativas de sus vivencias (Redshaw, 2008). De ahí, la necesidad de recoger reflexiones acerca de la experiencia de parto, desde la perspectiva de las mujeres: expectativas, sentimientos, sensaciones, ideas preconcebidas, realidades individuales...

Con este fin, se propuso en el Hospital Universitario Donostia la realización de una investigación para recabar la opinión de las mujeres acerca de los factores que consideran prioritarios para tener una experiencia positiva de parto y tratar de comprender la experiencia y el recuerdo del parto hospitalario. Para ello, la pregunta a la que tenemos que dar respuesta es la siguiente: ¿qué significado tiene la experiencia de parto hospitalario para las mujeres y cómo afecta el transcurso del tiempo en la percepción de la misma?

## 1.2. Revisión bibliográfica

### 1.2.1. Experiencia de parto y factores asociados para su valoración

La experiencia de parto es un proceso individual, complejo que acompaña a la mujer durante toda su vida (Simkin, 1991; Waldenström, 2004) y conforma un hito en la misma. Larkin et al. (2012) la definen como un evento en el que se da una interrelación de procesos fisiológicos y psicológicos subjetivos influenciados por contextos sociales, ambientales, organizacionales y políticos que afectan en el bienestar de la mujer, del niño y en la relación entre madre–hijo (Green et al., 1990), madre–pareja (Reynolds, 1997).

Si la experiencia es positiva se asocia con una actitud favorable hacia la maternidad y la relación con el recién nacido (Goodman et al., 2004; Green et al., 1990) lo que contribuye en la mejora de la autoestima de la mujer. Sin embargo, si es negativa se ha relacionado con el trastorno de estrés post-traumático, depresión postparto (Elmir et al., 2010), mayor riesgo de depresión prenatal en futuros embarazos (Rubertsson et al., 2005), mayores solicitudes para la realización de cesáreas electivas (Ryding, 1993) y posible trascendencia en futuras decisiones reproductivas.

A la hora de valorarla, se deben tener en cuenta elementos influyentes como: las expectativas personales, el apoyo de los cuidadores (Gibbins & Thomson, 2001; Goodman et al., 2004; Larkin et al., 2012; Marín-Morales et al., 2013; Spaich et al., 2013; Waldenström, 1999), la calidad de la relación cuidador-paciente (Marín-Morales et al., 2013), la participación en la toma de decisiones (Marín-Morales et al., 2013), y el control experimentado durante el parto (Fair & Morrison, 2012; Gibbins & Thomson, 2001; Larkin et al., 2012; Marín-Morales et al., 2013; Meyer, 2013; Waldenström, 2004).

Hodnett et al. (2013), sostuvieron que estos factores parecían ser tan importantes que anulaban otros como la edad, la preparación maternal, etnia, nivel socioeconómico, dolor, entorno físico, intervenciones médicas y continuidad del cuidado. Sin embargo, hay autores que consideran factores como el dolor en el parto decisivos (Spaich et al., 2013; Waldenström, 1999) y las intervenciones

médicas, la ansiedad, la duración del parto (Waldenström, 1999), el tipo de parto (Marín-Morales et al., 2013; Waldenström, 1999), el apoyo de la pareja (Bryanton et al., 2008; Gibbins & Thomson, 2001), el contacto inmediato entre el recién nacido y la madre (Bryanton et al., 2008), y elementos sociodemográficos (Goodman et al., 2004) como factores destacables en la valoración de las mujeres en la calidad del parto.

Los factores citados anteriormente asociados a la experiencia de parto, refuerzan la necesidad de realizar investigaciones que expliquen lo que cada mujer considera una “buena” o “mala” experiencia de parto en una sociedad y cultura concretas.

Dado que quien proporciona los cuidados son ginecólogos, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería, se ha considerado necesario ampliar la perspectiva de trabajo y considerar también las opiniones de estos profesionales para poder dar respuesta a la pregunta planteada.

### **1.2.2. Perspectiva de los profesionales ante el parto**

Las creencias y valores asociados con el embarazo repercuten en la vida social de cualquier cultura y determinan el significado del parto en cada mujer (Callister, 1995). Las mujeres crecen en una cultura y educación determinada que van a ir definiendo su conducta y actitud. La actitud viene a mostrar la capacidad con la que nos enfrentamos a las diversas circunstancias que se nos presentan en la vida.

Si el parto, fuera solo un evento fisiológico, sería similar en todas las culturas y sociedades, mientras que las diferentes tradiciones, mitos, tabúes y formas de asistencia de parto sugieren elementos de construcción social (Bryers, 2010).

En las últimas décadas, el progreso de la obstetricia, favorecido por un mayor uso de la tecnología (Hodnett et al., 2013; Kitzinger et al., 2006) ha impulsado cambios en el concepto de parto, en la forma de participación en el mismo y en los cuidados ofrecidos por los profesionales. Estos cambios, entendidos desde la sociedad “no risk” (Kitzinger et al., 2006) en la que viven los países desarrollados, han derivado en opiniones contrapuestas ya que hay autores que apuntan que la

tecnología, es un factor de seguridad, control y apoyo para las mujeres (Gobernadoras et al., 2011). Sin embargo, hay quien opina que favorece la pasividad anulando en gran medida la capacidad de tomar decisiones (Kitzinger et al., 2006).

Reflexionar sobre las necesidades, actitudes y comportamientos de las mujeres a las que atienden ha alentado a los profesionales a adoptar una actitud abierta y coherente con las demandas sociales compatibles con los modelos innovadores de atención en la partería (Lohmann et al., 2018).

Este desafío ha llevado consigo la necesidad de optar por un paradigma adaptativo incorporando procesos asistenciales, fisiológicos y psicológicos subjetivos, influenciados por el entorno político, organizacional y ambiental (Larkin et al., 2009).

Las intervenciones de cuidados culturalmente sensibles (Callister, 1995) promueven resultados positivos que derivan de un marco de consideraciones e investigaciones apoyadas en la diversidad y complejidad de las experiencias de las mujeres en el trabajo de parto.

La labor de las matronas debe ir acompañada de una reflexión constante sobre las deficiencias del sistema teniendo en cuenta la gestión global del centro, los obstáculos estructurales y funcionales, las perspectivas de las mujeres, las opiniones de los profesionales (Lohmann et al., 2018), apelando a valores relacionados con las preocupaciones fundamentales de la disciplina que lleva su interés hacia el cuidado de la mujer y familia que en interacción continua con su entorno, vive en el momento del parto una nueva experiencia de salud.

## **2. Hipótesis y objetivos**

Aunque en un principio se partió de una hipótesis inicial, a medida que transcurría la investigación se fue redefiniendo dicha hipótesis y se fue intercalando la opinión de las mujeres y de los profesionales para poder conseguir una visión más completa y coherente de la cuestión.

## 2.1. Hipótesis

### ***Hipótesis inicial***

Las experiencias de parto de las mujeres quedarán impregnadas por las necesidades experimentadas y con el parto ideal pensado, marcando en el futuro la memoria de esta vivencia.

### ***Hipótesis sucesivas***

Las experiencias de parto de las mujeres quedarán impregnadas por las necesidades experimentadas, las expectativas marcadas, la relación establecida con los profesionales y con el parto ideal pensado, marcando en el futuro la memoria de esta vivencia.

El significado del cuidado de los profesionales ha ido adaptándose a la demanda de las mujeres en función de los condicionantes individuales y las necesidades experimentadas por cada una de ellas.

## 2.2. Objetivos

### ***Objetivo general***

Conocer desde una perspectiva fenomenológica el significado de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario (Hospital Universitario Donostia) con base en los datos investigados para establecer áreas de mejora en la práctica clínica.

### ***Objetivos específicos***

- Analizar las necesidades o prioridades percibidas por las madres como esenciales.
- Describir aquellas experiencias que son percibidas por las madres como positivas o negativas en el paritorio.
- Explorar los factores de la atención profesional que pueden influir en la satisfacción de las mujeres en su experiencia de parto.

- Examinar la asociación entre los diferentes factores que afectan en la valoración de la mujer y el equipo sanitario sobre la calidad de la experiencia de parto.
- Indagar en el concepto de “parto ideal” expresado por las mujeres.
- Definir áreas de mejora en la práctica clínica.
- Describir los cambios detectados en las mujeres y la actitud de los profesionales.

### 3. Diseño del estudio

Este estudio se ha planteado desde el paradigma de la investigación cualitativa que en palabras de Van Maanen (citado en Ruiz Olabuénaga, 2012) puede ser *“un término paraguas que cubre una serie de técnicas interpretativas que pretende describir, descodificar, traducir y sintetizar el significado, no la frecuencia, de hechos que acaecen más o menos naturalmente en el mundo social”* (p.22). La naturaleza de la investigación cualitativa implica que el diseño de investigación se caracterice por ser inductivo, abierto, flexible, cíclico y emergente; es decir, surge de tal forma que es capaz de adaptarse a medida que se va generando conocimiento sobre la realidad estudiada (Vasilachis de Gialdino, 2006).

El enfoque de la investigación cualitativa se asienta en una visión del mundo basada en la inexistencia de una realidad única que difiere de persona a persona, cambia con el tiempo y tiene sentido en una situación o contexto determinado (Burns & Grove, 2012, p. 387). De ahí, que *“la metodología cualitativa tenga especial relevancia para los profesionales sanitarios que se encargan del cuidado, la comunicación y la interacción con las personas”* (De la Cuesta Benjumea, 1997, p. 22).

Los métodos cualitativos aluden a un estilo o modo de investigar los fenómenos sociales que parten de un supuesto básico: el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados. Mediante los métodos cualitativos tal y como Denzin y Lincoln afirmaron *“se formulan preguntas y construyen repuestas que permitan destacar el modo en que la experiencia social es creada y dotada de*

*sentido*” (Denzin & Lincoln, 2012, p. 62). De ahí, que el foco de la investigación se centre en la búsqueda de explicaciones subyacentes, opiniones y percepciones de los sujetos estudiados. De esta forma, se pretende describir e interpretar el sentido que las personas dan a los fenómenos acontecidos en sus contextos naturales a partir de los significados que les otorgan (Denzin & Lincoln, 2012).

### 3.1. Fenomenología

La fenomenología es una ciencia cuyo propósito es describir fenómenos particulares, o la apariencia de las cosas, como experiencia vivida (Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter, 2011), pudiendo constituir tanto una forma de pensar o percibir, como un método de investigación.

El propósito de la fenomenología es que los seres humanos se entiendan desde el “interior” de la experiencia subjetiva, no pudiendo esta ser sustituida por ninguna explicación exterior. Para poder conocer en profundidad el comportamiento humano es necesario una visión desde dentro de la perspectiva de una persona. De ahí, el que se enfatice en la importancia de describir e interpretar la experiencia humana (Gerrish & Lacey, 2008).

La fenomenología entiende que las personas construyen sus significados a través de su experiencia cotidiana en los acontecimientos y a través de las interrelaciones mantenidas. Las personas están integradas en su entorno, de manera que el mundo da forma al yo y el yo da forma al mundo, por lo que se preguntan: ¿cuál es el significado de la experiencia vivida? o ¿a qué se parece o cómo es tener cierta experiencia? (De la Cuesta Benjumea, 1997). Para responder a estas preguntas la única fuente fiable de información es la propia persona que autointerpreta esta vivencia (Mapp, 2008).

Heidegger (citado en Castillo, 2000, p. 30) define a la persona desde un punto de vista fenomenológico y afirma que “*es un ser autointerpretativo*”, por lo que la persona no viene al mundo al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales.



### 3.2. Fenomenología y enfermería

Teniendo en cuenta las características mencionadas, la pregunta de investigación y los objetivos planteados, el planteamiento seleccionado para este estudio ha sido el fenomenológico entendiendo que la fenomenología como filosofía y enfoque de investigación ha permitido a la enfermería explorar y describir fenómenos ligados a las experiencias de vida para orientar sus cuidados hacia una atención integral de la persona desde un concepto holístico (Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter, 2011).

La Enfermería centra y fundamenta sus prácticas en el cuidado integral de las personas, es decir, mente, cuerpo y espíritu para lo cual es indispensable comprender e interpretar la conducta o experiencia individual, *“captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático”* (Ruiz Olabuénaga, 2012, p. 17). Esta perspectiva holística y el estudio de la experiencia sirven como fundamento para la investigación fenomenológica en Enfermería (Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter, 2011) lo que conlleva el que la persona interprete su experiencia para el investigador y después este interprete la explicación dada por la persona (Burns & Grove, 2012, p. 76).

Es esta, por tanto, una investigación centrada en los sujetos, en la que se toma el fenómeno a estudiar de manera integral (De la Cuesta Benjumea, 1997) desde las dos vertientes de la fenomenología: descriptiva o eidética e interpretativa o hermenéutica.

La perspectiva descriptiva o eidética propuesta por Husserl o Heidegger trata de identificar el significado de una experiencia, la esencia de lo que es percibido y experimentado a partir de la visión de quienes han tenido dicha vivencia (Mapp, 2008). Ya desde la filosofía clásica, Aristóteles (citado en García- Baró, 2008), usaba esta palabra de estirpe platónica: esencia. Platón había afirmado que *“la esencia es el verdadero ser de las cosas que no está plenamente sometido al tiempo y por consiguiente nace, dura cambiando y muere”* (p. 129). Ello va a permitir comprender el fenómeno extrayendo de él lo esencial desde el punto de vista de quien lo está viviendo. La esencia es el significado ideal o verdadero, es aquel

concepto que da una comprensión común del fenómeno investigado, la unidad básica de comprensión común (Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter, 2011).

La perspectiva interpretativa o hermenéutica, es compatible con la filosofía de Heidegger en la que se utiliza el análisis textual como enfoque principal de la investigación para poder comprender una experiencia a partir de un proceso interpretativo donde el investigador es partícipe. Se trata de interpretar, descifrar o en el caso de las investigaciones en Enfermería transcribir entrevistas y utilizar documentos publicados (Burns & Grove, 2012, p. 76). Para llegar a interpretar los textos o narrativas de las participantes se examina por partes la experiencia vivida, luego en general y se retrocede en espiral, “*círculo hermenéutico*”, y el final se logra cuando se obtiene una comprensión y significado del texto (Holloway & Galvin, 2016, p. 231). Autores de fenomenología interpretativa como Gadamer (citado en Gerrish & Lacey, 2008, pp. 229- 230) utilizaron el término de “*fusión de horizontes*” para referirse al punto donde pueden confluir personas con diferentes interpretaciones y conseguir así percepciones compartidas más amplias con coherencia suficiente para aplicarse a situaciones similares de forma significativa. Se enfatiza, por tanto, en la singularidad y en la diversidad, y se considera que se deberían usar las preconcepciones de forma positiva para sensibilizar o darse cuenta de la importancia de lo que se ha perdido o es diferente.

Desde el punto de vista de Gerrish & Lacey (2008, p. 228) estos dos tipos de fenomenología comparten aspectos como: comenzar con una descripción “*del mundo de la vida*”, utilizar “*sensibilizaciones*” o “*reducciones*” como método reflexivo y analítico, y finalizar en una “*fusión de horizontes*” o “*esencia*” para caracterizar el fenómeno estudiado.

Valoradas estas observaciones, el estudio se ha realizado desde un enfoque subjetivista, es decir, se ha basado principalmente en la opinión de las mujeres, en la forma en que relatan su experiencia vital y emocional, en la manera en que las prácticas, los valores y los aspectos simbólicos son percibidos por cada persona. Se trata de capturar el significado, las características comunes y la esencia de la experiencia de parto vivida fusionando los horizontes mediante una descripción y análisis riguroso de dichas vivencias que sirva para entender en profundidad cómo se crean esos significados (Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter, 2011).

## 4. **Ámbito del estudio**

El estudio se desarrolló en la provincia de Gipuzkoa en la Comunidad Autónoma del País Vasco, concretamente en Donostia- San Sebastián. Gipuzkoa está situada en el norte de España y limita con Francia, con Navarra al este, Álava al suroeste, Vizcaya al oeste y al norte con el Golfo de Vizcaya. Cuenta con un área de 1997 km<sup>2</sup> y está constituida por 88 municipios (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2018a). Su población en 2017 era de 719.282 y la de su capital, San Sebastián, de 186.370 habitantes (INE, 2018b).

El total de nacidos vivos en Gipuzkoa fue de 6.015 en 2016, de los que 4.782 tenían nacionalidad española y 1233 extranjera (Instituto Vasco de Estadística [Eustat], 2016) pudiéndose observar en el anexo 1 las diferentes nacionalidades de procedencia de las mujeres de este estudio.

El hospital terciario de referencia para todas la Organizaciones Sanitarias integradas en Gipuzkoa es el Hospital Universitario Donostia y pertenece a Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Es precisamente en el Servicio de Partos de este hospital público en donde se ha llevado a cabo la investigación durante el año 2016 y hasta mayo de 2017. Este hospital presta servicios integrales de salud comunitarios a 360.000 personas que constituyen su población de referencia (Osakidetza. Departamento de Salud, 2015).

El Servicio de Partos y la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Donostia son unidades de referencia para hospitales públicos y privados de Gipuzkoa. El número de partos anual registrado en el Servicio de Partos fue de 3917 (2015), 3674 (2016), 3513 (2017). Tanto el Servicio de Partos como el de Puerperio cuenta con profesionales médicos obstétrico- ginecológicos, enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, enfermeras en el Servicio de Puérperas, auxiliares de enfermería y estudiantes en periodo de formación.

Las mujeres gestantes tienen la posibilidad de ser controladas de forma alterna tanto por matronas como por ginecólogos/as desde la detección del embarazo hasta el parto. Tras el parto en el Hospital Universitario Donostia la estancia media fue de 2,2 días en 2013 (citado en Goyeneche, 2014, p. 71-72).

## 5. Muestra y muestreo

### 5.1. Tipo de muestreo

Con el fin de obtener la mayor riqueza de información posible (Patton, 2002, p. 229) y reflejar la realidad y los distintos puntos de vista de las participantes, al iniciar la investigación el equipo de investigación se cuestionó, cuál debía de ser la estrategia para elegir la muestra deduciendo que era de interés llevar a cabo un muestreo intencional no probabilístico donde no todos los elementos de la población debían quedar seleccionados (Burns & Grove, 2012, p. 313). No se pretendió buscar la representatividad estadística (Polit & Hungler, 2000), sino que se trataba de descubrir el significado de realidades múltiples. Para ello era importante captar buenos informantes, esto es, personas que hubieran tenido esa vivencia, que fueran reflexivas y estuviesen dispuestas a compartir ampliamente y en profundidad con la investigadora sus pensamientos, sentimientos e ideas. De esta forma, se busca la representatividad de la variabilidad de los discursos para poder comprender el fenómeno estudiado acorde a los objetivos planteados.

Según Pedraz, Zarco, Ramasco, Palmar y Santos (2014), el azar no puede estar dentro de los criterios para elegir a los sujetos, contextos o escenarios de los que queremos que provengan. Es por ello, que se ha optado por el muestreo intencional o teórico ya que de manera intencionada se persigue encontrar sujetos que cumplan unas características pensadas previamente. Se trata de contar con representantes de cada una de las variables que hayan parecido importantes, pudiendo en ese momento elegir sujetos al azar, pero dentro de unas características que se hayan planteado previamente.

Para reflejar la realidad y los distintos puntos de vista de las participantes, la estrategia de muestreo se fue adecuando, planificando y adaptando de manera secuencial en los diferentes momentos del proceso en función de los datos generados y analizados hasta poder dar respuesta a la pregunta de investigación (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014, pp. 341-342).

La definición del marco teórico y con esta de los conceptos clave del estudio ha permitido la delimitación de las unidades de muestreo buscadas. Se trató de asegurar la pertinencia teórica confirmada por el contacto estrecho de esa unidad de muestreo con el fenómeno de estudio (experiencia de parto hospitalario). Esto es, se trató de contar inicialmente con el relato de aquellas mujeres y posteriormente con los profesionales (ginecólogas, matronas, auxiliares de enfermería) que en base a la vivencia del fenómeno (experiencia de parto hospitalario), mostrasen una capacidad potencial de construir información profunda sobre el mismo y acorde con la pregunta de investigación.

Mediante esta estrategia lo que se persiguió fue identificar datos que dieran origen a nuevas explicaciones que a su vez requerían de información que se debía comprobar, rechazar o verificar e integrar en la interpretación del fenómeno (Strauss & Corbin, 2002). Fue prioritario buscar en los datos la respuesta a las preguntas que explican la realidad estudiada, es decir se pretendió analizar las perspectivas particulares y a su vez proporcionar una interpretación holística de las interdependencias en los discursos.

Para ello fue necesario mantener una mente abierta y flexible donde la pregunta de investigación que se iba generando estuviera centrada en el proceso, la conducta y el significado (Gerrish & Lacey, 2008). Mediante preguntas como ¿qué ocurre en el contexto de paritorio en el proceso del parto?, ¿cómo actúan y se relacionan las mujeres y los profesionales en el parto?, ¿qué significado tiene la experiencia de parto para las mujeres?, ¿qué etapas se pueden diferenciar en la vivencia del parto de las mujeres?...se pretendió entender mejor la conducta, emociones, relaciones entre las mujeres y los profesionales siendo esto decisivo en la interacción, acción e implicación de los profesionales en los cuidados ofertados.

Con estas premisas como base, la selección de la muestra del estudio se llevó a cabo en dos fases: una primera seleccionando mujeres que acudieron al Hospital Universitario Donostia para dar a luz entre enero y 31 de mayo de 2016 y una segunda, llevada a cabo con las profesionales (ginecólogas, auxiliares y matronas) que trabajaban en el Servicio de Partos de dicho hospital durante los años 2015, 2016 y hasta mayo del 2017.

### 5.1.1. Estrategia de muestreo entre las mujeres

En la selección de las mujeres en un primer acercamiento al campo se optó por un muestreo por conveniencia (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014), haciendo uso del listado de partos registrados y un muestreo por oportunidad en la que una pareja y una participante parturienta se ofrecieron de manera voluntaria para ser entrevistadas.

En la selección y captación de la muestra de las mujeres y pareja se establecieron los siguientes criterios de inclusión (ver tabla 3):

Tabla 3  
*Criterios de inclusión de las mujeres*

Variables generales	Variables específicas
Idioma	Comprensión adecuada del idioma castellano y/o euskera
Edad	Mujeres de 18 años o más
Competencia	Competencia para comprender y poder firmar el consentimiento informado
Presentación fetal	Presentación cefálica
Nacimiento	Recién nacido vivo
Semanas de gestación	Gestación mayor/ igual a 37 semanas

Nota: Elaboración propia.

- Comprensión adecuada del castellano y /o euskera: todas las mujeres debían mostrar esta variable con el fin de evitar mal interpretaciones en las preguntas de la investigadora dando lugar a discursos distorsionados.
- Edad y competencia: se incluyeron mujeres mayores de 18 años con competencia para comprender y poder firmar el consentimiento informado. La OMS (WHO, 2018) establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. Este término también está asociado a no haber alcanzado la mayoría de edad jurídica y a estar en situación de dependencia de la familia de origen. Con el término edad jurídica, se quiere hacer referencia a que la persona haya adquirido una madurez intelectual y física suficiente para tener una voluntad válida para obrar algunos actos que antes no podía obrar. En España se alcanza la mayoría de edad a los 18 años. Además los expertos en salud afirman que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, parto y puerperio para cuidar de su

salud y la de su hijo/a (OMS, 2013). De ahí el que se estableciera los 18 años como criterio de inclusión.

- Recién nacido vivo, gestación de al menos 37 semanas y presentación cefálica: se optó por establecer estos criterios, si bien, se tuvo en consideración que el contexto en el que se estaba llevando a cabo el estudio era un hospital terciario, esto es, un hospital en donde se da una atención a todos los partos de alto, bajo riesgo y recién nacidos. Además, se atiende a la morbilidad- obstétrica y ginecológica que requiere hospitalización, cirugía obstétrica y ginecológica; se tratan las complicaciones críticas maternas y perinatales y se dispone de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Neonatología, UCI médica y quirúrgica.

Dado que se trata de investigar el fenómeno del parto, lo más cercano a lo que se considera condiciones de “normalidad” en un hospital terciario, en la selección quedaron excluidas las mujeres con: gestación gemelar, condición clínica materna grave en el embarazo y/ o tras el parto que supusiera su ingreso en la UCI o reanimación, el ingreso neonatal en la unidad de cuidados intensivos, padecer alguna enfermedad psiquiátrica/ psicológica previa o diagnosticada en el embarazo, cesárea programada y haber sido atendidas por la investigadora principal.

Para una completa respuesta a la pregunta de investigación, en el desarrollo de la tarea analítico-interpretativa se decidió proceder a un muestreo teórico, de selección secuencial, asociada y apoyada en la interpretación constante de los datos. Se seleccionaron las participantes tomando en consideración variables que marcaban el discurso tales como: el tipo de inicio y finalización de parto, la paridad, si la parturienta había utilizado algún tipo de analgesia y el estado del recién nacido (ver tabla 4).

Tabla 4  
*Variables identificadas en la selección estratégica de los casos en el muestreo teórico*

Percepción de la experiencia de parto						
Evolución del parto	Variables	Tipo de inicio	Tipo de finalización	Paridad	Uso de analgesia	Ingreso de recién nacido
		Dimensiones	Espontáneo Inducido	Eutócico Instrumental Cesárea	Primípara Multípara	Ninguna Local Epidural Raquídea

Nota: Elaboración propia.

Mediante esta estrategia se pretendió analizar las perspectivas particulares de las mujeres y a su vez proporcionar una interpretación holística de las interdependencias en sus discursos.

### 5.1.2. Estrategia de muestreo entre las profesionales

En la selección de los profesionales, se trató de identificar y buscar diferentes discursos respecto al fenómeno de estudio mediante la búsqueda de variabilidad discursiva respecto a tiempo trabajado, edad y disciplina. Se diferenciaron tres disciplinas que están presentes en el cuidado del parto: ginecólogas, auxiliares y matronas. En el muestreo de las ginecólogas y las auxiliares, inicialmente se llevó a cabo un muestreo por conveniencia que consistió en captar a un grupo de sujetos más accesible que posteriormente pudieran por medio de un muestreo tipo avalancha o de red identificar a otras posibles participantes que cumplieren los criterios de inclusión establecidos (Polit & Hungler, 2000).

En la selección y captación de las matronas, se llevó a cabo un muestreo de voluntarias donde las participantes respondieron a una invitación para tomar parte en la investigación.

Se tuvieron en consideración los siguientes criterios de inclusión (ver tabla 5).

*Tabla 5*  
*Criterios de inclusión de las profesionales*

<b>Variables generales</b>	<b>Variables específicas</b>
Tiempo trabajado en el Servicio de Partos de Hospital Universitario Donostia	Mínimo 2 años
Perfil profesional	Ginecóloga/o Auxiliar de enfermería Matrona
Edad	
Sexo	Mujer Hombre

Nota: Elaboración propia



- Tiempo trabajado: se determinó que fuera necesario llevar dos años trabajando en el Servicio de Partos con el fin de tener una forma de actuación homogénea e interiorizada a la hora de asistir los partos. Este criterio fue cuestionado por la dificultad que supuso ya que en el grupo de auxiliares una gran parte llevaba menos de 2 años trabajando en la unidad. Se decidió no modificarlo para mantener los mismos criterios en todos los grupos de profesionales y asegurar que las participantes tuvieran experiencia u opinión sobre el fenómeno a investigar en dicho contexto determinado. Tratando de ampliar la variabilidad de los discursos se trató de seleccionar profesionales que tuvieran amplia variabilidad en experiencia laboral por lo que se seleccionaron tanto profesionales que llevaban más de treinta años trabajados junto con otras que apenas llevaban dos años de trabajo.
- Perfil profesional: se consideró como una de las principales variables que establece diferencias entre los profesionales ya que, tal y como afirma Blázquez (2009), cada uno de ellos presta una atención diferente en la asistencia perinatal y tiene una relación diferente con las mujeres condicionado por el lugar que ocupa cada uno, por las decisiones que tiene que tomar y por los diferentes procesos de formación. De ahí, que se diferenciaron ginecólogos/as, auxiliares y matronas para poder analizar las distintas perspectivas según su perfil profesional y desde un punto de vista general como profesional.
- Edad: dicha variable influye en las ideologías, prácticas profesionales adquiridas, la vivencia de cambios en la práctica asistencial como el desarrollo de la tecnología, el desarrollo de nuevos planes de estudios...En definitiva, la edad ayudó para poder situar sus discursos en la historia.
- Sexo: los grupos profesionales seleccionados están constituidos por mujeres. Tal y como Ortiz Gómez (2007) afirma, la feminización de las profesiones sanitarias es un fenómeno irreversible cuya tendencia progresiva ha hecho que la Sanidad española tenga un 65 % de mujeres entre sus trabajadoras. En el grupo de auxiliares no había ningún posible participante hombre, en el grupo de matronas tampoco debido a que no cumplían el criterio de inclusión establecido de llevar dos años trabajando en el paritorio y en el grupo de ginecólogos/as no se consiguió participación masculina.

## 5.2. Tamaño de la muestra

El tamaño final resultante de la muestra estuvo constituido, por un lado, con 42 mujeres y una pareja, y por otro lado con 15 profesionales sanitarios del Hospital Universitario Donostia. Se decidió interrumpir la incorporación progresiva de nuevos informantes cuando se alcanzó el principio de saturación. Morse (2015) definió la saturación como la construcción de datos ricos dentro del proceso de investigación, al atender el alcance y la replicación, por lo tanto, a su vez, la construcción de los aspectos teóricos de la investigación. Se tomó en consideración, por un lado, el alcance y la profundidad de los datos por lo que todos los aspectos del fenómeno fueron explorados y por otro, la replicación ya que a pesar de que los discursos de las participantes diferían existían unas características esenciales en común entre ellas. Otros autores como Gerrish & Lacey (2008) hacen referencia a no encontrar nuevos conceptos relevantes para el desarrollo de una teoría.

En este estudio se decidió finalizar la búsqueda de nuevas participantes cuando tras el análisis de los discursos de las últimas participantes de la primera entrevista y del tercer grupo focal, se dio una repetición de la información descubierta, no emergiendo temas nuevos; además al confirmar los datos y la información obtenida no respondía a la pregunta de investigación (Hernández Sampieri et al., 2014).

## 5.3. Acceso y captación de la muestra

Se llevó a cabo un primer acercamiento al campo contactando con la Jefa del Servicio de Obstetricia- Ginecología, las supervisoras del área de partos y la Adjunta de Enfermería del Hospital Universitario Donostia, que son las personas con autoridad suficiente para garantizar o rechazar el acceso. Se contactó vía e-mail con ellas a fin de concertar una reunión informativa acerca del proyecto de investigación. Durante el transcurso de las mismas se proporcionó información verbal y escrita del proyecto. Transcurridas varias semanas y tras su confirmación oral, se solicitó a la Jefa del Servicio de Obstetricia- Ginecología la hoja de autorización escrita (ver anexo 2) para poder llevar a cabo dicha investigación.

### 5.3.1. Acceso y captación de las mujeres

La captación de las mujeres se realizó en la unidad de puérperas del hospital en las primeras 48 horas tras el parto. Las posibles participantes fueron informadas por la investigadora principal tanto de forma oral como escrita (ver anexo 3) del propósito de la investigación. Al aceptar, se les entregó y explicó el Consentimiento Informado (ver anexo 4) y se estableció la forma de contacto. Una vez firmado se procedió a rellenar un cuestionario socio-demográfico-obstétrico (ver anexo 5) para obtener las características de las participantes (ver anexo 1).

Finalmente, en la primera toma de contacto con las participantes, se les solicitó el número de teléfono y se les explicó que dentro de siete semanas la investigadora principal se pondría en contacto telefónico con ellas para acordar la fecha, hora y lugar donde realizar la primera entrevista. Ninguna de las participantes puso reticencias a la hora de rellenar el cuestionario.

### 5.3.2. Acceso y captación de los profesionales

La planificación e identificación de las participantes se comenzó dos meses antes de la realización de los grupos focales. Para ello se contactó con las supervisoras y la Jefa de Servicio de Obstetricia- Ginecología por su amplio conocimiento y trato con el personal de la unidad para poder llevar la captación de las participantes teniendo en consideración los criterios de inclusión establecidos.

Cuatro semanas antes de la realización de los grupos de discusión, se comenzó la captación de las profesionales: ginecólogas, auxiliares y matronas. Las ginecólogas y auxiliares fueron citadas mediante invitación cara a cara en la que se les hizo entrega de información escrita y verbal del proyecto de investigación. La captación de las auxiliares fue limitada porque un escaso número de ellas cumplían el criterio de inclusión de llevar trabajando en el servicio un mínimo de 2 años. Tras la aceptación de su participación se acordó día y hora en función de su disponibilidad para la realización de los grupos focales.

En el caso de las matronas su captación fue mediante el envío de una invitación abierta en el grupo de WhastApp del servicio proponiendo 4 citas pudiendo ser flexibles en función de los deseos de las posibles participantes. Días previos a la realización del grupo de discusión se les remitió un mensaje recordatorio mediante correo electrónico o mensaje telefónico para confirmar su asistencia y lugar de realización.

## 5.4. Características de la muestra

El cuestionario sociodemográfico-obstétrico fue rellenado por 43 participantes (42 mujeres y 1 pareja) (ver anexo 1).

### 5.4.1. Las mujeres

El total de participantes que se entrevistaron inicialmente fue de 43 (ver tabla 6), cuyo rango de edad osciló entre 25 y 43 años siendo edad media de 34,6 años. Del total de las participantes, un 13,96 % eran extranjeras y un 58,13% casadas. Según su formación académica, 4 mujeres (9,30%) tenían una formación básica, 1 había cursado bachiller (2,33%), 10 formación no universitaria (23,25%), 23 formación universitaria (53,49%) y 5 formación postgrado (11,63%). También añadir que 34 participantes (79,07%) tenían trabajo en el momento de parir.

En cuanto a la paridad, un 39,54 % de las participantes eran multíparas (habían tenido más de un parto previamente) frente al 60,46 % que eran primíparas (primer parto que experimentaban). Se quiso observar la esencia de la experiencia de parto tomando todas las experiencias de parto en su totalidad para considerar lo relevante en todas ellas.

El inicio de parto fue espontáneo en el caso de 24 participantes (55,82%) e inducido en 19 (44,18%), esto es, para comenzar el trabajo de parto el útero fue estimulado artificialmente mediante oxitocina, prostaglandinas o rompiendo manualmente las membranas. La edad gestacional estuvo entre 37 y 42 semanas, estando la media en 39,5 semanas. En cuanto a la analgesia, 2 participantes no hicieron uso de analgesia (4,65%), 3 precisaron analgesia local y 38 participantes solicitaron analgesia epidural (88,37%). Finalizaron el parto de forma eutócica 28 participantes (65,11%), 10 precisaron intervención de instrumental y 5 participantes finalizaron en cesárea (11,63%). Ingresaron a 5 recién nacidos (11,63%) y presentaron lesiones perineales un 83,72%.

Un 25,58% no había realizado preparación maternal frente a las 32 participantes (74,42%) que sí formaron parte de los grupos de preparación a la maternidad.

Tabla 6  
*Características sociodemográficas-obstétricas de las mujeres entrevistadas*

Características: N=43		N (%)
Edad	(25-43)	Edad media:34,6
Educación	Básica	4 (9,30)
	Bachiller	1 (2,33)
	Formación profesional	10 (23,25)
	Grado	23 (53,49)
	Postgrado	5 (11,63)
País de origen	Española	37 (86,04%)
	Extranjera	6 (13,96%)
Semanas de gestación	(37-42)	Media: 39,5
Paridad	Primípara	26 (60,46 %)
	Múltipara	17 (39,54 %)
Tipo de inicio de parto	Espontáneo	24 (55,82 %)
	Inducido	19 (44,18 %)
Tipo de finalización de parto	Eutócico	28 (65,11 %)
	Fórceps	3 (6,98 %)
	Ventosa	5 (11,63 %)
	Espátulas	2 (4,65 %)
	Cesárea	5 (11,63 %)
Uso de analgesia	Ninguna	2 (4,65 %)
	Anestesia local	3 (6,98 %)
	Anestesia epidural	38 (88,37 %)
Lesión perineal	No	2 (4,65 %)
	Episiotomía	22 (51,16 %)
	Desgarro I	1 (2,33%)
	Desgarro II	12 (27,90 %)
	Desgarro III	1 (2,33 %)
Preparación maternal	No	11 (25,58%)
	Sí	32 (74,42%)
Situación laboral	Parada	9 (20,93%)
	Activa	34 (79,07%)
Ingreso de recién nacido	No	38 (88,37 %)
	Sí	5 (11,63%)

Nota: Elaboración propia.

#### 5.4.2. Las profesionales

En los grupos focales tomaron parte 5 ginecólogas, 8 matronas y 2 auxiliares distribuidos en 4 grupos en los que participaron entre 2 y 5 profesionales. La edad de las participantes osciló entre 31 y 61 años y los años trabajados en partos entre 2 y 36 años. En cuanto al lugar de formación 7 participantes se formaron en el mismo Hospital Universitario Donostia y el resto en otras ciudades españolas (ver tabla 7).

Tabla 7  
*Características sociodemográficas de las profesionales de los grupos focales*

Grupos focales	Edad	Sexo	Profesión	Años en Paritorio	Lugar formación	Duración
G1	54	M	Ginecóloga	24	Donostia	43:49:00
G1	32	M	Ginecóloga	3	Donostia	
G1	44	M	Ginecóloga	19	Donostia	
G1	53	M	Ginecóloga	22	Donostia	
G2	58	M	Matrona	35	Pamplona	45:10:00
G2	43	M	Matrona	10	Castellón	
G2	53	M	Matrona	18	Bilbao	
G2	35	M	Matrona	6	Madrid	
G3	55	M	Matrona	30	Bilbao	16:08
G3	45	M	Matrona	21	Gerona	
G4	58	M	Matrona	32	Bilbao	29:53:00
G4	40	M	Auxiliar	2	Donostia	
G4	31	M	Ginecóloga	3	Donostia	
G4	50	M	Auxiliar	8	Donostia	
G4	61	M	Matrona	36	Madrid	

Nota: Elaboración propia

## 6. Recogida de datos

Para poder lograr una rigurosa comprensión del fenómeno de la experiencia de parto y poder alcanzar un mayor acercamiento a la realidad, durante la recogida de información, se combinaron diversas técnicas ya que ninguna de ellas, por sí sola, es capaz de producir el retrato entero de la realidad (Hernández Sampieri et al., 2014; Vasilachis de Gialdino, 2006).

Siguiendo la clasificación planteada por Vallés (2000), las técnicas utilizadas fueron conversacionales, observacionales y documentales. Entre las técnicas conversacionales se realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres que habían parido y grupos focales de profesionales que atendían partos: auxiliares, ginecólogas y matronas. Entre las técnicas observacionales se llevó a cabo observación participante en el mismo paritorio y la técnica documental principal fue el uso de un diario de campo donde se fue recogiendo la información relevante que daba respuesta a los objetivos planteados.

## **6.1. Técnica conversacional: entrevista semiestructurada y grupos focales**

Las técnicas conversacionales se utilizan para establecer un diálogo con informantes creando una situación en la que ambas partes interactúan con naturalidad y de esta forma se obtiene información reveladora sobre los significados que el fenómeno estudiado tiene para cada informante (Berenguera, Fernández de Sanmamed, Pons, Rodríguez, & Saura, 2014).

### **6.1.1. Entrevista semiestructurada a las mujeres**

Dentro de las técnicas conversacionales se optó por llevar a cabo entrevistas individuales semiestructuradas a las mujeres. El fin de las mismas fue recoger información heterogénea sobre aspectos subjetivos en su experiencia de parto: creencias, opiniones, valores, sentimientos, expectativas, sensaciones...

Mediante esta técnica se trató de entender el significado y sentido que dicha experiencia tenía para las mujeres ya que sus acciones dependían de estos significados.

En este estudio las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo a las 8 semanas (identificadas por M-A a las mujeres y P-A a la pareja) y a los 8 meses del parto (identificadas por M-B y P-B respectivamente). Se tomó en consideración el tiempo con el fin de potenciar la máxima riqueza, profundidad y variabilidad informativa. Se estableció la primera entrevista a las 8 semanas, por considerar que pasado el puerperio las mujeres pueden encontrarse en una situación de mayor estabilidad y a los 8 meses, debido a los posibles cambios que se pueden producir en su vida (reincorporación laboral, cambios en la alimentación infantil) con el fin de valorar la variación o coincidencia en sus discursos y en el significado que atribuían al fenómeno del parto hospitalario.

Las entrevistas se concertaban mediante llamada telefónica por la investigadora principal, una semana antes del encuentro para acordar día, hora y sitio de la entrevista. De las 51 mujeres captadas en el hospital, la muestra final en la primera entrevista a las 8 semanas fue de 42 participantes y una pareja y en la segunda entrevista realizada a los 8 meses tras el parto de 33 participantes. Las

causas por las que no se realizó la segunda entrevista a 10 personas fueron las siguientes: en cinco casos no se consiguió contactar; cuatro participantes refirieron no tener tiempo para realizar la entrevista y una no acudió a la cita acordada.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal según la conveniencia, preferencia y elección de las participantes en domicilios, en cafeterías, o paseando en parques. Se solicitó el consentimiento oral para proceder a la grabación en formato audio mediante grabadora digital (Philips: LFH0655/00) con el fin de disponer de la mejor y mayor información posible para proceder al análisis cualitativo y se hizo uso del móvil para asegurar la grabación. Una participante no dio permiso para la grabación y se tomaron notas de la entrevista. Tuvieron una duración media de 29',51" las primeras entrevistas y 20',65" las segundas.

Para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas, teniendo en consideración los objetivos planteados, se creó una guía inicial de temas y de posibles preguntas (Olaz Capitán, 2016) resultado de la revisión de la literatura (ver anexo 6). Esta guía fue modificándose en el curso (Berenguera A. et al., 2014:110) de la realización de las distintas entrevistas y su análisis correspondiente (ver anexo 7). Previa a la realización de las entrevistas, la investigadora principal llevó a cabo una entrevista piloto para calcular la duración de la entrevista, para cerciorarse del funcionamiento satisfactorio de la grabadora digital y para evaluar la confiabilidad, es decir si del relato se lograba la información que se necesitaba para responder al fenómeno estudiado. Dichos datos no fueron incluidos en los resultados finales de la investigación.

Las entrevistas se iniciaron con una pregunta abierta: ¿cómo ha sido tu experiencia de parto? y ¿qué recuerdas de tu experiencia de parto después de ocho meses?. Se comenzó con estas preguntas amplias y a medida que fue avanzando la entrevista se fueron planteando preguntas en busca de significados, sentimientos e interpretaciones (Ruiz Olabuénaga, 2012). En todo momento se dejó plena libertad a la mujer para expresar su vivencia, lo cual a menudo generaba nuevas preguntas (Rapley, 2014).



Al final de las entrevistas se contrastó la información recibida realizando un resumen de la información aportada y requiriendo su confirmación. Tras cada sesión la investigadora registraba sus impresiones acerca del desarrollo de la entrevista (incidencias, impresiones acerca de ella misma y de la participante, ideas clave, observaciones, percepción de posible interferencia de la grabadora...) para ser consideradas en la transcripción y en el análisis de los datos.

La transcripción de las grabaciones fue realizada por la investigadora principal de forma literal y en el lenguaje original (euskera o castellano), el mismo día de la entrevista, con el fin de recordar no solo la comunicación verbal si no también la no verbal. A la hora de fijarlo en el documento que nos ocupa, la parte literal de las transcripciones en euskera ha sido traducida al castellano por dicha investigadora. Tratando de respetar lo más fielmente posible el significado de lo transcrito, en el trabajo se han omitido repeticiones, coletillas y expresiones innecesarias.

Además, se cuestionó en todo momento en qué manera podía influir el hecho de que las mujeres conocieran que la investigadora, entrevistadora fuese matrona y trabajase en el Hospital Universitario Donostia. Por ello, al inicio de las entrevistas se incidió en el rol de investigadora de la entrevistadora y en el transcurso de las mismas se mantuvo una actitud empática y natural explicando a cada mujer la importancia de su testimonio, mostrando interés y confianza.

### **6.1.2. Grupos focales a las profesionales**

Los grupos focales son definidos por Kitzinger (1995) como una forma de entrevista grupal en la que se establece una comunicación entre entrevistador y participantes con el fin de examinar cómo se desarrollan y construyen las ideas en un determinado contexto cultural, siendo esta técnica especialmente sensible para el estudio de experiencias y actitudes.

En el desarrollo de esta investigación se llevaron a cabo cuatro grupos focales en los que se entrevistaron a un grupo profesionales (auxiliares, ginecólogas y matronas) que asistían partos con el objetivo de captar sus discursos, creencias, significados y valores del fenómeno del parto en un ambiente de interacción. Se examinó lo que las personas pensaban, cómo pensaban y por qué pensaban de

aquella manera (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013), tratando de que la discusión generada por la participación activa de los participantes facilitara la obtención de aquella información menos accesible mediante la entrevista individual.

Se llevaron a cabo dos grupos en una sala de descanso y dos en una zona de estudio del Servicio de Partos del Hospital Universitario Donostia. Eran espacios conocidos, adjuntos a su lugar de trabajo, de fácil acceso para las profesionales y que respondían a sus deseos. Se utilizó una mesa circular ofreciendo a las participantes un pequeño almuerzo como compensación por el tiempo dedicado y para que pudieran sentirse en un ambiente más familiar.

Los grupos focales fueron conducidos por la investigadora principal que estimuló la elaboración grupal de su realidad y experiencia en la asistencia al parto hospitalario. Previamente al desarrollo del grupo focal se elaboró una guía temática (ver anexo 8) con el planteamiento de posibles preguntas y una hoja en la que se representaban los distintos temas tratados en las entrevistas con las mujeres. La guía temática fue modificándose tras el análisis de los distintos grupos focales hasta obtener una guía temática final (ver anexo 9).

Aunque se captaron 16 participantes para los cuatro grupos focales fueron 13 los profesionales entrevistados, ya que tres personas no acudieron a la sesión alegando problemas personales para el día de la cita. Dos participantes, no captadas previamente, se ofrecieron voluntarias el mismo día para participar. Se configuraron grupos de profesionales que triangulando las ideas profundizaron en la experiencia de parto en grupos reducidos, estableciendo una dinámica interactiva y crítico-productiva (Barbour, 2013).

Se comenzaron los grupos focales explicando el propósito de la reunión a la vez que se entregaba una hoja informativa (ver anexo 10), el documento del consentimiento informado (ver anexo 11), un cuestionario sociodemográfico (ver anexo 12) y se exponían los temas principales deducidos tras las entrevistas individuales realizadas a las mujeres puérperas. Para enmarcar los temas a tratar se entregó una figura que representaba un poliedro (ver anexo 13) donde cada cara representaba un tema a explorar con el fin de focalizar la entrevista en determinados temas.

Tras la cumplimentación del consentimiento informado y el cuestionario sociodemográfico, se solicitó consentimiento oral para poder grabar la sesión en formato tipo audio, para registrar el intercambio comunicativo previo consentimiento de las participantes. La presencia de la grabadora no supuso ninguna interferencia a la hora de expresarse las participantes, pero quizás sí el hecho de realizar los grupos focales en el contexto de trabajo por las llamadas telefónicas que interfirieron en el desarrollo de uno de los grupos focales.

Para favorecer la discusión y encaminarla desde aspectos generales a específicos, las sesiones comenzaron con una pregunta abierta ¿cómo veis las experiencias de parto de las mujeres?. Durante el proceso se estimuló la participación equitativa de las participantes, con el objetivo de contrarrestar las diferencias y contradicciones de las diferentes opiniones que surgieron sobre el tema de discusión manteniendo en todo momento una actitud abierta a las novedades e ideas que surgiesen en el proceso.

En el cierre de las sesiones se realizó un resumen de la información aportada por las participantes, para asegurar la confirmación del consenso en las conclusiones finales y se agradeció su participación insistiendo en la confidencialidad de la información obtenida. Las sesiones tuvieron una duración media de 33,55 minutos.

## **6.2. Técnica observacional: observación participante**

La observación participante es el proceso que permite a los investigadores aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en su escenario natural a través de la observación e involucración en las actividades de los participantes (Guasch, 2002). Esta inmersión en el contexto permite obtener la descripción tanto de los acontecimientos, de las personas y de las interacciones de las personas observadas como de la vivencia y sensaciones de la observadora. En el caso que nos ocupa, se trata de ver más allá de lo que se presenta ante nuestros sentidos para poder comprender las razones por las que las mujeres actúan de una u otra forma en su experiencia de parto y poder así contrastar en tiempo presente la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas.

Hay quien opina que la observación puede ser problemática en investigación fenomenológica porque la fenomenología pretende llegar a las perspectivas de las personas desde su propio punto de vista y es reacia a juzgar el comportamiento de las personas desde una perspectiva externa (Gerrish & Lacey, 2008). Sin embargo, hay que considerar que la fenomenología entiende la conducta humana, lo que las personas dicen y hacen, como el producto del modo en que definen su mundo teniendo en consideración lo que Blumer en 1982 denominó interaccionismo simbólico (citado en Taylor & Bogdan, 1986, p. 24), es decir, las personas actúan en base a los significados que las cosas o las personas tienen para ellas y esos significados son productos sociales que surgen en las interacciones con los demás.

Además, la asignación de los significados se da y modifica mediante un proceso de interpretación. De ahí la necesidad de la investigadora de llegar a entender el proceso de interpretación (Taylor & Bogdan, 1986, p. 23), que mediante la observación participante permite “in situ” observar desde una perspectiva externa esos comportamientos que pueden ser considerados sin importancia por los sujetos observados mientras que pueden ser percibidos como valiosos e interesantes por los observadores.

La observación participante, se llevó a cabo durante el año 2016 y primer semestre de 2017 en el paritorio del Hospital Universitario Donostia un día a la semana aproximadamente en periodos de doce horas diurnas. Tal y como Taylor & Bogdan (1986, p. 102) definieron, se efectuó una observación en situaciones de campo “naturales”, para obtener una experiencia directa del mundo social con el fin de poder reflexionar sobre los datos obtenidos in situ y compararlos con la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Se tomaron datos sobre comportamientos, acontecimientos, interacciones entre los profesionales y las mujeres que estaban de parto con el fin de comprender el fenómeno del parto y responder a la pregunta de investigación. En la observación participante, se intervino, a tiempo completo en las actividades que desarrollaron los sujetos y se actuó como uno más en el grupo (Angrosino, 2012).

Teniendo en cuenta la pregunta de investigación y los objetivos planteados se elaboró una guía temática para planificar la observación (ver anexo 14) que

ayudó a centrar dicha técnica en aspectos particulares de la situación y aumentar la percepción sobre qué, quién, cómo, dónde, cuándo y por qué estaba ocurriendo (Holloway & Galvin, 2016, pp. 114-115). Se llevaron a cabo observaciones de manera abierta (Guasch, 2002) con los profesionales ya que tenían información acerca del proyecto de investigación. Con las mujeres se adoptó un rol de observación participante que no interfiriera en ningún momento la actividad normal del curso del propio parto ni la organización del servicio ya que el conocer que estaban siendo observadas en el parto podía hacer que las participantes se comportasen de manera diferente y que interfirieran en el derecho de comportarse libremente en su experiencia de parto.

### **6.3. Técnica documental: diario de campo**

Desde los primeros acercamientos tanto al campo, como a las participantes, en la obtención de los datos, en el análisis y en la difusión de los mismos, se utilizó un diario de campo para recoger y reflexionar sobre el proceso de la investigación. Se registró toda aquella información relevante para dar respuesta a los objetivos planteados e información sobre decisiones que pudieran ayudar en la descripción del proceso investigador.

Tras las entrevistas, grupos focales y observación participante la investigadora principal registraba sus impresiones, interpretaciones, intuiciones, conjeturas emergentes, sentimientos propios, sucesos, gestos notables y expresiones no verbales significativas (Taylor & Bogdan, 1986, p. 131) con el fin de profundizar en el por qué y en el significado tanto de los discursos como de los comportamientos.

También se hizo uso del diario de campo para registrar las decisiones metodológicas, analíticas (memos o memorandos), organizativas, incidencias e incluso ideas que se consideraron importantes para orientar la investigación (Holloway & Galvin, 2016). Estos registros ayudaron durante todo el proceso de investigación en la reflexividad e iteratividad al reflejar los pensamientos e ideas acerca de los datos y el porqué de agruparlos de una determinada manera desde la recogida de la información hasta el análisis y la difusión de la misma.

## 7. Análisis de los datos

Tanto en la recogida de los datos, como en la gestión, análisis, interpretación y redacción de los mismos, la investigadora llevó a cabo un ejercicio de reflexividad. Se integraron las preconcepciones, tal y como destaca Gadamer (citado en Holloway & Galvin, 2016, p. 226) para “sensibilizar” lo que era diferente, optando durante la investigación por una postura reflexiva que enriqueciese la práctica clínica.

Se reflexionó críticamente no solo en torno a las acciones de los participantes sino sobre todo acerca de las ideas preconcebidas. Se supervisaron sus relaciones con las participantes, sus reacciones a los relatos, las acciones propias, sentimientos e impedimentos experimentados durante la investigación, haciendo consciente su rol en la investigación (Burns & Grove, 2012; Holloway & Galvin, 2016). La investigadora principal, por tanto, fue parte del fenómeno a estudiar.

Para intentar comprender en profundidad el fenómeno estudiado y dar respuesta a los objetivos planteados, se utilizó el programa ATLAS.ti 7 que permitió gestionar y posteriormente realizar un constante análisis temático y comparativo de datos a fin de identificar, organizar, gestionar, analizar y comunicar el conjunto de temas representativos del contenido de los textos de la investigación (Braun & Clarke, 2006).

### 7.1. Gestión de los datos obtenidos

El procesamiento y gestión de datos obtenidos se realizó mediante el programa informático, no sustituyendo, tal como apunta (Gibbs et al., 2012), la reflexión de la investigadora. ATLAS.ti forma parte de los conocidos CAQDAS o Computer- Aided Qualitative Data Analysis, esto es, Programa de Análisis Cualitativo de Datos Asistido por Computadora.

El programa informático permitió organizar y establecer referencias cruzadas entre los datos cualitativos siguiendo tal y como expone Friese (2014), unos pasos necesarios en el análisis de los datos (ver tabla 8). Todos los datos fueron incluidos en un único espacio antes de llevar a cabo la segmentación de los fragmentos

significativos, junto con la codificación, en la que se identificaron los códigos con diferentes colores y prefijos.

El programa informático permitía recuperar todas las declaraciones de las participantes que se codificaban con la misma palabra, no por ello dejando de analizar el documento en su totalidad.

También facilitó el análisis utilizando algoritmos que acompañados de memorandos y reflexiones críticas de la investigadora han servido para identificar los códigos que se daban al mismo tiempo (Saldaña, 2016), posibilitando la realización de tablas de co-ocurrencia y redes que ayudan en la interpretación y visualización gráfica de las relaciones existentes entre los códigos (Prein, & Kelle, 1995).

Tabla 8  
*Pasos realizados en el análisis de los datos mediante ATLAS-ti 7*

Pasos realizados en el análisis de los datos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de una Unidad Hermenéutica o lo que es lo mismo proyecto o base de datos</li> <li>• Inclusión de los documentos primarios en dicha Unidad Hermenéutica</li> <li>• Segmentación de los documentos primarios tras lectura general y selección de citas relevantes</li> <li>• Codificación de los segmentos significativos</li> <li>• Elaboración de memorandos o anotaciones de reflexiones de la investigadora acerca de decisiones metodológicas, analíticas</li> <li>• Creación de familias de códigos, agrupando códigos que presentan determinadas características en común</li> <li>• Vinculación de citas, códigos, categorías y memorandos mediante redes para facilitar la visualización gráfica de los datos y mediante la realización de tablas de co-ocurrencia</li> </ul>

Nota: Elaboración propia

## 7.2. Análisis temático de los datos

El análisis temático pretende enfatizar el sentido del texto, la descripción y/o interpretación del contenido de los datos, llegando a analizar “*qué se dice*” (Creswell, 2013, p. 193). En función de los datos recogidos y analizados y con el fin de comprender el fenómeno y enriquecer la investigación, el proceso se caracterizó por la flexibilidad en el diseño de la investigación.

En todo momento la aproximación utilizada fue inductiva y el análisis de los datos cíclico para tomar en consideración los datos recolectados e ir interpretándolos hasta construir un significado para el conjunto (Creswell, 2013; Dey, 1993; Hernández Sampieri et al., 2014). Para ello se mantuvo una actitud de retroalimentación constante, retrocediendo y avanzando en el análisis de los datos durante el trascurso de la investigación (Gerrish & Lacey, 2008), dando sentido al conjunto de los datos.

Inicialmente se analizaron los datos de forma separada, por un lado, las entrevistas de mujeres tomando en cuenta la variable tiempo: 8 semanas y 8 meses y por otro los grupos focales. Finalmente se analizaron todos los datos en conjunto. Tomando en consideración las pautas planteadas por Braun y Clarke (2006) en el procedimiento analítico se definieron varias fases (ver tabla 9)

Tabla 9  
*Análisis cíclico constante de los datos*

Fases del análisis cíclico constante de los datos
a) Familiarización: Transcripción literal de las grabaciones. Lectura y relectura de las transcripciones y documentos
b) Precodificación del texto: en citas y asociación de reflexiones
c) Codificación: sustantiva y posteriormente conceptual. Configuración de un listado de códigos. Aplicación y ampliación del mismo en el proceso de análisis de los datos
d) Interacción continua: de las citas-citas, códigos- citas y anotaciones de reflexiones
e) Proceso de encuadre: reordenación de los datos por categorías en tablas
f) Comparación de categorías y temas comunes mediante la creación de diagramas de matrices
g) Contraste y puesta en común de los temas con el resto de investigadoras
h) Descripción y redacción del fenómeno de la experiencia del parto

Nota: Adaptado de “Using thematic analysis in psychology,” por Braun y Clarke, 2006, 3 (2), pp. 77-101.



- a) **Fase de familiarización de los datos.** Para comprender el fenómeno estudiado, conseguir lo que Burns & Grove (2012, p. 94) señalan y lo que en fenomenología se conoce como *“llegar a “vivir los datos”*, desde un principio y durante todo el proceso de análisis se ha trabajado simultáneamente con todos los datos que incluían las transcripciones de las grabaciones, las descripciones narrativas de las observaciones y los escritos en el diario de campo. Inicialmente los audios eran adjuntados, escuchados, transcritos literalmente (palabra por palabra) y leídos reiteradamente junto con las notas en el programa ATLAS.ti 7 para poder llegar a obtener una inmersión continua en los mismos.
- b) **Fase de precodificación,** en la que se procedía a una lectura más detallada realizando una primera segmentación del documento en citas a las que se asociaban memos o reflexiones de la investigadora principal. Las citas son fragmentos de texto con sentido para la investigación (Berengüera et al., 2014, p. 142).
- c) **Fase de codificación.** La codificación es el proceso de leer los datos, descomponer el texto y etiquetar cada parte del texto. Esto es, los códigos son abreviaturas utilizadas para clasificar palabras o frases de datos (Burns & Grove, 2012). Los métodos de codificación fueron:
- Codificación inductiva abierta línea a línea en el que mediante una palabra o frase se pretendía resumir la información descrita.
  - Codificación in vivo cuando se utilizaban palabras o frases literales de las participantes.
  - Subcodificación cuando se asignaba un subcódigo al código primario para detallar este (Saldaña, 2016).

De esta forma *“los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias”* (Strauss & Corbin, 2002, p. 111).

Cada código se clasificó como similar o diferente a los otros y se identificó con un nombre, prefijo y color, definiendo las características del mismo.

Los códigos, se fueron fundiendo y renombrando durante el desarrollo del análisis llegando a elaborar un listado de códigos definitivo, con un total de 260 códigos emergentes tal y como se pueden observar en el anexo 15.

- d) **Fase de interacción continua.** Se relacionaron las citas con citas, códigos con citas, códigos entre sí, de forma circular retomando los datos previos. Se llevó a cabo un análisis de comparación constante en el que se valoraba si compartían características comunes o diferentes, estableciendo conexiones entre ellos y agrupando los datos que se fracturaron durante la codificación abierta (ver tabla 10). Emergieron así, las categorías; estas tienden a ser más abstractas que los códigos iniciales y agrupan los códigos abiertos (Gerrish & Lacey, 2008), esto es, aglutinan *“acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado”* (Strauss & Corbin, 2002, p.111).

En cada categoría se analizaron sus propiedades o características y sus dimensiones que representan la localización de una propiedad durante un continuo o rango (Strauss & Corbin, 2002) y se agruparon en categorías superiores mediante la definición de distintos niveles de categorías en función del grado de interpretación: desde categorías ligadas a los datos brutos hasta categorías más interpretativas que serían la agrupación de varias categorías de las primeras (Berenguera, 2014). Un ejemplo del agrupamiento de las categorías del estudio se puede observar en la tabla 11.

Durante todo el proceso se realizaron anotaciones o memorandos acerca de las decisiones metodológicas, analíticas y personales con el fin de registrar las ideas emergentes sobre el análisis y como parte de comprobación de la coherencia (Gibbs, 2012, p. 55).

Tabla 10  
Descripción del proceso de análisis

	Ejemplos de citas	Códigos	Categoría	Propiedades	Dimensiones	Tema
8 semanas	<i>“Entonces el hecho de encontrarte una matrona que sea dulce, que se ponga un poco en tu lugar que sea cariñosa y que te tranquilice a la vez y te anime también es importante” 41M-A (81:3).</i>	RP-Tranquilidad RP-Cariño RP-Empatía RP-Animar				
8 meses	<i>“Para mí es importante que te hablen bien, que me traten bien, que me den confianza, que yo crea que estoy en buenas manos” 3M-B (103:3).</i> <i>“Positivos el trato, la matrona para mí fue muy cariñosa muy dulce, tranquila, respetó el ritmo. Bueno mira vamos a romper la bolsa, pero tranquilidad, vamos a ver cómo va esto. O sea, no fue pin pan pin pan como diciendo venga esto es así, y es así” 27M-B (123:7).</i>	RP-Confianza RP-Respeto RP-Cariño RP-Tranquilidad	Trato profesional y sus características	Tipo de características	Características positivas Características negativas	Atención profesional: simbiosis entre la mujer y el/la profesional
8 semanas	<i>“Era un poco grosero y además no me hablaba a mí, le hablaba a mi marido. Y yo decía a ver, pero si la paciente soy yo” 37M-A (136:9).</i> <i>“Además no me sentía bien y ella (la matrona) diciéndome cómo estaba. Ella no tenía ni idea de cómo me sentía, porque hay gente que chilla y otras que disimulamos más” 2M-A (4:32).</i>	C- Dirigirse a la paciente C- Formas de dar la información C-Escucha C-Comunicación				
8 meses	<i>“De repente entró una mujer que nunca se identificó como la matrona que me iba a atender el parto, entonces yo estaba como perdida porque no le había visto nunca” 14M-B (28:24).</i>	RP-Trato impersonal RP- Fría- distante				

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11  
Ejemplo del agrupamiento de las categorías del estudio

Cita o unidad de sentido	Código	Definición	Propiedades	Dimensiones	Categorías de primer nivel interpretativo	Categoría de segundo nivel interpretativo
<p>“...Pero en el hospital no me preocupo porque en el hospital ya sé que me va a controlar o cuidar una profesional” 9M-A (99:25).</p>	Control	El juicio que la mujer lleva a cabo en su parto a través de unos medios tanto externos como internos para conseguir el resultado deseado	Fuente	<p>Externo: Hace referencia al cuidado profesional mediante la utilización de: aparatos como por ejemplo de monitores, el conocimiento y experiencia para evitar complicaciones</p> <p>Subcódigo: <b>RP- Control</b></p>	<p><b>SS- Seguridad</b></p> <p><b>S- Sentimientos</b></p>	<p><b>NP-Necesidades Prioritarias</b></p>
<p>“En ese sentido tengo como una especie de autocontrol, tengo esa confianza de conocer mi cuerpo. Entonces me sentí bien” 21M-B (111:21).</p>				<p>Interno: En lo referido al control de la propia mujer sobre sí misma tanto del cuerpo, de la mente y del tiempo</p> <p>Subcódigo: <b>SS- Control</b></p>		
<p>“... Empezó a entrar la oxitocina y efectivamente empecé a ver las estrellas...perdí la noción del tiempo...tirada en la colchoneta, no me podía levantar. O sea un descontrol total que no podía ni hablar, ni llorar, dolor por todas partes...una combinación de todo” 18M-A (32:12).</p>				<p>Tipos de percepción</p> <p>Positiva: control</p> <p>Negativa: descontrol. El no tener sensación de control interno y/o externo</p> <p>Subcódigo: <b>SS- Descontrol</b></p>		

Fuente: Elaboración propia

- e) **Proceso de encuadre.** Se extrajeron los datos y se reordenaron por categorías en matrices. Estas permitieron mediante un formato tabular recopilar y organizar los datos para una fácil visualización en un solo lugar y así preparar el escenario para el posterior análisis de comparación de categorías (Miles et al., 2014, p. 111). Se realizó una matriz por cada categoría, conteniendo un breve resumen de lo que dijeron las participantes y vinculándolo con diversas citas representativas. Tal y como se observa en la tabla 12, en el caso de las mujeres se diferenció si correspondía a las 8 semanas o a los 8 meses.
- f) **Comparación de categorías y de temas comunes.** Se compararon los discursos de cada categoría con el resto de categorías emergiendo así los temas. *“Un tema captura algo importante sobre los datos en relación con la pregunta de investigación, y representa algún nivel de respuesta o significado en el conjunto de datos”* (Braun & Clarke, 2006). Mediante la identificación de los temas, la relación entre ellos y la descripción escrita de las experiencias vividas se comenzó con la interpretación de los mismos con el fin de situar los hallazgos en la mejora de la práctica clínica. La interpretación del análisis fue plasmado mediante la creación de redes semánticas tal y como se puede observar en la (ver figura 1) y matrices (Miles et al., 2014). En las redes semánticas se visualizaba la interpretación del análisis surgido de la interacción entre las citas, códigos, categorías y temas.
- g) **Contraste y puesta en común** de los temas con el resto de investigadoras. con el fin de garantizar la reflexividad y la triangulación de los datos.
- h) **Descripción y redacción de los principales temas** añadiendo la realización de figuras que resumían su contenido y las asociaciones entre los temas para mostrar el significado que la experiencia de parto tiene para las mujeres puérperas.

Mediante la narración se intentó alcanzar mayor reflexión y así integrar los diferentes estratos de significado que podrían estar implícitos en las descripciones de las personas. (Gerrish & Lacey, 2008).

Tabla 12  
Matriz de la Categoría Tiempo a las 8 semanas y a los 8 meses

CATEGORÍA TIEMPO PARTICIPANTES	A LAS 8 SEMANAS	A LOS 8 MESES
1M	<p>Al tener una experiencia previa, siente más miedo, alegría. Dualidad de sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“A ver es un sentimiento que... en mí caso es algo que hemos ido a buscar que no es que haya venido por casualidad. Entonces sí que es verdad que...la primera experiencia sí que es como con más miedo. A ver ¿qué va a pasar? ¿cómo te irá?, ¿cómo es? ... porque claro yo nunca he estado ingresada en un hospital... Y siempre estás esperando el que vendrá”</i> 1M-A (2:94).</li> <li>- <i>“Y luego en el segundo estaba también como más miedo. Porque al saber también lo que te viene, pero creo también con alegría”</i> 1M-A (2:95).</li> </ul>	<p>Sentimiento de felicidad, mucha felicidad. También hace mención del nerviosismo de la situación. Pero destaca la felicidad. Refiere encontrarse, ahora bien, los primeros meses son duros, pero, ahora bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Yo felicidad mucha felicidad, mucha felicidad”</i> 1M-B (85:13).</li> <li>- <i>“A ver no a ver los primeros meses al final bueno son duros al final, pero bueno bien ahora bien sí.”</i> 1M-B (85:39).</li> </ul>
4M	<p>Menciona sentimientos de ilusión, asustada durante la dilatación y parto y en el expulsivo no le dio tiempo a pensar y cuando le vio mucha alegría. Incertidumbre ante la falta de garantía de que el bebé está bien tras la realización de la ecografía que mostraba bajo peso. Son momentos que lo pasaron fatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“En el parto con mucha ilusión, en el parto con el rollo de que si el bebé era pequeño, te asusta un poco. Claro cuando ingresas ya te explican lo que hay ya ves que realmente bueno que el bebé estaba bien, no era muy grande, pero bueno no era una complicación tampoco muy sería entonces pero bueno sí tienes un punto de susto hasta que lo tienes en brazos y ves que todo está bien. Que supongo que en el fondo todas las madres tenemos un poco eso”</i> 4M-A (8:25).</li> <li>- <i>“En el momento del parto estás concentrada en empujar bien, hacer fuerza cuando te dicen y.es que realmente tampoco te paras a pensar. Y en el momento en el que nace tienes una alegría y pues un subidón de tu niña pues...sí..”</i> 4M-A (8:69).</li> </ul>	<p>A la expectativa, incertidumbre, nervios de que todo salga bien, ganas de verle y miedo de que todo saliera bien porque le habían estado controlando con ecografías el peso. Ahora como la niña está muy sana está contentísima, pero afirma que en el momento estuvo preocupada y que hay que pasarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Ahora a toro pasado... eso hay que pasarlo. En el momento sí que tienes tu preocupación y luego tienes un bebé que es sanísimo que está creciendo muy bien y pues ya estás, ahora súper contenta”</i> 4M-B (91:20).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

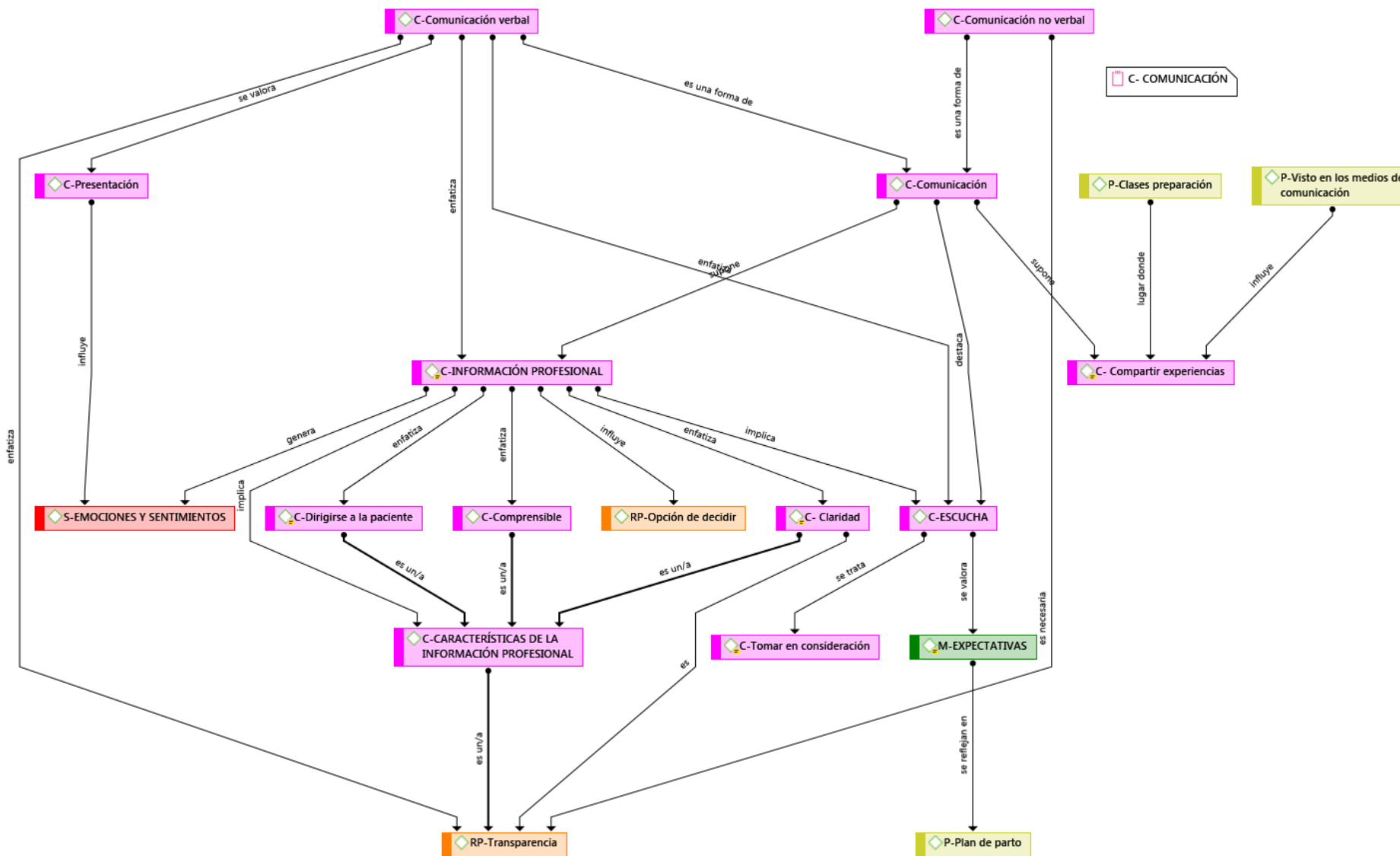


Figura 1 Red semántica de códigos y categoría de primer nivel interpretativo. Elaboración propia mediante ATLAS.ti.

## **8. Criterios de calidad y rigor de los datos**

Calderón (2009), propone la diferenciación entre tres aspectos importantes a tener en cuenta en la evaluación de la calidad de los estudios cualitativos

- Las características de la investigación cualitativa.
- Las técnicas y procedimientos utilizados.
- La escritura de resultados en artículos y comunicaciones.

### **8.1. Características de la investigación cualitativa**

Entre las características de la investigación cualitativa se engloban la adecuación epistemológica y metodológica, la relevancia, la validez y la reflexividad.

#### **8.1.1. Adecuación epistemológica y metodológica**

La perspectiva cualitativa se consideró que era la que mejor se correspondía para dar respuesta a la pregunta de investigación y los objetivos (Berenguera et al, 2014). Por estar caracterizada en estudiar los fenómenos en su contexto natural intentando encontrar el sentido de los mismos a partir de los significados que las personas les dan.

Los procedimientos llevados a cabo para garantizar este criterio fueron:

- La identificación del rol de la investigadora y la descripción del porqué de la toma de decisiones.
- La utilización de literatura para evidenciar las decisiones metodológicas y en el análisis para contrastar los resultados con estudios previos.
- El ajuste del muestreo al marco conceptual de la investigación y objetivos planteados.
- La adaptación de la estrategia de muestreo a medida que avanzaba la investigación con el fin de favorecer la inclusión de aspectos relevantes.



### 8.1.2. Relevancia

Según Calderón (2009), al referirnos a este criterio se tienen que tener en cuenta dos aspectos. El primero sería tanto la pertinencia y la novedad de las contribuciones de la investigación para la comprensión del fenómeno en estudio, como las implicaciones que tiene para los agentes involucrados. Y el segundo, la extensión de los resultados de la investigación más allá de las circunstancias concretas en las que se ha llevado a cabo.

La pregunta de investigación tuvo su origen en el propio contexto en el que se daba el fenómeno del parto con el fin de esclarecer la inquietud existente en la práctica clínica tanto por la investigadora principal como por algunos de los profesionales que atienden partos en dicho hospital. Los hallazgos están teniendo aplicabilidad en el contexto de dicho hospital y en atención primaria, pudiendo resultar de ayuda en la comprensión del fenómeno del parto en otros contextos hospitalarios similares. Ha supuesto un cuestionamiento de lo que ya se conocía hasta el momento y una aportación de nuevos conocimientos que podían mejorar la calidad de cuidado.

Durante todo el proceso de la investigación se realizaron descripciones detalladas de los contextos, sujetos y situaciones para poder transferir dichos resultados a contextos similares. Tal y como Gadamer (como se citó en Gerrish y Lacey, 2008, p. 230) afirmó la validez de los estudios fenomenológicos no se basaba en corresponder perfectamente en todos los casos, sino que más bien en tener una coherencia suficiente para aplicarse en situaciones similares de forma significativa.

Los profesionales sanitarios y las investigadoras dispusieron de una visión global del fenómeno de la experiencia de parto teniendo en consideración su propia perspectiva y la percepción de las mujeres. A su vez las mujeres tuvieron la oportunidad de ser escuchadas y sus voces fueron tenidas en consideración por ser las protagonistas de dicha vivencia.

### **8.1.3. Validez**

Este criterio valora la veracidad de los resultados, esto es, que los hallazgos obtenidos sean reflejo de la realidad del fenómeno (Berenguera et al., 2014). En la investigación se ha tratado de mostrar con fidelidad, lo realmente acontecido en los diferentes momentos de la investigación mediante la descripción del contexto y circunstancias en las que se ha realizado la investigación.

Los procedimientos llevados a cabo para garantizar este criterio fueron:

- La utilización de grabaciones y transcripciones literales de las entrevistas a las mujeres y de los grupos focales de los profesionales con el fin de respaldar las interpretaciones de los resultados.
- La verificación de la información conjuntamente con las participantes contrastando los resultados al final de cada encuentro mediante la realización de resúmenes de la información aportada y requiriendo su confirmación.
- La descripción detallada de cada fase de la investigación.
- El envío de los resultados a las participantes al finalizar la investigación.
- La triangulación de los datos, métodos y analistas.

### **8.1.4. Reflexividad**

La reflexividad significa que el investigador reflexiona críticamente sobre sus propias ideas preconcebidas y supervisa sus relaciones con los participantes y sus propias reacciones a los relatos y acciones de los participantes. Como herramienta principal de la investigación, los investigadores son parte del fenómeno a estudiar y deben reflexionar sobre sus acciones, sentimientos y conflictos experimentados durante la investigación (Holloway & Galvin, 2016, p. 316).

A lo largo de todo el proceso de investigación las investigadoras mostraron una actitud autocrítica, cuestionando su propio rol y tomando en consideración las exigencias éticas para con los participantes de la

investigación. La investigadora principal ha sido consciente y se ha cuestionado en qué manera han podido influir: su formación y labor como matrona, su experiencia como parturienta, sus planteamientos iniciales, perspectiva durante el proceso y el resultado de la investigación. La investigadora principal ha tratado de ser imparcial tratando de llevar a cabo un ejercicio de autorreflexividad, cuestionando en todo momento la relación establecida con las participantes tanto mujeres parturientas como profesionales y lo acontecido durante el proceso de la investigación (Calderón, 2009). Berenguera et al (2014), refieren que la imparcialidad supone tener la capacidad de escucha y de descubrimiento, de ponerse en el lugar del otro, aceptando la subjetividad del investigado, del investigador y de la relación de ambas subjetividades.

Los procedimientos llevados a cabo para garantizar este criterio fueron:

- La utilización de un diario de campo que apoyó la autorreflexividad y la reflexividad sobre lo que acontecía en el proceso de investigación ya que la información anotada (incidencias, reuniones del equipo investigador, acercamiento a las participantes, descripciones del contexto, frases más impactantes...) sirvió de apoyo durante el proceso de la investigación y para la redacción de artículos posteriores.
- La investigadora principal trató de establecer una relación de confianza haciendo incidencia en su rol de investigadora en el momento de las entrevistas y grupos focales.
- La saturación de los datos del fenómeno de la experiencia de parto se obtuvo cuando tal y como define Morse y Bottorff, (2003) mediante la repetición de la información y la confirmación de los datos recogidos.

## 8.2. Técnicas y procedimientos utilizados

El segundo aspecto sería lo relacionado con el proceso de investigación en el que los criterios de calidad se traducen en técnicas (triangulación o contraste entre técnicas y miembros del equipo, descripción detallada de lo que va ocurriendo...) y procedimientos que sirven de guía en las fases de investigación (Hernández Sampieri et al., 2014).

Se confrontaron distintos aspectos del proceso de investigación desde diferentes ángulos pudiéndose señalar principalmente, la triangulación tanto de datos, como de métodos y de investigadores.

- La triangulación de los datos: Inicialmente tras conocer las percepciones de las mujeres acerca de su experiencia de parto mediante entrevistas semiestructuradas en dos ocasiones, se pasó a contrastar la información obtenida explorando las impresiones de los profesionales mediante la realización de grupos de discusión. Al mismo tiempo se llevó a cabo la observación participante. Se pretendió analizar el fenómeno teniendo en consideración la perspectiva de los distintos protagonistas implicados. De esta forma, se alcanza un mayor acercamiento a la realidad examinando y profundizando en los temas tratados, confirmando resultados y /o añadiendo información no contemplada anteriormente. En definitiva, se trató de obtener varias perspectivas de una materia y una visión precisa de ella (Gibbs et al., 2012 p. 127).
- Triangulación de métodos: en el desarrollo del análisis de los datos se llevó a cabo una combinación del análisis temático y comparativo constante con el fin de complementar los resultados. A su vez, la investigadora principal mantuvo diferentes roles a lo largo de la investigación. Durante los dos primeros años mantuvo el rol de investigadora junto con el de matrona manteniendo una relación con el contexto y en los dos años posteriores pasó a mantener el rol de investigadora alejándose del campo para finalizar el proceso analítico.
- Triangulación de investigadores: en la fase analítica los resultados emergentes fueron contrastados por investigadoras diferentes (enfermeras, matronas) con el fin de complementar los diferentes puntos de vista y disminuir la distorsión de los datos.

### 8.3. La escritura de los resultados en artículos y comunicaciones

El tercer aspecto propuesto por Calderón (2009) relacionado con los criterios de calidad, es la escritura en artículos o comunicaciones. En nuestro caso hemos optado por seguir las recomendaciones de la guía de criterios consolidados para estudios cualitativos COREQ (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007, pp. 349-357) formada por 32 elementos específicos para evaluar el estudio cualitativo y ayudar al equipo de investigadoras a informar sobre aspectos referentes a la investigación como: los métodos y contexto de estudio, resultados, análisis, interpretaciones y el equipo de investigación.

Con esta base y haciendo referencia a la investigación que nos ocupa han sido publicados dos artículos originales. Uno en la revista *Midwifery*, indexada en JCR en la categoría de Nursing, con un factor de impacto de 2,048 en 2018, situada en el Q1. El otro en la revista *Matronas Profesión*, siendo esta la única revista dedicada al área obstétrico- ginecológica indexada en Cuiden.

Además, se han ido difundiendo los resultados de la investigación mediante la participación como ponente en la III Jornada Científica de la Asociación de Matronas de Euskadi, celebrado en Bilbao en 2017, y como comunicante con 3 comunicaciones-póster en Congresos de carácter Internacional celebrados de forma presencial, organizados por la Universidad de Sevilla y Cantabria y on-line en la XII Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud organizada por la Junta de Andalucía y la Fundación Index.

## 9. Consideraciones éticas

### 9.1. Aprobación ética y consentimiento informado

Antes de comenzar el estudio (21-07-2015) se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Guipúzcoa (referencia: BPG- APH-2015-01) (ver anexo 16). Se les facilitó también el proyecto de la investigación a la Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia, las supervisoras del Servicio de Partos y a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Donostia que dieron su consentimiento.

Durante toda la investigación se tuvo en cuenta:

- La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964: donde se detallan las recomendaciones para las investigaciones biomédicas con seres humanos. (World Medical Association [WMA], 2013).
- El Informe Belmont de 1978: donde se explican los principios éticos básicos aplicados a la investigación clínica humana.(United States Health and Human Services [HHS].Department of Health &Human services, 1979).

Todas las profesionales, mujeres y la pareja de una de ellas participaron voluntaria y libremente, tras recibir información oral, documentación explicativa escrita sobre los objetivos e intervenciones a realizar (ver anexos 3 y 10) y tras aceptar el Consentimiento Informado (ver anexos 4 y 11).

Dicho Consentimiento informado cumple las condiciones expuestas en la Ley 14/ 2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE, 2007). Pudiendo las participantes, renunciar a dicho Consentimiento en cualquier momento, tal y como dicta la 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 (BOE, 2002). Sin que ello pudiera afectar a sus cuidados y al trato personal que recibiera.

Previamente a realización de las entrevistas semiestructuradas y de los grupos focales se solicitó consentimiento oral de todas las participantes para poder grabar dichos encuentros.

## **9.2. Anonimato y confidencialidad de los datos**

En todo momento se aseguró la confidencialidad de la información y el anonimato de las participantes mediante la asignación de códigos.

A las participantes de las entrevistas semiestructuradas se les numeró en función del orden de la entrevista y se les añadió “M” si fue la parturienta o

“P” si era la pareja. Asignándole a su vez “- A” cuando la entrevista se realizó a las 8 semanas o “- B” si se llevó a cabo a los 8 meses.

A cada profesional se le asignó un número al azar dentro de los grupos de discusión previamente etiquetados como G1, G2, G3, G4. Y las observaciones fueron enumeradas en función del orden de realización y en ningún momento se recogían aspectos personales de las personas implicadas en la interacción preservando su anonimato y confidencialidad.

De forma que solo la investigadora principal conocía la identidad de las informantes. El tratamiento de dichos datos se llevó a cabo con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE, 1999). Las grabaciones están custodiadas en el archivo de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU abiertas a tal fin. Pasados cinco años los archivos serán destruidos.

Tras la finalización del estudio a los y las participantes se les dio la oportunidad de recibir retroalimentación sobre los resultados del estudio.





# RESULTADOS



# RESULTADOS

El objetivo general planteado para esta investigación es conocer desde una perspectiva fenomenológica el significado de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario (Hospital Universitario Donostia) con base en los datos investigados para establecer áreas de mejora en la práctica clínica. Para ello, se han dividido los resultados en tres apartados. El primero, da respuesta a las percepciones de las mujeres en su experiencia de parto hospitalario; el segundo, plantea el significado de la experiencia de parto desde el punto de vista de los profesionales y en el tercero, se trata de reflejar la fusión de ambos grupos a fin de establecer áreas de mejora en la práctica clínica.

## **1. Percepciones de las mujeres en su experiencia de parto hospitalario**

A fin de dar respuesta a los objetivos marcados en esta investigación en el apartado que nos ocupa se han analizado las necesidades o prioridades percibidas por las madres como esenciales, se han descrito aquellas experiencias que son percibidas por las madres como positivas o negativas en el paritorio y se ha indagado en el concepto de “parto ideal” expresado por las mujeres.

## 1.1. Hélice de necesidades prioritarias

Según la RAE (2014), la percepción se define como *“la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”*. Teniendo en cuenta esta definición se observa que cada mujer selecciona, organiza, interpreta y expresa de manera lógica y significativa la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos surgidos durante su experiencia de parto.

Esta concepción individual de la realidad de los procesos personales es lo que se presenta en este apartado manteniendo la imparcialidad de lo expresado mediante un método cuya regla principal fue mantener el contenido esencial subjetivo de lo que relataban, sin hacer juicios ni interpretaciones sobre la validez de las presunciones y opiniones. Por ello, la investigadora estuvo siempre abierta a la particularidad de cada narración considerándola como su correlato objetivo.

Los hallazgos expuestos en este apartado, están basados en las entrevistas semiestructuradas realizadas a las mujeres a las 8 semanas (M-A) y a los 8 meses (M-B) tras el parto. Del análisis de los mismos se pueden deducir las necesidades prioritarias de las mujeres que condicionadas por la sociedad y la cultura en la que viven, expresan las preocupaciones, temores, aspiraciones y valores. En definitiva, manifiestan desde su propia perspectiva el significado que cada persona da a su experiencia como creadora de cada realidad.

Cada mujer entrevistada relata la percepción de las emociones y los sentimientos experimentados durante el parto condicionados por el grado de satisfacción de sus necesidades y el cumplimiento de las expectativas marcadas. Describe múltiples dimensiones individuales de la persona que está en continuo cambio y adaptación.

Además, hace referencia tanto al entorno físico que supone el medio hospitalario y el control que se vive en el mismo como al entorno familiar expresado mediante la presencia de la pareja.

Formando parte de la dinámica de la experiencia expresan también la atención de los cuidados hospitalarios recibidos y la simbiosis que se da entre ella misma y el o la profesional que le atiende, es decir, relaciona el bienestar y la salud individual con el rol de la o el profesional competente que le acompaña.

Se cuestionan también el post-parto, la adaptación puerperal y posteriormente la experiencia vivida una vez que han tenido que acomodar y transformar su vida a las nuevas circunstancias (ver tabla 13).

Todo ello se halla sintetizado y representado mediante la hélice de necesidades prioritarias (ver figura 2) en la que se muestra la influencia existente entre las mismas. Su interrelación constituye la fuerza propulsora de la percepción final de la experiencia de parto hospitalario.

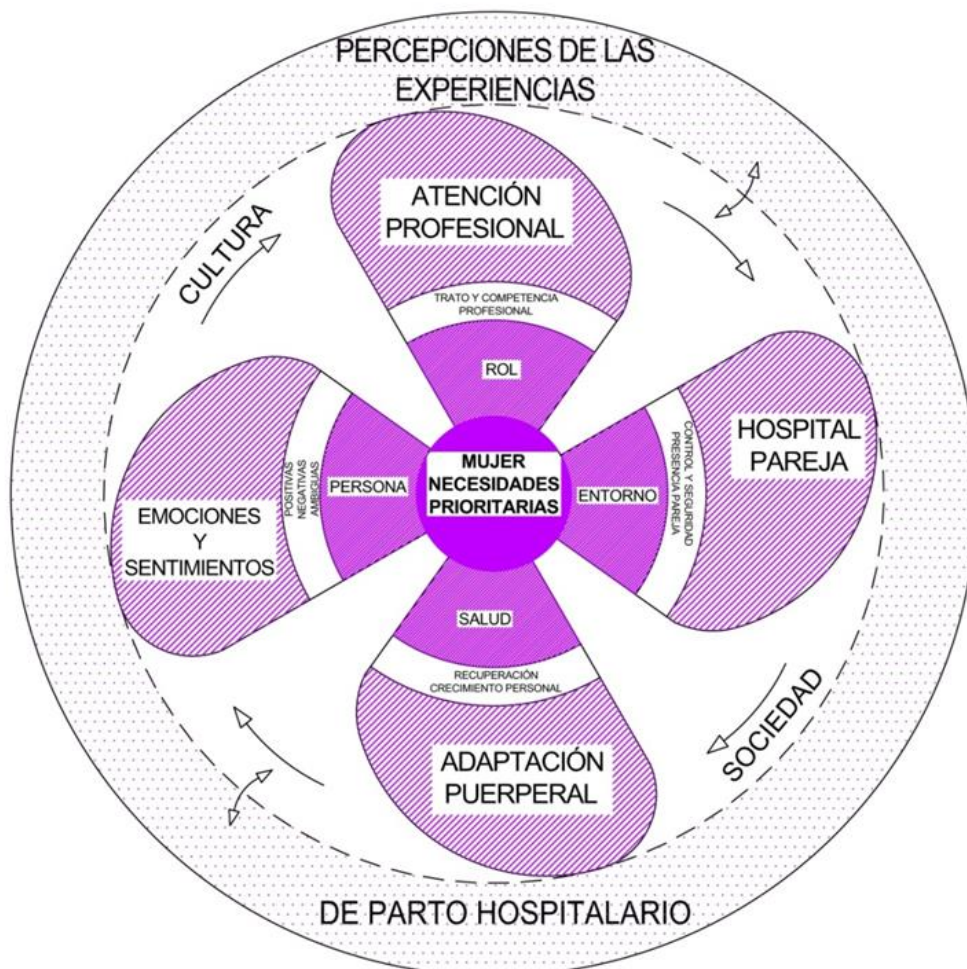


Figura 2. Hélice de necesidades prioritarias en el parto hospitalario. Elaboración propia.

Tabla 13  
*Percepciones de las mujeres en su experiencia de parto hospitalario.*

<b>TEMAS</b>			
Caleidoscopio de emociones y sentimientos percibidos en el parto	Atención profesional: simbiosis entre la mujer y el profesional	Entorno hospitalario	Adaptación puerperal
<b>Subtemas</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo</li> <li>• Sufrimiento-Angustia-Aceptación.</li> <li>• Deseo</li> <li>• Alegría</li> <li>• Confianza y tranquilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato profesional y sus características</li> <li>• Competencia profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y seguridad hospitalaria</li> <li>• Presencia de la pareja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperación puerperal</li> <li>• Temor al descontrol interno</li> <li>• Crecimiento personal</li> </ul>

Nota: Elaboración propia

### 1.1.1. Caleidoscopio de emociones y sentimientos percibidos en el parto

Cuando se habla de emociones nos referimos a las reacciones fisiológicas y psicológicas mediante las cuales las personas resuelven los cambios o responden a estímulos sirviéndose de mecanismos de adaptación innatos o adquiridos. Por su parte, los sentimientos son el resultado de las emociones, son más duraderos en el tiempo y pueden ser verbalizados.

Una de las características más habituales a la hora de expresar emociones y sentimientos, fue que las mujeres describieron un amplio abanico de las mismas (ver figura 3).

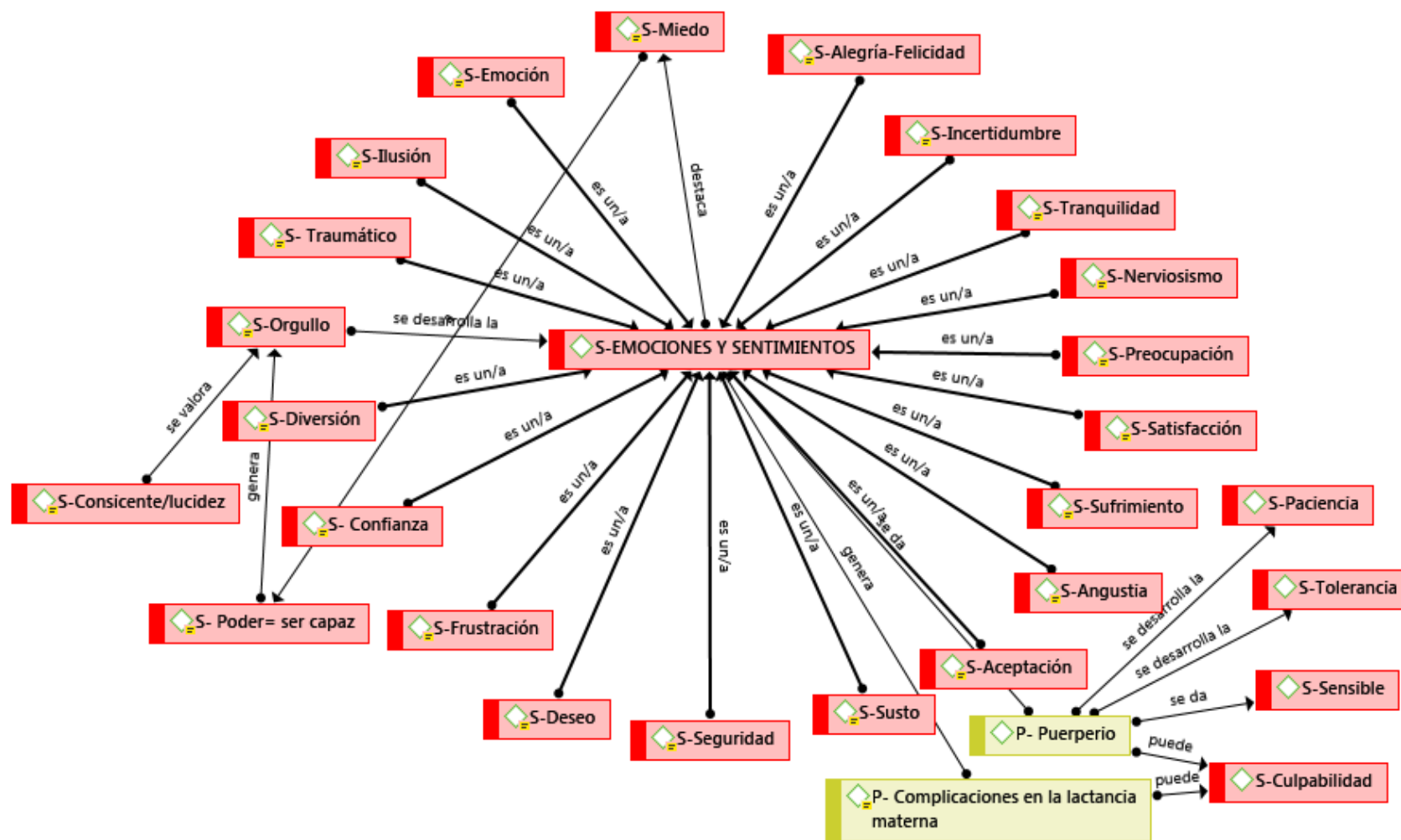


Figura 3. Red de emociones y sentimientos percibidas en el parto. Elaboración propia mediante ATLAS.ti .

En los relatos se puede apreciar de forma muy evidente, la mezcla de emociones complementarias (incertidumbre-miedo) y contradictorias, (tranquilidad-nerviosismo, alegría-preocupación-satisfacción).

*“Incertidumbre sí, con miedo. Yo tenía pensado que iba a ser doloroso, eso miedo a lo desconocido“ 38 M-A (75:32).*

*“Sentimientos alegría, estaba desbordada. Que no sabía si llorar, reír” 23 M-A (45:23).*

*“Ilusión y alegría porque venía. Pero también preocupación y nervios porque todo saliera bien. Y también sentimiento de sufrimiento ante el dolor” 21 M-A (41:34).*

*“Estaba tranquila, pero a la vez estás nerviosa quieres que nazca. Quieres verle no sé estaba tranquila, pero eso también quieres verle, curiosidad” 24 M-B (117:30).*

*“En algunos momentos contenta en otros de bajón, luego contenta” 21 M-B (118:18).*

*“En el proceso del parto la preocupación y una vez de nacer emoción” 26 M-B (121:16).*

En menor medida las mujeres describieron también haber sentido sufrimiento, angustia, aceptación, susto, seguridad, deseo, frustración, confianza y diversión... (ver figura 4 y tabla 14).

Todos estos sentimientos entremezclados, simbolizan la complejidad y dinamicidad del parto, la individualidad de cada mujer y a su vez, la fuerza que las impulsa a realizar acciones para obtener información, solicitar atención, y aportar elementos acordes con sus necesidades y expectativas a fin de sentir autonomía y sentirse con capacidad decisoria.



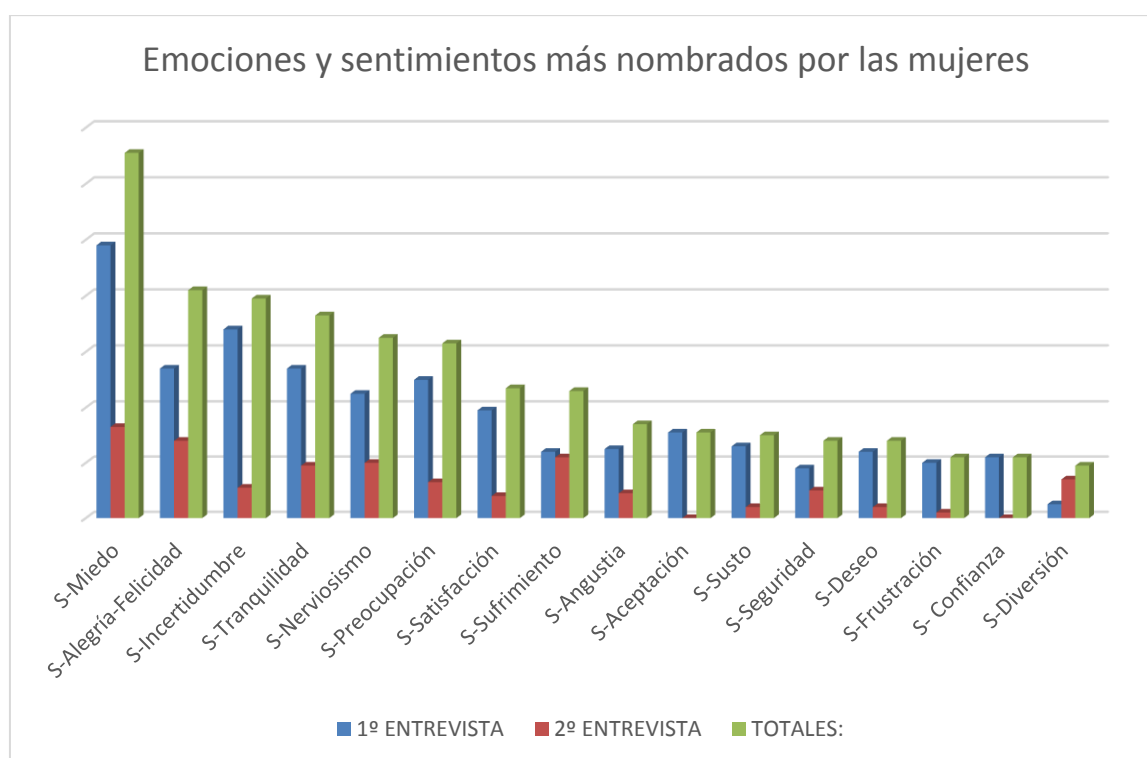


Figura 4. Emociones y sentimientos más nombradas por las mujeres a las 8 semanas y 8 meses. Elaboración propia.

Tabla 14. Definición de las emociones descritas por las mujeres

EMOCIÓN	Definición
<b>Miedo</b>	Sensación de angustia provocada por la presencia de algún riesgo o daño real o imaginario. Recelo que tiene la mujer de que le suceda algo contrario a lo que deseaba que pudiera ocurrir en el parto
<b>Alegría</b>	Sentimiento grato y vivo que suele manifestarse con signos exteriores
<b>Incertidumbre</b>	Falta de certeza o conocimiento claro de algo
<b>Tranquilidad</b>	Cualidad de la persona que se toma las cosas con tiempo, sin nerviosismo, ni agobios, de forma sosegada
<b>Nerviosismo</b>	Estado pasajero de excitación nerviosa
<b>Preocupación</b>	Estado de desasosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema, etc.
<b>Satisfacción</b>	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad
<b>Sufrimiento</b>	Padecimiento, dolor, pena
<b>Angustia</b>	Aflicción, congoja, ansiedad. Aprieto, situación apurada

EMOCIÓN	Definición
<b>Aceptación</b>	Acción o efecto de aceptar = Aprobar, admitir o dar por bueno
<b>Susto</b>	Preocupación por alguna adversidad o daño que se teme
<b>Seguridad</b>	Cualidad de seguro. =Ausencia de peligro o riesgo. Sensación de total confianza que se tiene en algo o alguien
<b>Deseo</b>	Interés o apetencia que una persona tiene porque acontezca o deje de acontecer algún suceso
<b>Frustración</b>	Acción y efecto de privar a alguien de lo que esperaba
<b>Confianza</b>	Esperanza firme que se tiene de alguien o algo. Ánimo. Vigor para obrar. Seguridad que alguien tiene en sí mismo
<b>Diversión</b>	Acción y efecto de divertir (entretener, recrear)

Nota: Adaptado de (Real Academia Española, 2014)

Las emociones expuestas, aunque a menudo fueron imprevistas e incontrolables, podían también dar respuestas a las suposiciones o esperanzas que se creaban las mujeres acerca de lo que era más probable que sucediera en su parto y postparto. Una gran parte de las expectativas estuvieron relacionadas con la seguridad, la duración, intensidad y control del dolor, la necesidad de intervención relacionada con el tipo de inicio - finalización de parto, la duración del mismo y el posterior desarrollo puerperal.

En general, relacionando las emociones generadas con las expectativas previstas durante el parto se identificaron tres grupos de mujeres:

- Aquellas en las que no se cumplieron las expectativas que tenían previstas.
- Aquellas en las que se cumplieron o se mejoraron las expectativas que tenían previstas.
- Aquellas que no se habían planteado expectativas.

En el primer grupo, aquel que abarca las mujeres en las que no se cumplieron las expectativas previstas, describieron sentimientos de frustración, tristeza, falta de emoción y decepción.

*“Al principio bien con ganas de verle, pero luego estaba tan mal que no podía ni tenerle. Estaba agotada, además los puntos me hacían daño mientras me cosían, notaba. Pensaba que ese momento sería más bonito, pero al final no fue así” 34 M-A (67:20).*

*“Y las siguientes horas igual sí que fueron un poco angustiantes ...Yo quería que todo fuera lo más natural posible, es decir sin oxitocina, sin epidural y fue todo lo contrario a lo que yo estaba esperando. Un poco decepcionante cuando a las doce horas me volvieron a valorar y seguía igual de verde que al principio... Luego llegó el bebé, pero es que yo la verdad me encontraba tan, tan, tan cansada que no me sentía ni emocionada, ni nada” 7 M-A (14:3-6).*

En el segundo grupo de mujeres, cuando la vivencia del parto coincidía o superaba las expectativas marcadas por las mujeres primaron las emociones de alegría, orgullo y disfrute.

*“Para mí son los momentos más bonitos de la vida, mis cuatro partos. En unos tienes unos miedos y en otros, otros. Pero, siempre han sido los momentos más especiales de mi vida. Se quedan marcados como las cosas más bonitas que he vivido. A mí es una cosa que me encanta, me parece una maravilla” 12 M-B (121:1).*

*“Es una experiencia increíble cómo las personas podemos hacer cosas. Alegría, mucha alegría” 38 M-B (138:14).*

El tercer grupo de mujeres, aquellas que refirieron ir sin expectativas, optaron por una actitud abierta durante todo el proceso del parto con el fin de protegerse de la sensación de sentirse decepcionadas.

*“Puede ser contraproducente. Porque luego tú puedes tener sorpresas. Si vas con la idea de que quieres un parto vaginal, natural y acabas teniendo una cesárea puedes llevarte un disgusto, pero es que igual hace falta” 4 M-A (8:67).*

*“No esperaba nada. Me parece que si vas con tu película hecha luego te coges más chasco” 28 M-B (125:8).*

Como se puede apreciar en todos estos casos, la expectativa marcada, se debe considerar como una variable de naturaleza cognitiva en la que se comparan, las percepciones del momento, las experiencias acumuladas, las impresiones exteriores e interiores, la información previa...

Todos estos aspectos incluyen la idea de anticipación que sirven para marcar un comportamiento que representa el deseo de realizar o conseguir algo cuyo contenido es constantemente reorganizado según la experiencia significativa del proceso dinámico que se está viviendo.

Sean cuales sean las suposiciones personales, se observa que no es fácil detallar las emociones relatadas ya que lo que cada mujer define, se manifiesta como un torbellino de sensaciones que se van combinando en el desarrollo del parto en función de la forma de satisfacción de las necesidades, del cumplimiento de las expectativas marcadas, del desarrollo del proceso del parto y posterior adaptación puerperal.

#### *Miedo. La emoción más habitual*

Aunque las mujeres refirieron una mezcla cambiante de sentimientos y emociones, la más nombrada, tal y como se observa en la figura 4, es el miedo considerado como una sensación de angustia o desconfianza provocada por la presencia de algún peligro real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado rememorando estímulos residuales y contrario a lo que deseaban que pudiera ocurrir en el parto.

*“Estaba muy nerviosa porque es la primera vez y no sabía cómo iba a ser, si iba a ser largo, el dolor sobretodo me daba miedo. Nervios y miedo yo creo que es lo más así” 31 M-A (61:19).*

*“Miedo y preocupación de que todo fuera bien” 40 M-B (143:10).*

Una causa manifiesta por las que las mujeres relataron tener miedo es la relacionada con la evolución que iba a seguir el parto y sobre todo con el desasosiego que les originaba la posible finalización del parto de forma instrumental o mediante cesárea. A pesar de la incertidumbre que pudieran tener si coincidió lo

sucedido con lo previsto por cada mujer, comentaron que el miedo previo fue algo pasajero.

*“Con miedo de que saliese todo bien y otro de los miedos que tenía del parto era que utilizasen instrumental” 42 M-A (83:62).*

*“Algún momento pasé un poco de miedo como se estaba haciendo tan largo, que igual acabara en cesárea me daba miedo” 31 M-B (121:14).*

Sin embargo, cuando en las expectativas no se concebía la idea de la posibilidad de que el parto finalizara de forma instrumental y resultó de esta forma, las mujeres manifestaron sentimientos encontrados que oscilaron entre la pena y la decepción, pero a su vez alegría al ver que el resultado había sido exitoso.

*“Al final como el parto finalizó en cesárea, me quedé un poco como desencantada” 37 M-B (136:12).*

*“Quitando la pena, de no haber podido parir por la vagina. Pero bueno salió todo bien que era lo importante. Estoy ahora de lujo” 6 M-A (12:28).*

Pero además del propio parto, la causa probablemente más recurrente por las que las mujeres describieron que sintieron miedo fue al relacionarlo con las complicaciones que pudieran ocasionar problemas en el recién nacido. La madre sentía la necesidad imperiosa de alejar sus temores confirmando que el neonato estuviera bien, que hubiera nacido sin problemas, que no tuviera complicaciones...

*“Tenía un poco de miedo, miedo sobre todo de que la niña no estuviera bien. Mi obsesión era tener ya la niña en brazos y que estuviera todo bien 40 M-A (79:25).*

*“Bueno, sobre todo, que la niña no sufriera en el parto porque al final oyes tantas cosas y ves tantas cosas que, aunque todo el embarazo haya ido bien luego en el parto se puede complicar. Eso creo que es lo que más miedo me daba que la niña no saliera bien y tuviera problemas en el parto” 31 M-A (61:8).*

Las complicaciones podían llevar consigo la separación del hijo/a y esta es otra de las causas por las que las mujeres han reconocido tener miedo. Cuando se habla de separación se puede apreciar desde una doble vertiente. Por una parte, se

temía que tras el nacimiento no pudieran tener contacto inmediato con el recién nacido porque había sufrido una complicación, por lo que había que trasladarlo a un servicio especial.

*“Me lo pusieron encima y no lloró, no respiraba bien y te lo quitan. Empiezan a venir médicos y se lo llevan... y en ese momento, te entra mucho miedo” 42 M-B (147:9).*

Por otra parte, miedo e incertidumbre sentido ante la vivencia de una separación, al volver a casa sin el hijo/a el cual se debe quedar en el hospital. Esto pudo suponer, como en el caso de la mujer que relataba esta experiencia, momentos de desesperación y desarraigo difícilmente controlables o sensación de que se abandonaba al niño.

*“El regreso a casa sin tu bebé, porque se queda allí por la infección que cogió tras mi fiebre en el parto parecía que me lo habían arrancado” 35 M-A (69:3).*

*“Mucho sufrimiento cada vez que subía, siempre era algo nuevo, al final estuvo 20 días. Yo creo que entre el parto y luego lo del niño en neonatos me ha marcado muchísimo, muchísimo... Para una madre es difícil. Me pasaba todo el día allí, con la cesárea, mis grapas y todo. Y me parecía que cuando me iba le dejaba abandonado” 35 M-A (69:46).*

### Sufrimiento- Angustia- Aceptación. Emociones más frecuentes relacionadas con el dolor en el periodo de dilatación y expulsivo

Entre las sensaciones percibidas y recordadas como negativas por una gran parte de las mujeres, el dolor y sufrimiento durante las contracciones fueron las más comentadas. Como en todo dolor, se pudo apreciar el carácter subjetivo y variable de cada mujer en función de múltiples factores que intervinieron en la percepción de dicho dolor.

Entre estos factores destacaron la dimensión fisiológica y sensitiva ya que las mujeres describieron características del dolor tales como: la localización (abdominal-perineal-zona lumbar), el modo de comienzo (brusco-gradual), la duración (larga-

corta), la intensidad (leve-moderada-intenso), el grado de incapacidad (leve-moderada-total), la ritmicidad, la frecuencia, la variación del dolor en el tiempo.

*“Estaba muy tensa, las respiraciones que había practicado en los últimos meses yo creo que ya no me servían, ya nada me servía, sentía que los huesos se me rompían, la cadera sentía que se me rompía...” 14 M-A (28:52).*

*“Para dilatar el cuello del útero me introdujeron como una especie de tampax. Se supone que es para ablandar el cuello del útero que iba a estar 24 horas, pero no aguanté ni seis, y a las seis horas ya nació mi niño. Me provocó contracciones, pero contracciones muy dolorosas. Lo recuerdo muy, muy, lo peor de mi vida, de verdad” 20 M-A (39:3).*

*“Cuando empecé con las contracciones muy dolorosas que ahí tienes un poco el miedo de cómo voy a aguantar esto. Porque empezó el dolor muy rápido, pasé de cero a cien muy rápido. Me habían comentado que probablemente era al contrario que iba a ir poquito, a poquito notando más fuerte y para mí no fue así, fue de cero a cien” 40 M-A (79:43).*

Se distinguieron patrones de comportamiento desiguales entre las mujeres y estuvieron relacionados con la posibilidad de movimiento, de comunicación o la necesidad de reposo que la presencia que dicho dolor condicionaba.

Se pudieron diferenciar mujeres que refirieron una pérdida de control interno y mujeres que percibieron el dolor de forma tolerable teniendo en todo momento sensación de control de su cuerpo y mente.

En el primer grupo el malestar o angustia producida por la sensación de "perder los papeles" o sentir que le faltaba el control del cuerpo y/o la mente y estar descontroladas les restaba autonomía y poder decisorio adoptando una actitud de indecisión que la definieron como no saber qué tenían que hacer asociándolo con un bloqueo del movimiento y necesidad de expresar verbalmente el dolor mediante gritos.

*“Totalmente descontrolada...Que dices, pero ¿esto qué es? No puedes hablar, ni llorar, dolor por todos los lados, no sabes si chillar” 18 M-A (36:14).*

*“Yo perdí los papeles, me dolió muchísimo” 20 M-A (39:36).*

Frente a esta sensación subjetiva encontramos el grupo de mujeres en que la necesidad de control interno o autocontrol tanto corporal, de comportamiento y de las emociones durante el parto fue asociada en gran medida con la capacidad de tolerar el dolor.

*“Y luego mi segundo miedo, mi dolor, pero eso era menos porque yo ya sabía que el dolor se pasa y lo aguantaré como sea y punto” 40 M-A (79:25).*

*“Me puso más analgesia, las notaba, pero ya estaba más relajada y podía empujar. Si no, no sé, si hubiera podido” 38 M-B (145:5).*

*“A ver dolor, dolor tuve, pero sin epidural aguantable” 39 M-B (138:13).*

Para poder afrontarlo se observan distintas reacciones entre las mujeres. Algunas mujeres refirieron haber participado en el trabajo de parto de forma activa.

*“Y yo creo que es muy importante el controlar, el decir venga hay un objetivo” 20 M-A (39:10).*

*“Miedo a que todo fuera bien, a yo poder responder, a poder con la situación” 29 M-A (57:19).*

*“En ese sentido tengo como una especie de autocontrol, tengo esa confianza de conocer mi cuerpo. Entonces me sentí bien” 21 M-B (111:21).*

*“Contenta de haber tenido ese parto porque he tomado parte en ello o sea he ayudado y eso es lo mejor para mí” 27 M-B (53:42).*

Sin embargo, otras mujeres refirieron haber adoptado un comportamiento menos activo, que oscila entre las dudas de las acciones a realizar y la actitud pasiva en el que se dejaban totalmente en manos de los profesionales.



*“No sabía cómo iba a estar porque nunca sabes cómo vas a reaccionar, pero yo estuve muy tranquila y sabiendo que tienes ciertos conocimientos, algo que puedas aportar tú al parto que no simplemente vas a ir a que te saquen al niño” 33 M-B (133:9).*

*“Me metieron en el paritorio, ahí ya me empezaron a temblar un poco las piernas; pensé " ay amaj, que ya llega". Y era también un poco sí voy a ser capaz de llevar un parto adelante” 25 M-A (49:29).*

*“Tenía que estar tranquila porque no podía controlar nada” 22 M-A (43:10).*

Otro de los factores condicionantes en la percepción del dolor fue el estado de ánimo que presentaron las mujeres. Una gran parte de ellas describieron sensación de impotencia, cansancio y agotamiento ante el dolor, llegando a cuestionar, incluso su capacidad de afrontamiento ante el parto, desconfiando de sí mismas e incluso manifestando miedo a no ser capaz de llevarlo a término.

*“La intención era ir sin epidural o aguantar el máximo tiempo que pudiera sin ella. Ya te digo al final a las seis de la mañana por agotamiento físico ya la pedí porque no podía más. Necesitaba poderme tumbar y aunque no fuera dormir estar tumbada sin dolor” 29 M-A (57:16).*

*“Pedí la epidural porque ya no aguantaba...la verdad no controlaba mi vida, yo ahí estaba que ya no podía más” 35 M-A (69:10).*

*“Cuando llegué con un dolor horroroso, muy mal y también luego el postparto en general tengo un recuerdo muy malo, de impotencia” 36 M-A (71:42).*

El significado que las mujeres dieron al dolor estuvo marcado, en gran medida, por las experiencias previas y por las expectativas y objetivos marcados que influyeron también en la percepción del mismo. En algunos casos refirieron que este hecho se tomó en consideración incluso para futuras decisiones reproductivas.

*“El peor recuerdo al final es el dolor. Al final se sufre, porque empiezas con las contracciones poco a poco, poco a poco y sí que es verdad que vas aumentando, es el sufrimiento del dolor. Pero bueno al final hay que pasarlo, pero mal, mal recuerdo tampoco es” 1 M-A (2:83).*

*“Entonces es que se te olvida, bueno los dolores no sé si se olvidan eh, porque son dolores muy fuertes. Pero bueno que los volvería a pasar, vamos” 15 M-A (30:37).*

*“Fueron unas contracciones durísimas, es que no me daba tiempo de contracción a contracción. Me volvía como una histérica, gritando y no aguantaba más. De hecho, le decía a mi marido: si hubiese sido el primero este parto, no hubiera tenido un segundo, incluso con la recuperación” 17 M-A (34:26).*

*“Tengo claro el dolor, ya te digo para el próximo si tengo otro la epidural desde el principio lo tengo más claro que el agua. Yo no quiero tener ese dolor nunca más, nunca más” 29 M-A (57:18).*

#### *Deseo: tener opción de decidir*

Aunque la idea de deseo es totalmente subjetiva, de forma implícita o explícita, los deseos que más frecuentemente refirieron y reivindicaron las mujeres fueron los relacionados con la salud madre-hijo/a y con el anhelo de tener opción de tomar decisiones acerca del propio parto.

La esperanza de que todo saliera bien, es decir, que el binomio madre/ hijo/a estuviera bien fue, la pretensión más repetida a la vez que la que más se relacionó con el temor o miedo al que se ha hecho referencia anteriormente.

*“Lo más importante por su puesto es que el niño/a salga bien, en ese momento esa es la mayor preocupación, que no haya complicaciones y que no le ocurra nada como consecuencia del parto. O sea que ni el embarazo, ni el parto conlleven un problema al niño/a. Eso es importante” 21 M-A (41:139).*

*“Lo más importante es que todo salga bien. Que tú estés bien y el bebé también” 1 M-B (87:14).*

Respecto a la opción de elegir la forma de parto que anhelaban, lo más cuestionado fue sin duda, el deseo de paliar el dolor. Para ello, tener la posibilidad de decidir si optar o no por la analgesia epidural fue una de las premisas mejor valoradas.

*“En todo momento me sentí libre para tomar mis propias decisiones en cualquier momento. Me ofrecieron la epidural y les respondí que no porque me encontraba bien” 39 M-A (77:55).*

*“La epidural estaba ahí para cuando yo firme el consentimiento de hecho estaba disponible para cuando yo quisiera, o sea dejaron total libertad a que si yo quisiera ya la iba a pedir” 33 M-A (65:34).*

*“Me explicaron, no tengas miedo porque ahora te damos una dosis muy pequeña y si tú quieres. Luego tú la gradúas, la regulas, me explicaron las cosas, entonces a mi elección.” 14 M-A (28:52).*

En la actualidad, se puede afirmar que el derecho a la analgesia epidural durante el parto es una realidad, y que las mujeres que así lo desean pueden ejercerlo en el hospital libremente. Lógicamente, el uso o rechazo de la analgesia epidural va unido al dolor en el parto entendido este como experiencia sensorial y emocional subjetiva.

*“Mi idea era parir si podía sin epidural pero no sabía si iba a ser capaz de aguantar” 2 M-A (4:13).*

*“Algunas mujeres dicen “yo epidural sí o sí” lo tienen muy claro, otras que “no” muy claro. Y yo decía “pues no sé, según como me encuentre” 37 M-A (73:9).*

*“Al final me puse la epidural porque llevaba muchas horas y ya no tenía fuerzas y tenía miedo de no llegar con fuerzas porque todavía quedaba mucho” 2 M-B (87:19).*

*“Fue mucho mejor de lo que me imaginaba, o sea mucho más rápido y no sabía que lo de la epidural fuese tan fantástico” 42 M-B (147:8).*

La subjetividad queda manifiesta al observar la variedad de opiniones que han mostrado y que oscilan desde el deseo expreso de no ponerse analgesia epidural, pasando por decidir en función de la evolución del parto o considerar las manifestaciones de aquellas mujeres que desde el principio tenían muy claro que ellas consideraban el dolor como algo innecesario por lo que traían decidido de antemano que pedirían analgesia epidural.

Aquellas mujeres que en ningún momento la desearon porque trataban de comprender el sentido del dolor, sin evitarlo, lo asociaron con un parto más natural en el que su aspiración era tener mayor conciencia y participación. La conciencia o lucidez la entendían, como el proceso mediante el que ellas interactuaban e interpretaban los estímulos que conformaban la realidad, percibiendo el momento y el entorno a través de los sentidos. Decían que fueron capaces de analizar la información y reflexionar sobre la situación del parto basándose en vivencias previas o manifestando el deseo de tomar parte activa en el mismo, cuestión esta que coincidía con la expectativa que traían marcada.

*“Decidí hacerlo de una forma natural, quería intentar no tener la epidural si era posible y quería tratar de tener bastante lucidez, quería estar bastante activa hasta el momento del parto” 14 M-A (28:5).*

*“Tengo recuerdo bonito de los tres que he tenido. Este, es el único que ha sido sin epidural...mucho más natural. En ese sentido me queda un recuerdo muy bonito. Mucho dolor ¡sí!, pero inolvidable y recomendable en ese sentido” 41 M-A (81:2).*

Pero a veces, debido a informaciones contradictorias no traían expectativas marcadas por lo que decidieron, según la sensación del momento, solicitar o no la analgesia epidural. Las contradicciones son derivadas de informaciones recogidas de personas a las que la analgesia epidural les había resultado gratificante y de otras que no repetirían porque deseaban vivir la sensación física del parto.

*“Tenía mis dudas al principio y me preguntó: ¿te la vas a poner? Y le dije: no sé, según como me encuentre” 37 M-A (73:10).*

Se puede afirmar que aquellas mujeres que decidieron ponerse analgesia epidural, lo relataron como una experiencia positiva sobre todo porque su decisión fue respetada y en el momento del nacimiento se sintieron acompañadas, apoyadas, pero a su vez partícipes del proceso.

*“El tener esa opción es un lujo. Igual no es tan natural, pero es un lujo” 37 M-A (73:10).*

*“Ya después de dos horas dices: ¿cómo va el tema de la epidural?... Y para mí fue una maravilla porque ya es que a partir de ahí no tuve ningún dolor.... Vamos no dudaría otra vez en ponérmela” 15 M-A (30:17).*

*“Pienso ¿por qué no pedí antes la epidural? ¿Por qué aguanté el dolor por aguantarlo? Pensé he estado aguantando como una idiota, el dolor este ¿para qué? Sí hoy en día si existe esto por algo será” 29 M-B (127:24).*

*“...O sea que con la cantidad que me pusieron al principio que fuese suficiente porque así eres más consciente de todo el proceso. Puedes ir ayudando según te van hablando, preguntando y te puedes ir enterando de todo” 24M-B (117:15).*

El grupo de mujeres que no desearon sentir dolor optaron, sin dudar, por la administración de analgesia epidural. Sin embargo, podemos distinguir dos tipos de afrontamiento: las que no desearon sentir dolor, pero sintieron el proceso del parto relacionándolo con un mayor control interno, una mayor consciencia y participación y las que consideraron positivo el no notar nada.

Entre las mujeres del primer grupo es evidente que el hecho de que sintiesen, pensasen y actuasen sabiendo lo que hacían, hizo que el sentimiento de culpabilidad o arrepentimiento que podían haber tenido, fuera menguándose ya que manifestaron que estaban sorprendidas porque sintieron el parto y no lo esperaban, pero a la vez estaban satisfechas por la decisión tomada.

*“Pedí y me dieron la dosis más pequeña y luego me la autorregulaba...En ese sentido me quedé a gusto porque sentía las contracciones, pero descansaba entre contracción y contracción” 21 M-A (41:6).*

*“...Estuve bastante sorprendida porque tenía la idea de que el momento de poner la epidural, me iban a quitar la sensación de movimiento. Pero, todo lo contrario, ya no tenía el dolor que tenía antes, pero sentía lo que estaba pasando” 14 M-A (28:102).*

*“Sentí todo, sentí como salía el niño sin dolor” 20 M-A (39:4).*

*“Creo que aguanté bien el dolor y ya con la epidural sentía, pero no tenía dolor y eso fue lo mejor” 16M-B (106:15).*

*“Tuve suerte porque me puso la epidural y parí enseguida y entonces noté. Quiero decir que no estaba del todo anestesiada y entonces no te arrepientes tanto en ese momento” 23 M-B (115:11).*

Las mujeres que no desearon notar el proceso, entendieron el dolor como un sufrimiento innecesario, un sin sentido y concibieron la analgesia epidural como un recurso indispensable para evitar el dolor en el parto.

*“Tuve mucha suerte porque cuando llegué al hospital ya tenía el cuello del útero tres centímetros abierto, entonces directamente epidural. No me enteré de nada. Así que fenomenal” 9 M-A (18:1).*

*“En principio te enseñan una cosa, si puedes es mejor sin epidural pero cuando ya no puedes más, creo que es importante no sufrir, yo creo que en los tiempos que estamos...” 10 M-A (20:28).*

*“Sí claro, bendita epidural, ¡el controlar el dolor!” 22 M-A (43:4).*

*“Llegar y ponerse la epidural, yo soy pro epidural” 36 M-A (71:30).*

*“Como positivo, la epidural. Todavía no entiendo como las mujeres antes podían parir sin epidural” 38 M-B (145:4).*

A pesar de lo comentado se puede afirmar que, la cuestión de analgesia epidural sí, analgesia epidural no, pareció ser uno de los temas más controvertidos en el parto ya que se plantearon y cuestionaron aspectos sociales contradictorios que oscilaron entre el mantenimiento de la tradición de parir con dolor y la ruptura de este rol tradicional.

*“La sensación de la gente es: ¡que loca sin epidural!, ¿hoy en día habiendo anestesia?... Toda la vida se ha parido sin epidural y se puede y es una experiencia brutal, pero muy gratificante” 33 M-A (65:23).*

Cuando no se deseó analgesia epidural, se relacionó el parto con la naturalidad y la capacidad de entrega y sufrimiento; sin embargo, la utilización de analgesia epidural supuso romper con la idea de la sabiduría del cuerpo humano en que a menudo se amparaba la forma de parto considerada más natural. A pesar de las informaciones contradictorias o de la presión social que cada mujer sintió, en estas manifestaciones se evidencia que las mujeres valoraron positivamente la

capacidad y posibilidad de tomar una decisión y, en general, analizando los pros y los contras de cada opción se mostraron satisfechas con la decisión tomada.

*Alegría. Primer contacto piel con piel con el hijo/a: materialización del proceso del parto y de la maternidad*

Uno de los momentos percibidos, destacados y recordados por las participantes como más positivos fue la alegría experimentada en el primer contacto piel con piel tras la fase de expulsivo.

*“El momento en que te la ponen encima buf, yo creo que todas te dirán lo mismo, pero...” 4 M-A (8:35).*

*“Mi recuerdo positivo es cuando me lo pusieron encima, es el mejor momento de mi vida y yo creo que siempre lo será. El recuerdo más positivo de todos” 15 M-A (30:22).*

*“Para mí cuando me pusieron mi hijo encima, sí, además dices: tan deseado...sí, sí, sí” 16 M-B (106:4).*

Este primer acercamiento con el/la recién nacido/a fuera del cuerpo materno mediante el contacto piel con piel, permitió verle, sentirle y escuchar su llanto. Las participantes asociaron este primer encuentro con la materialización de la maternidad en el que el vientre materno se vacía y el hijo/a toma cuerpo, dándose así la ratificación de la maternidad y del recién nacido. Este momento se vinculó, por un lado, con el final del proceso de parto, siempre y cuando se confirmara la salud óptima del hijo/a y por otro, con el comienzo de la maternidad. Todo ello conformó un hito o acontecimiento significativo en la vida de las mujeres siendo descrito como el más intenso, gratificante, de gran felicidad y de plenitud.

*“La niña nació muy bien, para mí lo mejor que puede haber en el parto es que te la pongan encima. Ese momento, para mí eso y que en ningún momento dejes de estar con ella. Porque en ese momento, mi pareja siempre me dice: en ese momento vi que eras madre, hasta entonces no. Y es verdad, yo no era consciente de lo que iba a pasar. Hasta que no la tuve en brazos, o sea cuando la tienes en brazos, te cambia todo, está claro” 13 M-A (26:22).*



*“Cuando nace la felicidad cuando la tienes aquí, (muestra el pecho con las manos), creo que el momento más bonito es ese. Cuando te la ponen encima y es como bueno ya estamos, las dos estamos bien y todo ha salido bien y para adelante (se emociona y se le ponen los ojos vidriosos), esa imagen hasta me emociono, esa imagen no se te va nunca de la mente” 41 M-A (81:27).*

*“Para mí lo más positivo fue que salió todo bien y que el feto que tienes durante nueve meses de repente lo tienes contigo, que lo ves y que te lo ponen encima. Recuerdo mucho la primera vez que conecté mis ojos con sus ojos, ese momento” 21 M-B (111:5).*

*“De los aspectos más positivos, recuerdo mucho el momento del nacimiento, el acompañamiento que tuve de mi pareja. El momento que salimos del hospital y el regreso a casa para mí eso, para mí fue un día muy bonito” 14 M-B (105:3).*

*“El vaciado, el momento del expulsivo en el que la tripa se vacía” 39 M-B (118:19).*

### Confianza y tranquilidad: sentimientos inherentes a la información profesional y escucha

La información dada por los profesionales junto con la escucha fueron elementos de apoyo claves en la vivencia de una experiencia satisfactoria. Uno de los motivos relatados como generador de la relación de confianza interpersonal es la información expresada y expuesta de forma correcta, respetuosa y adaptada a cada mujer y situación. Las explicaciones y aclaraciones tanto generales como puntuales, fueron consideradas como la esencia de las relaciones interpersonales mujer/profesional originando sentimientos positivos que eran a su vez fuente de tranquilidad y seguridad.

*“La tranquilidad que me daba que me fueran explicando. Va a ser largo, ahora te vamos a poner ..., ahora vas a notar tal” 8 M-A (16:17).*



*“..., que te traten bien, que te informen bien de lo que hay, es un momento súper duro porque hay dolor y no sabes lo que te va pasar” 13 M-A (26:27).*

Las mujeres, reclamaron que la información fuera acorde a las circunstancias que estaban viviendo, deseaban y en algunos casos exigían conocer la situación real de cada momento, pues afirmaron que ello colaboró en el entendimiento mutuo apoyado en una relación de confianza y cercanía.

*“Que te informen también a ti porque, quiero decir tú como paciente realmente es un momento delicado que tampoco sabes muy bien, qué es lo que está pasando. Que te vayan diciendo, ayuda a tu tranquilidad personal y eso es muy importante” 7 M-B (95:6).*

Pero en el momento del parto la comunicación puede ser crítica y frágil. Es por ello que las mujeres reclamaron esfuerzo, cuidado y una negociación constante en la que además de información solicitaron escucha activa. Esta fue considerada necesaria para establecer una relación terapéutica profesional/mujer/pareja y posibilitar de esta forma un proceso informado en el que se tomasen decisiones basadas en el respeto a los deseos expresados.

*“A mí, que me escuchen, porque, aunque sea primeriza que me escuchen...pero sí que es verdad que hay algunas veces que es como muy, muy robotizado. Aunque el profesional sabe más pero que te escuche. Eso vale mucho” 1 M-A (2:49).*

*“Sí, una persona con sensibilidad, una persona que te escuche lo que pides, aunque luego ellos te vayan a devolver otra visión y te vayan a decir bueno esto sí, pero esto no. Pero que escuchen” 27 M-B (123:24).*

*“Que te expliquen las cosas. ...tengo recuerdo de que igual me hubiese gustado que me hubiesen explicado más en el momento del parto” 25 M-A (49:2).*

*“Yo entiendo que estás trabajando y haces todos los días lo mismo, pero a veces se te pasa darte cuenta que para la persona que está ahí es la primera vez y que muchas cosas, no sabe. Así que me gustaría que me informaran más de cómo va el proceso” 37 M-A (73:25).*

*“Entonces lo ideal sería que pueda acercarse más al paciente de una forma más humana y directa para que se genere esa conexión de confianza que es lo que a mí, me parece que debería ser” 14 M-B (105:9).*

Cuando estas circunstancias, es decir, información y/o escucha activa, no se reconocieron, por ausencia de información, por la falta de claridad de la misma, por no ofrecer resolución a las dudas surgidas, por preguntas sin respuestas, por presencia de silencios, por no dirigirse a la mujer al dar la información o por mantener aspectos de la comunicación no verbal inquietantes, es evidente que lo consideraron muy negativo ya que todo ello les generó sentimientos de incertidumbre, preocupación e incluso en varias ocasiones relataron también temor ante lo que podía estar pasando.

*“Que te traten bien que te digan las cosas claras, que no den rodeos. Hubo un momento en el parto cuando me dijeron, no sale te vamos a ayudar. Nadie me dijo si iba a ser fórceps, si era cesárea. Empieza a entrar gente, te vamos a mirar y hablando entre ellas, cuchicheando, eso no gusta” 29 M-A (57:5).*

*“Yo preguntaba porque quería saber algo de mi bebé, pero ellos como profesionales tenían que decirte, estar alguien pendiente ahí. No dejarte como una máquina y venir cada veinte minutos a mirarla y se da la vuelta e irse” 30 M-A (59:16).*

*“Iba todo bien y llegó un momento que se perdieron las pulsaciones y ahí empiezan a moverse, a poner caras raras. Te pones nerviosa ¿Qué pasa?, y la contestación es siempre: no pasa nada, tranquila. Pero ya ves las caras, los comentarios. Para mí ese fue el peor momento” 32 M-A (45:22).*

*“No tuve muy buena experiencia sobre todo por la falta de comunicación. Porque si no te explican bien las cosas, te genera inseguridad. ¿Estará todo bien?” 7 M-B (95:8).*

*“Lo que más eché que me explicara cómo ha ido el parto. Qué es normal y qué no es normal, igual esas dudas aclararlas” 25 M-B (119:4).*

Es decir, una relación caracterizada por una comunicación no adecuada donde las formas de dirigirse y tratar a las mujeres o parejas fueron consideradas imperativas y en la que los profesionales mostraban tener toda la autoridad, sin dejar expresar opiniones acordes o contrapuestas que podían haber adquirido anteriormente fue considerada negativa y anhelaron la colaboración de ambas partes en condiciones de igualdad y respeto.

*“Al final me dijo la matrona de forma borde, que tumbada se aguanta muy mal. Y claro yo eso no sabía. Que me hubiera dicho que no me tumbara, que estuviera de pie...” 2M-A (4:52).*

Otro de los puntos negativos considerados por las mujeres en relación a la comunicación, lo manifestaron al considerar que había diferencias de opinión e información expresadas por la falta de unificación de criterios entre atención primaria y hospitalaria, especialmente en lo que respecta a la lactancia materna.

Describieron la sensación de confusión vivida en torno a la lactancia por varias razones. Hay quien comenta que la sensación fue de abandono al no poder dar pecho; quien opina que existían diferencias de opinión entre las enfermeras a la hora de recomendar una tetina u otra o en las recomendaciones de darle suplementos lácteos; diferencias de opinión respecto al tiempo de mantener al recién nacido en el pecho...

*“Sí que me parece que, si no puedes darle pecho, te dejan un poco como abandonada...4 M-A (8:60).*

*“Le tenía que dar leche artificial, las enfermeras tenían diferentes opiniones acerca de cómo darle biberón, qué tetina tenía que utilizar... yo no sabía nada” 9 M-A (18:25).*

*“Tenían opiniones distintas. Por ejemplo, con la jeringa, otra que le diera suplemento, otra que a la noche le diera con el biberón, otra que le deje en cada pecho más de media hora...Decía aquí cada una te dice una cosa” 26M-A (51:27)*

En general, las mujeres, observaron y reclamaron la necesidad de unificar criterios y expresaron el deseo de obtener mensajes comunes por parte de los profesionales especialmente en momentos de tensión en los que no siempre se es capaz de clarificar las ideas sobre todo si entran en contradicción con aquello que deseas o traes aprendido. Entonces es cuando demandaron ayuda y comprensión de profesionales que les sirviera para esclarecer dudas y de esta forma disminuir las preocupaciones propias de momentos que hasta entonces no se han vivido.

*“Debería haber igual más comunicación luego con lo de la lactancia...Pero las cosas no son blancas o negras” 4 M-A (8:61).*

Es evidente que, tras la experiencia del parto hospitalario, cada mujer recordó una combinación de emociones cambiantes a la luz de la satisfacción de las necesidades experimentadas, del desarrollo del parto, del cumplimiento de las expectativas marcadas y de la adaptación puerperal vivida. Todo ello conforma lo que en este trabajo se ha denominado metafóricamente caleidoscopio de emociones y sentimientos percibidos en el parto (ver figura 5), donde las emociones positivas son representadas en color azul, las negativas en color rojo y la ambigua en color verde.

Resumiendo, se puede afirmar que las emociones y sentimientos más significativas en los discursos de las mujeres fueron: miedo, alegría- felicidad, incertidumbre, tranquilidad, nerviosismo, preocupación, satisfacción, sufrimiento, angustia, aceptación, susto, seguridad, deseo, frustración, confianza y diversión.

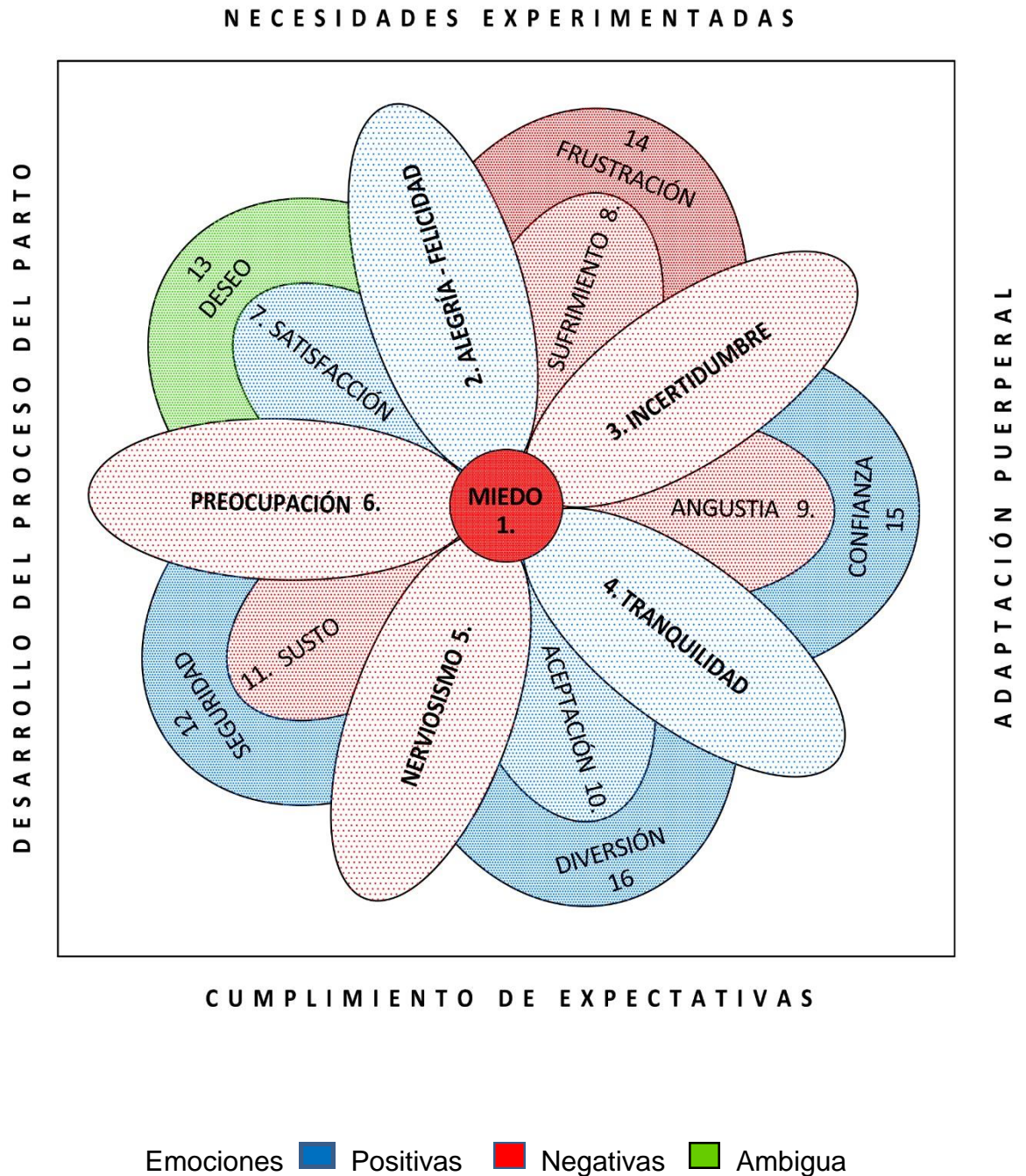


Figura 5. Caleidoscopio de emociones y sentimientos percibidos en el parto. Elaboración propia.

### 1.1.2. Atención profesional: simbiosis entre la mujer y el/la profesional

Cuidar es “preocuparse de” y “creer en” alguien, reforzando sus capacidades y acompañándole en su destino. Es evidente que para conseguirlo se solicita proactividad y eficiencia en los cuidados que en la complejidad del parto se requieren. Esto, plantea desafíos que ninguna profesión puede superar por sí sola, por lo que la multidisciplinaridad, apoyada en la paridad y en la equidad o disposición para que cada mujer satisfaga las necesidades tal como desea, son indispensables. Para ello es necesario que los profesionales entiendan el significado que cada persona da a la experiencia que está viviendo.

Esta idea es, precisamente, la que las mujeres entrevistadas describieron ya que definieron la atención profesional como una relación de apoyo mutuo entre la mujer y el/la profesional en la que se diferenciaron el trato y la competencia profesional (ver figura 6), observando que ambos abarcan las dos vertientes del cuidado, es decir, el técnico y el de la relación interpersonal.

*“Yo veo que hay una diferencia muy clara entre lo que tú sabes como médico, como enfermera, como auxiliar y cómo haces tu trabajo que ahí puedes ser buenísimo, pero luego también está la otra parte la de la persona ¿no?, entonces son dos partes distintas” 7 M-A (14:76).*

Estos dos puntos fueron esenciales al estar vinculados con las sensaciones físicas, emocionales y espirituales que se relataron y exigieron el respeto a los valores y creencias de cada persona.

#### Trato profesional y sus características

El trato profesional fue el más mencionado y recordado en los relatos de las vivencias de las mujeres. Consideraron el trato profesional positivo aquel que se caracterizaba por estar basado en la confianza, cercanía, cariño, empatía, respeto mutuo y aporte de tranquilidad.



Las participantes destacaron la necesidad de establecer una relación de apoyo mutuo basada en la confianza. Para ello las mujeres valoraron la calidez, la fiabilidad, la honestidad y el respeto entre otros, ya que estas cualidades facilitaban la comunicación interpersonal y fomentaban la manifestación de los pensamientos, sentimientos y necesidades.

*“Y luego lo que encontramos allí, el buen trato crea buen ambiente. Se agradece mucho el que los profesionales sean cercanos, es positivo. Destacaría por nuestra parte la actitud, pero por parte de ellos también esa actitud. Creo que ayudó mucho, esa simbiosis o sea ese ambiente de confianza que se crea entre ellos contigo y tú con ellos” 21 M-A (41:17).*

La cercanía fue considerada como una característica positiva que facilitaba la comunicación interpersonal ya que permitía poder mostrar libremente lo que ambas partes querían comunicar. Ayudadas por la afinidad establecida, las mujeres disminuían la distancia entre lo que sentían y lo que manifestaban exteriormente.

*“Antes había como demasiada barrera, ahora yo creo que esa barrera se está...no rompiendo porque el respeto hay que tenerlo, pero sí que el trato es más cercano” 1 M-A (2:59).*

*“Alguien que sea cercano...comunicativo y empático” 33 M-B (133:12).*

A su vez el ser bien acogida, el tener en consideración los deseos y ritmos de la mujer, tratando de respetarlos fueron descritos como aspectos positivos en el trato profesional para ayudar a las personas a realizar su potencial y alcanzar sus deseos.

*“La actitud, la acogida y el trato, todo muy agradable. Sí me quedé con eso” 37 M-A (73:11).*

*“Que sean agradables y que transmitan tranquilidad y luego que tengan en cuenta tus deseos. En esos momentos igual tienes unos deseos o preocupaciones y ver qué se puede hacer para tratar de respetarlos al máximo posible” 21 M-B (111:4).*

*“Positivos el trato, la matrona para mí fue muy cariñosa muy dulce, tranquila, respetó el ritmo. Bueno mira vamos a romper la bolsa, pero tranquilidad, vamos a ver cómo va esto. O sea, no fue pin pan pin pan como diciendo venga esto es así, y es así” 27 M-B (123:7).*

Las participantes enfatizaron la empatía, entendida esta como la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona, teniendo la capacidad de percibir, responder y apreciar la individualidad de cada una de ellas. Esto es, el ser capaz de reconocer y compartir el estado de ánimo, emociones de las mujeres para poder llegar a comprender su comportamiento. Por ello, las mujeres identificaron y reclamaron la escucha y una actitud de los profesionales acorde con la situación individual de cada mujer para comprender sus necesidades.

*“...¡No sé da cuenta, cuál es mi situación!. Entonces el ponerte en la situación del otro, el tener esa empatía para mí es fundamental” 37 M-A (73:50).*

*“El ponerse en nuestra situación o intentarlo al menos, sí es importante” 39 M-A (77:22).*

Describieron una atención profesional donde se diera prioridad a la persona, antes que a las rutinas de la organización del trabajo y donde el cuidado fuera personalizado y adaptado a las circunstancias dinámicas de la experiencia del parto.

*“Ellas atienden un parto constantemente uno tras otro, pero para la que va a parir es una experiencia ocasional y hay que saber ponerte siempre en el lugar del otro...En mi primer parto tengo un recuerdo más como de pasar borregos. Parir y seguir que aquí viene otra a relevar o usar la cama” 12 M-B (101:6).*

La continuidad en la atención y la coordinación de los cuidados fueron enfatizados para lograr la individualidad de la experiencia dentro de un marco holístico del cuidado. Para ello, la interacción recíproca entre mujer- pareja- profesionales fueron consideradas imprescindibles, siendo necesaria la información, la participación, la escucha, la negociación constante y la confianza mutua. Las mujeres desearon profesionales que les acompañasen, guiasen y animasen en la medida de lo posible durante el proceso del parto.



*“Cuando fui a dar a luz para mí lo más importante era sentirme apoyada y tranquila. Que fueran atentas y que te escuchen, aconsejen porque tienes un montón de dudas y entiendo que cuando eres médico es difícil decir haz esto o lo otro porque cada una es quien tiene que decidir, pero claro cuando desconoces, ahí sí que agradeces que te digan una cosa o la otra” 25 M-B (119:2).*

Sin embargo, las mujeres describieron tener sensación de falta de atención adecuada cuando el trato fue impersonal, las formas de dirigirse a la parturienta fueron inadecuadas y cuando no se tomó en consideración su opinión o su situación.

*“Vino me hizo un tacto, me quitó la tira de la medicación que me habían puesto vaginal y dijo bueno ahora te pasaremos al paritorio, te romperemos la bolsa, te pondremos la epidural. Digo, o sea ni preguntarme ¿qué tal?, ¿qué idea tenías?, ¿o ayer qué tal? Sin más no interactúo nada conmigo y eso me pareció bastante frío” 33 M-A (65:31).*

*“Fuimos en un principio y como que se rio de nosotros como diciendo: esta primeriza...como viene ¿no?” 28 M-A (55:9).*

*“El momento del expulsivo la matrona, no se presentó como tal y eso es algo que sí me hubiese gustado que ella me diera más confianza. Fue muy impersonal en ese sentido, eso es lo que tengo como negativo” 14 M-B (105:6).*

### Competencia profesional

Tanto los conocimientos como las habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios fueron considerados necesarios para ayudar a la mujer en su proceso y crear entornos que propiciasen cambios positivos para lograr una experiencia de parto enriquecedora.

En general, las mujeres daban por hecho que los profesionales eran competentes responsables, con conocimientos y capacidades adquiridas durante su formación.

*“Eso también te da tranquilidad a la hora de dar a luz, al final estás con buenos profesionales y se supone que todos están bien formados” 41 M-A (81:76).*

*“Se supone que su trabajo lo hacen bien” 36 M-A (71:19).*

También las mujeres conciben la participación de los distintos profesionales en función de la formación y de la competencia específica de cada uno de ellos. Entienden la necesidad de que se den intercambios interprofesionales con el fin de brindar de forma óptima el cuidado. Pero a su vez reclamaron que la cualificación incluyera capacidad de resolución de problemas para actuar ante una complicación.

*“Si hay alguna complicación que sepan actuar en ese momento eso es lo principal” 31 M-A (61:18).*

*“A nosotros nos dejaron muy tranquilos y en toda la dilatación fueron muy respetuosos y en el momento que hace falta, a mí me dio la sensación de que teníamos todos los profesionales cualificados, los quirófanos y demás, lo que hacía falta estaba allí” 4 M-B (91:8).*

*“Allí están los médicos, están todos. Y eso me daba tranquilidad, tú no sabes si el parto va a ir bien o mal y si va mal a mí me da confianza. Para mí lo más importante es estar bien en el parto, que si hay algo actúen enseguida” 16 M-B (106:10).*

*“¿Lo más importante allí en el centro? Pues una buena atención, que haya profesionales cualificados” 41 M-B (140:2).*

La atención y concentración en el desarrollo de su labor asistencial es también descrita por las participantes como aspecto positivo dentro de la competencia de los profesionales.

*“Que esté concentrado al hacer lo que está haciendo... que sepa cómo hacerlo” 42 M-A (83:76).*

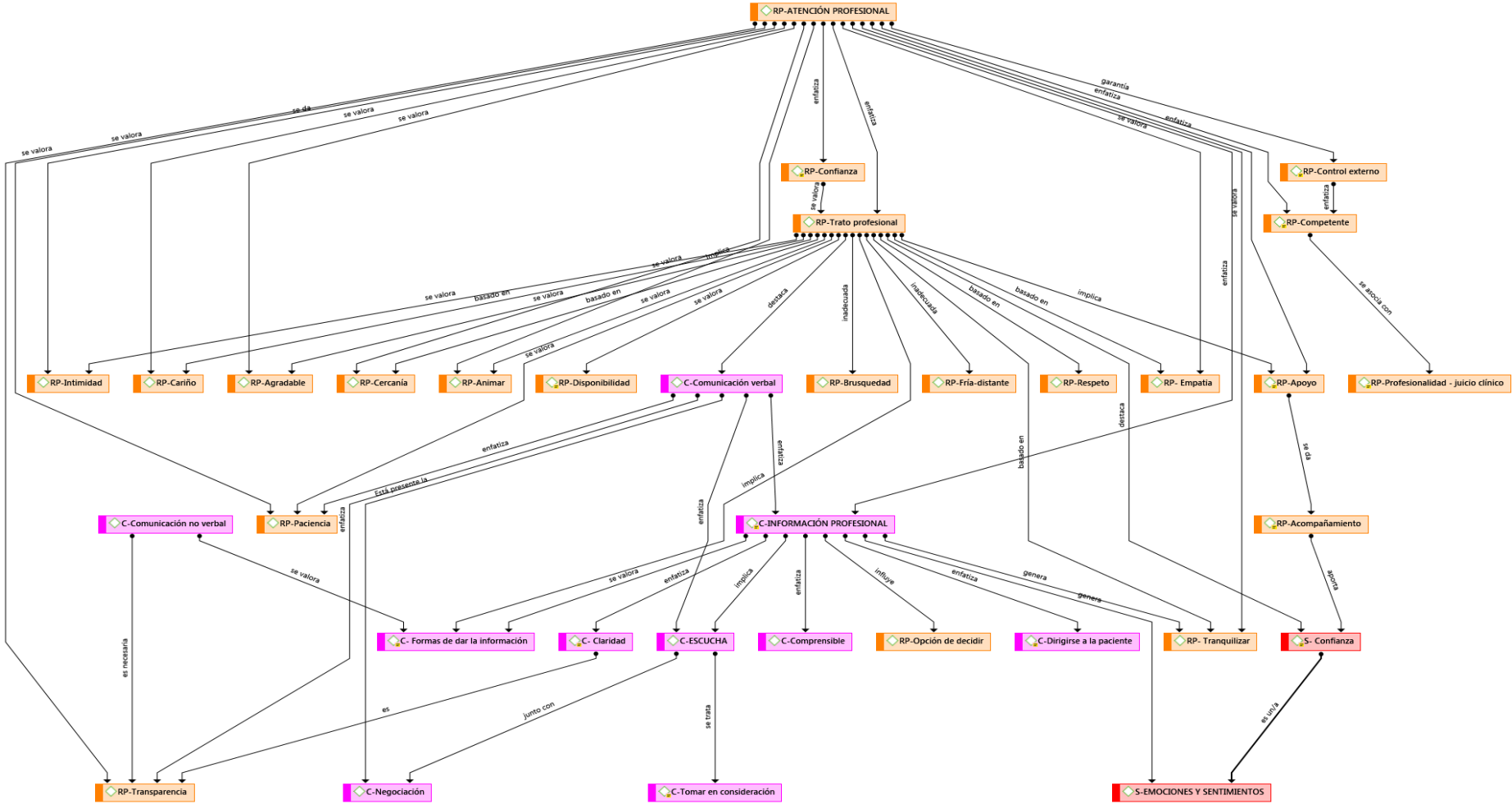


Figura 6. Red de atención profesional. Elaboración propia mediante ATLAS. ti.

### 1.1.3. Entorno hospitalario

Es sabido que las profesiones sanitarias han mostrado a lo largo de su existencia una especial preocupación por la calidad y seguridad en su trabajo y no es menos cierto que las mejoras repercuten en las personas que acuden a ser atendidas en los hospitales.

Aunque se observa que a menudo, las mejoras del entorno hospitalario se asocian casi exclusivamente con la utilización de aparatos, tecnología y la sensación de estar bajo supervisión de cuidadores profesionales con conocimientos y experiencia, la noción de entorno es más amplia, ya que también se debe tomar en consideración la fuerza que proporciona un entorno familiar como impulsor de motivación y confianza.

Todo ello nos lleva a plantear el entorno enfocándolo desde dos vertientes. Por una parte, el entorno físico que condiciona el control externo y por otra parte el entorno familiar que, aun con las limitaciones de intimidad que se pueden dar en un hospital, es considerado por las mujeres como necesidad inherente en el propio parto.

Estos dos aspectos son compatibles con la misión que la OMS propone para los hospitales cuando dice que son parte integrante de una organización médica y social que proporciona a la población una asistencia médico-sanitaria completa y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar.

#### Control y seguridad hospitalaria

Las mujeres vincularon la atención sanitaria de calidad en un entorno hospitalario seguro y saludable con el uso de equipamiento tecnológico por parte de profesionales expertos competentes que les hacían sentirse supervisados en la situación comprometida del parto a fin de minimizar los riesgos que se pudieran darse durante el mismo.

*“Tenía un punto de preocupación de que estuviera bien, de que no hubiera una complicación, pero sin obsesionarme, porque estaba monitorizada y ante cualquier complicación actuarían” 26 M-A (51:42).*

Ellas relataron la idea del control externo, entendiéndolo como el conjunto de características y la forma de ejecución de unos procedimientos determinados, que les aportaron seguridad, para lo que se sintieron avaladas por el control hospitalario.

*“...En el hospital no me preocupo porque en el hospital ya sé que me va a controlar o cuidar una profesional” 9 M-A (99:25).*

*“Que te aporten esa seguridad que tienen porque lo han hecho mil veces ...y esperando que ellos te den esa seguridad que a ti te falta. Yo es que es lo que más valoro” 12 M-A (24:28).*

*“La sensación de que estaban controlando porque lo estaban viendo en el monitor, pero no estaban conmigo entonces te dejaban tu intimidad con tu pareja. Pero realmente estaban, sabías que o sea decías “a” y ya estaban aquí” 40 M-A (79:10).*

Esta sensación de sentirse controladas, para evitar o hacer frente a las complicaciones que temían que pudieran surgir durante el proceso y que podrían requerir tratamiento inmediato, fue considerada positivamente. Les sirvió también para cerciorarse y verificar que lo que estaba ocurriendo era conforme al plan previsto o para conocer si era preciso emprender acciones en caso de que surgiera algún contratiempo en el mismo.

*“Que tengas buenos profesionales al lado y tranquilidad y seguridad porque estás en un centro hospitalario en el que sabes que si pasa algo tanto el bebé como yo vamos a ser atendidos” 41 M-B (140:6).*

*“Yo sabía que las medidas se iban a tomar cuando se debían tomar. Entonces ahí me sentía respetada” 27 M-A (53:18).*

La seguridad que proporcionó el entorno hospitalario es, la causa principal por la que recurrieron a la asistencia hospitalaria en el momento del parto y el pilar básico del proceso ya que es lo que se espera del hospital. Aunque esta idea fue recurrente en casi todas las mujeres, fue especialmente notable cuando habían vivido experiencias de parto anteriores que habían marcado su vivencia.

*“Yo siempre he tenido bebés grandes y me ha dado miedo que haya algún contratiempo, me transmite más seguridad el saber que estoy*

*controlada... el hospital, me aportaba este aspecto positivo” 12 M-A (24:10).*

Pero la sensación de control tuvo también aspectos menos tranquilizadores ya que a veces se pudo temer que cuando los o las profesionales que controlan la situación decidían intervenir no hubieran valorado cuidadosamente la relación riesgo/beneficio aplicando procedimientos que la mujer considera invasivos. También se corría el riesgo de que hubiera tantas personas controlando que fuera difícil considerar que se estaba respetando la intimidad deseada por la mujer que estaba en el paritorio y de forma implícita se detectó muy puntualmente que esta situación invasiva se podía considerar negativa.

*“Yo creo que es importante, ... que no sea demasiado invasivo que no haya mucha gente dando vueltas si no es necesario” 4 M-A (8:6).*

De todas formas, en los relatos recogidos, en general, se afirmó que los y las profesionales tendían a orientar y preservar la normalidad del parto apoyando a la madre, reconociendo aplicar un amplio repertorio de medidas sencillas no invasivas que facilitaron atención flexible e individualizada, preservando la intimidad y respetando los deseos de la mujer en la medida de lo posible.

*“En general la atención considero que fue buena porque me fueron informando de todo, en todo momento tuve un poco el equilibrio entre información, saber que estas bien atendida, pero intimidad” 40 M-B (143:3).*

La información proporcionada de forma comprensible y adecuada a las necesidades de la mujer y la pareja, aportó seguridad a las mujeres. Mediante la información se dio a conocer el estado de salud y se facilitó la participación activa y la planificación de las distintas actuaciones a realizar. Todo ello, fue considerado fuente de tranquilidad y sensación de control del proceso.

*“La información es muy importante porque como es el primer parto, no tenía experiencia. Entonces para mí es muy importante saber qué me va a pasar. Me han dado la información y he estado muy contenta” 9 M-A (18:20).*

*“Sobretudo que te mantengan informada para saber lo que está pasando o para tomar decisiones. Es lo más importante” 25 M-A (49:8).*

*“En la medida de lo posible cuando hay complicaciones que el profesional te tranquilice y también que te vaya informando de todas las cosas que te están haciendo o que te van a hacer antes de hacerte, para estar más tranquila” 41 M-A (81:15).*

De modo contrario, una información con falta de claridad, incomprensible, no dirigida ni de forma verbal, ni no verbal a la persona directamente interesada, creó sensación de preocupación y de falta de control.

*“Esa información que le estaba dando a la enfermera yo la estaba entendiendo, pero en ningún momento se dirigieron a mí...y cuando me fui a casa me quedé preocupada” 7 M-A (14:59).*

*“Sobretudo claridad y honestidad, que no somos máquinas” 29 M-A (57:14).*

*“Era un poco grosero y además no me hablaba a mí, le hablaba a mi marido. Y yo decía a ver, pero si la paciente soy yo” 37 M-B (136:9).*

### Presencia de la pareja

Además del control externo brindado por los profesionales, las mujeres solicitaron y agradecieron que en la vivencia del parto en el entorno hospitalario se incluyera la presencia de la pareja ya que fue considerada como el más importante apoyo para poder sobrellevar el mismo. Además, la implicación de la pareja fue valorada positivamente ya que aportó seguridad y consideraron que era fuente de motivación, tranquilidad, fuerza y confianza. A la vez opinaron que fue un elemento muy valioso para mantener el control interno por el apoyo, aliento y ayuda brindada.

*“Yo cosas buenas que recuerdo primero que estaba mi marido ahí y para mí eso fue fundamental el que pudiera estar en todo momento porque a mí me da mucha seguridad, para mí fue muy importante” 7 M-A (14:15).*

*“Para mí haber pasado eso sola habría sido lo peor. Creo que es el momento más importante de tener a tu pareja...Saber que él estaba ahí, y*

*si en cualquier momento yo si necesitase algo, él iba a estar ahí, eso ayuda un montón” 13 M-A (26:44).*

*“Para mí si es importante el acompañamiento de tu pareja. A mí me dio mucha fuerza, me dio mucha seguridad para continuar” 14 M-B (105:14).*

Se observa, por tanto, que el apoyo de la pareja fue definido por las mujeres como el principal sostén en el parto. Pero distinguen o demandan distintas actitudes a la hora de participar en el mismo.

Hay mujeres que manifiestan que a la pareja se le solicitó una actitud activa, participe y es por lo que se implicó en atender las demandas (físicas y emocionales) de la mujer.

*“Para mí lo más importante es estar con la pareja, que se implique contigo, ayudándote a respirar, apoyando todo el rato. Para mí eso es psicológicamente súper importante y no estar en una cama sola” 23 M-A (45:65).*

Otras mujeres relataron que la actitud que tomó la pareja fue más pasiva y optaba por no participar activamente manteniéndose al margen como mero espectador.

*“Siempre dice que, su frase es que se sentía como en una fiesta donde no le habían invitado. Que se sentó en una esquina para no molestar” 31 M-B (131:36).*

Pero sea cual sea la actitud que presentaban, a la mayoría de las mujeres la presencia de la pareja fue un complemento en interacción constante reportando beneficios físicos y psicológicos útiles para desarrollar el potencial individual que facilita la toma de decisiones individuales.

*“Eso es súper importante porque para mí, la presencia de él fue la mitad, porque él estaba complementando y haciendo lo que yo necesitaba me lo estaba dando él” 27 M-A (53:33).*



Agradecieron también el espacio y tiempo dedicado al puerperio inmediato en el mismo paritorio donde pudieron compartir la experiencia en la intimidad.

*“El tener un espacio para ti y tu pareja o quien te esté acompañando y dar un tiempo para disfrutar de ese momento” 12 M-A (24:13).*

*“Luego nos dieron tiempo para estar con el niño porque había poca gente y estuvimos dos horas o así antes de subir a planta. Así que todo fue muy bien” 16 M-A (32:22).*

Pero además de la presencia de la pareja durante el parto y el puerperio inmediato, las mujeres opinaron que su participación no solo debería ser en esos momentos puntuales si no que si se iniciara durante el embarazo se lograrían beneficios tanto en el parto como en el postparto. En el parto la pareja conocería los mecanismos para tomar parte activa en el mismo y en el postparto se involucraría más en la crianza.

*“Hacer las clases de preparación por la tarde tiene la ventaja de que mi marido podía venir y entonces estábamos los dos. Porque aprendes y así se involucra más desde el principio” 4 M-A (8:47).*

*“Que el padre fuera también participe.... Porque al final si está involucrado en el embarazo, en el parto yo creo que también ayuda a que esté involucrado en la crianza” 33 M-B (133:7).*

Apoyando lo anteriormente expuesto, no consideraron adecuado que, en algunos casos, no se permitiera a la pareja participar en las clases de preparación al parto, o en el parto mismo, haciendo incidencia en el caso de las cesáreas, por lo que se propusieron como áreas de mejora que los profesionales estimularan la implicación de la pareja ya que ello repercutiría positivamente en todo el proceso.

*“Él quería y no le dejaron, porque tenían mucha gente y poco sitio. Creo que eso no está bien porque al final ellos también están en el parto y tienen sus dudas como nosotras” 2 M-B (87:39).*

*” Me hubiera gustado que el padre hubiera podido entrar en el quirófano” 25 M-B (121:9).*

Las mujeres consideraron necesario que las parejas acudieran a las clases de preparación, para adquirir conocimientos, compartir experiencias, saber gestionar sus emociones en el momento del parto y para facilitar la adaptación a la paternidad.

*“Él también dando lo que podía porque entiendo que es como una posición difícil. Te ve sufrir, con mucha impotencia y sin embargo te dan todo lo mejor que tienen” 27 M-A (53:69).*

*“Para él fue algo traumático, porque me vio sufrir mucho” 2 M-B (87:21).*

*“Sí, dice que el momento de ver al niño, le impactó mucho. No sabía qué hacer y el verme hablándole al niño, le impactó. Habla mucho de ese momento” 21 M-B (111:34).*

*“Él tuvo un momento ayudándome en todo. Y luego en el momento del parto se emocionó, él me miraba, creo que nos mirábamos los dos como un poco incrédulos. Y de hecho hoy en día me dice: es que veo a la niña y no me lo creo...y digo ¿y esta niña quién es? Sí es raro” 13 M-B (103:30).*

El rol de las parejas no estuvo muy definido y quedó vinculado a satisfacer las necesidades de las mujeres, más que las propias. La presencia de cambios continuos en los sentimientos tales como: miedo, alegría, emoción, preocupación, desconcierto e impotencia estuvo presente en las parejas durante el parto, reclamando apoyo y estímulo de los/las profesionales para facilitar su integración y reconocimiento en el proceso del parto.

#### **1.1.4. Adaptación puerperal**

Además de lo hasta ahora comentado, las participantes al hacer referencia a los sentimientos del parto incluyeron el puerperio, es decir, la etapa post-parto como periodo importante que marca la vivencia del parto porque obliga a considerar un cambio respecto a la situación anterior. Tras el parto se plantearon nuevas cuestiones como la recuperación y la adaptación puerperal que sin duda generó sentimientos y emociones contradictorias y a menudo no esperadas.

Los aspectos que más repercusión tuvieron en dicho cambio fueron, la modificación de la idea de lo que conforma el centro de sus vidas y tras la reflexión del proceso, la percepción de crecimiento personal.

La adaptación al cambio y a las nuevas circunstancias que rodearon a las mujeres fueron una constante en el puerperio, aunque, una gran parte de las mujeres primíparas asociaron el parto con el final de todo el proceso, no teniendo en mente el postparto y las posibles complicaciones que ahí podrían surgir.

*“Pero no, una vez que tienes el niño no acabas, acabas de empezar más bien. Yo en ese sentido creía que tendría al bebé y sería la persona más feliz del mundo y me encontraría súper bien. Y el postparto hay que pasarlo, yo me pasé llorando una semana o así, no hacía más que llorar. Supongo también porque te creas unas expectativas que igual no son muy realistas” 4 M-B (91:12).*

*“Como fue rápido, en realidad bien. Las contracciones igual no me imaginaba que fueran a ser tan dolorosas. Y lo que no me imaginaba era que no me fuera a coger el pecho vamos, eso era algo que no lo había pensado, yo estaba segura de que no iba a tener ningún problema. Entonces eso fue lo que me descolocó” 15 M-A (30:56).*

### Recuperación puerperal

El puerperio fue considerado como un proceso de adaptación a los cambios físicos, hormonales, psicológicos y emocionales llevando consigo un continuo aprendizaje en su nuevo rol en la maternidad que va unido a cambios y crecimiento personal.

La recuperación física llevó implícita la aceptación de los cambios corporales, la tolerancia al dolor en la zona perineal o el cansancio. La recuperación emocional supuso superar los miedos a los que se ha hecho referencia y la confrontación a lo desconocido. El crecimiento personal, a menudo despertó en la vuelta a casa contradicciones que oscilaron desde el desasosiego o temor hasta el valor, la serenidad y la calma.

Tanto la involución hormonal, corporal y emocional producida tras el parto, como la confrontación a lo desconocido y la implicación continua en la lactancia, hicieron que las madres describieran el puerperio como un periodo que tuvo implícito un cierto nivel de tristeza y ansiedad. Todo ello, además de cambios en el estado de ánimo de las mujeres, produjo a menudo fragilidad emocional que unido al cansancio, a la falta de sueño, a las nuevas responsabilidades y a la atención del recién nacido indujo a la aparición de inseguridades, miedos y dudas.

La adaptación a la nueva situación llevó a algunas mujeres a sentirse superadas por las emociones y gran parte de las participantes lo describieron como sensación de impotencia e incluso de desamparo. De la misma manera, estuvo muy presente el sentido de la responsabilidad, el cuestionamiento de su capacidad ante el cuidado de su hijo/a, el miedo, la incertidumbre, la nostalgia, la felicidad, la tristeza...

*“Hubo algunos momentos como por ejemplo cuando el padre se iba y no tenemos familia que podía venir, me quedaba sola, con el dolor de la cesárea, lloraba...” 26 M-B (121:22).*

*“No podía andar porque me mareaba, y yo decía “¡ay que me han hecho!” Luego tienes que darle el pecho y al principio cuesta ... no se acopla bien. Yo me pasaba algunos momentos llorando y decía ... ¡qué me está pasando!” 25 M-A (49:30).*

*“Siento que estoy muy sensible. Cuando llegué a casa tenía mucha nostalgia. Sentía como esa sensación de pérdida, es decir, me sentía muy extraña, porque lo tenía en mis brazos, pero sentía como que había perdido algo. Y no entendía por qué. No me sentía deprimida o triste, me sentía eso nostálgica. Porque dicen que la nostalgia es una tristeza dulce, y entonces sentía como esa tristeza dulce. Y a ratos también sentía muchísimas ganas de reírme y de repente lloraba. Entonces muchos sentimientos como fuertes y contradictorios al mismo tiempo. Pero bueno en general ahora he recuperado la fuerza y la estabilidad. Emocionalmente siento que cada vez me estabilizo” 14 M-A (28:62).*

Junto a la adaptación psicológica las mujeres relataron la necesidad de reconocer su propio cuerpo tras los cambios producidos dando importancia al recuperar el peso previo al embarazo.

*“Para mí la recuperación malísima, no te puedes ni imaginar, un muy mal recuerdo, de la recuperación...Estuve como dos semanas que no salía de casa y tras dos semanas empecé a salir un poco. Todo muy despacio, no me podía sentar, me dolía mogollón” 17 M-A (34:72).*

*“Luego el post, parece que sales de allí y ya está como una rosa, como aquí en el HOLA que sales perfecta, con una tripa lisa. Y esta vez sí de hecho me puse mis pantalones a las ocho semanas, a diferencia de con el otro que volví a trabajar a los cuatro meses y me tuve que comprar pantalones porque no entraba en los que tenía” 18 M-A (36:37).*

*“En el parto tuve episiotomía y me dijeron que tenía que ponerme hielo, para cuando llegué a casa me olvide de ello porque estaba ocupada en otras cosas. Y ni me acordé, mi parto fue muy bueno en realidad y la recuperación del parto también a nivel físico. Volví del hospital con el peso que tenía antes de estar embarazada. Anímicamente sí que estaba mal, pero físicamente estaba bien” 4 M-B (91:36).*

### El/la hijo/a se convierte en el centro de sus vidas

Tras el parto las mujeres refirieron que el hecho de tener al recién nacido supuso una nueva perspectiva a la hora de establecer prioridades y dar significado a sus vidas. Pasó de ser “yo” el centro de las vidas a ser “su hijo/a” la prioridad de sus actuaciones.

*“Ahora todo gira alrededor del bebé” 3 M-A (6:158).*

*“Yo tengo otro comportamiento ante los problemas y los que no tienen niños a menudo viven en su burbuja yo, yo, yo y con el niño el yo, yo, yo, deja de existir” 16 M-A (32:38).*

Respecto a la vivencia de este cambio, hay diferentes opiniones. En algunos casos describieron que el mismo supuso una disminución o privación de su tiempo

propio; hay quien opina que mejoró sus vidas o quien no estimó el cambio ni positivo, ni negativo sino una experiencia más en sus vidas.

*” A veces echo de menos el tener tiempo para mí” 3 M-A (6:120).*

*“La verdad es que merece la pena, te cambia la vida, pero merece la pena” 29 M-A (57:34).*

*“Te das cuenta cuando tienes uno que no todo es perfecto, que te tienes que amoldar y que al final es un camino y que no hay una meta” 13 M-B (103:23).*

Las mujeres fueron también señalando experiencias vividas y entre las descritas como deplorables estuvieron sobre todo las relacionadas con la lactancia materna. El dejar de dar lactancia materna o el no darle lactancia materna generó tensión, intranquilidad, frustración, angustia y culpabilidad, siendo esta percepción más acusada en las mujeres primíparas.

*“Por un lado dices hay que dar el pecho porque es bueno, está en tus manos, pero son muchas cosas con el primero. Con el segundo sí, pero con el primero eran demasiadas cosas, estaba agobiada” 3 M-A (6:116).*

*“Yo estaba bastante preocupada porque nació con 2580, había bajado a 2300 cuando me dieron el alta y me daba miedo de que hiciera una hipoglucemia o alguna cosa así. Cuando me dieron el alta me dijeron que si veía que tenía hambre podía darle un poco de suplemento y me dieron un par de muestras, pero no sabía cuánto tenía que darle. No tienes ni idea, entonces mi referencia era que te enseñan el tamaño del estómago de un bebé que es una bolita así (hace gesto con la mano). Esa noche ya me parecía que esta niña ¡buf! vamos a darle un poco y creo que le dimos 3 o 5 ml que es nada. Al día siguiente fui al pediatra ya para entonces 2260 o 2280. Yo casi me caigo. El pediatra la vio y dijo le suplementas en todas las tomas 30 ml cada una. Yo casi me caigo de ¡qué mala madre eres! le has tenido de hambre” 4 M-A (8:50).*

*“Todo es decirte que la lactancia es muchísimo mejor que le tienes que dar pecho. Te animan a dar el pecho haciendo oídos sordos a que no tienes leche o a que por lo que sea no puedes. A mí me ha faltado hacer*

*el pino todo lo que ha estado en mi mano ya lo he intentado. Pero aun así ya ves que no va y vas al médico, a la enfermera y todo es decirte que lo intentes y que le pongas. Y tú ves que no y al final te afecta. Compras la leche en polvo y te pone advertencia: la lactancia materna es lo mejor, como lo de fumar mata pues igual, con el bote de leche y sí al final te afecta. Hasta que ya dije se acabó porque va a poder conmigo...” 4 M-A (8:58).*

*“Lo negativo fueron las contracciones y los días del hospital posteriores, cuando me subieron y las noches. Y que no me cogía el pecho, ese agobio y el poco apoyo que tuve ahí” 15 M-A (30:23).*

*“Al pecho pasé muchísimo dolor, además tenía miedo porque si no comía del pecho, no comía. La preocupación cuando le trajimos a casa” 42 M-A (83:18).*

*“Nosotros seguro teníamos más agobio de lo que se necesitaba porque no comía, sobre todo por el color, ese color amarillo que tenía el niño” 42 P-A (83:37).*

Con el paso del tiempo y con experiencias posteriores en la crianza la sensación de culpabilidad se difuminó viendo innecesario el sufrimiento al optar por una lactancia artificial cuando se priorizó la salud óptima del recién nacido y de la madre.

*“Con el segundo si tengo que dejarle de dar el pecho porque quiero, porque estoy agobiada o porque tengo que empezar a trabajar, no me importa. Pero con el primero estaba agobiada...Si el cuerpo te dice que no y el niño necesita más leche, se le da un biberón y ya está. No es para tanto ¿no? Yo me sentía mal 3 M-A (6:117).*

*“Lo que tenía en mente era que, si el niño tomaba biberón porque ese era el mensaje más o menos que nos habían dado, era que luego no sé agarraba bien, que luego iba a rechazar la teta. Los dos estábamos con ese tema en la cabeza. En mi caso me dolía muchísimo, eché de menos alguien que me hubiese dicho que no pasa nada si tomaba un biberón o que le hubiesen dado un biberón porque el niño no estaba comiendo.*



*Perdía un montón de peso y entonces estuvimos obsesionados con el pecho demasiado tiempo. Luego a los tres días ingresamos al niño con una infección de orina y estuvo ingresado nueve días en los que se combinaba el biberón y la teta. Entonces la cosa cambió y te das cuenta de que estuve sufriendo sin necesidad y encima es que él no estaba comiendo” 41 M-A (83:15).*

*“Mucho miedo, tuve mucho miedo y luego con el tema de la lactancia un poco sentimiento de culpa también. Porque me dolía y creía que tenía que aguantar el dolor porque era bueno para él. Y creo que es un poco relativo. Creo que tenía que haber introducido biberones un poco antes y seguir porque ahora de hecho es que está tomando el pecho. O sea que no interfirió” 42 M-B (147:12).*

Algunas mujeres relatan que centralizaron su rol de madre en la función del amamantamiento, cuestionándose en las primeras semanas su nuevo rol al tener la sensación de estar muy vinculado e incluso centralizado prácticamente en la lactancia materna.

*“Al principio sobretodo en el primer mes, al ver esa dependencia y además yo que tuve cesárea, tenía puntos y en el hospital casi no cogí al niño. Claro cuando volví a casa, a pesar de tener el apoyo de mi pareja, tenía una sensación que decía: mi única función aquí ¿cuál es? ¿darle el pecho? 37M-A (73:29).*

Dentro de las expectativas de algunas mujeres dieron por hecho el que no iban a tener complicaciones en la lactancia materna basándose en una concepción idealizada de esta. Hicieron incidencia en la dificultad y el sufrimiento que vivieron en el proceso de aprendizaje y de adaptación ya que pensaban que la lactancia materna era perfecta o que se iba a presentar mejor de lo que fue en la realidad. Conocían y resaltaban de forma exagerada los aspectos positivos de la lactancia materna sin tener en cuenta la globalidad del todo el proceso.

*“Todo el mundo cuando te explica 'esto es maravilloso', el amamantar 'es un vínculo súper bonito'. Nadie te dice que es difícilísimo que hasta que agarra un bebé que te puede hacer mucho daño que se pasa mal... es*



*duro y sobre todo al principio que te demanda cada dos horas y que a la noche estás agotada, que llora y no sabes por qué llora. El momento de venir a casa sí que es el más duro digamos” 13 M-A (26:31).*

*“Y lo que no me imaginaba era que no me fuera a coger el pecho. Por ejemplo, eso era algo que no lo había pensado, ni vamos yo estaba tan segura de que no iba a tener ningún problema. Es que ni había pensado en que fuera a tener algún problema de que no me fuera a coger. Entonces eso fue lo que lo que me descolocó” 15 M-A (30:56).*

Estos sentimientos también se acusaron en el momento de reincorporarse a la vida laboral tras la maternidad y al querer continuar dándole lactancia materna.

*“Bastante estresada con ese tema porque en el trabajo no puedo sacarme la leche. Al principio me sacaba lo justo en el baño y seguía. Ahora me saco cuando me levanto un biberón y cuando voy a salir le doy de un pecho. Al llegar a la guardería le doy del otro. Pero claro todos los días, y a la tarde no puedo sacar por el tiempo y toma dos biberones de 200...entonces es que no me da. Y a veces me planteo la leche de fórmula, pero no quiero. Entonces se hace duro. Diría que lo más duro cuando he empezado a trabajar” 26 M-B (121:42).*

### Crecimiento personal

La vivencia del parto y de la crianza condujo en algunos casos a adoptar nuevas ideas o formas de pensamiento que generaron nuevos comportamientos y actitudes de afrontamiento. Relataron un cambio en la percepción de ellas mismas mencionando una mayor capacidad de sufrimiento, empoderamiento, tolerancia, paciencia y protección, aspectos positivos que enriquecían sus capacidades para hacer frente a las adversidades de la vida.

*“Mucho más tolerante” 13 M-B (103:23).*

*“Entonces a mí me ha dado poder de decir somos capaces de hacer muchas cosas, aunque pensemos que no” 27 M-B (123:33).*

*“Bueno yo ahora me siento muy feliz. Me siento muy acompañada siento que estoy afrontando un reto, la maternidad es también un reto” 14 M-B (105:16).*

Las experiencias contadas por las mujeres llevaron a considerar que la maternidad es un proceso transformador, complejo que crea vínculos, pero a su vez supone una experiencia transformadora en la que se incluyen aspectos tales como las preocupaciones y la creatividad. Las mujeres en su crecimiento personal relataron vivencias positivas y negativas estando a menudo todas ellas entremezcladas.

Entre las experiencias de parto que consideraron positivas y les ayudaron en su maduración destacaron la relación profesional - personal de apoyo tanto físico como emocional, basada en la confianza y el aporte de tranquilidad al poder compartir información y sentirse escuchadas ya que opinaron que ello facilitó la proactividad, la seguridad y el control tanto externo como interno. Todo ello junto con el apoyo e involucración de la pareja generaron una combinación de sentimientos positivos que favorecieron la percepción de una experiencia de parto satisfactoria.

Sin embargo, la percepción negativa la relacionaron con sentimientos de incapacidad e incluso miedo generados por la ausencia o falta de información, por la presencia de aspectos de la comunicación no verbal inquietantes, por la falta de unificación de criterios, por el descontrol interno, por comportamientos y actitudes impersonales por parte de los profesionales y por la falta de involucración de la pareja.

## 1.2. Tiempo, espacio y memoria

### 1.2.1. La memoria mediadora de las percepciones y los recuerdos

Captar y recordar ideas, sentimientos, imágenes, impresiones o sensaciones externas ocurridas en el parto y establecer una relación entre todo ello ha permitido argumentar sucesos enmarcados dentro de la experiencia vivida. Narrados mediante expresiones verbales y no verbales subjetivas han puesto de manifiesto que la memoria interseccionó con el tiempo y el espacio influenciado por la dinámica constante de la cultura y la sociedad (ver figura 7).

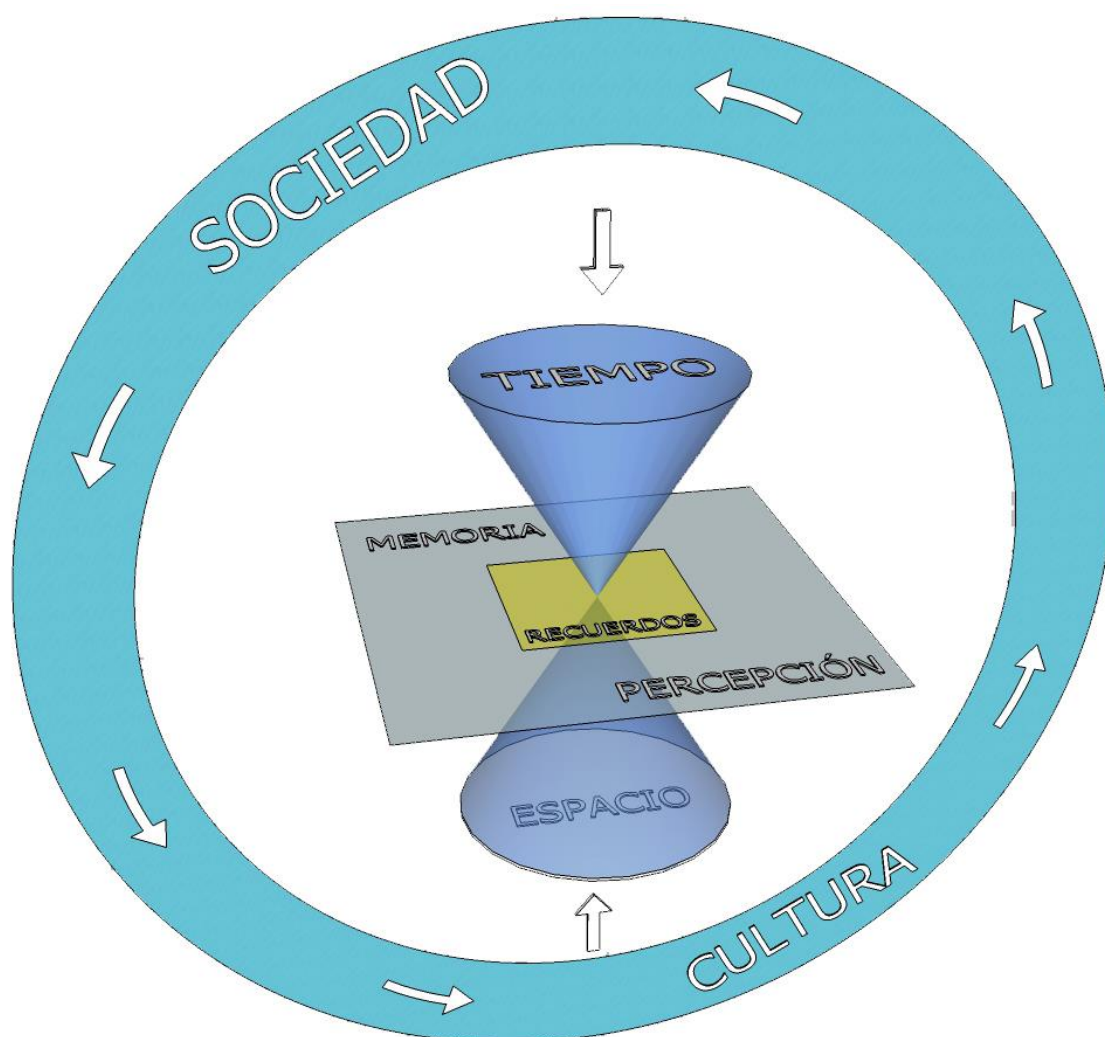


Figura 7. Representación gráfica del tiempo- espacio y memoria. Elaboración propia

Los recuerdos permitieron traer al presente la experiencia anteriormente vivida y posibilitaron moldear la percepción del tiempo y de la experiencia mediante la narración de imágenes del pasado archivadas en la memoria, aunque esta se mantuvo sin grandes modificaciones entre las ocho semanas y los ocho meses.

A pesar de que algunas mujeres refirieron sensación de olvido o pérdida de la secuencia detallada de los acontecimientos aludiendo al recuerdo de flashes y de situaciones concretas, todas narraron sus vivencias de manera muy descriptiva diferenciando, tanto en la primera como en la segunda entrevista, tres secuencias en el tiempo y el espacio:

- Preparto: recordado y relacionado por las mujeres con el espacio previo al paritorio.
- Parto: vivencia de la fase activa, el expulsivo y el alumbramiento.
- Postparto: experiencia vivida en la planta de puerperio y en su domicilio. Esta última secuencia, cobró mayor presencia a los ocho meses ya que se relacionó con la crianza relativizando y restando importancia al preparto y parto.

Con todo ello se observó que la memoria fue narrativa en un doble sentido, como relato de progresión de acontecimientos en el tiempo y como creadora de historias que mediante el recuerdo contó los eventos que cada cual consideró más representativos.

### **1.2.2. El tiempo en el relato de la progresión del parto**

El tiempo fue entendido como algo personal que permitió organizar e interpretar los recuerdos de la experiencia de parto gracias a los sentidos y a la acción de la memoria que fue necesaria para medirlo. Todo ello estuvo marcado por las emociones generadas, que a su vez estuvieron condicionadas, por las expectativas personales.

*“Cuando me llamaste dije: dónde se me ha quedado el parto, si no han pasado ni dos meses y pensé qué le tengo que contar, porque con el tiempo sin querer se te olvidan las cosas. Lo pasas y lo olvidas porque estamos centrados en el niño y el parto se te olvida” 21 M-A (41:36).*

*“Porque ahora todavía lo veo todo como muy encapsulado. Cuando das a luz me meto en un ensimismamiento que no veo más allá y todavía son como fogonazos lo que tengo, muy claros de momentos que te he contado pero que seguramente haya habido otros momentos que no sea conscientes de ellos, es que paso a una inconsciencia. Por ejemplo, el paso del tiempo, yo sabía que había sido rápido, pero no sabía que había pasado una hora y cuarto. No sé, el sentido del tiempo es como muy subjetivo” 27M-A (53:38).*

*“Recuerdo como la sensación entre rápido y lento. Rápido en el aspecto que fue cuando me pusieron en el potro enseguida, cuatro empujones y ya está. Y lento por las horas que pasaron doce horas más o menos entre dilatar” 8 M-B (97:2).*

*“La verdad que se olvida rápido, y tengo un buen recuerdo de algo rápido, y tengo frases de cosas en concreto, al final se te van olvidando, pero bueno un buen recuerdo la verdad” 33 M-B (133:1).*

*“El parto lo sigo recordando como muy largo, muy largo. No tuve ese sufrimiento que dicen solo durante un rato cuando veía que se estaba prolongando y que el niño no salía y que estaba cansada. Pero recuerdo malo, no, no, no. Creo que todavía sigo recordándolo como al principio, sí 37 M-B (136:1).*

En la concepción del tiempo se pudieron apreciar diferencias evidentes entre lo descrito como tiempo cronológico que marcó la hora social y el tiempo psicológico que mostró el registro interno del tiempo cronológico.

*“Luego el expulsivo largo, bueno fue corto, pero a mí se me hizo largo” 2 M-B (81:7).*

Las mujeres relataron el tiempo cronológico al especificar los días, horas y minutos en los que transcurrió el parto y postparto, es decir, al mantenerlo registrado en la memoria expresaron el periodo lineal en que sucedió el acontecimiento permitiendo así inferir las secuencias de los hechos y transmitirlos en forma de relatos coherentes desde una óptica mensurable.

*“Empecé un viernes a la noche con contracciones estuve 4 horas con contracciones que se me pararon, estuve todo el sábado andando por aquí malecón arriba malecón abajo y el sábado a la noche otra vez empezaron y estuve hasta las 3 de la mañana esperando en casa hasta que ya fueron regulares de allí ya fui al hospital ya cuando me miraron ya estaba de 4, me pasaron directamente al paritorio y allí hasta las 6 de la mañana aguantando las contracciones y a las 6 de la mañana pedí epidural. Ya no podía más tenía mucho sueño además quería descansar un rato. Y hasta las 4 de la tarde que nació él. Pero bueno al paritorio entré a las dos que ya estaba dilatada del todo” 29 M-A (57:2).*

*“Estaba ingresada y el viernes a la noche a las tres de la mañana empecé con contracciones y a las diez y media de la mañana tenía contracciones fuertes y pedí la bañera. Estuve hasta las once de la mañana y ya pasé al expulsivo” 39 M-A (77:69).*

La percepción del tiempo psicológico, entendido como registro interno, varió de una mujer a otra y fue relatado como el periodo durante el que transcurrió el parto separando los acontecimientos en su desarrollo y en función del significado y sentido que dio a sus vidas. De esta forma se apreció que la magnitud del tiempo no fue igual para todas las mujeres siendo la medición de esta relativa y dependiente de la cosmovisión individual que construyó una perspectiva propia del tiempo en función de las circunstancias individuales.

Al definir las, las relacionaron principalmente con la percepción de la progresión del parto en la que estuvieron presentes tres dimensiones: la velocidad, la duración y la aceleración que a su vez estuvieron relacionadas fundamentalmente con tres factores que fueron capaces de provocar cambios en dicha percepción: el dolor, las expectativas y el control mediante el que se visualizó la seguridad (ver tabla 15).

Tabla 15  
Percepción del tiempo y sus dimensiones durante la progresión del parto.

Percepción del tiempo									
Factores		Progresión del parto		Dimensiones					
				VELOCIDAD		DURACIÓN		ACELERACIÓN	
				Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Dolor	Intenso		Lenta		Larga		Variable		
	Suave	Rápida		Corta		Variable			
Expectativas	Cumplidas	Rápida		Corta		Variable			
	No cumplidas		Lenta		Larga		Variable		
Control Seguridad	Descontrol		Lenta		Larga		Variable		
	Control	Rápida		Corta		Variable			

Nota: Elaboración propia.

La primera dimensión, la velocidad, mostró el cambio en la progresión del parto en el tiempo y en la mayoría de los relatos la velocidad rápida (subjetiva), sin especificar el tiempo cronológico, adquirió una connotación positiva, a diferencia de las progresiones que consideraron de velocidad lenta.

El factor condicionante para posicionarse de una u otra forma fue el dolor que, si era descrito de gran intensidad, se relacionó con la progresión del parto percibida como de velocidad lenta y de duración larga, llegando incluso en ocasiones a perder la noción del tiempo relacionándolo con una falta de control interno.

*“Para mí fueron unos diez minutos o así horrosos y luego mi pareja me dijo que fue igual un minuto” 3 M-A (6:115).*

*“Yo en mi mundo de dolor veía como que todo lo de afuera era tan lento” 14 M-A (28:21).*

*“Empezaron a meterme oxitocina y empecé a ver las estrellas, que decía ¡Dios mío de mi vida! Y entonces perdí la noción del tiempo, no sabía qué hora era. O sea, un descontrol, totalmente descontrolada que decía ¿pero esto qué es?.” 17 M-A (36:13).*

*“Fue todo tan rápido, tan rápido. Que mejor” 3 M-A (6:38).*



*“En mi opinión, todo fue muy bien y muy rápido y ya te digo, muy contenta.” 12 M-A (24:6).*

*“Entonces me metieron en el paritorio allí estuve un ratito, cuando pasó la hora y pico o así, me pusieron la epidural y ya muy bien. Descansé ... y ya a las cinco y media o así, yo notaba que salía, notaba que estaba empujando y llamamos a la matrona. Efectivamente la niña estaba apareciendo ya, y fue ir a paritorio cuatro o cinco contracciones, dos esfuerzos en cada una y salió. Fue muy rápido y muy bueno, muy bueno. O sea, mi experiencia fue genial vamos.” 13 M-A (26:63).*

*“Dos horas fuertes de contracciones, pero lo que es el expulsivo y todo bastante rápido así que bien muy bien” 15 M-A (30:1)*

*”Sí, la verdad que era el primero y fue sobre todo muy rápido con poco dolor o sea que vamos yo firmo para que si tengo otro sea exactamente igual. Vamos fue muy bueno, muy bueno.” 40 M-A (79:3).*

*“Igual fue muy rápido todo. Igual demasiado rápido entonces tengo un recuerdo muy bonito porque no sufrí mucho. A ver sufrir sufres, tu hora no te la quita nadie, pero fue tan rápido que tengo muy buen recuerdo” 5 M-B (93:8).*

La segunda dimensión presente fue la duración o el tiempo que transcurrió desde el inicio hasta el final del parto, haciendo hincapié en la duración de las fases de dilatación, expulsivo y postparto. Esta dimensión se relacionó principalmente con la concienciación de la necesidad del control del tiempo reconociendo la evolución continua de las circunstancias en las que el momento es cambiante y el presente se diluye constantemente dando paso a nuevas situaciones. Por ejemplo, ante la presencia de alguna complicación o riesgo el tiempo fue percibido de duración larga y velocidad lenta, pero a su vez se consideró positivo que la atención para dar respuesta al problema fuera rápida e instantánea.

En esta connotación subjetiva de la duración del proceso, hay veces que las mujeres describen sentir una presión temporal excesiva a la que dan una connotación negativa ya que sienten una imposición o mandato que le aísla de la relación de confianza que busca en el profesional sintiéndose mero instrumento.



*“A veces notas que vas a cronómetro...y entiendo en cierta manera el tener unas pautas de tiempos por el riesgo que conlleva. Pero a veces el llevar los tiempos muy estrictos...dices ¡qué tampoco soy una máquina!*  
18 M-B (109:5).

La tercera dimensión, la aceleración o variación de velocidad en la progresión del parto, fue asociada con las contracciones y el avance en la dilatación. En ella se expresaron sentimientos de decepción e incertidumbre, que consideraron negativos, en los casos en los que no hubo un avance en la dilatación, esta fue lenta en el tiempo y no se desarrolló con la velocidad que preveían en sus expectativas.

*“Y las siguientes horas pues igual sí que fueron un poco angustiantes porque veía que no terminaba, 12 horas y no avanzaba. Quería que todo fuera lo más natural posible, es decir sin oxitocina, sin epidural, pero fue todo lo contrario a lo que yo estaba esperando. Un poco decepcionante”* 7 M-A (14:3).

*“Para mí fue largo, no pensaba que la dilatación iba a ser tan larga”* 2 M-A (4:11).

Cuando vivieron el caso contrario, es decir, una aceleración no prevista del avance en la dilatación, opinaron que les provocó tensión, incertidumbre, duda y falta de control. En estos casos expresaron no poder implicarse en la vivencia tal como lo habían previsto, percibiendo que no dieron un rendimiento adecuado y conforme con la conducta previamente aprendida.

*“Entonces te lo ponen la medicación y te ponían un monitor para controlar las contracciones, pero me empezó a hacer efecto muy, muy rápido entonces tuvieron que venir a quitármelo porque en media hora dilaté no sé si tres centímetros o una cosa así”* 4 M-A (8:28).

*“Sí que es verdad que antes de entrar al paritorio propiamente dicho, como estaba dilatada de muy poquito sentía mucha incertidumbre porque pasé muchas horas intentando dilatar que no dilataba, y pensaba "ahora qué". ¿Qué pasa?, ¿qué está pasando? Porque aquí sigue pasando el tiempo, pero esto no avanza, estará bien el niño. Yo estaba bien, pero estará todo controlado ¿verdad?”* 7 M-B (95:3).

*“De aceleración, de buf esto que rápido va, o sea de repente, pero que pare esto, que frene. De repente se presentan esas contracciones tan heavys, que ya casi es querer expulsar. Y yo decía esto no puede ser ¿ahora? Pues sí, entonces ya me asustó. Quieres parar y decir: bueno vamos a ver, orden. Ahora todavía no, pero no puede ser, es vertiginoso y entonces de repente te encuentras empujando y de repente te encuentras con el niño encima. Entonces el susto ese, es lo que comenté con mi pareja "un poquito más despacio podía haber sido" y me dice, pero ¿porque?, mejor” 27 M-B (123:22).*

Sin embargo, cuando las expectativas marcadas, se adecuaron a los argumentos y comportamientos previstos y que eran considerados valores, se concretaron en conductas apreciadas positivamente y en estos casos, el tiempo fue percibido de duración corta.

*“Creo que el parto que tuve es mejor de lo que me imaginaba. Primero porque no tenía tantos dolores y porque duró poco tiempo” 8 M-B (99:22).*

*“Sentía las contracciones, sentía todo lo que pasaba, pero no sentía dolor entonces para mí fue bueno. Esperaba más dolor y más horas, se me hizo como corto, bueno fue corto, pero a mí se me hizo muy corto” 13 M-B (103:8).*

Y generalizando en todos los procesos de parto, se puede caer en el error de no tener en consideración la realidad individual de cada mujer, en general, se puede apreciar que cuando el proceso no se ajustaba a las expectativas de las mujeres, el tiempo era percibido como largo y adquiría una connotación negativa; sin embargo, al ver sus expectativas cumplidas la apreciación era positiva y se asociaba con lo que consideraban una duración corta.

*“Sí un parto muy bueno, muy rápido. Estuve muchas horas con la bolsa rota y todo fue muy rápido” 23 M-B (115:1).*

*“El expulsivo fue corto, creo que duró media hora y nació la niña. Bastante bien, no esperaba tan rápido” 9 M-A (18:54).*

*“En una palabra, largo lo recuerdo como muy largo se me hizo eterno. Todo el día ahí parecía que no iba a acabar nunca. En el paritorio estuve tres horas también o sea que largo muy largo” 31 M-A (61:24).*

*“Sí porque fue duro y luego el postparto fue muy largo y duro” 36 M-A (71:31).*

*“Del parto el dolor es lo más negativo y que se hizo muy largo. Eso es lo peor que recuerdo” 31 M-B (131:9).*

Pero sea cual sea la percepción subjetiva del tiempo que cada mujer ha relatado, se puede afirmar que las imágenes que guarda en su memoria, son representativas de lo vivido y mediante las mismas son capaces de reproducir las emociones vinculadas directamente en la experiencia.

En la inmersión de sus recuerdos al reflexionar en su parto, destacaron las situaciones de amenaza y espera en los que las expectativas previamente marcadas en cuanto al tipo de inicio y finalización de parto no eran cubiertas.

*“Lo peor cuando me dijeron de hacer la cesárea” 6 M-A (12:37).*

*“Oigo oxitocina y todavía digo. ¡Ay Dios! Cada vez que me la mencionan digo: ¡Ay ama, ay ama...!” 18 M-A (36:41).*

*“El peor recuerdo fue cuando estaba en el potro y me dijo la ginecóloga: quirófano. Lo único que hice al entrar por la puerta de quirófano fue un suspiro y dije: que sea lo que Dios quiera. Ese fue mi peor recuerdo” 35 M-A (69:36).*

*“Cuando me dijeron que me iban a ingresar, que me iban a provocar el parto. Estaba sola también y me dio pena porque ya no estaba empezando como a mí me hubiera gustado. Lo que yo me había imaginado” 33 M-B (133:16).*

Pero enfatizaron también en los primeros recuerdos que venían a la mente, los que eran considerados como mejores y peores recuerdos e incluso propusieron momentos representados por imágenes que evocaban dicha vivencia.

### 1.2.3. El recuerdo imagen de los momentos más representativos

Al explorar los primeros recuerdos relacionados con las emociones presentes en la memoria de las mujeres tanto a las ocho semanas como a los ocho meses emergieron, al igual que en la percepción del tiempo, aspectos tanto negativos como positivos.

Entre los recuerdos predominantes las imágenes más a menudo descritas son las relacionadas con el primer encuentro con el hijo/a, subrayando el contacto piel con piel como algo estimulante. Destacan también, el apoyo de la pareja y de los profesionales, la evocación de familiares fallecidos y la representación de conceptos relacionados con el espacio, tiempo, dolor y puerperio, manifestados a menudo como sentimientos contradictorios en que se mezclan recuerdos tanto de alegría como de angustia (ver figura 8).

El primer encuentro, ver, sentir y escuchar al recién nacido fue asociado con el final del proceso del parto, con la confirmación de la ausencia de complicaciones y con el logro del objetivo marcado. Todo ello generó un cúmulo de emociones, al que anteriormente se ha denominado caleidoscopio, en el que la tranquilidad, la alegría y la satisfacción fueron los más destacados y ese momento concreto marcó significativamente la vivencia constituyendo esta un hito que perdura en la memoria.

*“El mejor cuando me la pusieron que me dijeron: ya está, la tienes aquí. Y ya es como...buf ¡qué alivio!” 17 M-A (34:44).*

*“Cuando nace y lo tienes contigo, encima y que no te lo retiran en ningún momento” 27 M-A (53:48).*

*“En cuanto me lo pusieron en brazos, fue relax, ya está aquí” 29 M-A (57:20).*

*“Ese el momento en que me sacan a mi niño y me lo llevan ahí a la cara y que lo veo, fue como decir ya está” 35 M-A (69:35).*

*“El mejor, bueno cuando me colocaron a X encima. Y dije esto ya ha acabado, encima lo hemos hecho muy bien. Eso fue un subidón” 27 M-B (123:21).*

*“El mejor, el mejor cuando me dijeron que estaba bien” 41 M-B (140:15).*

Este primer encuentro lo recuerdan no solo como la representación del binomio mujer-recién nacido, sino que, a menudo, se vincula con la pareja constituyendo un trinomio, mujer-pareja-recién nacido. En la memoria este hecho se ha asociado con la intimidad, con el respeto y el agradecimiento considerándolo como una oportunidad para afrontar la nueva situación familiar que se crea tras el nacimiento y el inicio de una nueva forma de vida.

*“Para mí lo bonito es cuando estás pariendo, pero no pariendo expulsando si no en el trabajo de parto con tu compañero ahí, al lado. Forma parte del trío” 27 M-A (53:51).*

*“Igual lo más bonito cuando llegué a la habitación y estaba mi marido con el niño en brazos” 26 M-A (51:55).*

*“Creo que está muy bien que te dejen ese momento de intimidad los tres solos. Creo que es súper importante que eso se respete...que es el momento que te estás conociendo con tu recién nacido...y eso es el mejor recuerdo que tengo” 33 M-A (65:68).*

*“Al final cuando te dan al niño es un momento muy bonito. Además, te dejan un tiempo para estar con él y con tu pareja. Ese momento es muy bueno” 5 M-B (93:22).*

*“Creo que el momento más bonito cuando vi su cara y le miré a mi marido” 25 M-B (119:10).*

Pero la pareja no solo se consideró necesaria tras el parto, sino que durante el mismo también se aprecia que el acompañamiento está entre los mejores recuerdos relatados por las participantes, siendo este una necesidad prioritaria para tener una experiencia satisfactoria de parto.

*“Sí, sí sobre todo el apoyo psicológico de la pareja porque el bebé es de las dos personas. Pero el estar ahí yo creo que psicológicamente es mucho apoyo” 9 M-A (18:7).*

*“Sí, sí, sí porque yo no estaba para nada en ese momento y verle a él disfrutando de ese momento” 36 M-B (141:17).*

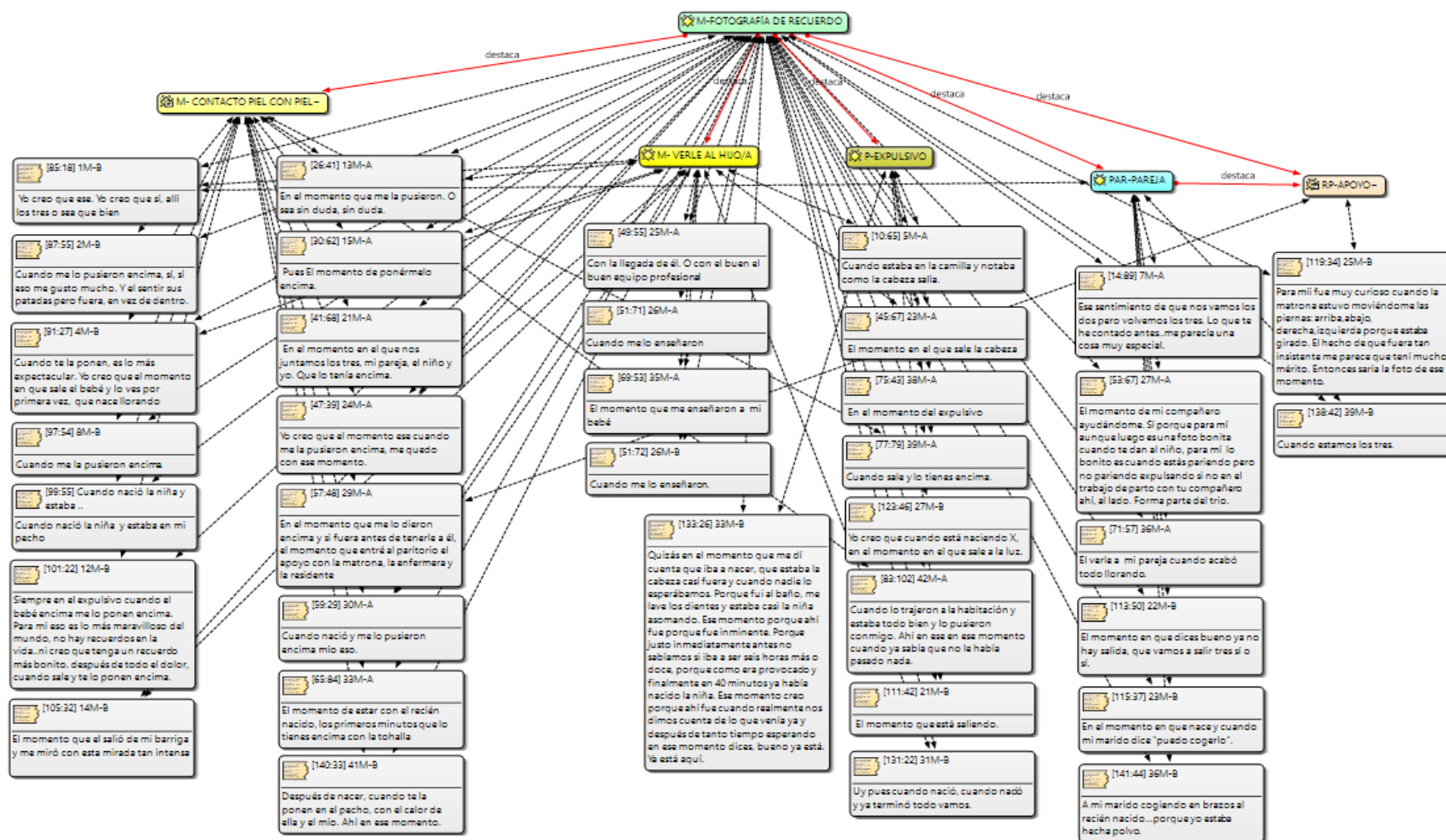


Figura 8. Recuerdos predominantes o fotografía de recuerdo a las 8 semanas y 8 meses. Elaboración propia mediante ATLAS. ti.

Además del apoyo externo de la pareja, el trato y la ayuda de los profesionales estuvo presente en las narraciones como mejor recuerdo, destacando su acompañamiento y la información transmitida.

*“El mejor recuerdo, es todo el apoyo e información que he recibido en el hospital y el servicio. Estoy muy contenta” 9M-A (18:70).*

*“Lo que mejor recuerdo del parto es la matrona. La verdad es que estoy súper contenta, me sirvió muchísimo porque estuvo en todo momento de verdad al lado mío” 20 M-A (39:77).*

*“La matrona que estaba que estuvo en todo momento con nosotros y se portó muy bien, sí” 31 M-B (131:18).*

Los peores recuerdos estuvieron ligados a emociones de incertidumbre y sufrimiento, entendido este como un estado de preocupación caracterizado por sensaciones de miedo o angustia ante una posible amenaza como una complicación o la falta de control donde se sintieron impotentes para hacer frente.

*“El recuerdo fue malo cuando en las ecografías ...empezó a mirar y dijo: se desvía porque viene pequeña. Me gustaría que me hubieran dado una garantía de que no pasaba nada, que era pequeño, pero que todo lo demás estaba bien. Pero eso no se puede pedir porque no te lo pueden dar. Negativo fue eso, ahí sí que lo pasamos mal” 4 M-A (8:38).*

*“En este parto lo peor...no sé ¿por qué llega un momento en que se pierden las pulsaciones y empiezan a moverse, a poner caras raras y te pones nerviosa, ¿Qué pasa? Y la contestación siempre es “no pasa nada, tranquila”. Pero tú ya estás viendo las caras, comentarios, muy discretos eso sí, pero ya sabes que algo está pasando” 23 M-A (45:21).*

*“Sobretudo el de la mañana, con la prostaglandina todas esas horas de darle a la cabeza, de ¿qué vendrá?, ¿cuánto tiempo tendré que esperar? Para mí eso fue lo más negativo, sí” 27 M-A (53:50).*

*“Me dijeron que habían perdido la señal del niño. Vivimos esa situación fuera de control” 22 M-B (113:28).*



*“El peor recuerdo cuando en el expulsivo, ves que empieza a entrar gente y gente. Dices aquí viene alguna complicación” 28 M-B (125:50).*

*“Cuando nació y no lloró, en ese momento dices: ¿por qué no ha llorado este niño? Y empiezas a pensar, no le ha llegado oxígeno al cerebro...” 42 M-B (147:18).*

A la angustia y preocupación se les añadió el recuerdo de la soledad de manera muy evidente en los casos en los que por distintas razones hubo de darse separación del hijo/a en el post parto inmediato.

*“Cuando salió con la vuelta de cordón y pasaron unos segundos que fue una eternidad y tu ¿qué pasa?, ¿qué pasa? y “no, no está bien está bien”. Pero en ese ahí...” 41 M-A (81:30).*

*“Yo ahí lo pasé muy mal y le dije vete, vete donde esté. Él se fue, me quedé completamente sola, fue un momento...de soledad total, te quedas ahí sin niño, sin nadie y con mucha preocupación” 42 M-A (83:81).*

*“Mi bebé nació con descompensación de azúcar por el tamaño y le pinchaban cada cuatro horas. Entonces me dijeron que si no se recuperaba en las próximas 12 o 16 horas lo iban a ingresar. Entonces fue un poco de angustiante ese recuerdo” 12 M-B (111:12).*

Otro de los peores recuerdos relatados por las mujeres fue la recuperación puerperal destacando el dolor, la sensación de impotencia e incluso de desamparo sentido que se manifestaron con llanto, labilidad e inestabilidad emocional. Es evidente que a pesar de la evocación y de la heterogeneidad de las sensaciones, con el paso del tiempo la situación coyuntural fue cambiando. Refieren haber conseguido adaptarse mediante el control personal, la regulación principalmente de la lactancia y la modificación de la actitud que permitió la estabilidad en un periodo que fue considerado crítico y en el que las mujeres se sentían vulnerables.

*“Sí que tuve, como veinte días o así, entre que tienes el niño y no sabes muy bien cómo hacer y estás recuperándote del parto y que suele dar bajón que es normal. Estuve como veinte días o así bastante malos” 4 M-A (8:54).*



*“Por la noche me daba más miedo. Entonces yo creo que ese momento, y además casi no dormía porque me pasaba la noche mirándola. Es el momento más duro a las noches” 13 M-A (26:37).*

*“A las dos semanas todavía no podía ni levantarme de la cama. Lloraba mucho de la impotencia de no poderme levantar, la niña lloraba...” 17 M-A (34:101).*

*“Cuando llegué a casa tenía unos dolores horribles y el postparto en general también tengo un recuerdo muy malo de impotencia” 36 M-A (71:42).*

### **1.3. Difusión de los resultados**

Pereda-Goikoetxea, B., Marín-Fernández, B., Liceaga-Otazu, N., & Elorza-Puyadena, M.I. (2019). A qualitative study of hospital birth perceptions: The helix of priority needs. *Midwifery*, 74:91-98. doi: 10.1016/j.midw.2019.03.018



Contents lists available at ScienceDirect

## Midwifery

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/midw](http://www.elsevier.com/locate/midw)

## A qualitative study of hospital birth perceptions: The helix of priority needs



Beatriz Pereda-Goikoetxea<sup>a,\*</sup>, Blanca Marín-Fernández<sup>b</sup>, Nerea Elisabethe Liceaga-Otazu<sup>a</sup>,  
 Maria Isabel Elorza-Puyadena<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Faculty of Medicine and Nursing, Department of Nursing, University of the Basque Country, Dr. J. Begiristain 105, 20014, San Sebastian, Spain

<sup>b</sup> Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Public University of Navarre, Barañain Avenue, 31008 Pamplona, Spain

### ARTICLE INFO

**Article history:**  
 Received 30 October 2018  
 Accepted 25 March 2019

**Keywords:**  
 Childbirth  
 Midwifery  
 Qualitative research  
 Women's experiences

### ABSTRACT

**Objective:** To understand which needs are considered priorities in the hospital birth experience from the perspectives of postpartum women.

**Design:** This qualitative prospective study used a phenomenological approach. Data were collected through participant observations and semi-structured interviews recorded at eight weeks and eight months after childbirth. The data were analysed using a thematic approach.

**Participants:** The study cohort consisted of 43 participants at eight weeks after childbirth and 33 participants eight months after childbirth.

**Setting:** Donostia University Hospital, San Sebastián, Spain, in 2016–2017.

**Findings:** Through the analysis, the following four main themes emerged, each in different categories: (a) Professional care: symbiosis between the woman and the professional: (a.1) professional treatment and its characteristics, (a.2) professional competence, and (a.3) professional information and listening: pillars in the support relationship. (b) Control and hospital safety: (b.1) hospital environment: external control. (c) Presence of the partner: (c.1) support, guidance, and participation. (d) Perception of observed feelings: (d.1) fear of complications or separation from the child, (d.2) fear of internal lack of control, and (d.3) fear of an instrumental delivery and/or caesarean section.

**Conclusions and implications for practice:** The core of the hospital birth experience is constituted by the need to establish a supportive relationship based on mutual trust, exchange information that offers internal and external control and the security necessary to overcome feelings of fear, and obtain support and guidance from an involved partner.

© 2019 Elsevier Ltd. All rights reserved.

### Introduction

The experience of childbirth is an individual, complex process that constitutes a milestone in the life of each woman. Larkin et al. (2012) defined it as an event in which there is an interrelation of subjective physiological and psychological processes influenced by social, environmental, organisational, and political contexts that affect the well-being of women, children, and the mother-child (Green et al., 1990) and mother-partner relationship (Reynolds, 1997).

The experience of childbirth accompanies the woman throughout her life (Simkin, 1991; Waldenström, 2004) and a positive event is associated with a favourable attitude towards motherhood and the relationship with the infant (Goodman et al., 2004;

Green et al., 1990), contributing to the improvement of women's self-esteem. However, a negative childbirth experience has been related to post-traumatic stress disorder, postpartum depression (Elmir et al., 2010), higher risk of prenatal depression in future pregnancies (Rubertsson et al., 2005), more requests for elective caesarean sections (Ryding, 1993), and possible transcendence in future reproductive decisions (Waldenström, 2004).

Elements that influence satisfaction with the birth experience include personal expectations, the support of caregivers (Gibbins and Thomson, 2001; Goodman et al., 2004; Larkin et al., 2012; Marín-Morales et al., 2013; Spaich et al., 2013; Waldenström, 1999), the quality of the caregiver-patient relationship (Gibbins and Thomson, 2001), participation in decision making (Gibbins and Thomson, 2001; Spaich et al., 2013), and the amount of control experienced during childbirth (Fair and Morrison, 2012; Gibbins and Thomson, 2001; Goodman et al., 2004; Larkin et al., 2012; Marín-Morales et al., 2013; Meyer, 2013; Waldenström, 2004).

\* Corresponding author.

E-mail address: [beatriz.pereda@ehu.es](mailto:beatriz.pereda@ehu.es) (B. Pereda-Goikoetxea).

Hodnett et al. (2013) maintained that these factors seem so important that they annul others, such as age, maternal preparation, socioeconomic level, pain, physical environment, and continuity of care. However, there are authors who consider factors such as pain (Spaich et al., 2013; Waldenström, 1999), anxiety, duration of delivery (Waldenström, 1999), type of delivery (Marín-Morales et al., 2013; Waldenström, 1999), partner support (Bryanton et al., 2008; Gibbins and Thomson, 2001), immediate contact between the newborn and mother (Bryanton et al., 2008), and sociodemographic elements (Goodman et al., 2004) as major factors in women's assessments of the quality of their birth experience.

The presence of the aforementioned factors that are associated with the childbirth experience are compatible with the principle of helicity proposed by Rogers (1970), in which diversity, creativity, and change reinforce the need for additional research to examine the associated components in a "good" or "bad" birth experience in a specific society and culture.

Current health paradigms demand that users have the opportunity to express their views on the positive and negative aspects of their experiences (Redshaw, 2008). Therefore, this study seeks to learn, from the perspectives of women who had hospital deliveries, how their experiences were and through that identify what needs should be met as a priority for a birth experience to be considered positive.

## Methods

### Setting

This study was endorsed by the delivery service of Donostia University Hospital, a public hospital located in the Basque Country of Spain. It is the tertiary referral hospital for all of the health organisations in Gipuzkoa and is responsible for providing comprehensive community health services to 360,000 people who constitute its reference population. The annual number of births registered at the delivery service was 3677 in 2016 and 3514 in 2017. Approximately 86% give birth in a public hospital (Osakidetza, 2015).

### Study design

This study followed a prospective qualitative method with an interpretive phenomenological approach (Van Manen, 1990) to explore in detail how the participants signified personal experiences and events (Eatough and Smith, 2017). Textual thematic analysis (Braun and Clarke, 2006) was used as the main focus of the investigation to understand the birth experience based on an interpretative process in which the researcher participated. The preconceptions of the main researcher, a midwife, were integrated to "sensitise" what was different (Gadamer, 2013), opting for a reflective posture (Todres and Wheeler, 2001) that ended in a "fusion of horizons" or a point at which people with different interpretations could converge, achieving broader, shared perceptions (Gadamer, 2013).

### Participants

The sample was obtained from women who came to Donostia University Hospital to give birth between January 1 and May 31, 2016, and voluntarily showed interest in participating in the study.

The inclusion criteria were the following: adequate oral and written comprehension of the Spanish and/or Basque language, delivery of a live newborn, pregnancy of 37 weeks or longer, cephalic presentation, 18 years of age or older, and the ability to understand and provide written informed consent.

**Table 1**  
Sociodemographic-obstetric characteristics of the sample.

Characteristics: N = 43	N (%)	
Age	(25–43)	Mean age: 34.6
Education	Primary	4 (9.3)
	Bachelor	1 (2.3)
	Professional	9 (20.9)
	Undergraduate	24 (55.8)
	Graduate	5 (11.6)
Weeks of pregnancy	(37–42)	Mean: 39.5
Parity	Primiparous	26 (60.4%)
	Multiparous	17 (39.5%)
Type of delivery onset	Spontaneous	24 (55.8%)
	Induced	19 (44.1%)
Mode of birth	Normal	28 (65.1%)
	Forceps	3 (6.9%)
	Vacuum extractor	5 (11.6%)
	Spatula	2 (4.6%)
	Caesarean	5 (11.6%)
Analgesia use	None	2 (4.6%)
	Local anaesthesia	3 (6.9%)
	Epidural anaesthesia	38 (88.3%)
Infant hospitalisation	No	38 (88.3%)
	Yes	5 (11.6%)

Women were excluded in cases of twin gestation, severe maternal clinical condition in pregnancy and/or after delivery involving admission to the ICU or resuscitation, neonatal admission to the intensive care unit, previous psychiatric/psychological illness or diagnosis during pregnancy, and scheduled caesarean section.

Three sampling methods were used: convenience, opportunity, and theory. In a first approach to the field, convenience sampling was conducted using the list of registered births and opportunity sampling in which a partner and a postpartum participant volunteered to be interviewed.

After interviewing 19 women, theoretical sampling was carried out. This took into consideration variables such as the type of start and end of the labour and delivery, whether analgesia was used, and the state of the newborn.

The women were recruited in the maternity unit of the hospital before hospital discharge. The principal investigator informed the potential participants both orally and in writing about the purpose of the investigation. By accepting, they were provided and explained informed consent and completed a sociodemographic-obstetric questionnaire (Table 1).

Initially, 57 participants were recruited, but the final sample in the first interview included 43 participants, and 33 took part in the second interview conducted eight months after childbirth. The causes for not taking part in the second interview were: contact was impossible in five cases, four participants reported not having time to conduct the second interview, and one did not attend the appointment.

The search for new participants was interrupted when no new information was obtained, either in the interviews or in the analysis of the last participants.

### Data collection

The following data collection techniques were used:

- Individual semistructured interviews conducted eight weeks (M-A) and eight months (M-B) after childbirth. The principal investigator held the interviews. Oral consent was requested to audio-record the interviews using a digital recorder. The mean duration of the first interviews was 29 min, 51 s, and the second was 20 min, 65 s.



**Table 2**

Constant cyclical data analysis (Braun and Clarke, 2006; Miles et al., 2014; Saldanã, 2016) conducted by the main researcher.

a) Familiarisation: Literal transcription of the recordings and general reading and rereading of the transcripts and documents
b) Segmentation of the text into units of meaning: associating and attaching the reflections of the main researcher
c) Identification and codification of units of meaning that represented different aspects of the women's experiences of childbirth: configuration of a list of codes from the first interview that was expanded with the analyses of subsequent interviews
d) Continuous comparison: meaning units, codes-meaning units, code-codes, category-categories, theme-themes
e) Definition of categories and grouping into broader issues: summarising and condensing units of meaning through the creation of semantic networks and matrices
f) Relationship and sharing of the issues with the other researchers
g) Description of what priority needs were perceived by the women in their hospital delivery experiences and why

**Table 3**

Description of the analysis.

	Examples of meaning units	Codes	Category	Theme
8 weeks	"So the fact of finding a midwife who is sweet, who gets a bit in your place, who is affectionate, and who reassures you at the same time and encourages you is also important." 41M-A (81:3)	Positive characteristics: tranquility, affection, empathy, encouragement	Professional treatment and its characteristics	Professional care: symbiosis between the woman and the professional
8 months	"For me, it is important that they speak to you well, that they treat me well, that they give me confidence, and that I believe that I am in good hands." 3M-B (103:3)	Positive characteristics: trust		

- The interviews started with an open question: What has your childbirth experience been like? In the second interview, the participants were asked: What do you recall about your childbirth experience after eight months? The women were completely free at all times to describe their experiences, leading to new questions over the course of the interviews.
- Participant observation: the principal investigator was completely integrated into the study population beforehand.
- A field diary was used to record the behaviours, events, and interactions between the professionals and the women who give birth.

#### Data analysis

The data were analysed thematically (Braun and Clarke, 2006) following the steps shown in Table 2. At all times, the approach used was inductive and the analysis of the data was cyclical to take into account and interpret the collected data until a meaning was constructed for the set (Creswell, 2013). An example of the analysis process is provided in Table 3.

The processing and management of the obtained data were performed by the main researcher using ATLAS.ti 7 qualitative data analysis software.

#### Rigor

The framework of Lincoln and Guba (1985) was followed to guarantee the trustworthiness of the data: credibility, transferability, confirmability, and dependability.

Credibility was facilitated by a triangulation of the discourse of each interview, the memorandums, and the notes in the field diary through the elaboration of matrices and conceptual networks from which the main themes emerged.

Transferability of the results: A detailed description of the method was provided to compare the outcomes of similar investigations. As a result, the main researcher detected a possible questionable limitation in different contexts and situations. To reinforce the transparency of the analysis and promote transferability, literal excerpts were used that described the reality of individual birth experiences.

Confirmability and dependability: The principal investigator conducted all of the interviews at eight weeks and eight months to ensure maximum coherence, supported by an audit follow-up by two of the authors knowledgeable on qualitative data analysis. They continuously examined and evaluated the research process,

**Table 4**

Thematic results.

Themes
A. Professional care: symbiosis between the woman and the professional
B. Control and hospital safety
C. Presence of the partner
D. Perception of observed feelings
Categories
A.1 Professional treatment and its characteristics
A.2 Professional competence
A.3 Professional information and listening: pillars in the support relationship
B.1 Hospital environment: external control
C.1 Support, guidance, and participation
D.1 Fear of complications or separation from the child
D.2 Fear of internal lack of control
D.3 Fear of an instrumental delivery and/or caesarean section

from the collection of the data to the generation of the themes and the final report. The findings were discussed in the group until a consensus was reached.

#### Ethical considerations

Before beginning the study (July 21, 2015), a favourable report was obtained from the Clinical Research Ethics Committee of the Health Area of Gipuzkoa (reference: BPG-APH-2015-01).

Participation was free and voluntary. All of the study subjects could drop out at any time. The confidentiality of the information and the participants' anonymity were guaranteed at all times through the assignment of codes. After the completion of the study, the participants received feedback on the results.

#### Findings

The results were deduced from each participant's comments while respecting the objectivity of what was expressed through a method whose main rule was to maintain the essential subjective content of what they related without making judgements or interpretations regarding the validity of their presumptions and opinions.

The following main topics emerged from the data obtained from the interviews at 8 weeks (M-A) and at 8 months (M-B) (see Table 4): (1) professional care: symbiosis between woman and professional; (2) control and hospital safety; (3) presence of the partner; and (4) perception of observed feelings.

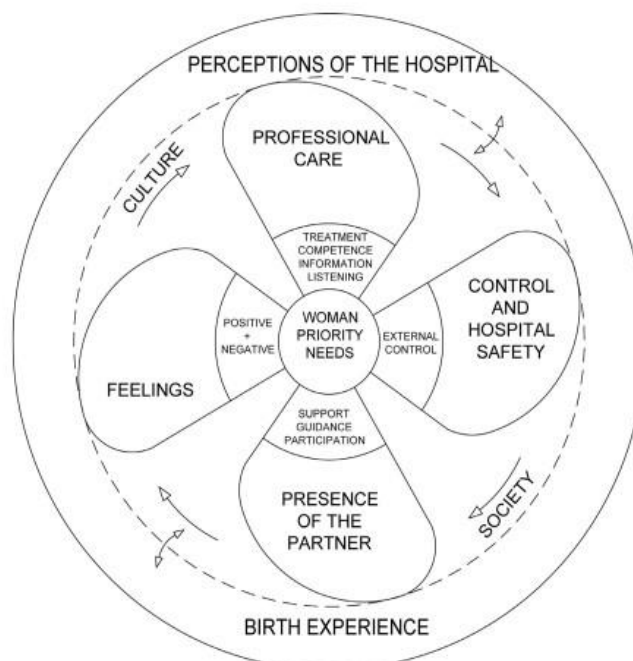


Fig. 1. Propeller of priority needs in the hospital delivery experience.

The influences and established relationships between the themes and categories were represented by the helix of priority needs in the hospital delivery experience, which is shown in Fig. 1.

#### Professional care: symbiosis between the woman and the professional

Based on the participants' descriptions, professional attention could be defined as a relationship of mutual support between the woman and the professional in which the treatment and professional competence stood out, noting that both covered the two aspects of care, that is, the technical and the interpersonal relationship aspects.

"I see that there is a very clear difference between what you know as a doctor, as a nurse, as an auxiliary and how you do your job that can be great there, but then there is also the other part of the person, right? So there are two different parts."

7M-A (14:76)

A third point that the women referred to in relation to professional attention was communication. Professional information and listening were considered fundamental pillars, both in terms of what the professionals did and what they said. These two points were essential in the links to physical, emotional, and spiritual sensations (which were all related), and they demanded respect for the values and beliefs of each person.

#### Professional treatment and its characteristics

The professional treatment was the most often mentioned and recalled in the women's experiences. They considered the positive professional treatment as characterised based on trust, closeness, affection, empathy, mutual respect, and contribution of tranquillity.

"I was very grateful that the professionals were close. I think it helped a lot, that symbiosis, that is, that atmosphere of trust that is created between them and you and between you and them."

21M-A (41:17)

"That they be pleasant and that they transmit tranquillity and then that they take your desires into account."

21M-B (111:4)

The women described having a sense of a lack of appropriate care when the treatment was impersonal, when the ways of addressing the parturient were improper, and when their opinions or situations were not taken into consideration.

"I mean, they didn't even ask me, 'How are you?,' 'What do you think?,' or 'How did yesterday go?' They did not interact with me at all, and that seemed quite cold."

33M-A (65:31)

"In the moment of delivery, the midwife did not present herself as such and that is something that I would have liked for her to have done to give me more confidence."

14M-B (105:6)

#### Professional competence

Overall, the women assumed that the professionals were competent and responsible, with knowledge and skills acquired during their training. However, concomitantly, they claimed that they should be qualified and able to solve problems in order to deal with any complications.



"...they are all there and that gave me peace of mind. You do not know if the birth is going to go well or badly, and if it goes badly, they give me confidence... For me, the most important thing is to be well during the birth, and if something happens, they can act upon it immediately."

16M-B (106:10)

#### *Professional information and listening: pillars in the support relationship*

Information and listening were considered key elements in the support relationships and for having a satisfactory experience. Proper information led to positive feelings as a source of tranquility and safety.

"...They should treat you well, they should inform you well about what is happening, because it is a very hard moment because there is pain and you don't know what is going to happen to you."

13M-A (26:27)

"Yes, a person with sensitivity, who listens to what you ask."

27M-B (123:24)

One aspect that was considered negative, however, was the absence of proper information, lack of clarity, unanswered questions, silence, not addressing the women when providing information, disturbing aspects of non-verbal communication, lack of unification of the criteria between primary and hospital care, and the existence of unresolved doubts. All of these factors generated feelings of uncertainty, worry, and even fear on several occasions.

"I asked because I wanted to know something about my baby, but they as professionals should inform me and not leave me as if I were a machine."

30M-A (59:16)

"I did not have a very good experience, especially because of the whole lack of communication. Because if you do not explain things well, this generates insecurity."

7M-B (95: 8)

#### *Control and hospital safety*

Caring means to "worry about" and "to believe in" someone, strengthening their skills and accompanying them during their experiences. It is clear that, to achieve this, proactivity and efficiency are required in the care that the complexity of childbirth requires. This raises challenges no profession can overcome alone, so multidisciplinary supported by equity and parity is essential.

The participants' main desire was "that everything would go well," that the mother/child would thrive.

"The security, of the two, I mean of course that I did not want complications for me, nor for the girl, that is the most important..."

9M-A (18:3)

"The most important thing is that there are no complications and nothing happens as a result of childbirth."

21M-A (41:139)

#### *Hospital environment: external control*

The women associated the hospital with an environment in which the use of devices, technology, and the feeling of being supervised by professional caregivers with extensive knowledge and experience guaranteed external control. This was considered a basic pillar to prevent or manage complications that could arise during the birth process and require immediate treatment. Thus, the

women gained a sense of security, which is ultimately what they expected from the hospital.

"I have always had big babies and I have been afraid that there will be some setback, knowing that I am under control makes me feel safer. The hospital gave me a positive feeling."

12M-A (24:10)

However, in turn, the women wanted to preserve their privacy and enforce their wishes as much as possible.

"I think it was good because I was informed of everything, and at all times I had a balance between information and knowing that I was well-attended and privacy."

40M-B (143:3)

#### *Presence of the partner*

The women considered the presence of their partners during childbirth the most important form of support.

"That's super important because for me, his presence was half of it because he was a complement to me and did what I needed, that's what he was doing."

27M-A (53:33)

The women considered their partners their main supports in childbirth, and two types of attitudes among them were distinguished. One was an active attitude, in which the partner was involved in meeting the demands (physical and emotional) of the women. The other was a passive attitude, in which the partner was present but opted not to participate, actively staying on the sidelines as a mere spectator.

"For me the most important thing is to be with your partner, for your partner to be involved with you, helping you to breathe, supporting you the whole time. For me, that is important."

23M-A (45:65)

"He always says that, his phrase is that he felt like he was at a party where he had not been invited. He sat in a corner so as not to disturb anyone. They took good care of him, but it is true that he felt in the background."

31M-B (131:36)

#### *Support, guidance, and participation*

The partner's involvement was always the most requested factor and was positively valued by the women as it provided security. It was considered a source of motivation, tranquility, strength, and confidence. Concomitantly, the women thought that it was very valuable for maintaining their internal control to have the support, encouragement, and help provided.

"I had good things that I remember, first that my husband was there, and for me it was fundamental that he could be there at all times because he gives me a lot of security."

7M-A (14:15)

"For me, having your partner as a companion is very important. It really gave me strength, it really made me feel secure to continue."

14M-B (105:14)

The women thought that their partner's participation should not only occur during the delivery, but if their participation started during the pregnancy, there would be benefits both during the delivery and in the postpartum period. During childbirth, the partner would know how to take an active part in the process, and in the postpartum period, be more involved in the child's upbringing.

"The father outside should also participate...Because after all if he's involved in the pregnancy, in childbirth, I believe it also helps to engage him in parenting."

33M-B (133:7)

Supporting the aforementioned comments, the women did not consider it appropriate that the partner should not be allowed to be involved in childbirth preparation classes or be at the birth.

"He wanted and they didn't let him, because there were many people and little space. I believe that's not good because, after all, they are also giving birth and have doubts like we do."

2M-B (87:39)

"I wish the father could have been in the operating room."

25M-B (121:9)

#### Perception of observed feelings

Depending on the particular way each woman perceived the birth process, sensory processing differed, so they described varying sensations and emotions that generated a combination of feelings that influenced the perception of a positive or negative childbirth experience.

The positive feelings cited included joy, excitement, satisfaction, happiness, confidence, tranquillity, emotion, and enjoyment, among others. The negative feelings included suffering, anxiety, disappointment, feelings of trauma, and worry. Above all, the negative feelings most noted by the women were fear that was mainly related to complications with or separation from the child and the fear of internal lack of control and of the birth ending in an instrumental delivery or caesarean section.

#### Fear of complications or separation from the child

Complications during or after delivery were experienced as feelings of tension, fear, and anguish.

"I think that is what I was most afraid of, that the girl might not come out okay and have problems in childbirth."

31M-A (61:8)

"They put him on me and he did not cry. They take him away from you and at that moment, you feel really scared."

42M-B (147:9)

One woman described the experience of the separation and return home without her child as one of despair and rootlessness.

"To return home without the baby, because he stayed there because of an infection he got... I felt like he had been ripped from me."

35M-A (69:3)

#### Fear of internal lack of control

Some women expressed a fear of lacking control, that is, the fear of not controlling their internal sensations, "losing their mind," or feeling that they lacked control of their bodies and/or minds.

"Totally uncontrolled...What do you say but what is this? You cannot talk, or cry, pain is everywhere, you do not know whether to scream."

18M-A (36:14)

This need for internal control or self-control of the body, behaviour, and emotions during labour was associated to a large extent with the women's ability to tolerate pain. To cope, some reported actively participating in labour; however, others reported adopting passive behaviours in which they were left totally in the hands of professionals.

"I think it is very important to control, to say come there is a goal."

20M-A (39:10)

"In that sense, I have a kind of self-control, I have that confidence in knowing my body. So I felt good."

21M-B (111:21)

"I had to be calm because I could not control anything."

22M-A (43:10)

"They put me in the delivery room, and there my legs began to shake a little."

25M-A (49:29)

#### Fear of an instrumental delivery and/or caesarean section

A large number of the women reported fear of the process ending in an instrumental delivery and/or caesarean section. Having an instrumental delivery or caesarean section did not coincide with the women's previous expectations, so feelings of grief and disappointment were generated.

"With the fear about everything going well, a fear I had was that they were going to use instruments."

42M-A (83:62)

"In the end, as the delivery ended in a caesarean section, I was a bit disenchanted."

37M-B (136:12)

#### Discussion

In the present study, the experiences shared by the women of what they considered as priority needs regarding the birth process were described, inferring that there is a constant relationship between the themes that have served to centre the results of the work: professional care, control, hospital safety, support from partners, and feelings.

Linking the results with the discussion regarding professional care, the women highlighted the professional treatment or care, understood as a symbiosis between the women and the professionals, and demanded the establishment of a relationship of interdependence based on trust, closeness, affection, empathy, mutual respect, and offering tranquillity.

Trust and the contribution of tranquillity were reported by Hodnett et al. (2013) and Bohren et al. (2017), who also called for relational continuity (Dahlberg and Aune, 2013), emotional support (Marín-Morales et al., 2013), and the continuous presence of the midwife during childbirth (Aune et al., 2014). In the present environment, however, this continuity does not always occur because the professional who provides care in primary care during pregnancy and postpartum hardly has any relationship with those who attend childbirth and the hospital stay.

Hodnett et al. (2013) and Bohren et al. (2017) added the request for relief measures to the aforementioned characteristics that, although prevalent, were barely part of the stories of the women interviewed.

Another element repeated and collected both among the women and in the literature referred to the need to receive information to enhance the ability to make decisions shared with the professionals, building an interactive and dynamic process (O'Brien et al., 2017). Overall, the need was observed for the midwife to have communication skills, including listening, the provision of accurate information, and proactivity (Green et al., 1990; Halldorsdottir and Karlsdottir, 2011; O'Brien et al., 2017).

Goberna-Tricas et al. (2011) stated that in pregnancy, and especially during childbirth, women believe that their feelings and



values should be understood by professionals; they seek not just information but empathy and personal commitment. The women interviewed herein described these characteristics as necessary for the professionals, but based them on the importance of receiving appropriate, correct, and complete information. When they felt well-informed, they believed that the personal and empathetic commitment needed existed in all of the members of the team that valued the intrinsic capacities of each woman, which in turn served to increase her sense of control.

In this study, hospital control and safety were associated with external control, which was referenced on the one hand, just as Green and Baston (2003) noted, to what the woman expected from the hospital under the supervision of professionals, and on the other hand, to what technology can offer.

Although control and security is important, the claim that health professionals should recognise the right of women to participate in decision-making has persisted. This idea was also reflected in research conducted by Elmir et al. (2010) and Karlström et al. (2015), who highlighted the importance of professionals admitting women's self-assessment capacity and feeling that they could control the situation even at the most critical moments.

As in the current study, Goberna-Tricas et al. (2011) affirmed that women felt satisfied with the use of technology in the hospital environment because they recognised that it was a source of security and served to reduce their anxiety. However, hospital technology as a source of security has been questioned by authors such as Davis-Floyd (2001), who concluded that the abusive use of technology promoted bad practises that could interfere with the mother-child bonding process. In this sense, Healy et al. (2016) posited that in hospital births, women may be denied the opportunity to take responsibility and make decisions because professionals have the most knowledge. For these reasons, Van Kelst et al. (2013) believed that women become passive patients and lose the confidence to experience labour without interventions.

The presence, support, and involvement of the partner was another aspect the women valued positively, as being accompanied made them feel more confident, safe, in control of the situation, and involved in the parenting. These results are consistent with those of Dahlberg and Aune (2013), Eggermont et al. (2017), Gibbins and Thomson (2001), and Karlström et al. (2015). The degree of involvement from partners can oscillate between involvement beginning in pregnancy to purely physical involvement in childbirth or, the type most demanded by women, to providing guidance, encouragement, and active participation during childbirth.

In some cases, the partner did not feel included and prepared to effectively support their partner even though they wanted to be an active participant in the process, and they perceived a lack of encouragement from the professionals (Bäckström et al., 2016). This was mainly due to the lack of internalisation of the role that they should have filled because they felt "not like a patient, and not like a visitor" (Steen et al., 2012) and thought they were in an indefinite interstitial space that manifested in the form of insecurity and exclusion.

The feeling most cited by the women in this study was fear. Nilsson and Lundgren (2009) claimed that fear influences women in such a way that they feel insecure about themselves and doubt their ability to give birth. However, control of behaviours and emotions is associated with personal safety and is often based on trust in professionals (Meyer, 2013) and informed choice (O'Brien et al., 2017) as a basis for feeling empowered and taking an active part in making decisions (Karlström et al., 2015), even in a hospital environment (Goberna-Tricas et al., 2011).

The women in this study demanded and claimed autonomy along with their role as protagonists in childbirth and despite their fear. We agree with Simkin (1991) that women who had a birth ex-

perience that they considered positive experienced improved self-esteem and self-confidence.

### Limitations

The transferability of the data was limited because the data was collected exclusively in a tertiary hospital that, despite being a reference in the province, limits the comparability with births in other types of hospitals.

All of the participants were recruited in the same centre. Therefore, although they were a heterogeneous sample, all of the women complied with the criteria and standards of that centre.

The decision to initially focus on the women's perspectives can provide a partial view of hospital births. For the sake of future research, knowing professionals' perspectives is necessary to obtain a more complete view and to unify criteria to establish proposals for improvements in clinical practise.

The familiarity of the principal investigator could be a limitation as this could sometimes lead to misinterpretations of the situations that occurred and/or overlooking of significant events or behaviours.

### Conclusions

This work on the helix of priority needs (Fig. 1) shows the existing influence of some needs on others, with their relationships as the propelling force of the final perception of the hospital delivery experience.

The experiences shared by the women led us to consider a positive birth experience one that establishes a professional-personal relationship of support, both physical and emotional, based on trust, with the contribution of tranquillity. Sharing information and listening facilitate proactive actions, security, and control, both external and internal. These elements together with the support and involvement of the woman's partner generate a combination of positive feelings that favour the perception of a satisfactory birth experience.

However, negative perceptions are related to feelings of being incapacitated as well as fear generated by an absence or lack of information, the presence of upsetting forms of non-verbal communication, a lack of unified criteria, a lack of internal control, impersonal behaviours and attitudes on the part of professionals, and a lack of partner involvement.

### Conflict of interest

The authors declare that no potential conflicts of interest are involved in the research, authorship and publication of this article.

### Ethical approval

Before beginning the study (July 21, 2015), a favourable report was obtained from the Clinical Research Ethics Committee of the Health Area of Gipuzkoa (reference: BPG-APH-2015-01).

Participation was free and voluntary. All of the study subjects could drop out at any time. The confidentiality of the information and the participants' anonymity were guaranteed at all times through the assignment of codes. After the completion of the study, the participants received feedback on the results.

### Funding sources

None.

### Clinical trial registry

None.



## Acknowledgments

The authors are grateful to the 43 participants who voluntarily made time to participate in the interviews for this study.

## References

- Aune, I., Amundsen, H.H., Skaget Aas, L.C., 2014. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery* 30, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>.
- Bäckström, C.A., Mårtensson, L.B., Golsäter, M.H., Thorstensson, S.A., 2016. "It's like a puzzle": pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care. *Women Birth* 29, e110–e118. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.011>.
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K., Cuthbert, A., 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>.
- Braun, V., Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 3 (2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706ap0630a>.
- Bryanton, J., Gagnon, A.J., Johnston, C., Hatem, M., 2008. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGNN - J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 37, 24–34. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x>.
- Creswell, J.W., 2013. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*, third ed. Sage Publications, London.
- Dahlberg, U., Aune, I., 2013. The woman's birth experience-The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 29, 407–415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>.
- Davis-Floyd, R.E., 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 75 (1), S5–S23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0).
- Eatough, V., Smith, J.A., 2017. Interpretative Phenomenological Analysis. In: Willing, C., Rogers, W. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research in Psychology*, second ed., Sage Publications, London.
- Eggermont, K., Beekman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., Verhaeghe, S., 2017. Needs of fathers during labour and childbirth: a cross-sectional study. *Women Birth* 30, e188–e197. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.001>.
- Elmir, R., Schmie, V., Wilkes, L., Jackson, D., 2010. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J. Adv. Nurs.* 66, 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>.
- Fair, C.D., Morrison, T.E., 2012. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery* 28, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.013>.
- Gadamer, H.-G., 2013. *Truth and Method*. Bloomsbury Academic, London.
- Gibbins, J., Thomson, A.M., 2001. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 17, 302–313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>.
- Goberna-Tricas, J., Banús-Giménez, M.R., Palacio-Tauste, A., Linares-Sancho, S., 2011. Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery* 27, e231–e237. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004>.
- Goodman, P., Mackey, M.C., Tavacoli, A., 2014. Factors related to childbirth satisfaction: Factors related to childbirth satisfaction. *J. Adv. Nurs.* 46 (2), 212–219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>.
- Green, J., Baston, H., 2003. Feeling in control during labour: concepts, correlates and consequences. *Birth* 30, 235–247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>.
- Green, J.M., Coupland, V.A., Kitzinger, J.V., 1990. Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: a Prospective Study of 825 Women. *Birth* 17 (1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1990.tb00047.x>.
- Haldonsdottir, S., Karlsdottir, S.J., 2011. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand. J. Caring Sci.* 25, 806–817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>.
- Healy, S., Humphreys, E., Kennedy, C., 2016. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: an integrative review. *Women and Birth* 29, 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>.
- Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I., 2015. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Preg Childbirth* 15, 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>.
- Larkin, P., Begley, C.M., Devane, D., 2012. Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery* 28, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.007>.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G., 1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, New York.
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, E.J., Peñacoba-Puente, C., Olmos Albacete, R., Toro Molina, S., 2013. Factor structure validity, and reliability of the Spanish version of the Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire. *Midwifery* 29, 1339–1345. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.015>.
- Meyer, S., 2013. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *J. Adv. Nurs.* 69, 218–228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06051.x>.
- Miles, M.B., Huberman, A.M., Saldana, J., 2014. *Qualitative Data analysis: a Methods Sourcebook, third edn* Sage Publications, London.
- Nilsson, C., Lundgren, I., 2009. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25, e1–e9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>.
- O'Brien, D., Butler, M.M., Casey, M., 2017. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery* 46, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.002>.
- Osakidetza, 2015. Hospital statistics in the Autonomous Community of the Basque Country. [www Document]. [http://www.euskadi.eus/contentidos/informacion/siras/es\\_def/adjuntos/2015/resumenderesultados\\_2015\\_cas.pdf](http://www.euskadi.eus/contentidos/informacion/siras/es_def/adjuntos/2015/resumenderesultados_2015_cas.pdf) (accessed 12.7.17).
- Redshaw, M., 2008. Women as consumers of maternity care: measuring 'satisfaction' or 'dissatisfaction'. *Birth* 35, 73–76. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00215.x>.
- Reynolds, J.L., 1997. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Cmaj* 156, 831–835.
- Rogers, M.E., 1970. *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. F.A. Davis Co, Philadelphia.
- Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådestad, I., Hildingsson, I., 2005. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J. Reprod. Infant Psychol.* 23, 155–166. <https://doi.org/10.1080/02646830500129289>.
- Ryding, E.L., 1993. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 72, 280–285. <https://doi.org/10.3109/00016349309068038>.
- Saldana, J., 2016. *The Coding Manual for Qualitative Researchers, third ed.* Sage Publications, London.
- Simkin, P., 1991. Just another day in a woman's life? women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* 18, 203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>.
- Spaich, S., Wetzel, G., Berlit, S., Temennac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., Kehl, S., 2013. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 170, 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.040>.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., Edozien, I., 2012. Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery* 28, 422–431. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>.
- Todres, L., Wheeler, S., 2001. The complementarity of phenomenology, hermeneutics and existentialism as a philosophical perspective for nursing research. *Int. J. Nurs. Stud.* 38, 1–8. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00047-X).
- Van Kelst, L., Spitz, B., Sermeus, W., Thomson, A.M., 2013. A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. *Midwifery* 29, e9–17. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.10.002>.
- Van Manen, M., 1990. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press, New York.
- Waldenström, U., 2004. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* 31, 102–107. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x>.
- Waldenström, U., 1999. Experience of labor and birth in 1111 women. *J. Psychosom. Res.* 47, 471–482. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00043-4).

## **2. Significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario: voces de los profesionales**

Para dar repuesta a los objetivos planteados, en el siguiente apartado se describen los factores de la atención profesional, que pueden influir en la satisfacción de las mujeres en su experiencia de parto y en la búsqueda de la definición del concepto de parto ideal.

En la asistencia de un parto hospitalario, los profesionales con responsabilidad, han de establecer una relación terapéutica, psicológica y emocional directa con la persona que va a dar a luz a fin de que cada mujer pueda obtener el máximo bienestar expresando la forma en que desea satisfacer cada una de las necesidades. Ellos, se involucran estrechamente con la gestante, siendo el apoyo imprescindible en el afrontamiento eficaz de este proceso. Para ello, es importante que tengan herramientas que les permitan desarrollar la verdadera misión de su quehacer, teniendo en cuenta que éstas han de facilitar la mejor evolución del nacimiento, propiciando en la medida de lo posible un ambiente cálido, familiar, en compañía de quien le ofrece apoyo incondicional.

Con estas premisas como base, se presenta el significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario desde la perspectiva de ginecólogas, matronas y auxiliares de los grupos de discusión planteados a tal fin.

Al abordar la cuestión surgieron dos grandes temas. Por una parte, los cambios detectados en el proceder de las mujeres en el momento del parto y por otra, la actitud de las profesionales ante las nuevas demandas que se plantean en cada parto.

Observando los cambios detectados en las mujeres, las profesionales hicieron distintas interpretaciones, supeditadas a la necesidad de control y seguridad que las mujeres en el proceso de parto expresaron, reconociendo responsabilidades mutuas en las que ambas partes (profesionales-mujeres) se beneficiaban y desarrollaban el máximo potencial.

Respecto a la actitud de los profesionales ante las demandas de las mujeres, reconocieron la necesidad de adaptación y autocrítica que conllevaba también responsabilidades que suponían un proceso recíproco y mutuo de interacción. A todo ello hay que añadir la percepción social constituida por el contexto histórico, personal, social, político... en el que cada persona vive en la búsqueda constante de las mejores condiciones para mantener su bienestar.

Además, para comprender que cada persona era agente del proceso que estaba viviendo, en la figura 9 se muestra la relación indisociable del universo que conforma cada vivencia en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante que le llevaba a convivir en y con él. Esto explica lo que se ha denominado geometría dinámica del parto, entendida esta como el saber que va más allá de la intuición, empleando el conocimiento propio de forma creativa. A su vez se plantea la idea de dinámica porque es un proceso cambiante en el que se han de comprender los aspectos biológicos, comportamentales y sociales de las personas tal como son percibidas por cada una de ellas.

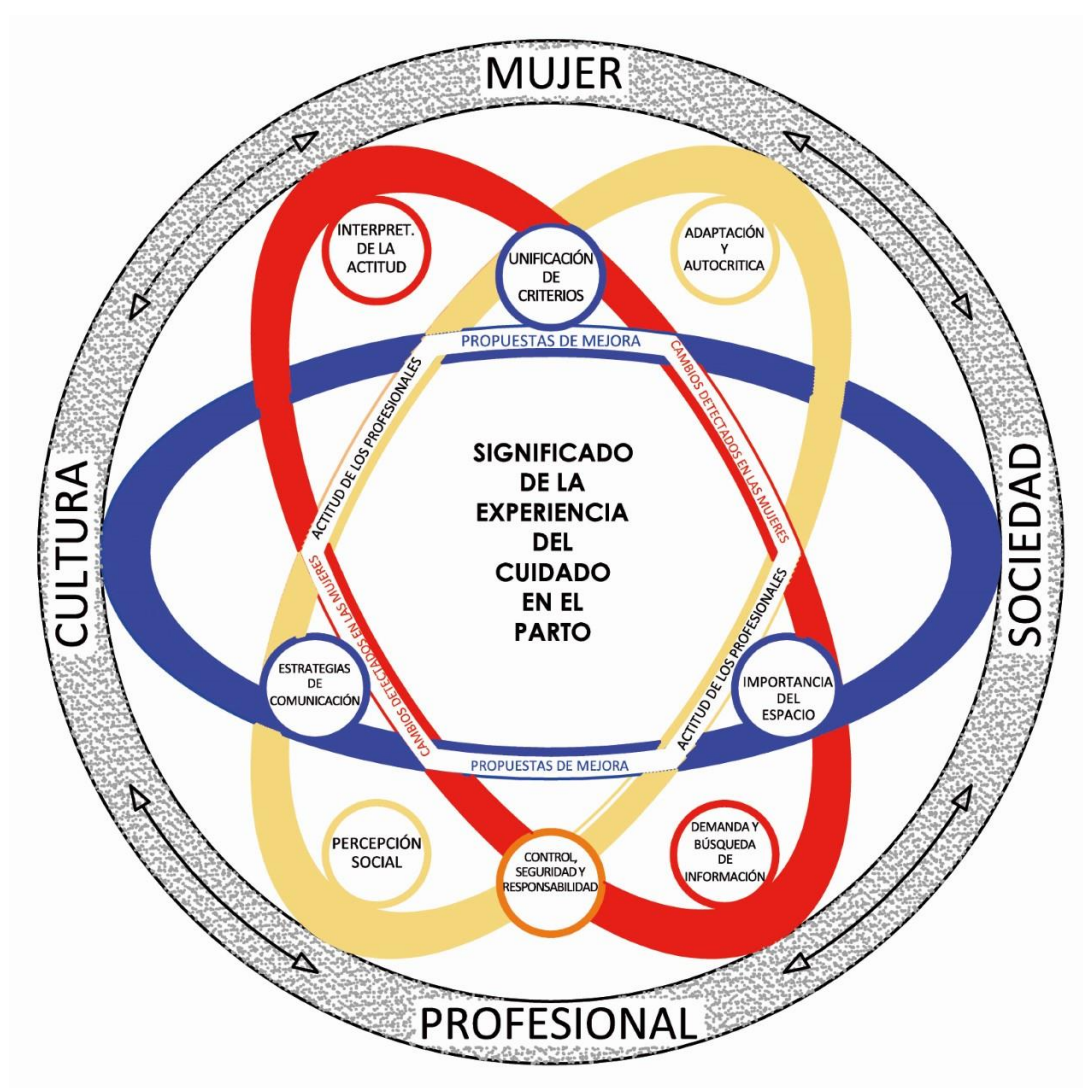


Figura 9. Geometría dinámica del parto hospitalario. Elaboración propia.

A fin de observar esquemáticamente el desarrollo de este apartado, en la tabla 16 se exponen de forma sintética los temas y subtemas que en el mismo se van a desarrollar.



Tabla 16.

*Significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario: principales temas y subtemas obtenidos con cita significativa.*

TEMAS		
Cambios detectados en las mujeres en el proceso de parto	Actitud de los profesionales ante las demandas de las mujeres	Propuestas de mejora continua
Subtemas		
<p><b>Interpretación de la actitud de las mujeres en el parto</b></p> <p><i>“Yo creo que hay mucha variedad. Hay mujeres que viven su parto con mucha conciencia, que se sienten responsables y agentes de su parto; hay otras que se ponen en nuestras manos y somos nosotros los que hacemos cosas. No tienen la sensación de que son ellas las que están teniendo una vivencia personal” 3G-1(153:1).</i></p>	<p><b>Adaptación y autocrítica</b></p> <p><i>“Al final todos tenemos que aprender de todos. Hay muchas cosas que nos han hecho reflexionar” 1G-4 (149:49).</i></p>	<p><b>Unificación de criterios entre atención primaria y Hospitalaria</b></p> <p><i>“La población ha cambiado mucho y tenemos un trabajo pendiente de coordinación y consenso entre lo que es el hospital y la primaria” 1G-1 (149:29).</i></p>
<p><b>Control, seguridad y responsabilidad</b></p> <p><i>“Un embarazo tan controlado que da la sensación que se sienten como enfermas, no como un proceso natural” 3G-1(153:2).</i></p>	<p><b>Control, seguridad y responsabilidad</b></p> <p><i>“En un parto con conexión te sientes regalada” 2G-1 (151:52).</i></p>	<p><b>Estrategias de comunicación</b></p> <p><i>“Yo pienso que nos podría faltar un refuerzo posterior...ya que a veces les surgen dudas: será porque no he empujado, porque me han inducido, porque me han puesto mucha oxitocina será porque...hablar sobre ello” 1G-3 (149:20).</i></p>
<p><b>Demanda y búsqueda de información</b></p> <p><i>“La sociedad sí que te pide el compromiso de explicar, explicar...” 4G-1 (155:6).</i></p>	<p><b>Percepción social</b></p> <p><i>“Antes era sumisión y lo de ahora es todo lo contrario. Tengo mis derechos y tu obligación es que todo salga bien” 4G-1 (155:9).</i></p>	<p><b>La importancia del espacio</b></p> <p><i>“Que hubiera espacios para hablar, para intercambiar opiniones para mejorar, pero en conjunto” 3G-1 (153:22).</i></p>

NOTA: *Elaboración propi*

## 2.1. Cambios detectados en las mujeres en el proceso de parto

Un problema habitual en cualquier campo de la ciencia, incluido el que hace referencia a la salud, es que cuando un paradigma determinado ha guiado las acciones de una profesión, es difícil comprender y aceptar cualquier cambio que se proponga.

Sin embargo, las profesionales participantes en este estudio, fueron capaces de percibir el cambio, inducido especialmente por las demandas de las mujeres durante el trabajo de parto y de realizar inferencias acerca de sus reacciones, tanto a nivel mental, como emocional, conductual o físico... No hay duda de que las actitudes han ido modificándose, pero siempre se ha tenido muy presente que uno de los objetivos comunes que todas las partes señalaron fue la seguridad de la madre e hijo/a y el deseo de control mediante el uso de los recursos disponibles.

*“Yo creo que busca la seguridad de estar en un hospital, ... viene con dudas, con miedos, a ver que le contamos: si está de parto, si no, si todo está bien, si no” 2 G-1 (151:39).*

### 2.1.1. Interpretación de la actitud de las mujeres en el parto

Al igual que la actitud en el parto variaba de unas mujeres a otras, la interpretación que tanto las profesionales como las mujeres hacían del mismo también variaba. Es evidente que la variabilidad es reflejo de la propia persona y la actitud que se adopta es consecuencia de procesos cognitivos, afectivos y conductuales que le permiten adaptarse de forma consciente al entorno cambiante en el que está inmersa.

*“Yo creo que hay mucha variedad. Hay mujeres que viven su parto con mucha conciencia, que se sienten responsables y agentes de su parto; hay otras que se ponen en nuestras manos y que somos nosotros los que hacemos cosas. No tienen la sensación de que son ellas las que están teniendo una vivencia personal” 3 G-1(153:1).*

Entendiendo el parto como un proceso dinámico, la forma en que se vive, concibe y se da significado al mismo puede estar caracterizado e interpretado por las relaciones y expectativas que determinan el comportamiento y sincronía entre las

personas. Ante esta situación las profesionales interpretaron las actitudes teniendo en cuenta tanto las variables exógenas (las cuales escapan de nuestro control), como endógenas (que son las que creemos que de alguna manera podemos controlar). Relataron que ambas servían para estimular las estructuras interdisciplinarias condicionantes de la satisfacción de las necesidades básicas, que son la esencia y razón de ser de cada persona.

Teniendo esto en cuenta, las apreciaciones de actitud que han realizado las profesionales ante el comportamiento de las mujeres, podríamos clasificarlas de la siguiente forma:

- a) Mujeres que presentan una actitud activa y desean ser partícipes, conscientes física y emocionalmente mostrando una actitud abierta a los posibles cambios que vayan surgiendo en el proceso dinámico del parto.

*“Sí yo lo que veo es que hay mujeres que vienen con la actitud de es mi parto” 3 G-2 (153:5).*

*“Hay mujeres que viven su parto con mucha conciencia, que se sienten responsables y agentes de su parto” 3 G-1(153:1).*

El hecho de que las mujeres muestren una actitud activa y participe, los profesionales lo vinculan con el empoderamiento entendido este en su doble sentido “dar poder” y “capacitar” a las mujeres con el fin de que participen en la vivencia del parto y puedan mejorar el autoconcepto mediante estrategias y destrezas que permitan explorar posibilidades y oportunidades en aras a conseguir el bienestar deseado.

*“Yo creo que se hacen fuertes en la consciencia de fijate de lo que yo soy capaz de hacer: vida. Que está aquí” 2 G-1 (151:79).*

- b) Mujeres que presentan una actitud activa y desean ser partícipes, conscientes física y emocionalmente, pero muestran una actitud cerrada a los posibles cambios o dificultades que vayan surgiendo en el proceso dinámico del parto.

*“...mujeres que se adaptan, pero si el parto se tuerce, su actitud de no adaptarse hace que tengan una mala experiencia de parto” 3 G-2 (153:5).*

*“Este es mi parto y yo decido y luego se llevan al final una experiencia mala de parto porque no han sido capaces de alguna manera adaptarse a lo que la experiencia les ha dado” 3 G-2 (153:3).*

- c) Mujeres con actitud pasiva, que no se involucran en el parto y cuyo comportamiento está a merced de los deseos e instrucciones de los profesionales y no rehúyen de su situación. Se observa una vivencia algo desvinculada al proceso del parto, donde las mujeres evitan su rol de protagonista pasando a ser objeto de los profesionales.

*“Sí bastante más pasivas sobretudo una vez que se ponen la epidural. Es como que no pasa nada, podrían estar viendo la televisión, mientras ocurre todo el proceso de dilatación. Una vivencia como un poco desvinculada” 2G-2 (151:1).*

- d) Mujeres con una actitud de indiferencia, que rehúyen su situación al considerarse meras portadoras y el proceso de parto lo viven como periodo de tránsito, rehuendo la vivencia de las sensaciones. No quieren participar, ni tomar decisiones.

*“El momento del parto creo que tienen una sensación de tránsito. Que es un tránsito de dentro de la tripa a fuera de la tripa y vamos a vivirlo lo mejor posible” 2 G-1 (151:2).*

*“Yo siento que sí, que nos lo lanzan a nosotros, pero tiene que ver con la desconexión corporal” 2 G-2 (151:83).*

### **2.1.2. Control, seguridad y responsabilidad**

Durante los grupos de discusión, se apreció que se entendía el control desde una doble vertiente. La primera, es la que deriva de la idea de supervisión. En ella la presencia, atención y disponibilidad facilita un cuidado activo mediante el que se favorece el desarrollo del potencial de la persona que está experimentando una vivencia única e irrepetible.

En la segunda se trata de actuar, cerciorándose y comprobando que los principios y estrategias de intervención son precisos o considerando si se deben

emprender acciones correctoras que sirvan para subsanar las desviaciones que puedan presentarse en el proceso.

Con esta perspectiva, las profesionales opinaron que las mujeres, a menudo, asociaban la supervisión con el control de una tecnología cada vez más avanzada que considerada como modo de control externo ha ido en continuo aumento, buscando la seguridad que permita reducir la morbi-mortalidad madre-hijo/a.

Relacionaron el control externo con un cambio de paradigma en la interpretación del embarazo y parto ya que actualmente perciben que las mujeres, en general, han dejado a un lado la sumisión total y tienden a solicitar más información y a declarar sus convicciones y peticiones en relación al parto, llegando en ocasiones a identificarse actitudes de exigencia hacia los profesionales.

*“La evolución que decíamos de antes ahora. Antes las mujeres venían, nadie preguntaba, nadie decía. No se podía ni preguntar, ni decir, venía el médico, la matrona y el que fuera y hacía pi, pa, pam fuera. Hay un sitio intermedio en el que se pueden ir haciendo las cosas, que es lo que a mí me parece idóneo. Con tranquilidad, explicando diciendo qué hacer, esto por qué pasa y explicando un poco” 4 G-1 (155:18).*

*“Y luego con la cuestión de la exigencia, yo creo que también eran menos exigentes” 2 G-1 (151:41).*

*“Sumisión efectivamente. Antes era sumisión y lo de ahora a mí me parece que es todo lo contrario. Tengo mis derechos y tu obligación es que todo salga bien” 4 G-1 (155:9).*

Pero el continuo aumento de recursos tecnológicos disponibles no garantiza, en sí mismo, la ausencia de complicaciones y se detecta que en procesos que salen de las expectativas previstas, la intolerancia, la frustración y las dificultades en asumirlas, recaen sobre los profesionales a los que se les culpabiliza de las consecuencias y de los posibles eventos adversos.

*“No tenemos capacidad de frustración, no aceptamos que las cosas salgan mal entonces, yo creo que es la sociedad” 4 G-1 (155:12).*



*“Yo creo que no estamos capacitados para asumir ciertas responsabilidades. En esta sociedad, no estamos capacitados para asumir que puede haber una muerte de un niño, de una mujer... Y que hay una parte del parto que es imposible de controlar por mí, por la matrona, por la mujer o por ... Y eso no se acepta en esta sociedad” 4 G-3 (155:10).*

Definieron esta actitud como el reflejo de la sociedad en la que estamos inmersos y en la que se considera que la utilización de tecnología bajo supervisión de profesionales con conocimientos y experiencia va a ser suficiente para evitar o hacer frente a las complicaciones.

Sin embargo, con esta realidad se plantean nuevos retos ya que hay una sensación generalizada de que la supervisión más se parece al seguimiento de un proceso patológico, no fisiológico que conlleva una pérdida de naturalidad y dificulta el manejo del trabajo de parto de modo proactivo.

*“Quiero un parto súper natural sin intervención claro, y todo lo contrario. Y rompes bolsa y te lo tienen que inducir y acaba en un fórceps. Creo que quien pare mejor es quien está más abierto a que es un proceso dinámico y que pueden ocurrir muchas cosas” 2 G-(151:30).*

*“Un embarazo muy controlado, tan controlado que da la sensación que se sienten como enfermas, no como un proceso natural” 3 G-1(153:2).*

*“Realmente yo tengo la sensación cuando veo una cartilla de embarazo que parece de una persona enferma en crónicos. No de una persona sana con todo el poderío de estar creando vida” 2 G-2 (151:16).*

Es difícil asumir, que no siempre todo es controlable, por lo que se apeló a la responsabilidad de todas las partes, mujer, pareja, profesional... planteando la necesidad de mantener una actitud abierta favorecedora de la confianza bidireccional que reforzara sus capacidades incluso en los casos en los que sucediera algún evento adverso o inesperado en el proceso dinámico del parto.

*“Y no se acepta que tú eres parte responsable de todo el proceso y que todo no se puede controlar” 4 G-3 (155:10).*

*“Yo creo que ese pequeño vínculo que se genera es vital. E incluso me atrevería a decir que afecta hasta en la progresión del parto. Mira lo que te digo. Si tú consigues que una mujer confíe en el entorno, confíe en la persona con la que está, yo creo que hasta puede cambiar la evolución del parto” 3 G-2 (153:24).*

Observaron, sin embargo, que las mujeres toman en consideración los factores que les permitían cumplir las expectativas previstas. Pero a menudo identificaron mujeres que en sus expectativas, consideraban el parto de bajo riesgo como única opción posible, sin capacidad para aceptar la discrepancia entre lo ideal y lo real. Incluso había mujeres que no siendo conscientes de acciones no favorecedoras que han realizado durante el embarazo, culpabilizaban también de las consecuencias negativas a los profesionales.

Esto entorpece la gestión de cualquier evento inesperado y la vivencia emocional que lo provoca. Esta actitud dificulta el consenso con las mujeres sobre las actuaciones a realizar.

*“Y yo creo que al final las mujeres, se van satisfechas. Hay un subgrupo que difícilmente pero no, no van a estar satisfechas nunca porque esas probablemente sí que tienen un concepto de parto en el que no consideran que pueda haber un mal resultado o que algo puede cambiar en un momento determinado...” 1 G-1 (149:4).*

*“Hay un subgrupo de gente que idealiza lo que es el parto solamente considerando un parto de bajo riesgo... y todos sabemos que ese tipo de parto puede terminar así. Que sería lo ideal, pero que hay alguna vez que no... Es un grupo de gente que exige, nos exige cosas que no podemos darles “1 G-1 (149:8).*

*“Hay una bradicardia y yo tengo que sacar ese niño. Esa situación es muy estresante y muy cabreante. Yo ya sé lo que tengo que hacer, pero claro me tiene que dejar” 1 G- 3 (149:84).*

*“Yo por ejemplo la mujer con embarazos patológicos, a veces tengo la sensación de que no son conscientes de las repercusiones de las cosas que hacen. Ejemplo: mujeres muy fumadoras con un CIR<sup>2</sup>, no es que me viene pequeño, y dices pues a lo mejor no te vendría si no fumases. O mujer que engorda un montón de kilos y empieza a tener problemas hipertensivos o problemas de diabetes gestacional y que luego tiene un parto horrible y la culpa es del mundo, no considera que tiene que ver con ellas. Y son ellas las que se han puesto en una situación de riesgo muy importante; ahí tengo la sensación de que nos lanzan la responsabilidad. Como que es algo que le ocurre a su cuerpo y que no tiene nada que ver con lo que ellas están realizando, con la falta de cuidados” 2 G-2 (151:81).*

Por estas razones se insistió, en la conveniencia de que cada mujer sepa asimilar entre toda la información que obtiene, aquella que sea correcta ya que, a veces, en función de la persona que la haya suministrado o de la capacidad de cada mujer para procesar y discernir los datos que, con o sin evidencias, ha ido recogiendo pueden ayudarle a cambiar la conducta.

### **2.1.3. Demanda y búsqueda de información**

Múltiples son las circunstancias en que la información tiene tanto impacto en la situación coyuntural que vive cada persona que al recogerla, organizarla y procesarla se convierte en un saber que es percibido como verdad absoluta, término que en salud es difícil de reconocer.

En opinión de las profesionales, las mujeres buscan y solicitan tener todos los datos para poder entender, evaluar y adoptar una actitud crítica ante la multitud de información obtenida. La diversidad de opciones a las que se enfrenta una mujer, hace que surjan paradojas que pueden llevar a confusión porque la información que tiene está parcializada y es difícil tanto unificarla como ser crítica con la disparidad.

---

<sup>2</sup> CIR: Crecimiento intrauterino retardado

*“Muchas de ellas proceden a la búsqueda alternativa de información. Porque yo sí, les pregunto ¿lo habéis mirado en Internet?, ¿que habéis visto?” 1 G-2 (149:79).*

*“La sociedad sí que te pide el compromiso de explicar, explicar...” 4 G-1 (155:6).*

Refirieron que las mujeres, a menudo, no adquirieron una visión global del proceso porque no integraron, ni lograron dar sentido conjunto a la información que obtienen, lo que implicó dificultades para tomar ciertas decisiones de forma competente.

*“Yo creo que hoy en día tenemos mucho acceso a la información y cualquier mujer se puede meter en Internet y leer libros que antiguamente era lo que te contaban en las clases y luego llegan aquí con un cacao de conocimientos, mezclando cosas” 2 G-4 (151:5).*

Por lo tanto, la percepción general era que existía una carencia en la contextualización y profundización de la información del parto, pudiendo caer en el error de asimilar la información de forma idílica llevando a definir sesgadamente las expectativas de las mujeres.

*“Las mujeres vienen con sus expectativas de la información que han recibido, en algunos casos sí que es una expectativa un poco idealizada de lo que es el parto” 1G-1 (149:1).*

*“Las mujeres a veces sí que las veo que vienen con una información muy idealizada del parto, eso es un peligro” 3G-2 (153:8).*

*“Yo creo que ha habido mucha información que se ha dado muchas veces por teóricos que no han estado nunca en un paritorio. Entonces están creando unas expectativas ... que no son reales” 3G-1 (153:7).*

## **2.2. Actitud de los profesionales ante las demandas de las mujeres**

### **2.2.1. Adaptación y autocrítica**

El cambio de actitud de las mujeres, sus demandas y la interacción constante con los profesionales conlleva una reflexión, un proceso de aprendizaje y adaptación continua de los cuidados para hacer frente a los deseos de mejora.

*“Al final todos tenemos que aprender de todos. Hay muchas cosas que nos han hecho reflexionar” 1 G-4 (149:49).*

*“A mí me parece que hay que avanzar un paso más en nuestro trabajo, creo que hemos avanzado muchísimo a nivel intrahospitalario...ahora se trabaja de una manera muy diferente” 1 G-1 (149:74).*

Esta diferencia la manifestaron las profesionales mostrando un cambio en la actitud y en su forma de proceder, identificando una mayor implicación personal, tratando de establecer una relación y comunicación con las mujeres que estuviese basada en la confianza mutua. Ésta está caracterizada por un trato fundamentado en el acompañamiento emocional, en transmitir tranquilidad y en la puesta en común de información y decisiones.

*“Yo por lo menos he hecho un cambio de actitud” 1 G-1 (149:87).*

*“Te lo dicen, me has transmitido mucha tranquilidad, es que estaba muy confiada, te veía que estabas tranquila” 3 G-1 (153:29).*

*“Muchas veces a mí me dicen es que una de las cosas que más me han gustado es que nos has transmitido confianza” 3 G-2 (153:26).*

Para favorecer el cambio y la adaptación al mismo, la información y la escucha fueron consideradas imprescindibles y básicas. Existe un deseo de compartir información y decisiones, mimando las formas en que se da dicha información y tratando que sea lo más completa y adecuada ya que las profesionales consideraron como aspecto positivo el que las mujeres demandasen información tomando parte activa en su rol de protagonistas.

*“Creo que hemos cambiado en el sentido de decir vamos a intentar si les vamos explicando y en la medida de lo posible dejarles un poco lo que quieren” 1 G-1 (149:88).*

*“Nosotros también estamos más abiertos a sus preguntas. Les preguntamos ¿tienes alguna duda?, ¿te parece bien?” 1 G-3 (149:86).*

Sin embargo, hicieron autocrítica opinando que no siempre se tienen las actitudes, habilidades y conocimientos necesarios para ofrecer la información

necesaria y por ello no siempre se consigue trabajar con un espíritu de complementariedad, respeto y confianza.

*“Hay veces que les decimos demasiadas cosas que luego no las podemos profundizar porque no da lugar y entonces es cuando se quedan con esa información sesgada” 4 G-1 (155:4).*

*“Creo que también hay un vacío de nuestra opinión, que somos los que estamos viendo día a día” 3 G-1 (153:7).*

### **2.2.2. Control, seguridad y responsabilidad**

En el Hospital Donostia para garantizar la seguridad, el acompañamiento, el cuidado integral y la continuidad en el cuidado durante el parto, a cada mujer le atiende una matrona desde la fase activa del parto hasta dos horas después del mismo. Para conseguirlo, las profesionales percibieron la necesidad de crear entornos favorables de salud en los que las sinergias de pensamiento favorezcan la participación y la motivación que han sido considerados esenciales para el bienestar de las mujeres y la calidad del trabajo realizado.

*“El ratio de la OMS, de una matrona, una familia eso es impagable. Porque esa familia está muy bien cuidada, muy bien llevada, muy bien acompañada. Para mí eso ha sido un plus, me parece fantástico” 2 G-2 (151:50).*

*“Si conectas, es que un parto con conexión es que te sientes regalada” 2 G-1 (151:52).*

*“Te preguntan: ¿y tú a qué hora acabas? Esa frase es súper bonita” 2 G-2 (151:53).*

Parece evidente que los modelos tradicionales de organización se están enriqueciendo con las concepciones orientadas hacia un liderazgo democrático que responda a las necesidades sociales mediante la introducción de una gestión innovadora que favorezca procesos interactivos y terapéuticos. Estos deben estar centrados en las experiencias de salud de las personas, en la que se exige a los profesionales apoyo emocional, aporte de tranquilidad, seguridad, control, comunicación interpersonal y responsabilidad compartida.

*“Antes aplicábamos los protocolos de forma más rutinaria. Tampoco había esa demanda desde la sociedad. Creo que a la hora de informar y de compartir la toma de decisiones, hemos aprendido, hemos mejorado muchísimo. Creo que además como profesional te das cuenta que es muchísimo mejor que la paciente te pida” 1 G-3 (149:24).*

*“Busca la seguridad de estar en un hospital... Y luego cuando viene de parto busca, yo creo, el apoyo porque viene con dudas, viene con miedos” 2 G-1 (151:39).*

*“Un buen acompañamiento para que se sientan ellas seguras” 2 G-1(151:49).*

### **2.2.3. Percepción social**

La modificación en los pensamientos y creencias de las mujeres ha supuesto un cambio en la actitud y conducta en el parto generando nuevas necesidades. Los profesionales han pasado de un paradigma de prácticas que se consideraban medicalizadas y parecía que implicaba perder la naturalidad del parto, a un paradigma adaptativo adoptando una actitud abierta y coherente ante las demandas sociales.

*“Creo que está cambiando, pero ha habido unos años en que prácticamente se satanizaba la figura del médico, parecía que el ginecólogo solo se dedicaba a oxitocina, parto instrumental, episiotomías y es un gran error. Yo creo que eso hay que cambiarlo, pero es verdad que igual hay que analizar con todos los resultados bien, ¿por qué tienen una percepción tan mala?” 1 G-1 (149:14).*

*“Tenemos una fama terrible por años atrás y de todas las prácticas que se han hecho hasta ahora y creo sinceramente que está cambiando...Se les intenta cuidar de todas las maneras posibles” 4 G-3 (155:43).*

La medicalización se alinea, a menudo, con la pérdida de la naturalidad del parto. Esto suscita un cuestionamiento permanente entre las mujeres que mostraban contradicciones basadas en un sistema dialéctico en el que enfrentan ser activo frente a pasivo e indiferente, parto con dolor-parto natural al parto sin dolor y asocian el empoderamiento y la toma de decisiones con un parto natural. Sin embargo,



plantean un deseo bastante generalizado de parir sin dolor mediante analgesia epidural. Según datos ofrecidos por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Donostia durante los años 2017 y 2018, el 82% y el 79% de mujeres, solicitaron analgesia epidural, a pesar de que se escucharon a menudo diferentes opiniones, condicionadas en gran medida por la percepción social.

Por ello, ante la pregunta de si puede la mujer sentirse empoderada y participe optando por la analgesia epidural hubo también diferentes opiniones. Entre los profesionales destacó la que consideraba mujer empoderada aquella que era capaz de tomar la decisión de optar por la anestesia epidural siempre que la considerase como herramienta de autocontrol y no como objetivo en sí mismo.

*“Yo creo que sí, cuando la epidural no es un objetivo sino una herramienta” 2 G-1 (151:4).*

Controversias como esta permiten observar la capacidad de tomar decisiones que tienen las mujeres ante las discordancias a las que se enfrentan.

*“Y luego están las mujeres que creen que lo saben todo... La que te trae el plan de parto y dices, pero si te hago eso, no te puedo poner epidural. ¡Ah! No, no entonces yo quiero la epidural” 4G-1 (155:2).*

Fuera cual fuera la actitud adoptada por las mujeres, los profesionales consideraron que este tipo de procedimientos no menoscababan el empoderamiento y eran protagonistas de una experiencia única. Aunque a veces reticentes, se reafirmaron en su capacidad de mejora continua que es cuestionada constantemente en su trabajo ya que opinaban que planifican el futuro teniendo en cuenta el saber, el compromiso, la voluntad de innovar, la colaboración..., en definitiva, intentando crear entornos favorables de parto.

*“Pero cuesta mucho cambiar el concepto que hay del parto y del hospital” 4 G-3 (155:44).*

*“Yo creo que todavía hay que mejorar más” 1 G-1 (149:26).*

## 2.3. Difusión de los resultados:

Pereda-Goikoetxea, B., Marín-Fernández, B., & Elorza-Puyadena, M.I. (2019). Significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario: voces de los profesionales. *Matronas Prof.* 20(2), 45-52.

matronas  
profesión

Matronas Prof. 2019; 20(2): 45-52

### Artículo original

## Significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario: voces de las profesionales

*The meaning of care experience with hospital births: voices of the professionals*

Beatriz Pereda-Goikoetxea<sup>1</sup>, Blanca Marín-Fernández<sup>2</sup>, María Isabel Elorza-Puyadena<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Matrona. Doctoranda en la UPNA. Profesora. Departamento de Enfermería II. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>2</sup>Doctora. Enfermera. Profesora Titular. Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Pamplona (Navarra). <sup>3</sup>Doctora. Enfermera. Profesora Titular. Departamento de Enfermería II. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). San Sebastián (Guipúzcoa)

### RESUMEN

**Objetivo:** Abordar el significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario desde la perspectiva de las profesionales.

**Metodología:** Metodología cualitativa fenomenológica interpretativa mediante grupos focales formados por profesionales del Servicio de Partos del Hospital Universitario Donostia. El análisis de los textos incluyó una comparación cíclica para obtener los temas principales que definen el fenómeno.

**Resultados:** Tras la práctica reflexiva realizada por las profesionales, se han detectado cambios en las demandas que las mujeres realizan durante el parto hospitalario, observando que han pasado de tener un talante totalmente pasivo a presentar diferentes comportamientos, que van desde la indiferencia hasta la actitud activa participe. Respecto a la necesidad de control, seguridad y responsabilidad, el aumento de las demandas es una de las características más frecuentemente señaladas. La información constante, antes, durante y después del parto, es la reclamación más evidente identificada. La interacción constante entre estos elementos y la influencia de los cambios socioculturales continuos resultan fundamentales para entender el significado de la experiencia de cuidado en el parto hospitalario y poder realizar propuestas de mejora.

**Conclusiones:** La adaptación continua al contexto sociocultural precisa contemplar una gestión innovadora en la que se respete la voluntad de las mujeres, y que los profesionales no perciban por ello temor a obtener resultados adversos. Las profesionales observan la necesidad de establecer protocolos interdisciplinarios de información y continuidad de los cuidados.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Acontecimientos que cambian la vida, parto, matrona, investigación cualitativa, relación profesional-paciente.

### ABSTRACT

**Aim:** To address the meaning of care experience with hospital births from the perspective of professionals.

**Methodology:** A qualitative design using a phenomenology approach with focus groups made up of professionals from the Birthing Unit at Donostia University Hospital. The analysis of the texts included a constant cyclic comparison in order to obtain the main issues that define the phenomenon.

**Results:** After reflective practice carried out by professionals, changes in the demands women make during hospital births have been detected. It has been observed that their disposition changed from being completely passive, to presenting different behaviours ranging from indifference to an attitude of active participation. With regards to the need for control, safety and responsibility, the increase in demands is one of the most frequently indicated characteristics. Constant information before, during and after the birth is the most noticeable demand identified. Constant interaction between these elements and the influence of continuous sociocultural changes are fundamental in order to understand the meaning of care experience with hospital births and to be able to make proposals for improvement.

**Conclusions:** Continuous adaptation to the sociocultural context requires the consideration of innovative management where the wishes of women are respected, and where professionals therefore aren't afraid to obtain adverse results. The professionals see the need to establish interdisciplinary information protocols and continuity of care.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Life change events, childbirth, midwife, qualitative research, professional-patient relations.

Fecha de recepción: 18/04/18. Fecha de aceptación: 22/11/18.  
**Correspondencia:** B. Pereda-Goikoetxea. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco (UPV/EHU).  
Dr. J. Begiristain, 105. 20014 San Sebastián (Guipúzcoa).  
Correo electrónico: beatriz.pereda@ehu.es

Pereda-Goikoetxea B, Marín-Fernández B, Elorza-Puyadena MI.  
Significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario:  
voces de los profesionales. *Matronas Prof.* 2019; 20(2): 45-52.

## INTRODUCCIÓN

El progreso de la obstetricia ha favorecido un cambio en el modelo de atención sanitaria en el parto condicionado por la tecnología<sup>1,2</sup> y por un mayor conocimiento de la realidad asistencial<sup>3</sup>. Respecto a la tecnología, su uso es percibido, la mayoría de las veces, como fuente de seguridad e incluso de satisfacción<sup>4,5</sup>. La atención sanitaria hace referencia al aspecto humano del trato en el proceso de nacimiento, ya que la expectativa de las mujeres es sentirse cuidadas, pero, a su vez, protagonistas del parto mediante una atención humanizada y personalizada<sup>3</sup>.

No se debería confundir el modelo humanizado con un regreso al pasado que implique una visión idealizada de lo que se considera parto tradicional. Para conseguirlo, es necesario basar los conocimientos y las prácticas en la evidencia y tomar en consideración el respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones informadas, porque de esta forma se le situaría en el centro de la asistencia<sup>6</sup>.

Este desafío ha llevado consigo la necesidad de optar por un modelo dinámico de relación mutua y simultánea, representado por un paradigma adaptativo que fomenta el liderazgo democrático, entendido éste como el empoderamiento que permite el desarrollo del potencial y fomenta la autorrealización mediante cuidados culturalmente sensibles<sup>7</sup> apoyados en la diversidad y la complejidad de las experiencias de nacimiento<sup>8</sup>.

La ideología, las relaciones con las mujeres gestantes y la repercusión de la experiencia personal, social y cultural de cada una de ellas forman parte del sistema sociocultural, y son reflejo de un tiempo y contexto específicos<sup>9</sup> en los que se debe considerar a la mujer competente para tomar decisiones de forma autónoma o ser capaz de solicitar ayuda a las profesionales<sup>10-12</sup>.

Reflexionar sobre las necesidades, actitudes y comportamientos de las mujeres ha supuesto para las matronas un cambio de paradigma<sup>13,14</sup>, pasando de una actitud paternalista<sup>15</sup> a una actitud abierta y coherente con las demandas sociales compatibles con modelos innovadores de atención<sup>16</sup>.

Tratando de combinar todos estos puntos, se ha planteado como objetivo abordar el significado de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario desde la perspectiva de ginecólogas, matronas y auxiliares de enfermería, describiendo la actitud de las mujeres y de las profesionales.

## METODOLOGÍA

Se utilizó una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo<sup>17</sup>, integrando las preconcepciones de la investigadora principal, la matrona, pa-

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes**

Características (n= 15)	n (%)	
Edad (años)	31-61	Media de edad: 46 años
Sexo	Mujer	100%
Profesionales	Auxiliares Matronas Ginecólogas	2 (13,33%) 8 (53,33%) 5 (33,33%)
Años de experiencia trabajados en partos	2-36	Media de años trabajados: 19
Lugar de formación	España	100%
Nacionalidad	España	100%

ra «sensibilizar» lo que era diferente<sup>18</sup>. Durante la investigación se optó por una postura reflexiva que enriqueciese la práctica clínica, siguiendo las recomendaciones de la guía de criterios consolidados COREQ<sup>19</sup>.

El estudio se llevó a cabo mediante grupos focales en la Unidad de Partos del Hospital Universitario Donostia (Guipúzcoa), que se responsabiliza de prestar servicios integrales de salud a 360.000 personas. El número de partos anual registrado en 2017 en el servicio de partos fue de 3.516.

En los grupos focales tomaron parte 15 profesionales, distribuidos en 4 grupos, en los que participaron entre 2 y 5 profesionales. Tres de los 4 grupos fueron homogéneos en cuanto a su formación académica (ginecólogas, matronas); el cuarto fue heterogéneo y estuvo compuesto por ginecólogas, matronas y auxiliares de enfermería (tabla 1).

Los criterios de inclusión establecidos para tomar parte en los grupos fueron: trabajar actualmente en el servicio de partos de dicho hospital, llevar en dicha unidad un mínimo de 2 años y aceptar voluntariamente su participación.

La incorporación progresiva de informantes se cerró cuando en los grupos focales se alcanzó el principio de saturación<sup>20</sup>.

## Recolección de datos

La recolección de los datos se realizó entre abril y mayo de 2017. Las técnicas de recogida de datos fueron: grupos focales, observación participante y la utilización de un diario de campo.

Los grupos se reunieron en una sala ubicada en el hospital y fueron conducidos por la investigadora principal. Las sesiones tuvieron una duración media de 33,55 minutos. Se explicó el propósito de la investigación y se entregó una hoja informativa, el documento del consentimiento informado y un cuestionario sociodemográfico.



**Tabla 2.** Guía de temas en los grupos de discusión**Percepción de las profesionales ante:**

- Necesidades en el parto
- Aspectos en la atención profesional
- Actitud de las mujeres en el parto y respuesta de los profesionales
- Aspectos positivos y negativos en el parto
- Áreas de mejora

Tras su cumplimentación se solicitó el consentimiento oral para poder grabar la sesión en audio.

Las sesiones comenzaron con una pregunta abierta: «¿Cómo veis las experiencias de parto de las mujeres?». Para facilitar el flujo de la discusión y conocer la experiencia de las profesionales, previamente se diseñó una guía de temas (tabla 2).

La observación participante se llevó a cabo durante el primer semestre de 2017. Se intervino a tiempo completo en las actividades actuando como uno más en el grupo. En la investigación se utilizó un diario de campo que ha facilitado la reflexividad de la principal.

**Análisis y validez de los datos**

Los datos fueron analizados temáticamente<sup>21,22</sup> siguiendo los pasos mostrados en la tabla 3. El procesamiento y la gestión se realizaron mediante el programa informático ATLAS.ti 7. La validación de los resultados se llevó a cabo mediante triangulación de datos y de métodos por parte de las investigadoras. Se planteó una autocrítica reflexiva para buscar sesgos que pudieran afectar a la investigación.

**Consideraciones éticas**

Antes de comenzar el estudio (21/07/2015) se obtuvieron el informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Guipúzcoa (referencia: BPG-APH-2015-01) y la aprobación de la jefa del Servicio de Ginecología-Obstetricia y la Dirección de Enfermería.

La participación fue libre y voluntaria. Con el fin de proteger el anonimato y la confidencialidad de los datos, a cada participante se le asignó un número al azar dentro de los grupos de discusión, previamente etiquetados como G-1, G-2, G-3 y G4.

**RESULTADOS**

Los temas que se identificaron fueron los siguientes: cambios detectados en las mujeres en el proceso de parto, actitud de las profesionales ante las demandas de las mujeres y propuestas de mejora (tabla 4).

**Tabla 3.** Análisis cíclico constante de los datos<sup>20,21</sup> realizado por la investigadora principal

- Familiarización: transcripción literal de las grabaciones; lectura y relectura de las transcripciones y documentos
- Segmentación del texto: en citas y asociación de reflexiones
- Codificación: configuración de un listado de códigos con el primer grupo focal; aplicación y ampliación del mismo en el análisis de los grupos posteriores
- Interacción continua: de las citas-citas, códigos-citas
- Extracción de temas y subtemas comunes mediante la creación de diagramas de matrices
- Relación y puesta en común de los temas con el resto de investigadoras
- Descripción de qué y cómo habían experimentado las experiencias del cuidado

**Tabla 4.** Principales temas obtenidos y subtemas con cita significativa

Temas		
Cambios detectados en las mujeres en el proceso de parto	Actitud de las profesionales ante las demandas de las mujeres	Propuestas de mejora continua
Subtemas		
Interpretación de la actitud de las mujeres en el parto	Adaptación y autocrítica	Unificación de criterios entre atención primaria y hospitalaria
Control, seguridad y responsabilidad	Control, seguridad y responsabilidad	Estrategias de comunicación
Demanda y búsqueda de información	Percepción social	Importancia del espacio

**Cambios detectados en las mujeres en el proceso de parto**

Las profesionales percibieron un cambio en las demandas de parto, condicionado por los cambios sociales de los últimos años, pero teniendo como objetivo común la seguridad de la madre e hijo/a y manifestando un deseo de control mediante el uso de los recursos disponibles:

«Yo creo que busca la seguridad de estar en un hospital...» 2G-1 (151:39).

**Interpretación de la actitud de las mujeres en el parto**

Entendiendo el parto como un proceso dinámico, la interpretación de las profesionales sobre la actitud de las mujeres respecto a la vivencia del mismo varía, diferenciándose cuatro grandes grupos:

1. Mujeres que presentan una actitud partícipe activa, consciente física y emocionalmente, mostrando una disposición positiva ante los posibles cambios que

vayan surgiendo. Las profesionales lo vinculan con el empoderamiento:

«Hay mujeres que viven su parto con mucha conciencia, que se sienten responsables y agentes de su parto» 3G-1(153:1).

2. Mujeres que presentan una actitud activa y desean ser partícipes, conscientes física y emocionalmente, pero muestran una actitud cerrada ante los posibles cambios que vayan surgiendo:

«[...] Mujeres que se adaptan, pero si el parto se tuerce, su actitud es de no adaptarse» 3G-2 (153:5).

3. Mujeres con una actitud pasiva, desvinculada, y cuyo comportamiento está a merced de los deseos e instrucciones de las profesionales:

«Sí, bastante más pasivas, sobre todo una vez que se ponen la epidural. Es como que no pasa nada. Una vivencia desvinculada» 2G-2 (151:1).

4. Mujeres con actitud de indiferencia, desconexión corporal, que rehúyen las sensaciones y consideran el parto como un periodo de tránsito hacia la maternidad:

«En el momento del parto creo que tienen una sensación de tránsito de dentro a fuera de la tripa y a vivirlo lo mejor posible: no dolor, no sufrir, que sea rápido, que me atiendan bien» 2G-1 (151:2).

#### *Control, seguridad y responsabilidad*

La búsqueda de seguridad por parte de las profesionales y de las mujeres para reducir la morbimortalidad madre-hijo/a, ha llevado al incremento del control externo mediante la utilización de tecnología bajo supervisión de profesionales con conocimientos y experiencia para evitar o hacer frente a las complicaciones.

El deseo de control y el aumento de recursos disponibles se han relacionado con la pérdida de la naturalidad del proceso, con un aumento de la exigencia y, en ocasiones, con la no aceptación de un evento adverso o no esperado. Esta actitud es el reflejo de la sociedad en la que la tecnología y la supervisión favorecen una vigilancia que más se parece al seguimiento de un proceso patológico, no fisiológico, que conlleva una pérdida de naturalidad. Todo ello favorece una intolerancia generalizada a la frustración y a las dificultades para asumir posibles eventos adversos que pudieran estar fuera de control:

«En esta sociedad no estamos capacitados para asumir ciertas responsabilidades, la muerte de un niño, de una mujer [...] Y que hay una parte del parto que es imposible de controlar» 4G-3 (155:10).

Es difícil asumir que no todo es controlable, por lo que se apela a la responsabilidad de todas las partes, mujer, pareja, profesional..., planteando la necesi-

dad de mantener una actitud abierta favorecedora de la confianza bidireccional que refuerce sus capacidades:

«Ese pequeño vínculo que se genera es vital. Si consigues que una mujer confíe en la persona con la que está, afecta hasta en la progresión del parto» 3G-2 (153:24).

Las profesionales lo relacionaron con un cambio de paradigma en la interpretación del embarazo y el parto. Se percibe que las mujeres, en general, han dejado a un lado la sumisión, declarando sus convicciones y peticiones y mostrándose más exigentes con los profesionales:

«Antes las mujeres venían, no se podía ni preguntar, ni decir, venía el médico, la matrona y hacía pi, pa fuera» 4G-1 (155:18).

Observan que las mujeres toman en consideración los factores que les permitan cumplir las expectativas previstas. Pero a menudo identifican a mujeres que sólo consideran el parto de bajo riesgo como única opción posible, sin capacidad para aceptar la discrepancia entre lo ideal y lo real. Esto entorpece la gestión de cualquier evento inesperado y la vivencia emocional que lo provoca. Esta actitud dificulta el consenso con las mujeres sobre las posibles actuaciones:

«Hay una bradicardia y yo tengo que sacar a ese niño. Es muy estresante. Yo sé lo que tengo que hacer, pero claro, me tiene que dejar» 1G-3 (149:84).

Incluso hay mujeres que no siendo conscientes de acciones no favorecedoras que han realizado durante el embarazo, culpabilizan de las consecuencias y de los posibles eventos adversos a las profesionales:

«Por ejemplo, mujeres muy fumadoras con un CIR, o mujer que engorda un montón de kilos y empieza con problemas hipertensivos, siendo ella la que se ha puesto en una situación de riesgo; nos lanzan la responsabilidad» 2G-2 (151:81).

#### *Demanda y búsqueda de información*

Las profesionales perciben que las mujeres, a pesar de tener mucha información, no la integran, ni logran dar sentido al conjunto de la misma, por lo que pueden caer en el error de asimilar la información de forma idealizada, lo que implica dificultades para tomar decisiones de manera competente. Solicitan ser informadas por los profesionales para poder entender, evaluar y adoptar una actitud crítica:

«Yo creo que hoy en día tenemos mucho acceso a la información [...] y llegan aquí con un cacao de conocimientos [...], mezclando cosas» 2G-4 (151:5).



### Actitud de las profesionales ante las demandas de las mujeres

#### *Adaptación y autocrítica*

El cambio de actitud de las mujeres y la interacción constante con los profesionales han conllevado un proceso de reflexión, aprendizaje y adaptación continua de los cuidados. La adaptación se identifica con la comunicación terapéutica basada en la confianza mutua caracterizada por un trato fundamentado en el acompañamiento emocional, la transmisión de tranquilidad, la escucha y la puesta en común de información y decisiones:

«Te lo dicen, me has transmitido mucha tranquilidad, es que estaba muy confiada» 3G-1 (153:29).

Las profesionales hacen autocrítica y opinan que no siempre tienen las actitudes, habilidades y conocimientos para ofrecer la información necesaria y, por ello, no siempre consiguen trabajar con complementariedad y confianza.

#### *Control, seguridad y responsabilidad*

En el Hospital Universitario Donostia, para garantizar la seguridad, la asistencia integral y la continuidad de los cuidados, a cada mujer le atiende una matrona desde la fase activa del parto hasta 2 horas después del mismo. Se observa que se van imponiendo las concepciones orientadas hacia un liderazgo democrático mediante una gestión innovadora, que favorece los procesos interactivos centrados en las experiencias de salud de las personas que exigen a las profesionales apoyo emocional, aporte de tranquilidad, seguridad, control, comunicación interpersonal y responsabilidad compartida:

«Creo que a la hora de informar y de compartir la toma de decisiones hemos mejorado muchísimo» 1G-3 (149:24).

#### *Percepción social*

Las profesionales, ante las demandas sociales, han pasado de un paradigma práctico medicalizado a uno adaptativo de actitud abierta y coherente ante las demandas sociales. La medicalización se alinea, a menudo, con la pérdida de la naturalidad del parto. Esto suscita un cuestionamiento permanente en las mujeres que plantean un deseo bastante generalizado de parir sin dolor mediante analgesia epidural y, a su vez, asocian el empoderamiento y la toma de decisiones con un parto natural:

«Y le dices, pero si te hago lo que me pides no te puedo poner epidural. ¡Ah, no! Entonces yo quiero la epidural» 4G-1 (155:2).

Sea cual sea la actitud adoptada por las mujeres, los profesionales consideran que este tipo de procedimientos no menoscaba su empoderamiento, siempre que se considere una herramienta de autocontrol y no un objetivo en sí mismo. La perspectiva de cada mujer que es capaz de demandar lo que necesita, muestra que han pasado de ser sumisas a ser protagonistas de una experiencia única.

Las profesionales, aunque a veces son reticentes al cambio, creen en su capacidad de mejora continua y planifican el futuro buscando entornos favorables.

### Propuestas de mejora

#### *Unificación de criterios entre atención primaria y hospitalaria*

La necesidad de unificar criterios de cuidados entre la atención primaria y la hospitalaria se repitió una y otra vez en los grupos focales. Las profesionales opinaron que la información que se da en atención primaria resulta fundamental y condicionante para las mujeres. Las clases de atención primaria se consideraron imprescindibles para motivar y educar, pero opinan que se deberían buscar estrategias para integrar la información dando un sentido conjunto al proceso. La información sin coordinación, descontextualizada, puede ser idealizada, lo que no permitiría valorar posibilidades que ayudaran a tomar conciencia de sus capacidades y a sentirse más seguras al tomar las decisiones.

Consideraron necesario elaborar y establecer protocolos de cuidado y seguimiento conjuntos con información consensuada, coherente y acorde a las necesidades.

Una estrategia para conseguirlo sería establecer una comunicación efectiva y bidireccional que promoviera la continuidad asistencial y aportase una mayor seguridad a las usuarias:

«Probablemente no se hace bien de la manera bidireccional» 1G-1 (149:29).

#### *Estrategias de comunicación*

Para avanzar en las carencias se observó la necesidad de reforzar el trabajo en equipo mediante la mejora de la comunicación interprofesional. Sugirieron la necesidad de crear entornos que sirvan para intercambiar opiniones, analizar circunstancias, aprender formas de actuación conjunta adaptadas a las demandas de las mujeres unificando criterios entre las distintas disciplinas:

«Que hubiera más comunicación, entre ginecólogos, matronas, auxiliares... un trabajo en equipo que hoy en día no se da» 3G-1 (153:21).

También se ha detectado la necesidad de mantener una continuidad en la comunicación profesional-mujer adaptada a cada situación. Ello permitiría aclarar los inciden-

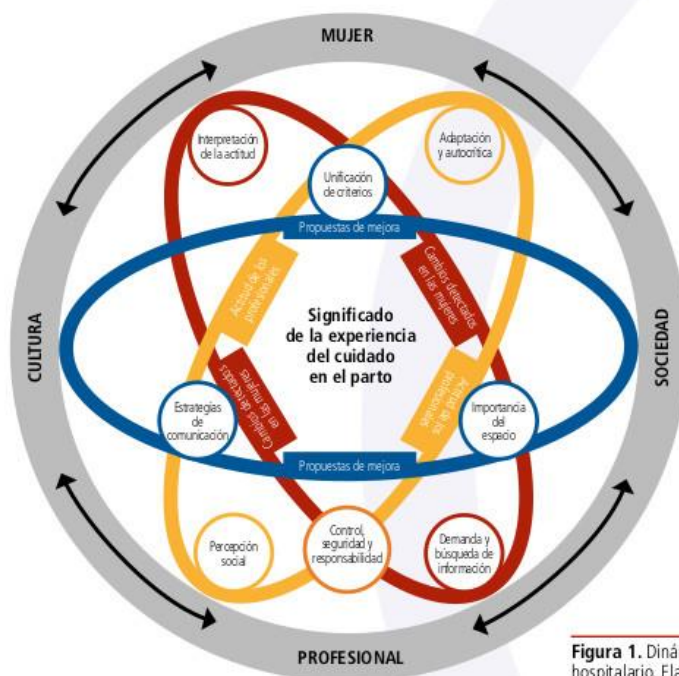


Figura 1. Dinámica de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario. Elaboración propia

tes surgidos, compartir experiencias y detectar áreas de mejora para posibles situaciones similares:

«La *ratio* de la OMS de una matrona, una familia, eso es impagable. Para mí eso ha sido un plus» 2G-2 (151:50).

#### Importancia del espacio

Se sugirió crear entornos en los que las sinergias favorezcan la participación y la motivación, espacios acogedores que estimulen el intercambio de opiniones y experiencias entre las propias mujeres y con las profesionales en su estancia hospitalaria. Al mismo tiempo, se demandó crear espacios con fines comunicativos interprofesionales para intercambiar opiniones y obtener una información multidisciplinaria consensuada:

«Que los paritorios sean más acogedores. Ahora parecen quirófanos» 3G-3 (153:19).

A modo de resumen, en la figura 1 se muestran los temas y los subtemas identificados. Los temas se pueden observar en las elipses, que, en intersección con los subtemas, representados en forma de círculos, manifiestan la dinámica de la experiencia del cuidado del parto. Lo que da sentido a esta dinámica es la mujer, que en una cultura y sociedad determinada sabe hacer uso de cuidados profesionales eficientes.

#### DISCUSIÓN

La percepción y la interpretación del parto son cambiantes en función de los valores y los enfoques sociales, que se manifiestan en forma de demandas de cuidados y en la necesidad de adaptación a las nuevas circunstancias.

Como objetivo común se busca seguridad y se ha considerado que la utilización de la tecnología facilita a las profesionales llevar el control en la dinámica del parto. Las profesionales entrevistadas se sienten parte activa y colaboradora del entorno hospitalario, ya que lo consideran un ámbito seguro y opinan que la tecnología ha facilitado su labor.

Goberna-Tricas et al.<sup>5</sup> afirmaron que las mujeres se sentían satisfechas con la utilización de la tecnología en el ambiente hospitalario, ya que reconocían que era fuente de seguridad y servía para reducir la ansiedad al ser madres. Opinaron que aunque estén en un entorno hospitalario, las mujeres demandan y reclaman autonomía junto a su rol de protagonistas en el parto.

Sin embargo, la tecnología hospitalaria como fuente de seguridad ha sido cuestionada por algunos autores, como Davis-Floyd<sup>23</sup>, al concluir que su uso abusivo promovía malas prácticas, llegando incluso a interferir en el proceso de vinculación madre-hijo/a. En este sentido, Healy et al.<sup>24</sup> opinan que en el parto hospitalario puede que a las



mujeres se les niegue la oportunidad de asumir la responsabilidad y de tomar decisiones, por ser las profesionales las que tienen mayor conocimiento. Por estas razones, Kitzinger et al.<sup>2</sup> y Van Kelst et al.<sup>25</sup> entienden que las mujeres se conviertan en pacientes pasivas y pierdan la confianza para hacer el trabajo de parto sin intervención.

Lundgren y Dahlberg<sup>26</sup> opinan, al igual que las participantes en esta investigación, que las profesionales estimulan a las mujeres, buscando una mayor responsabilidad en la toma de decisiones, aunque en ocasiones se perciban actitudes de deseo de desconexión corporal<sup>23</sup> y de indiferencia, considerando el proceso de parto un mero tránsito a la maternidad.

La actitud de las profesionales, tal como refieren Borrelli et al.<sup>13</sup> y se ha apreciado en los resultados obtenidos, debe adaptarse a la necesidad de empoderamiento de las mujeres. La mujer ha dejado de ser sujeto-objeto para pasar a ser la protagonista de su parto. Las profesionales son conscientes de que mediante el uso de su conocimiento deben favorecer a la mujer en su crecimiento personal y autoconfianza, aumentando el bienestar<sup>11</sup> y la sensación de control, promoviendo la individualidad y reconociendo la singularidad de las necesidades, creencias, expectativas y acontecimientos de una experiencia incontrolable<sup>27,28</sup>.

Pero se debe tener presente que el deseo de estar bajo control es esencialmente subjetivo<sup>29</sup> y está relacionado con la satisfacción de las mujeres<sup>4</sup>.

En los resultados de nuestro estudio se pueden encontrar similitudes con el de Meyer<sup>30</sup>, que relacionó los atributos del control con la seguridad personal basada en la confianza con las profesionales, el dominio de sus cuerpos y emociones y con la consideración de la elección informada<sup>10</sup>, como base para sentir empoderamiento y tomar parte activa en las decisiones<sup>12,31</sup>.

Pero se detectan discrepancias en cuanto a la información que se debe ofrecer para no caer en el error de asimilar ésta de forma idealizada. Es necesario llegar a un entendimiento común entre profesionales<sup>32</sup> de atención hospitalaria y extrahospitalaria, mediante una comunicación más precisa y estandarizada, al detectar la necesidad de crear protocolos de información consensuada acerca de los aspectos esenciales del cuidado.

Para ello, se resalta la importancia de buscar «espacios comunicativos» que faciliten la confianza bidireccional<sup>5,13,33,34</sup>, reclamada por ambas partes, que puede influir en el desarrollo del parto y en la calidad de la continuidad de los cuidados<sup>35,36</sup>.

En nuestro caso, podemos equiparar el término continuidad al de seguimiento del proceso. En este momento la continuidad individual en el hospital sólo se puede llevar a cabo desde el inicio del parto hasta 2 ho-

ras después del mismo. Para ello, es indispensable mantener la *nitio* una mujer/matrona que garantiza una presencia y atención continua<sup>37-39</sup>.

Las profesionales son conscientes de estas complejas modificaciones, por lo que han adoptado un paradigma de actitud abierta, sin prejuicios, acorde con la cultura en la que se está inmerso y con el compromiso de un aprendizaje permanente y una práctica reflexiva continua<sup>8</sup> coherente con las demandas sociales.

Pero este cambio de paradigma puede generar conflictos al asociar el empoderamiento de las mujeres con la actitud activa y participativa, suscitando temores en los profesionales<sup>14</sup> ante resultados adversos que puedan surgir por respetar la opinión de las gestantes y los posibles litigios derivados de éstos<sup>40</sup>.

### Limitaciones del estudio

En este estudio se observaron algunas limitaciones, como la necesidad de escuchar la voz de las mujeres. Sin embargo, también se realizaron entrevistas a mujeres que se encuentran en proceso de análisis. Igualmente, se consideró una limitación que el grupo de discusión en el que había auxiliares no fuera homogéneo para poder comparar los discursos. Por último, se cuestionó que la investigadora principal tuviera una actividad profesional directa en dicho hospital, lo que podía dar lugar a interpretaciones sesgadas y/o pasar por alto eventos o comportamientos significativos, por lo que la autocrítica fue indispensable.

### CONCLUSIONES

Las profesionales son conscientes de que la forma de trabajo ha evolucionado, dirigiéndose hacia una nueva concepción en la que se resalta la confianza entre la mujer y el profesional, apoyada en la información compartida que facilita una toma de decisiones bidireccional. Ésta debería ser contextualizada y acordada interdisciplinariamente, tanto en el entorno hospitalario como en el extrahospitalario, mediante protocolos de información, continuidad de cuidados y espacios comunicativos.

Se percibe una búsqueda de seguridad tanto por parte de las profesionales como de las mujeres; la utilización de la tecnología, junto con la creación de entornos favorables, son los recursos más nombrados para controlar la situación y favorecer el bienestar. Es necesario contemplar una gestión innovadora que favorezca procesos interactivos y terapéuticos que respeten la voluntad y las opiniones de las mujeres. Sin embargo, ante el empoderamiento que se está reclamando por ambas partes, se perciben los temores de las profesionales de obtener resultados adversos por respetar las decisiones de las mujeres y los posibles litigios derivados de éstos.



Analizar y comprender el significado de las experiencias de cuidado en el parto hospitalario tiene una importancia práctica, política, social y orientativa en futuras investigaciones.

### AGRADECIMIENTOS

Las autoras dan las gracias a las 15 profesionales que participaron y al Hospital Universitario Donostia por permitir esta investigación.

### BIBLIOGRAFÍA

- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr JG, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 7(7): CD003766 [DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5].
- Kitzinger S, Green JM, Chalmers B, Keirse M, Lindstrom KHE. Roundtable discussion (II): why do women go along with this stuff? *Birth Issues Prenat Care.* 2006; 33: 245-50.
- Goberna-Tricas J, Palacio Tauste A, Banús-Giménez M, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9(1): 5-10.
- Goodman P, Mackey MC, Tavacoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004; 46(2): 212-9.
- Goberna-Tricas J, Banús-Giménez M, Palacio-Tauste A, Linares-Sancho S. Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery.* 2011; 27: e231-7.
- Biurun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-6.
- Callister LC. Cultural meanings of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1995; 24(4): 327-31.
- Homer CSE, Passant L, Brodie PM, Kildea S, Leap N, Pincombe J, et al. The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery.* 2009; 25(6): 673-81.
- Montes Muñoz MJ, Esteban Galarza ML. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, 2007.
- O'Brien D, Butler MM, Casey M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery.* 2017; 46: 1-7.
- Theilin IL, Lundgren I, Hermansson E. Midwives' lived experience of caring during childbirth: a phenomenological study. *Sex Reprod Healthc.* 2014; 5: 113-8.
- Bradfield Z, Duggan R, Hauck Y, Kelly M. Midwives being «with woman»: an integrative review. *Women Birth.* 2018; 31: 143-52.
- Borrelli SE, Spiby H, Walsh D. The kaleidoscopic midwife: a conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery.* 2016; 39: 103-11.
- Klomp T, De Jonge A, Hutton EK, Hers S, Lagro-Janssen ALM. Perceptions of labour pain management of Dutch primary care midwives: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16: 6.
- Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Humanidades Médicas.* 2005; 8: 111-23.
- Lohmann S, Mattern E, Ayerle GM. Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: a focus group study. *Midwifery.* 2018; 61: 53-62.
- Van Manen M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*, 2.ª ed. Nueva York: Routledge, 1990.
- Gadamer HG. *Truth and method*, 3.ª ed. Nueva York: Continuum International Publishing Group, 2004.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care.* 2007; 19(6): 349-57.
- Driessnack M, Sousa VD. Revisión de diseños relevantes para enfermería (II): Diseños de investigación cualitativa. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007; 15(4).
- Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*, 3.ª ed. Londres: SAGE Publications Ltd., 2014.
- Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*, 3.ª ed. Londres: SAGE Publications Ltd., 2016.
- Davis-Floyd RE. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75 Suppl 1: 5-23.
- Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: an integrative review. *Women Birth.* 2016; 29(2): 107-16.
- Van Kelst L, Spitz B, Sermeus W, Thomson AM. A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. *Midwifery.* 2013; 29(1): e9-17.
- Lundgren I, Dahlberg K. Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery.* 2002; 18(2): 155-64.
- Aune I, Marit Torvik H, Selboe ST, Skogås AK, Persen J, Dahlberg U. Promoting a normal birth and a positive birth experience: Norwegian women's perspectives. *Midwifery.* 2015; 31(7): 721-7.
- Namey EE, Lyerly AD. The meaning of «control» for childbearing women in the US. *Soc Sci Med.* 2010; 71(4): 769-76.
- Green JM, Baston HA. Feeling in control during labour: concepts, correlates and consequences. *Birth.* 2003; 30(4): 235-47.
- Meyer S. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *J Adv Nurs.* 2013; 69(1): 218-28.
- Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15(1): 251.
- Ruiz MR, Limonero JT. Professional attitudes towards normal childbirth in a shared care unit. *Midwifery.* 2014; 30(7): 817-24.
- Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery.* 2009; 25(2).
- Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife: woman relationship. *Scand J Caring Sci.* 2007; 21(2): 220-8.
- Bäckström CA, Mårtensson LB, Golsäter MH, Thorstensson SA. «It's like a puzzle»: pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care. *Women Birth.* 2016; 29: e110-8.
- Sidebotham M, Fenwick J, Rath S, Gamble J. Midwives' perceptions of their role within the context of maternity service reform: an appreciative inquiry. *Women Birth.* 2015; 28(2): 112-20.
- Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience. The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery.* 2013; 29(4): 407-15.
- Gu C, Zhang Z, Ding Y. Chinese midwives' experience of providing continuity of care to labouring women. *Midwifery.* 2011; 27: 243-9.
- Sosa G, Crozier K, Robinson J. What is meant by one-to-one support in labour: analysing the concept. *Midwifery.* 2012; 28(4): 391-7.
- Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: an integrative review. *Women Birth.* 2016; 29: 107-16.

### 3. Fusión de horizontes: propuestas de mejora continua

Al fusionar las ideas expresadas por las mujeres y los profesionales se da repuesta al objetivo que trata de examinar la asociación entre los diferentes factores que afectan en la valoración de la mujer y el equipo sanitario sobre la calidad de la experiencia de parto. A su vez el describir los cambios detectados en las mujeres y en la actitud de los profesionales, nos permite definir áreas de mejora en la práctica clínica y hacer una aproximación al concepto ideal de parto expresado por las mujeres.

Las reflexiones y descripciones llevadas a cabo tanto por las mujeres como por los profesionales acerca de la experiencia de parto nos permiten ofrecer una visión integradora de los múltiples componentes que integran este proceso.

Además de los aspectos positivos y negativos relatados, tanto las mujeres como los profesionales describieron aspectos reclamados para mejorar su experiencia de parto y del cuidado. Reflexionaron sobre su experiencia en el parto y manifestaron un deseo de mejora continua que en el caso de las mujeres fue más acusado a las ocho semanas que a los ocho meses (ver figura 10), aunque, hubo mujeres que se manifestaron totalmente satisfechas con su experiencia de parto.

*“Me trataron tan bien que es que no tengo ninguna queja la verdad, no tengo así nada que...” 30 M-A (61:16).*

*“... en mis partos, hemos tenido muy buena atención han sido muy buenos, yo a los míos no propondría nada” 32M-A (63:33).*

*“Todo muy bien, muy bien, así que nada” 5 M-A (10:11).*

*“Como te lo dan todo tan bien, es que no sé” 20 M-A (39:91).*

*“A nosotros nos trataron muy bien en todo momento. Todo lo que pedimos...la bañera cuando estaba con contracciones... y todo sin problema. Así que todo bien” 22 M-B (113:10).*

*“No sé, es que en cuanto al trato y lo que se podía hacer, yo creo que no tengo ninguna queja. Es que al final yo lo pasé mal, pero eso tampoco se puede cambiar porque es el parto y el proceso que sigue” 31 M-B (131:10)*

En cuanto a los aspectos reclamados se diferenciaron dos espacios diferentes, por un lado, el ámbito hospitalario y por otro el de atención. Las propuestas de mejora planteadas que estuvieron vinculadas con ambas áreas (ver figura 11) hacen referencia a la comunicación e información tanto de los profesionales del hospital como de los de atención primaria, a la relación entre ambos, a las instalaciones hospitalarias y a las clases de educación en las que buscan la implicación de la pareja hasta ahora inexistente.

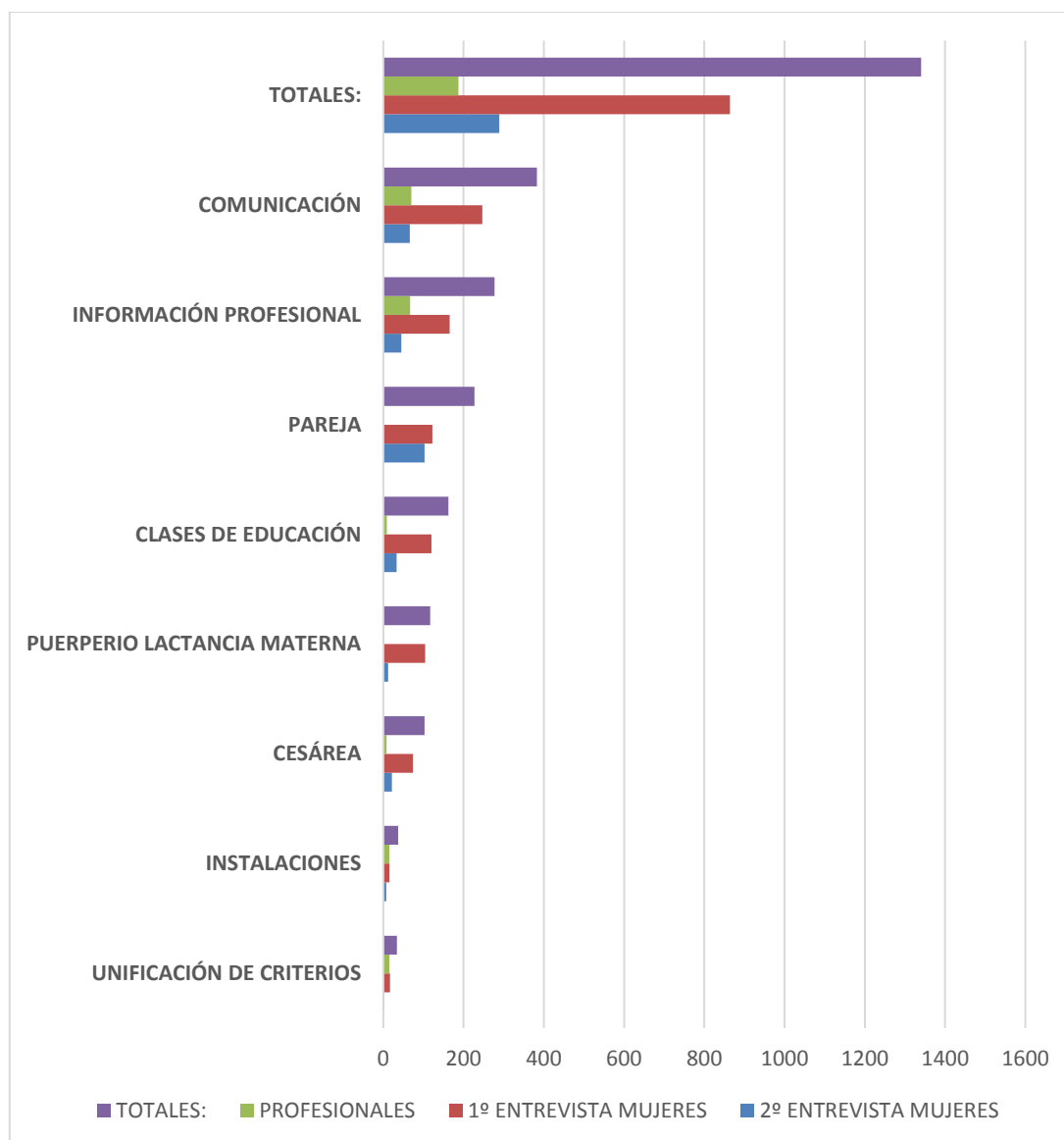


Figura 10. Propuestas de mejora de mujeres y profesionales. Elaboración propia.

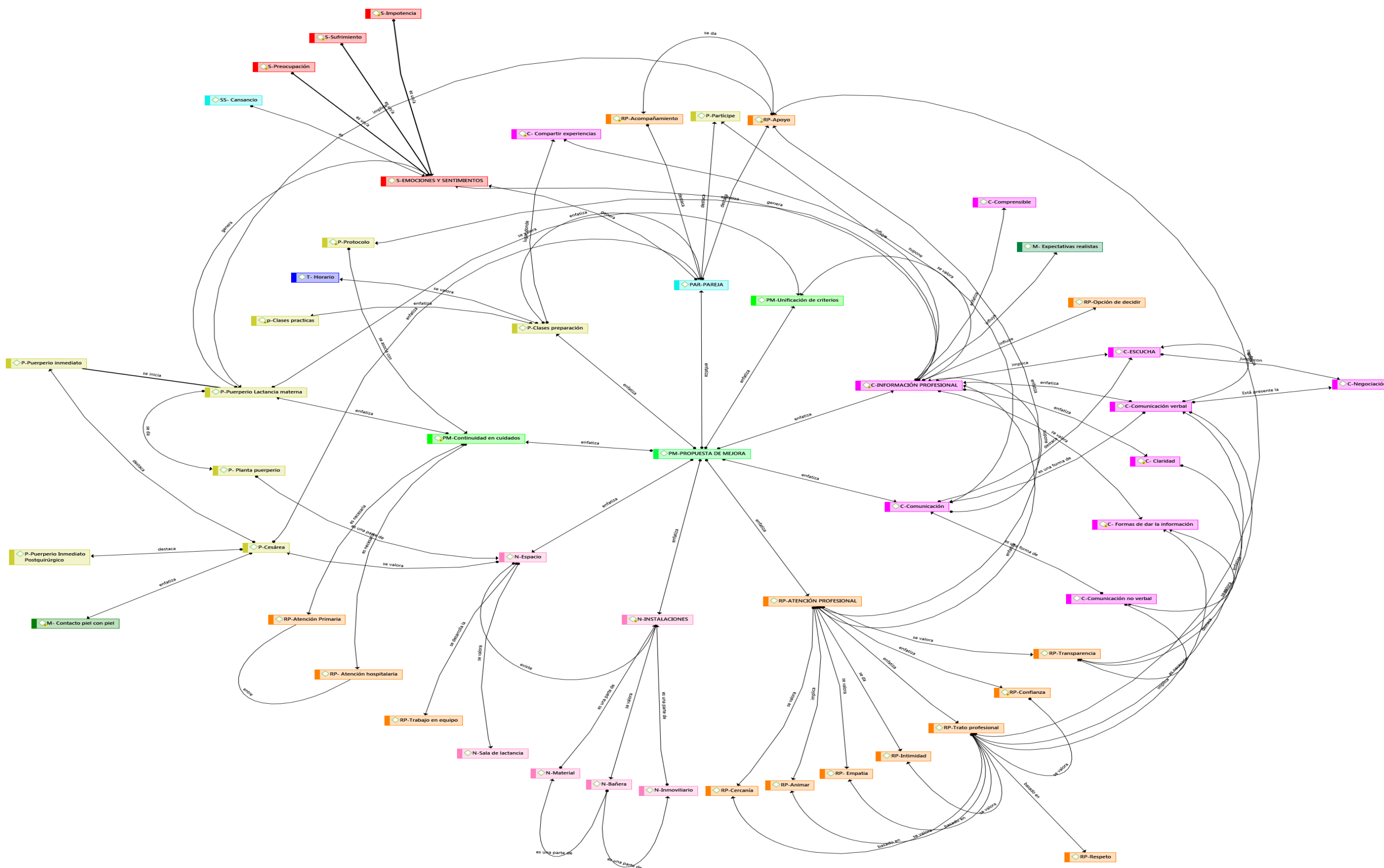


Figura 11. Propuestas de mejora. Elaboración propia mediante Atlas.ti



### 3.1. Fortalecer la comunicación y relación terapéutica

La información profesional fue un aspecto clave propuesto como área de mejora y tanto las mujeres, sobre todo en la primera entrevista, como los profesionales identificaron la necesidad de mejorar la comunicación interprofesional y profesional-mujer-pareja ya que fue considerado como un valor que en sí mismo favorecía la toma de decisiones responsables que permitiría afrontar situaciones habituales o de estrés con mayor implicación por ambas partes.

Se identificó entre los profesionales la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación a fin de profundizar en las preocupaciones de las mujeres, de evaluar la información dada y de escuchar sus percepciones. A su vez las mujeres solicitaron información más clara y veraz acerca de que lo les estaba ocurriendo y de cómo podían afrontarlo.

*“Llamé, un par de veces porque claro realmente tampoco tenía muy claro si lo que yo estaba sintiendo eran ya contracciones de parto o no. Era una sensación de bueno no quiero ser pesada, no quiero molestar, pero por otro lado tampoco sé muy bien ... Entonces igual si hubiera tenido una información un poquito más clara” 7 M-A (14:74).*

*“Una explicación, esto ha salido así o hemos hecho esto, hemos hecho lo otro. A partir de ahora vas a notar esto. Esto es normal, esto no es normal” 25 M-A (49:10).*

*“Nos tenían que haber informado, qué se considera normal y qué no, hasta qué punto puedes aguantar y qué es peligroso y qué no” 42M-A (83:26).*

*“Sigo pensando que me debían de informar” 28 M-B (127:1).*

El propiciar la información con actitud empática, cordial y respeto durante la práctica del cuidado sería uno de los aspectos propuestos a fortalecer ya que fue considerado requisito imprescindible para establecer vínculos significativos que generasen confianza y estimularan el compartir sus emociones.

*“Mejoraría un poquito decirlo de otra manera en ese momento de tantos dolores y que no estás bien... un poquito más de tactillo” 17 M-A (34:32).*



*“¿Propuestas? son muy buenos profesionales, pero hay algunos que tendrían que cambiar la actitud” 23 M-A (45.63).*

*“Sí igual lo que más fueron las formas, me dijo. ¡Pero si no estás de parto! Bueno no estaré de parto, pero llevo 24 horas con muchas contracciones” 2 M-B (87:10).*

Se propuso mantener una relación terapéutica personalizada en la que además de centrarse en la tarea, los profesionales no ignorasen la realidad emocional individual. Para ello, se consideró necesario que además de abordar los aspectos bio-fisiológicos de la situación se observara la importancia de la interacción profesional-mujer que facilitaría un diálogo abierto, mediante escucha activa, puesta en común de las singularidades individuales y negociación en la toma de decisiones.

Se solicitó que los profesionales expresasen de forma clara la información intentando detectar el estado emocional de la mujer y que se adaptaran al contexto específico teniendo en cuenta que, ofreciendo la información que demanda cada mujer, mediante una adecuada comunicación se favorece la normalización de la relación y el cumplimiento de las expectativas.

*“Al ir a dormir a la mujer, el pedir permiso de forma clara. Lo que recuerdo es que me preguntaron ¿quieres un calmante? Y claro yo creía que un calmante para el dolor. Pero que lo diga claro ¿quieres que te durmamos o quieres estar despierta?” 26 M-B (121:7).*

Los profesionales también corroboraron las propuestas descritas por las mujeres haciendo incidencia en la necesidad de mejorar y fortalecer en ciertas ocasiones las formas y momentos de dar información. Se propusieron refuerzos posteriores al parto para indagar y resolver posibles dudas generadas en el parto o posteriormente.

*“Pienso que nos podía faltar un refuerzo posterior. Por ejemplo, cuando haces un instrumental en una situación de urgencia, muchas veces a ellas no les ves que lo perciban mal ni mucho menos. Pero creo que al día siguiente les entran dudas: Será ¿porque no he empujado?, será ¿porque me han inducido?, será ¿porque me han puesto mucha oxitocina?, será ¿por qué? ...Esas dudas no se resuelven, se quedan sin resolver porque*



*no nos sale la iniciativa igual de ir, hablar sobre ello y luego a ellas a veces esas dudas no les surgen al día siguiente, les surgen en días posteriores. Les queda un poco la incertidumbre: ¿y por qué? pero ¿qué pasó exactamente?” 1 G-3 (149:20).*

### **3.2. Unificación de criterios entre centros y profesionales**

Para consensuar la información se planteó la necesidad de unificar criterios entre el área hospitalaria y atención primaria ya que las mujeres opinaron que entre ambas partes, en algunas situaciones, se planteaba información contradictoria lo cual les impedía tener un criterio claro de actuación y esto dificultaba la toma de decisiones de forma autónoma. Esta observación la hicieron sobre todo las mujeres en la entrevista realizada a las ocho semanas.

Para ello se creyó necesario establecer una comunicación bidireccional que mejorase los canales de información y que asegurase la coordinación entre el área hospitalaria y atención primaria para que se garantizase la continuidad de los cuidados evitando las discrepancias y las contradicciones a las que se refirieron tanto las mujeres en las entrevistas semiestructuradas como los profesionales en los grupos de trabajo.

*“Más coordinado...debería de haber más comunicación” 4 M-A (8:59).*

*“En partos muy bien y en el postparto me hubiera gustado que fuera todo más coordinado” 40 M-A (79:39).*

*“La población... ha cambiado mucho y luego creo que tenemos un trabajo pendiente de coordinación entre lo que es el hospital y la primaria” 1 G-1 (149:28).*

*“Hemos conseguido algo que hay pocos hospitales que tengan, que haya matronas en la maternidad. Creo que vamos a ser pioneros y el siguiente paso es enganchar todo el proceso entre atención primaria y hospitalaria. Ahora tenemos opción o las matronas tienen opción de ver toda la historia clínica que eso ha sido un hándicap durante mucho tiempo”1 G-1 (149:75).*

Se remarcó, por ambas partes, el que la información estuviera consensuada y adecuada a lo que se piensa en conjunto y que fuera congruente al contexto en el que se maneja dicha información. De esta forma se prevé que se proporcionarían más recursos a las mujeres y parejas para implicarse y tener expectativas más acordes a la realidad.

*“Consensuada. Que todos estamos hablando un lenguaje parecido y la información que transmitimos a las mujeres debe ser congruente, que al final todos queremos lo mismo. No tengo ninguna duda de que nadie quiere algo diferente” 1 G-1 (149:35).*

Entre los temas en el que las mujeres hicieron más hincapié en cuanto a la necesidad de unificar criterios y con lo que estuvieron de acuerdo los profesionales, fueron la lactancia y la recuperación post-parto. En ocasiones la disparidad de criterios dificultó el aprendizaje y aumentó la incertidumbre al hallarse las mujeres entre informaciones contradictorias. Para solucionar este aspecto, se ha reclamado la necesidad de realizar protocolos, que aun pudiendo caer en la generalización de las situaciones, servirían como estrategias de acción basadas en un sistema educativo que implicaría la presencia activa de todos los estratos y evitaría los desacuerdos que conllevan a la confusión.

*“Le tenía que dar leche artificial, las enfermeras tenían diferentes opiniones de cómo darle biberón y qué tetina tenía que utilizar. ¡Cómo yo no sabía nada!” 8 M-A (18:25).*

*“En principio todo el mundo te ayuda. Lo que pasa que todo el mundo son cincuenta mil enfermeras diferentes, que cada una tiene su opinión. La teta se la tienes que dar así, se la tienes que dar asá...” 15 M-A (30:68).*

*“Criterios diferentes. Por ejemplo, que le diera con la jeringa el suplemento que nos habían mandado, otra que le diera el suplemento cada no sé cuánto, otra que a la noche le diera con biberón, otra que no le dejara más de media hora en cada pecho...y yo decía, aquí cada una te dice una cosa” 26 M-A (51:27).*

*“Igual también protocolizar un poco el tema de la lactancia porque yo creo que cada una decía una cosa diferente así que llegué a mi casa y dije:*

*cada una me ha dicho una cosa diferente, al final haces tú lo que quieres” 38 M-A (75:15).*

*“Los distintos criterios tendrían que unificarse. Puedes tener una visión y los otros la suya, pero sería conveniente unificar esos criterios sino te quedas un poco descolocada” 37 M-B (136:35).*

*“Yo creo que deberían protocolizar sobretodo el tema de la lactancia porque cada uno te decía una cosa, opinaba todo el mundo” 38 M-B (145:11).*

*“Sé que han puesto una sala de lactancia y me parece que era necesario y también tendrían que incluir clases de postparto” 23 M-A (45:60).*

*“Tenemos clases de preparto, pero tendrían que ampliar el postparto” 28 M-B (125:37).*

Además de la unificación de criterios entre profesionales y centros, se propuso la necesidad de prolongar el permiso de maternidad hasta los seis meses y la búsqueda de la igualdad de los permisos de paternidad y maternidad. Con todo ello, se trataría de asegurar la atención y cuidados del hijo/a facilitando el establecer un vínculo que favoreciera una crianza saludable y la corresponsabilidad de las parejas en su cuidado.

*“Te dicen que es recomendable el darle el pecho hasta los seis meses, pero claro tu baja dura cuatro meses. En algunos casos tienes la opción de adaptarte cogiendo una excedencia o reducción, pero muchas veces no puedes hacer eso. Entonces ves que hay muchas contradicciones. también en el caso de los padres, porque para mí es muy importante que estén los dos con el hijo/a. No solo porque se reduce la carga sino por el vínculo que se forma. Para mí ese vínculo es muy importante” 37 M-A (73:73).*

*“Creo que la baja en lugar de cuatro meses debería de ser de seis, si se quiere hacer lactancia materna exclusiva, que es lo que los pediatras aconsejan” 38 M-B (145:39).*

### 3.3. Presencia de la pareja

Parece unánime, en opinión de las mujeres, que vincular a la pareja en el nacimiento del hijo favorece la creación de una adecuación parental que contribuye a facilitar el nuevo equilibrio familiar. Pero no solo en el momento del nacimiento, sino que se reclamó una mayor presencia y participación de las parejas en todos los espacios relacionados con el embarazo, parto y crianza, con el fin de no ejercer simplemente el rol de acompañante, sino de mantener una participación activa e integrada que derivase en una involucración continua y corresponsable en todo el proceso.

*“Que el padre fuera también partícipe. Que esté involucrado, que no es algo tuyo si no que al final si está involucrado en el embarazo, en el parto, yo creo que también ayuda a que esté involucrado también en la crianza y demás. Y creo que cada vez están más involucrados los aitas también” 33 M-B (133:7).*

Las mujeres opinaron que la vivencia conjunta, proporcionaría de forma positiva, por un lado, un apoyo psicológico y por otro, aumentaría en las parejas la conciencia de capacidad y de participación en su experiencia de paternidad. Todo ello, ayudaría en la creación de un vínculo parental estableciendo lazos familiares que contribuirían en la corresponsabilidad en cuanto al cuidado del hijo/a.

*“Para mí lo más importante es estar con tu pareja, que se implique y te apoye todo el rato” 23 M-A (45:9).*

Durante el parto, el rol de las parejas fue descrito sobretodo como de acompañamiento–apoyo y aunque los grupos de profesionales apenas lo nombraron, las mujeres reclamaron que los profesionales estimularan a las parejas para que, no solo estuvieran físicamente en el paritorio, sino para que se sintieran útiles, valoradas e informadas durante todo el proceso. Además, hubo quien hizo extensiva esta propuesta para todas las situaciones que se pudieran dar, es decir, solicitaron la necesidad de la presencia de la pareja activa también en los partos instrumentales y en las cesáreas.

*“Fue un poco chasco, porque aunque ya sabía que las parejas no entran en la cesárea, también sé que en otros países están haciendo experiencias en las que la pareja entra en paritorio” 26 M-A (51:18).*

*“Cambiaría que en las cesáreas las parejas estuvieran y las mujeres estuvieran despiertas” 26 M-A (51:23).*

*“Creo que los padres están un poco ahí... porque tienen que estar muchas horas y como que no están muy bien preparados” 38 M-A (75:13).*

Si bien, las mujeres reclamaron la presencia de las parejas en el parto también opinaron que, en ocasiones, debido a circunstancias inesperadas en las que no se informó correctamente, se generaron sentimientos de impotencia, sufrimiento, susto y agotamiento.

*“Él no podía hacer nada y me veía con tanto dolor. Nunca me ha visto tan mal y estaba algo asustado” 2 M-A (4:44).*

*“Cuando él no salía y empezó a entrar gente, gente, gente, gente claro yo no sabía, a mí no me decían nada. A mi pareja tampoco, mi pareja sobre todo se asustó mucho más que yo. Pensaba que algo grave pasaba” 29 M-B (127:4).*

*“Se le hizo muy duro todo lo que pasó. Él dice que tiene un recuerdo de impotencia porque no podía hacer nada. Yo, muy machacada físicamente porque me quedé hecha polvo, pero él se quedó más tocado, se quedó agotado” 22 M-B (113:40).*

De ahí, que se reclame la implicación de los profesionales para que además de servir de impulso y aliento en los momentos críticos, sean conscientes de la necesidad de formar e informar a todas aquellas parejas que lo deseen a fin de que puedan tomar conciencia, adquirieran los conocimientos y habilidades para responder a las posibles eventualidades que pudieran surgir e hicieran que su experiencia fuera más activa y positiva. Se proponen soluciones tales como la creación de espacios humanizados que contribuyan a la privacidad e intimidad, que sirvan para solventar necesidades de apoyo social y comunicación y a su vez que sean cómodos, accesibles y flexibles para optimizar la funcionalidad.

### 3.4. Creación de nuevos espacios

Para la mejora de los espacios, se subrayó la necesidad de crear lugares de interacción entre las mujeres, parejas y profesionales, donde las distintas actividades, emociones, experiencias y recuerdos fueran compartidos. Espacios que funcionasen como referencia identitaria ya que los encuentros “cara a cara” ayudarían en los procesos de integración para reforzar la identidad maternal, paternal y profesional. Esto es, espacios vivos llenos de significado donde no solo sería importante el lugar físico sino también las condiciones apropiadas para lograr un ambiente donde se favoreciese una experiencia de parto satisfactoria.

Por ello, las evidencias relatadas tanto por los profesionales como por las mujeres entrevistadas mostraron que es necesaria una adaptación de los espacios a fin de centrar el cuidado tanto en la mujer y en el recién nacido como en la familia ya que se enfrentan a una situación que conlleva, preocupación, miedo, incertidumbre, ansiedad.... Además, el ámbito hospitalario es desconocido y puede resultar hostil al estar más adaptado a las necesidades de trabajo de los profesionales que a los intereses personales de las mujeres que dan a luz.

Pero con el cambio de paradigma actual en cuanto a la relación profesional-mujer, se observó un progresivo énfasis manifestado por el deseo de empoderamiento de las mujeres y por la necesidad de implicación y colaboración de la pareja. Para dar respuesta a esta creciente demanda se detectó que las relaciones entre profesionales-mujer-pareja-recién nacido son cada vez más dinámicas, pero a su vez muy complejas porque implican un cambio, no siempre aceptado, que podría verse facilitado por la estructuración y utilización de espacios. Se trataría de mejorar un entorno para que se convirtiera en terapéutico y diera respuesta a las demandas relacionales de las diversas personas que toman parte en el proceso. Entre estas relaciones se busca la mejora entre:

#### a) Mujer-profesionales

Para facilitar la relación con los profesionales en el momento crítico del expulsivo, las mujeres hicieron hincapié en el espacio del paritorio que lo caracterizaron como un espacio frío, asimilándolo con un quirófano. Dijeron que hubieran agradecido un ambiente más acogedor, lo más parecido a estar en casa.

*“A mí el paritorio me parece una zona muy fría. Lo mejor sería un espacio lo más parecido a la sala previa, me parece un ambiente lo más adecuado para dar a luz” 27 M-A (53:29).*

*“Otra cosa que cambiaría sería el espacio. Creo que el espacio del paritorio no es nada amigable” 2 G-2 (151:59).*

*“Espacios más acogedores” 3 G-2 (153:19).*

Pero, aunque tanto una parte de los profesionales como gran parte de las mujeres identificaron la necesidad de mejorar las instalaciones consideraron que primaba el que su funcionamiento y estado fueran correctos dando por tanto una importancia relativa al espacio del paritorio.

*“Sí, las instalaciones están un poco viejas” 10 M-A (20:38).*

*“Las instalaciones algo envejecidas y parece como si estuvieras en otro lugar. Que no son nada acogedoras. Pero bueno es lo de menos” 39 M-A (77:17).*

*“Las instalaciones estaban algo envejecidas pero eso es una tontería porque lo importante es que funcionen bien, estén limpias y la gente” 42MP-A (83:52).*

#### b) Mujer-profesionales-pareja

Se desearon espacios para mejorar la comunicación y compartir información donde el “yo madre”, “yo pareja” y “yo profesional” se fusionasen en un “nosotros”, constituyendo espacios integradores que ofrecieran seguridad emocional.

Además, las mujeres hicieron incidencia en la importancia de compartir información, destacando en el caso de las cesáreas la necesidad de crear un espacio para informar a la pareja y de poder disponer siempre de un espacio donde poder compartir en intimidad madre, pareja e hijo/a las primeras horas tras la cesárea.

*“Mi pareja me comentó que cuando decidieron hacerme la cesárea que empezó a entrar gente en el paritorio, se quedó como: ¿y yo ahora qué tengo que hacer?” 37M-A (73:61).*



c) Mujer-pareja

Las mujeres recordaron positivamente, momentos previos al nacimiento, en el que pudieron compartir en la intimidad el apoyo mutuo con miras a un objetivo común. Son demandados espacios agradables, que alienten al recogimiento y unión entre la mujer y la pareja.

*“Antes de entrar a paritorio, en la habitación anterior, cuando estás con tu pareja, yo me imaginaba que iba a ser una habitación mucho más fría, pero no era así. Estábamos con la luz baja y con posibilidad de escuchar música, que le daba naturalidad al proceso...” 37 M-A (73:54).*

*“Cuando estaba con mi marido en la pelota antes del paritorio. Recuerdo ese momento tan bonito” 23 M-B (115:22).*

*“El momento de mi compañero ayudándome...Lo bonito es cuando estás en el trabajo de parto con tu compañero al lado” 27 M-B (53:52).*

*“Antes del paritorio, cuando estábamos en la sala aquella los dos...fue un proceso muy bonito”42 M-B (147:21).*

d) Mujer-pareja-recién nacido/ Mujer-recién nacido

Se sugirió la idea de que hubiera un espacio para poder permanecer en el paritorio las dos horas posteriores al parto y así poder compartir la experiencia en la intimidad.

*“Entrar en una habitación a las cuatro de la mañana, si no está ocupada no hay ningún problema porque sola estás estupenda. Tú y tu pareja habláis, comentáis, miráis al bebé, pero si tienes que entrar y tienes que respetar porque está ocupada, no puedes estar con la luz encendida y no puedes estar hablando " jo pues qué bonito ha sido pues qué ...". No, no porque hay otras personas durmiendo entonces eso para mí sería un aspecto súper importante a tener en cuenta” 12 M-A (24:69).*

*“Que todo el mundo tenga la opción de que cuando te hagan una cesárea pero que puedas estar con tu recién nacido dentro de la lógica y del sentido común, obviamente. Si no ha pasado nada, si tú estás bien y el recién nacido está bien” 4 G-3 (155:34).*

- e) Mujer con otras mujeres y con profesionales a fin de compartir experiencias, interaccionar y aprender

Se propuso la creación de una sala de lactancia materna en el hospital durante 24 horas para que las mujeres pudieran acudir para poder interaccionar con profesionales expertos en lactancia y mujeres que estaban viviendo la misma experiencia. Sobre todo, en momentos donde no era posible contactar con una matrona como, por ejemplo, los fines de semana o noches.

*“He tenido en las dos ocasiones problemas y estaría bien el disponer de una sala las 24 horas del día y quien quisiera que fuera” 5 M-A (10:11).*

*“Al principio tuvimos problemas con el pecho porque no se enganchaba bien y no se alimentó bien. Además, justo nos pilló Semana Santa y, el ambulatorio estaba cerrado. Así que subimos al hospital y pasamos una noche” 28 M-A (55:13).*

*“Pondría una sala de lactancia para que cada una cuando quisiera tuviera la oportunidad de ir. Ya sé que ahora no te dejan salir de la habitación con el niño, pero una sala de lactancia estaría bien” 5 M-B (93:12).*

También las mujeres propusieron el poder acceder en el paritorio a recursos tales como una bañera que estuviera a disposición de las parturientas, cunas de colecho para facilitar el cuidado del recién nacido o material disponible continuamente en el paritorio para facilitar el trabajo de parto de las mujeres.

*“En cuanto al material, agradecería el tenerlo más a mano, la pelota, la bañera. Para cuando quieras poder hacer uso de ellos y no tener que estar pidiéndolos” 21 M-A (41:32).*

*“Sí la pelota, la bañera y el espejo me ayudaron mucho” 39 M-A (77:58).*

*“Desde el punto de vista de las instalaciones, desde la cama tú no ves al niño en la cuna, te tienes que levantar y estaría mejor que la cuna, pasase a ser de colecho” 42 M-A (83:57).*

*“En la habitación donde estuve la cuna del niño no estaba cerca de la cama. Estaba separada, lo mejor serían esas cunas que están en un lateral y cerca del niño” 42 M-B (147:51).*

*“Sería lo óptimo que en el Hospital de San Sebastián haya más facilidades para que las madres estén más en la bañera y no haya solo una bañera” 14 M-B (105:18).*

*“El mejorar las instalaciones, el tener más material para el parto, más opciones. Cuando di a luz estuve sola y la bañera estaba libre, pero creo que solo hay una. Así que, estando dos mujeres, una se quedaría sin nada. Entonces el tener más opciones” 39 M-B (138:5).*

#### f) Interprofesionales

Los profesionales anhelaron espacios comunicativos interprofesionales para consensuar información multidisciplinar y mejorar el trabajo en equipo tanto hospitalario como el relacionado con el personal de atención primaria. Al mismo tiempo, desearon espacios compartidos por el grupo de profesionales que favorecieran en los procesos de identidad y en el sentido de pertenencia al equipo. Espacios facilitadores en los que la dinámica de escucha de las distintas perspectivas y la negociación entre los distintos profesionales fuera pilar básico, con el fin de optimizar el tiempo y conocimiento de todos sus integrantes.

*“Lo que cambiaría son el espacio y la comunicación interprofesional” 2 G-2 (151:60).*

*“Habría que analizar, ¿por qué hay una falta de comunicación entre las matronas de primaria y nosotros? Sería importante” 3 G-1 (153:6).*

*“El aspecto que hemos hablado, que tuviéramos más comunicación con primaria, que de cualquier cambio estuvieran informadas en primaria, que se establecieran mecanismos de relación entre primaria y hospital. Y luego que sigamos trabajando el uno a uno, una mujer una matrona” 3 G-1 (153:16).*

### 3.5. Actualización de las clases de educación

Observando las aportaciones que realizaron las mujeres en torno a la educación maternal se dedujo que son muchos los temas tratados en las clases a las que se asistió: preparación física, ejercicios respiratorios, control durante las contracciones... A pesar de ello, pocas mujeres se mostraron totalmente satisfechas

con el resultado y, en general, expresaron el deseo de que las clases de preparación fueran más prácticas utilizando metodologías y recursos didácticos que animasen a las mujeres y parejas en la concienciación de la importancia de la participación en el parto y la crianza. Para ello, demandaron la utilización de técnicas de desarrollo de habilidades tanto físicas como de manejo de los sentimientos y las emociones, pero considerando que se debería ir más allá de la simple clase teórica ofertada. Opinaron que esta se limitaba, la mayoría de las veces al uso exclusivo de técnicas expositivas. Se manifestó la necesidad de recibir un tipo de educación que ayudase a tomar conciencia de las capacidades individuales para dar sentido conjunto a la información con el fin de ser capaces de tomar decisiones de forma responsable.

Para conseguirlo reclamaron clases en las que el grupo de mujeres participantes fuera más reducido, espacios más amplios para un desarrollo más cómodo de los ejercicios propuestos, relación más estrecha con otras mujeres que han tenido experiencia anterior, intercambio de información....

*“Sí, me hubiera gustado que fueran más prácticas, me parecieron muy teóricas. Estábamos dos horas y la matrona se pasaba dos horas hablando y nosotras no hablamos. Las que tenían el segundo hijo igual hablaban, pero las demás nos quedábamos calladas” 21 M-A (41:54).*

*“Eché de menos una mayor preparación física. Sí que nos dio pautas para hacer ejercicios en casa, pero igual haberlos hecho un mínimo en las clases” 26 M-A (51:59).*

*“Porque la información muy bien, pero claro los ejercicios yo al fin y al cabo hice dos días ejercicios en el ambulatorio el resto los sé porque los hice por lo privado y porque he mirado por Internet” 29 M-A (57:29).*

*“Igual no nos dijeron técnicas de relajación o a la hora de respirar con las contracciones, igual un poco más eso” 30 M-A (61:30).*

*“Que sea más práctica, de ejercicios en grupos más reducidos porque estábamos 30 personas y obviamente no había ni sitio” 33 M-A (65:62).*

*“No dedicar tanto tiempo a charla teórica, sino que fuera más práctica” 23 M-B (115:5).*

*“El que fueran más prácticas a pesar de que me parece también importante la parte anímica y mental” 26 M-B (121:36).*

Respecto a las clases de preparación, enfatizaron también en la importancia de compartir experiencias con personas que se encontraban en la misma situación o testimonios de personas que referían miradas y opiniones sobre la atención obstétrica recibida. Las mujeres buscaban a mujeres expertas para aclarar ideas relacionadas con factores biológicos, psicológicos, emocionales, ideológicos e incluso simbólicos relacionados con el parto. Opinaban que con ello se podría obtener información real que diera sentido al proceso, a la socialización del mismo y al establecimiento de valores. El reconocimiento de estos valores, permitiría una reflexión acerca de los principios personales que combinados con la corresponsabilidad profesional-mujer-pareja en el parto permitiría concienciarse de la situación antes, durante y después del parto trabajando la conexión corporal y el empoderamiento.

*“Es como una terapia, porque cada una cuenta sus sentimientos...se habla mucho y conoces a gente que está en la misma situación” 16 M-A (32:42).*

*“Creo que lo que más me ayudó fue que las que habían sido madres contasen sus experiencias, a mí por lo menos me ayudó” 24 M-A (47:48).*

*“Iba gente a contar el parto y vas viendo que no todos los partos son iguales. Que de lo que quieres a lo que tienes es diferente para todas” 27 M-A (53:56).*

*“Personalmente, no estaba muy puesta en la maternidad y el estar con mujeres que habían sido madres me ayudó y creo que es necesario” 28 M-A (55:27).*

*“Agradezco que me hayan dado mucha información y el haber estado con gente en tu misma situación” 37 M-A (73:47).*

*“Para comunicar con otras mujeres y cuál es la experiencia de cada una, creo que muy útil” 9 M-B (99:50).*

*“Sentir que lo que te pasa a ti, es único, pero es compartido” 2 G-2 (151:99).*

También sugirieron que las parejas pudieran acudir a las clases para poder adquirir conocimientos o habilidades con el fin de lograr una mayor involucración y participación en el parto y la crianza. Para ello plantearon la necesidad de ofrecer una flexibilidad en el horario y ampliar el espacio donde se realizaban para que no fuera ello un impedimento para acudir a las clases. Esto es, que la Seguridad Social ofreciera clases de educación por las tardes para poder compatibilizar con la vida laboral.

*“Igual no quieres cogerte la baja o por el motivo que sea no puedes y tienes que hacer pagando porque en la Seguridad Social no lo ofrece. Estaría bien, que para la gente que no puede o no quiere se diera la posibilidad de más horario” 4 M-A (8:45).*

*“Me gustaría que el horario fuese más abierto porque por ejemplo mi marido no pudo venir a las clases del ambulatorio, las públicas y además yo también hasta que no cogí la baja no podía ir, porque me coincidían los horarios” 25 M-A (49:47).*

*“La sala era muy pequeña y todas íbamos sin parejas porque no cabíamos y no podíamos hacer ejercicios” 28 M-B (125:36).*

*“Creo que la función de atención primaria es fundamental pero también debo decir que creo que la estructura sanitaria se tiene que acostumbrar a la crítica porque sí que es cierto que la mujer viene poco empoderada pero la que viene empoderada con su plan de parto no se le recibe con alegría” 2 G-2 (151:10).*

### **3.6. Aproximación al parto ideal**

Las participantes reflexionaron sobre el concepto de parto ideal. Tomaron el parto ideal como modelo o ejemplar de perfección. Esto es, un parto que poseía todas las características para ser representado como perfecto o excelente.

Para algunas mujeres este ideal fue considerado como algo inalcanzable, mientras para otras su parto lo consideraron el ideal o muy próximo a este ya que tuvieron en cuenta las posibilidades existentes alcanzables en la realidad.

*“Para mí, mi parto fue ideal. Si tuviera un segundo no sabría en qué se puede mejorar. Qué no dolieran las primeras contracciones, pero es imposible, ¿no?, creo que ¿no?” 15 M-B (106:12).*

*“Para mí yo creo que fue ideal” 38 M-B (145:9).*

Dentro de las dimensiones que fueron más nombradas en la construcción del concepto de parto ideal (ver figura 12) fue prioritaria la inexistencia de complicaciones en la madre e hijo/a que con llevasen su separación.

*“Lo ideal para mí es que la madre y la criatura estén bien. Para mí lo ideal es eso, luego lo del sufrimiento, es dolor y al final se pasa” 1 M-A (2:42).*

*“Para mí un parto ideal es un parto por vía vaginal, con epidural porque no estamos para sufrir y que no haya episiotomías, ni puntos, ni complicaciones... Al final si tienes cualquier tipo de complicación o cualquier cosa con el bebé, todo lo demás es secundario y poco importante comparado con eso. Pero bueno teniendo en cuenta que vas a tener un bebé sano, que la experiencia para la madre sea lo menos dolorosa para la madre y que no sea muy largo” 4 M-B (91:14).*

*“Ideal sería primero seguridad de las dos partes, que la madre y el bebé estén bien, que no tengan complicaciones. La seguridad, el apoyo de la pareja y médico. La sensación de seguridad” 9 M-B (99:23).*

*“Un parto ideal es el que no tienes ningún sobresalto, ningún susto, que marche bien, que sea rápido y cuando nazca el bebé que no te lo separen...Si todo va bien, ha sido rápido, has estado a gusto con el entorno, tienes el bebé encima ya es un parto perfecto” 12 M-B (101:3).*

*“Un parto ideal, que vaya todo como se suele decir, como la seda. Pero, sé que eso es muy difícil y no está en manos de nadie” 37 M-B (136:8).*

El dolor fue otra de las dimensiones significativas siempre presente en todos los relatos. Las mujeres anhelaron partos sin dolor, algunas definieron el concepto de parto ideal reconociendo el dolor como algo inevitable, llegando a aceptarlo e incluso expresaron la posibilidad de poder disfrutar del mismo.



*“Que hubiera sido sin dolor, pero hay que pasarlo. Que no me hubieran tenido que provocar esas contracciones porque hubiera controlado yo” 20 M-A (39:57).*

*“Que todo vaya bien, más o menos rápido y que no duela mucho, aunque eso es imposible” 24 M-B (117:13).*

*“Un parto ideal igual en casa en compañía de mi compañero, una matrona. Sinténdolo desde las primeras hasta las últimas de una manera progresiva, disfrutando” 27 M-B (123:15).*

*“Sin dolor, con tu pareja que esté ahí contigo en todo momento y sin complicaciones” 31 M-A (61:26).*

*“Como no he tenido un parto malo, para mí los dos que he tenido son ideales. ¿Con menos dolor igual?” 32 M-A (61:21).*

*“Ideal es un parto sin dolor, pero no existe. Entonces ideal sería rápido, sin epidural, de forma natural...y siempre en un centro hospitalario por lo que pueda pasar” 41 M-A (81:5).*

*“Yo creo que el dolor te conecta ¿eh?” 2 G-1 (151:21).*

Dentro del concepto de parto ideal, el espacio hospitalario fue deseado por la mayor parte de las mujeres por la seguridad que este les aportaba pudiéndose distinguir dos vertientes en cuanto a la intervención en el mismo. Por un lado, una gran parte de las mujeres expresaron la voluntad de que fuera con la menor intervención en la medida de lo posible siempre que el desarrollo del mismo lo permitiera.

*“¡Que no duela! Un parto ideal, para mí sería que no se hiciera episiotomía, en la medida de lo posible, que no fuera instrumentalizado y sin epidural lógicamente. Eso sería lo ideal, pero si hay que hacer episiotomía hay que hacerla, si hay que poner unos fórceps o hacer una cesárea hay que hacerlo. Lo ideal ir y cuanto antes mejor y encima cuanto menos intervenido mejor” 7 M-A (14:24).*

*“El parto ideal que intervengan lo menos posible, simplemente que te ayuden” 13 M-B (103:7).*

*“¿Ideal? Bastante corto, sin epidural y sin necesidad de intervención. Lo más natural posible. Lo haría en el hospital, pero lo más natural posible” 26M-B (121:13).*

Y hubo otras que consideraron la intervención como elemento para poder alcanzar la perfección.

*“Llegar y ponerse la epidural. Soy pro epidural, creo que no tenemos que estar pasando un montón de dolor...pero siempre no se puede. Y no estoy en contra de la cesárea...si me dieran a elegir desde luego cesárea” 36M-A (71:20)*

Los profesionales confirman en la aproximación al concepto de parto ideal el deseo de no intervención si las condiciones lo permitían. Consideraron imprescindible el analizar las circunstancias particulares de cada parto y priorizaron en el concepto de parto ideal el que la madre y el hijo/a se encontrasen bien.

*“Evidentemente creo que nosotros mismos querríamos un parto eutócico, sin intervenciones, sin oxitocina, sin romperme la bolsa y si no me duele ya sería la repanocha, pero claro creo que eso es una de las opciones que a todos nos gusta. Pero para mí un parto ideal sería una cesárea en la que mi bebé sale bien y he tenido que tener una cesárea porque ha pasado algo”<sup>1</sup> G-2 (149:61).*

*“Parto ideal, yo el que quiere ella, he llegado a esa conclusión. La que no quiere notar nada que no note nada, si la que quiere vivirlo que lo viva, pero a estas alturas el que quiera ella” 2 G-2 (151:20).*

*“A mí un parto ideal es un parto independientemente de cómo transcurra en el que la mujer ha tenido una buena vivencia. Se dan casos y todas lo sabemos que hay partos que son complicados que acaban incluso en instrumentales, pero sin embargo esa mujer siente que está bien, está contenta bueno sobre todo si hay un buen resultado. Claro esa es la base, madre bien y bebé bien” 3 G-1 (153:10).*

*“El objetivo final en teoría es que tú te lleves a tu hijo sano y tú sana a casa. Obviamente si tienes una experiencia positiva, mucho mejor. Eso sería lo ideal, pero mi objetivo final en mi opinión es que todo salga bien.*

*Y si es una experiencia lo mejor posible, mejor. Pero ¿qué es lo mejor posible? Hay gente que viene de parto se pone la epidural, rompe la bolsa, le pones un poco de oxitocina y en seis horas ha parido y se van la mar de felices. Pero has hecho todo lo que es crimen para otras mujeres y es crimen total” 4 G-3 (155:16).*

La dimensión del tiempo estuvo presente en todos los relatos y el modelo de parto ideal fue asociado con una duración corta y la rapidez en el proceso.

*“¿Lo ideal?, yendo todo bien en casa y en dos minutos” 3 M-A (6:80).*

*“Que vaya todo rápido, llegar y estar en completa” 5 M-B (93:11).*

*“Lo ideal sería como el segundo que he tenido, pero más corto. Me dijeron que este segundo parto era como el primero porque el primero había sido cesárea” 8 M-A (16:22).*

*“Parto ideal es ir y en dos horas estás fuera. Una, dos, tres contracciones dolorosas y a parir” 15 M-A (30:20).*

*“Que fuera algo más rápido el expulsivo y sin complicaciones” 28 M-B (125:11).*

*“Que durase muy poco, que no hubiera dolor y sin puntos. Que fuera pi pa” 29 M-A (57:25).*

*“No sufrir mucho. Llegar, romper la bolsa, uno o tres pujos, que salga el niño pronto y que me digan que está bien” 30 M-B (129:14).*

*“Romper aguas en casa, llegar, subir al potro y plum como tirarse un pedo como se dice, eso para mí sería lo ideal” 35 M-A (69:30).*

El acompañamiento de la pareja y el sentimiento de confianza hacia la pareja y profesionales estuvo presente en la concepción de parto ideal junto con el resto de dimensiones expuestas.

*“Sobre todo estar acompañada de la persona que tú quieras que en este caso era el padre, que fuera rápido” 40 M-B (143:7).*

*“Nadie tiene que tener una confianza ciega. Pero la confianza en que estoy en un buen sitio, que sé que las cosas sé que van a hacer todo lo*

*posible para que mi bebé y yo estemos bien. Eso es fundamental y eso es un parto ideal. Aquel que acaba bien sobre todo aquel que transcurre en un ambiente de confianza. Yo confío en que la cosas vayan bien. Para mí, lo principal es eso que la gente venga con confianza” 1 G-3 (149:71).*

*“Para mí el parto ideal es que estés bien acompañado, que tengas una buena conexión con la matrona y con tu pareja porque también hay muchas parejas que están ausentes y claro que el resultado luego sea bueno. Que el niño esté bien y si ya podemos elegir que el periné esté también íntegro fenomenal” 2 G-4 (151:22).*

También en los discursos de los profesionales se asoció al concepto de parto ideal, las expectativas previamente marcadas.

*“Yo también creo que es un poco, el cumplir sus expectativas” 2G-3 (151:26).*

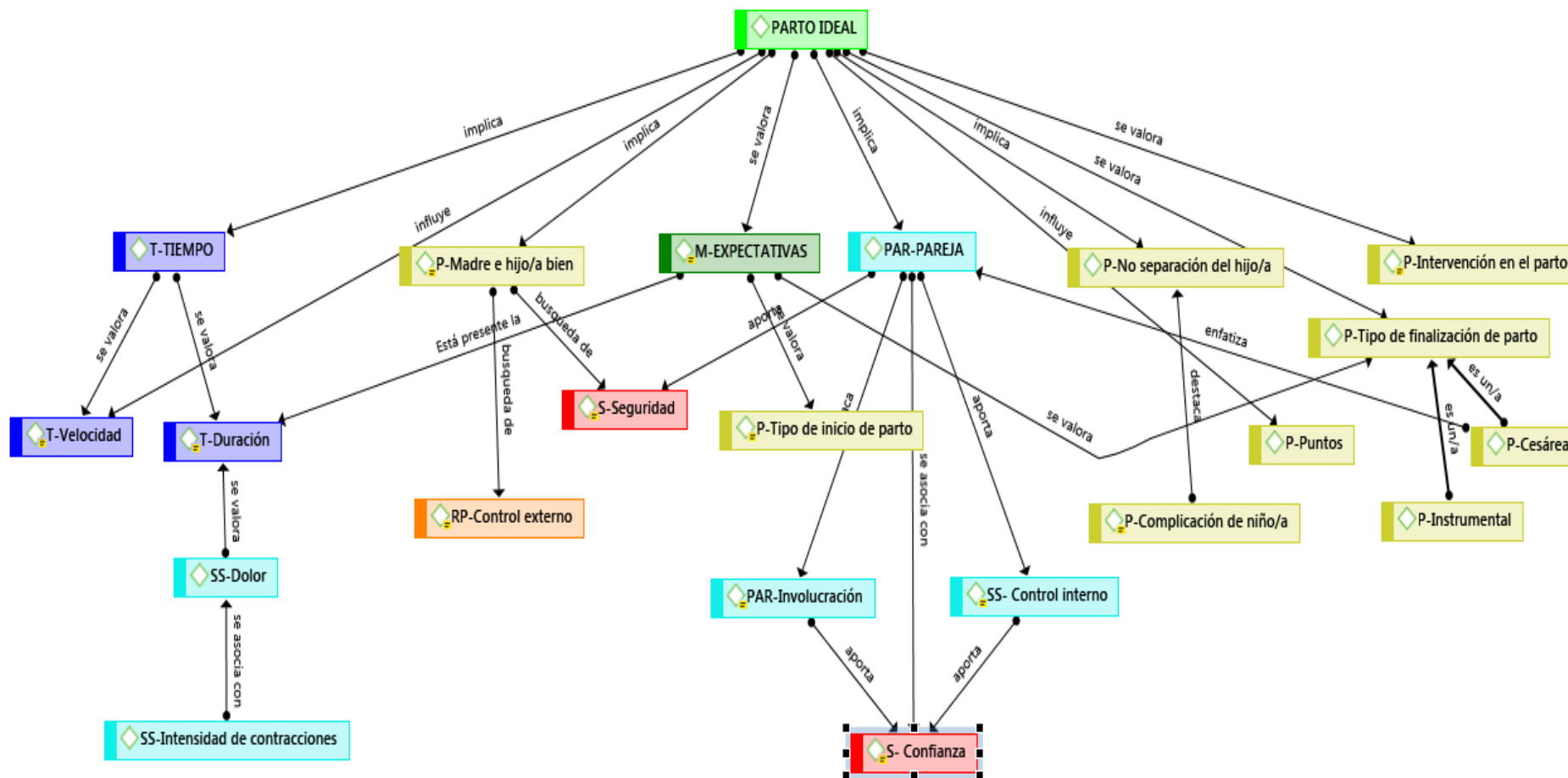


Figura 12. Dimensiones más nombradas en la construcción del concepto de parto ideal. Elaboración propia mediante Atlas.ti



# DISCUSIÓN





# DISCUSIÓN

## 1. Discusión metodológica

En el presente estudio, mediante investigación cualitativa se trató de tener una visión del parto hospitalario en un tiempo y contexto específico basado en la existencia de una realidad múltiple y subjetiva construida mentalmente por las participantes. Se ha investigado el parto hospitalario dando importancia a la totalidad del fenómeno, a las interpretaciones que las participantes hicieron de sus experiencias (Ruiz Olabuénaga, 2012, p. 23) y a la opinión de los profesionales implicados en el proceso.

El planteamiento para este estudio, se ha basado en la fenomenología y más concretamente en la hermenéutica, en la que, tal y como plantean fenomenólogos como Husserl (citado en Holloway & Galvin, 2016, pp. 221-222) las preconcepciones y conocimientos previos obtenidos de la experiencia, no podían ser excluidas.

Desde el inicio de la investigación se planteó la posible controversia existente en diversos campos científicos al decidir si las participantes entrevistadas pudieron o no, sentirse condicionadas al conocer que la investigadora principal era matrona y

trabajaba en el paritorio del hospital en el que tuvieron su parto. En el mismo sentido se cuestionó si el hecho de que las profesionales que conformaban los grupos conocieran personalmente a la entrevistadora pudo afectar a sus contribuciones, inhibir en algún caso la participación, condicionar la respuesta o favorecer la misma. Es decir, si estar directamente involucrado en un escenario, puede condicionar el punto de vista y la perspectiva crítica, aunque autores como Taylor & Bogdan (1986) afirman, que *“en la vida cotidiana, las personas asumen modos sobrentendidos de ver las cosas, y equiparan lo que ven a la realidad objetiva”* (p. 36).

Tratando de aunar todos los puntos de vista, se han combinado las estrategias *emic* y *etic*, al enlazar la información ofrecida por las mujeres entrevistadas acerca de sus formas de vida particulares con el enfoque tanto científico basado en el conocimiento de las matronas, como personal teniendo en cuenta la experiencia de la investigadora. Además, haciendo diversas comparaciones con la bibliografía trabajada se ha visibilizado que el pequeño universo que constituyen las mujeres durante el parto es una parte del esquema simbólico que pervive en la comunidad.

Sabiendo que no es posible eliminar la subjetividad por estar presente en la propia realidad estudiada se ha mostrado la intersección o fusión de las ideas de los participantes y de la investigadora (Holloway & Galvin, 2016), siguiendo el planteamiento de la fenomenología interpretativa que afirma, que es necesaria la intersubjetividad. Esta, se ha asentado en varios aspectos. Por una parte, en la fusión de las transcripciones de los discursos de las participantes junto con la interpretación de la investigadora, quien, sin emitir juicios, ha permitido que las mujeres hablasen y contasen su historia de la manera más completa y detallada posible. Por otra parte, intentado ser sensible y prestando atención tanto a la comunicación verbal como a la no verbal, se han obtenido ejemplos de la experiencia y la impresión de las informantes.

El hecho de que la investigadora principal conociera el lenguaje, las actividades, las personas y el escenario del parto por su directa participación profesional facilitó la investigación en aspectos tales como el no necesitar una larga adaptación al entorno (Guasch, 1997). Sin embargo, la familiaridad fue autocuestionada como una posible limitación ya que se podrían malinterpretar

situaciones acontecidas y/o pasar por alto eventos o comportamientos significativos (Taylor & Bogdan, 1986). Para evitarlo se observaron las distintas perspectivas de las personas implicadas alrededor del parto y se realizaron reflexiones continuas (Guasch, 1997), tratando de no caer en el error de ver las cosas desde un solo punto de vista para lo que se contrastó la información obtenida con el resto de investigadoras que no tenían relación con el entorno expuesto. Con el fin de potenciar la riqueza, profundidad y rigor de la investigación, se triangularon los datos mediante la combinación de diversas prácticas metodológicas, técnicas de recogida de información y puesta en común de las perspectivas de los distintos miembros del equipo de investigación (Denzin & Lincoln, 2012).

En cuanto a la estrategia de muestreo se fue adecuando de manera secuencial en los diferentes momentos de la investigación. No se trató de identificar al total de la población para desarrollar el marco de muestreo sino aquellas personas consideradas que pudieran proporcionar una fuente rica de información. Inicialmente, se optó por un muestreo de conveniencia en el que se buscó a propósito y se escogieron a las personas de un grupo preespecificado (Gerrish & Lacey, 2008, p. 181), en este caso siguiendo el criterio de accesibilidad mediante el registro de partos de la unidad.

Posteriormente en el desarrollo de la tarea analítica- interpretativa se procedió a un muestreo teórico. Este muestreo evolucionó de forma iterativa en respuesta al análisis de los datos buscando información que generase, definiese y saturase los códigos y categorías necesarias para generar una teoría (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014, pp. 11-14). Por ello, se trató de abarcar una amplia gama de comportamientos en diversas situaciones, por ejemplo, mujeres que quieren participar en el parto de forma activa, mujeres que desde el principio optan por la epidural, mujeres que traen el Plan de Parto... Hay que reseñar que todas las participantes se captaron en un mismo centro por lo que aun habiendo conseguido una muestra heterogénea, todas las mujeres estaban bajo los criterios y estándares existentes en ese centro.

En el grupo de profesionales, de ginecólogas y auxiliares, se aplicó inicialmente un muestreo por conveniencia y posteriormente con una captación por bola de nieve o también denominado por redes, cadena o nominador (Burns &

Grove, 2012, p. 322), en la que se les solicitó ayuda a las participantes para poder localizar a informadores que cumplieran los criterios de inclusión. Estas estrategias de muestreo autores como Ruiz Olabuénaga (2012, p. 64), las incluyen dentro de la clasificación de muestreo opináceo u opinático, esto es, que no está regido en función de criterios teóricos estrictos si no que se trata de buscar la máxima variabilidad discursiva en cuanto al tiempo trabajado, el perfil profesional, la edad y el sexo.

En cuanto a las técnicas de recogida de información, los resultados son fruto de la creación de un proceso interactivo en el que el significado otorgado por cada informante no es la mera representación de una lista de situaciones sino la expresión de una realidad subjetiva generada desde las experiencias vividas.

Holloway & Galvin (2016, p. 89) describieron que en investigación cualitativa para la obtención de datos, generalmente se emplean la entrevista no estructurada, abierta o semiestructurada. Autores como Taylor & Bogdan (1986, p. 16) afirmaron que los fenomenólogos para generar datos descriptivos, se apoyan en técnicas tales como la entrevista en profundidad y la observación participante. Para poder materializar estas técnicas se procedió a mantener encuentros reiterados entre la investigadora y las informantes, dirigidos a comprender los significados, perspectivas e interpretaciones de sus propias vidas (Taylor & Bogdan, 1986).

Además, tras llevar a cabo una revisión de la literatura existente del fenómeno de estudio, se estimó necesario utilizar una guía temática en la que se incluyeran secuencias no fijadas de preguntas, ya que, a partir de las entrevistas y observaciones (Burns & Grove, 2012, p. 85), estas fueron cambiando a medida que la investigadora mejoraba sus conocimientos. Esto es, las preguntas registradas en la guía temática fueron flexibles y sometidas a cambios continuos, como resultado de la propia conversación (Hernández Sampieri, et al., 2014, p.403; Holloway & Galvin, 2016, p. 90; Ruiz Olabuénaga, 2012, p. 172), formulándose tanto preguntas abiertas para dar máxima libertad de autoexpresión a las entrevistadas como cerradas para verificar los datos aportados según el transcurso de la entrevista.

Todo ello dio a cada mujer la posibilidad de hablar de sus emociones, sus sentimientos, sus experiencias y a la vez permitió escuchar, observar

constantemente y recoger los aspectos relacionados con la comunicación verbal y no verbal percibida durante la entrevista (diferentes tonos utilizados, expresiones faciales y corporales manifestadas, silencios ...). Para tratar de motivar a las participantes a comunicar y reflexionar sobre su experiencia personal, la investigadora mostró empatía, garantía de fidelidad y respeto a su discurso, tratando de que la comunicación verbal fuera espontánea. A pesar de que autores como Holloway & Galvin (2016, p. 229) afirman que en fenomenología la observación participante puede ser problemática porque se da desde la perspectiva “externa” del investigador y no desde la perspectiva del conocedor como se da en el caso de las entrevistas, también se ha utilizado esta técnica con el fin de poder contrastar en tiempo presente la información obtenida en las entrevistas.

Para poder captar los discursos, creencias, significados y valores del fenómeno del parto, no solo desde el punto de vista de las mujeres sino también desde la perspectiva de los profesionales sanitarios del paritorio, se decidió reunir a profesionales en grupos focales, a fin de conocer aquella información menos accesible mediante entrevistas individuales ya que la dinámica del grupo ayudó a las participantes a expresar y aclarar sus ideas (Burns & Grove, 2012, p. 87). Los grupos focales incluyeron diversidad de ideas, experiencias y vivencias de cada una de las participantes, considerándolas como un grupo y no solamente como la suma de cada una de ellas individualmente (Morgan, 1997, pp. 10-11). Por expreso deseo de las participantes, atendiendo a su comodidad, se decidió que el encuentro fuera en el lugar de trabajo. Esto sí pudo influir en el contexto en el que se realizaron los grupos focales, en concreto en un grupo por la presencia de llamadas. No se tuvo la percepción de que la grabación hubiera supuesto algún tipo de interferencia. Con el fin de asegurar la máxima coherencia la investigadora principal llevó a cabo todas las entrevistas y grupos focales.

En el análisis de los datos se llevó a cabo una reducción, descripción y reflexión continua (Holloway & Galvin, 2016, p. 229) basada en el análisis cíclico constante según las pautas de Braun y Clarke, (2006). Se realizó una codificación guiada por los datos con el fin de indexar los discursos para establecer un marco de temáticas (Gibbs, 2012, p. 64). El proceso del análisis de los datos, fue muy similar al planteado por otros autores, como el fenomenólogo hermenéutico, Moustakas

(citado en Holloway & Galvin, 2016, p. 292), ya que se trató de buscar declaraciones significativas de las transcripciones, organizándolas y relacionándolas con los temas que fueron emergiendo. En todo momento, se trató de relacionar la sección de los discursos con los temas emergentes, llevando a cabo la interpretación de los textos que se refieren a partes de la experiencia vivida. Posteriormente, se analizó la totalidad, continuando mediante un proceso en espiral hasta alcanzar una comprensión del significado del texto. Este proceso alude al término “*círculo hermenéutico*” que tiene su origen en la filosofía de Heidegger (Holloway & Galvin, 2016, p. 231).

En el proceso de codificación, en el desarrollo de elementos comunes del análisis, en las tareas de organización y en el manejo de los datos se utilizó el programa informático ATLAS- ti 7, el cual autores como Berenguera, Fernández de Sanmamed, Pons y Rodríguez (2014) lo identifican como relevante para el análisis temático. Este permitió analizar la información almacenando, organizando y manejando los datos de forma efectiva, sistemática, rigurosa, transparente y ágil (Gerrish & Lacey, 2008, p. 432) sin que ello sustituyera la atención constante mantenida durante toda la investigación ya que se optó por una postura reflexiva (Todres & Wheeler, 2001) crítica. Ella ha sido la que ha perfilado la “fusión de horizontes” y establecido puntos donde han confluido personas con diferentes interpretaciones consiguiendo percepciones compartidas más amplias que han sido también examinadas, evaluadas y contrastadas con las directoras de tesis.

Se mantuvo un enfoque coherente en la recopilación de los datos y en la triangulación de los mismos (datos de diario de campo, entrevistas, grupos focales, memorandos) garantizando un proceso transparente en su recogida y análisis hasta la saturación de los mismos. Para reforzar la transparencia del análisis y promover la transferibilidad se utilizaron extractos literales que describían la realidad de las experiencias de parto individuales.

Los problemas, las condiciones y el contexto que se dieron en la investigación se convirtieron en un foco de reflexividad. El reconocimiento de la influencia potencial de los propios preconceptos y pensamientos en la interpretación de los datos fue confrontado con las directoras de tesis y auditado por revisores de los artículos publicados.



## 2. Discusión de resultados

En el presente estudio se han diferenciado dos perspectivas del fenómeno del parto. Una, las experiencias contadas por las mujeres de lo que han considerado necesidades prioritarias en torno al proceso de parto, deduciendo que existe una interrelación constante entre los temas que han servido para centrar los resultados del trabajo: atención profesional, control y seguridad hospitalaria, apoyo de la pareja, sentimientos/ emociones y adaptación al cambio en la vida. La segunda, la perspectiva de los profesionales que brindan sus cuidados en el parto, reflexionando acerca de la actitud de las mujeres en el parto y de los profesionales al asistirlos. Finalmente, se plantean propuestas de mejora continua resultantes de la fusión de ambas perspectivas.

La percepción y la interpretación del parto es cambiante en función de los nuevos valores y enfoques sociales que se manifiestan en forma de demandas de cuidados. Estas, generan nuevas actitudes tanto de las mujeres como de los profesionales y la necesidad de adaptación a las nuevas circunstancias.

Los datos sugieren que, las necesidades prioritarias identificadas por las mujeres se interrelacionan por lo que es importante que las matronas evalúen todos estos aspectos para promover una experiencia positiva para cada mujer.

### 2.1. Sentimientos y emociones

Uno de los principales hallazgos en este estudio fue la relevancia que las mujeres dieron a los sentimientos y emociones. Las mujeres describieron emociones encontradas ante la incertidumbre de qué iba a acontecer en el parto. Autores como Halldorsdottir y Sigridur (1996), identificaron una mezcla de sentimientos como la emoción y la ansiedad, o Rilby et al. (2012), el temor y el deleite. También Simkin (1992), afirmó que las mujeres en el parto son altamente vulnerables, ya que ningún otro evento involucra dolor, estrés emocional, posible lesión física o muerte, cambio de roles y la responsabilidad ante la dependencia de un ser humano.

La emoción a la que las mujeres de este estudio dieron más importancia fue el miedo. Autores como Dencker et al. (2019), afirmaron que el miedo al parto

parece ser utilizado como etiqueta general para muchos tipos de temores y ansiedad en mujeres embarazadas.

Las mujeres del estudio, asociaron el miedo con las complicaciones o separación del hijo/a, la pérdida de control y el tipo de finalización de parto. En este sentido hay una notable diferencia con autores como Nilsson y Lundgren (2009); Waldenström et al. (2004) que relacionaron el miedo con la falta de calidad en la relación con los cuidadores o Dencker et al. (2019), que lo asociaron con el estrés, la ansiedad, la depresión y la falta de apoyo social, identificando en las multíparas como factor de predicción más fuerte el que previamente hubieran tenido una experiencia de parto negativa.

El miedo pudo conllevar consecuencias para su salud e implicaciones en su parto y posparto tales como trabajo de parto prolongado, el uso de epidural, complicaciones obstétricas, la presencia de síntomas de estrés traumático y la necesidad de atención psiquiátrica.

Sin embargo, se detectó una disyuntiva constante entre el temor a que algo no saliera bien y la necesidad de ser parte activa en el parto. Tal como afirman Nilsson y Lundgren (2009), el miedo influye de tal forma en las mujeres que hace que se sientan inseguras de sí mismas y duden de su capacidad de dar a luz, pudiendo afectar en algunas mujeres de forma negativa, pero en otras, de forma positiva.

Las mujeres demandaron y reclamaron autonomía en su rol de protagonistas en el parto y a pesar del miedo al que hicieron alusión, los resultados de este estudio coinciden con Simkin (1991), afirmando que las mujeres que tuvieron un parto que consideraron positivo mejoraron su autoestima y autoconfianza.

Se ha detectado que el propio control de comportamientos y emociones se asocia con la seguridad personal, basada a menudo en la confianza con los profesionales (Meyer, 2013) y con la consideración de la elección informada (O'Brien et al., 2017) como base para sentir empoderamiento y tomar parte activa en las decisiones (Karlström et al., 2015) aunque estén en un entorno hospitalario (Goberna-Tricas et al., 2011).

La sensación de seguridad y de calma, junto con la confianza en las relaciones de apoyo fueron asociadas con sentimientos positivos por autores como Karlström et al. (2015). Otros autores como Hauck et al. (2007), también identificaron los sentimientos derivados del control, apoyo y enfrentamiento como necesarios para que las mujeres valorasen su experiencia de parto como positiva.

Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco y Pais (2008) sugirieron que la construcción de una percepción positiva de la experiencia del parto llevada a cabo en el puerperio, influye en la adaptación a la maternidad. En nuestro estudio las mujeres añaden la crianza como generadora de nuevos comportamientos considerándolos básicos para tener una percepción de parto positiva o negativa.

Goberna-Tricas et al. (2011) dicen que en el embarazo y especialmente, al dar a luz, las mujeres creen que sus sentimientos y valores deben ser entendidos por profesionales, de quienes buscan empatía y compromiso personal y no solo información.

## **2.2. Control, seguridad hospitalaria y responsabilidad**

La percepción de control o la ausencia de este y la seguridad proporcionada por el entorno hospitalario fue considerada como necesidad prioritaria en la experiencia de parto de las mujeres, coincidiendo con la importancia que Green y Baston (2003), Larkin et al. (2009), Namey y Lyerly (2010), les atribuyeron en sus investigaciones.

Respecto al control se debe tener presente que el deseo de estar bajo control es esencialmente subjetivo (Green & Baston, 2003), único para cada mujer (Meyer, 2013) y está muy relacionado con la satisfacción de las mujeres en la experiencia de parto (Goodman et al., 2004). El término control presenta diversas dimensiones y significados (Simkin, 1991). En los resultados de este estudio se pueden encontrar similitudes con otros como los de Green y Baston (2003) y Meyer (2013). Green y Baston (2003), consideraron tanto el control interno (control de conducta, las contracciones y las manifestaciones verbales) como el control externo (control sobre lo que el profesional realiza, la participación en la toma de decisiones en la evolución del parto). Mientras que Meyer, (2013) no diferenció entre control interno o externo,

pero identificó para describirlos atributos tales como: la toma de decisiones, el acceso a la información, la seguridad personal derivada del cuidado de los profesionales y la sensación de control sobre el cuerpo, emociones y dolor.

Las mujeres en nuestro estudio, refirieron el control externo, como aquel que hace referencia a lo que la mujer espera del hospital bajo la supervisión de profesionales y tecnología y un control interno relacionado con el propio control de comportamientos y emociones. Fair y Morrison, (2012), Goodman et al. (2004), Lavender et al. (1999), Zhang y Lu (2014), revelaron que sentimientos de control fueron relacionados con experiencias de parto positivas.

La búsqueda de seguridad por parte de los profesionales y de las mujeres para reducir la morbi-mortalidad madre-hijo/a, ha llevado al incremento de control externo mediante la utilización de tecnología bajo supervisión de profesionales con conocimientos y experiencia para evitar o hacer frente a las complicaciones. Por lo general, como objetivo común al buscar seguridad se consideró la tecnología pilar fundamental, ya que su utilización permitía a los profesionales, llevar a cabo el control del proceso dinámico del parto.

Al igual que en nuestro estudio Goberna-Tricas et al. (2011), afirmaron que las mujeres se sentían satisfechas con la utilización de la tecnología en el ambiente hospitalario ya que reconocían que era fuente de seguridad y servía para reducir la ansiedad al ser madres.

Sin embargo, la tecnología hospitalaria como fuente de seguridad ha sido cuestionada por autores como Davis-Floyd (2001), al concluir que, el uso indebido de la misma lejos de aumentar la seguridad, promovía malas prácticas llegando a interferir en el proceso de vinculación madre-hijo/a. En este sentido Healy et al. (2016), opinan que en el parto hospitalario puede que a las mujeres se les niegue la oportunidad de asumir la responsabilidad y de tomar decisiones, atribuyendo dicha actuación al mayor conocimiento que tienen los profesionales. Por estas razones, Kitzinger et al. (2006) y Van Kelst et al. (2013), entienden que las mujeres se conviertan en pacientes pasivas perdiendo la confianza tanto de la capacidad del propio cuerpo para hacer el trabajo de parto sin intervención, como en la propia naturalidad del proceso.

En la misma línea, Lundgren y Dahlberg (2002) y Van Kelst et al. (2013) consideraron la delegación de la responsabilidad y el no cuestionamiento del cuidado como algo inherente a la sociedad por considerar que los profesionales son los máximos poseedores del conocimiento.

En contraste con las afirmaciones anteriores, frente a esa actitud pasiva, autores como Green (1999), se cuestionan si la participación conduce necesariamente al control o si se puede adquirir mayor sensación de control al dejar la toma de decisiones en los cuidadores de confianza. También Goberna-Tricas et al. (2011) confirman que, aunque estén en un entorno hospitalario, las mujeres demandan y reclaman autonomía junto a su rol de protagonista en el parto. Esta misma idea se refleja también en las investigaciones realizadas por Elmir et al. (2010) y Karlström et al. (2015) que pusieron de manifiesto la importancia de que los profesionales admitieran la capacidad de autovaloración de las mujeres y sentir que podían controlar la situación aún en los momentos más críticos. Fair y Morrison (2012) insistieron en la importancia de que los profesionales al asistir al parto acrecentaran la conciencia del rol de la mujer en su proceso de parto.

Los profesionales entrevistados se sienten parte activa y colaboradora del entorno hospitalario porque son las propias mujeres las que acuden al hospital ya que lo consideran un ámbito seguro. Lundgren y Dahlberg (2002) opinan que los profesionales intentan estimular a las mujeres, buscando una mayor participación, asunción de responsabilidad y toma de decisiones conjunta ya que, según los profesionales, en ocasiones se perciben, actitudes de deseo de desconexión corporal (Davis-Floyd, 2001), entendida esta como no querer ser conscientes de lo que sucede en su cuerpo. En estos casos, se asocia la experiencia con la indiferencia, se rehúye la vivencia de las sensaciones, especialmente las físicas y se considera el proceso de parto un mero tránsito a la maternidad.

Esta dialéctica diferenciada entre la toma de decisiones y la asunción de la responsabilidad entre los profesionales y las mujeres ha posibilitado la interiorización de la necesidad de un cambio tanto por parte de los profesionales, evitando ser reacios en la entrega de la responsabilidad, como por parte de las mujeres, estando involucradas en su cuidado (Healy et al., 2016). Es evidente, que los profesionales y las mujeres van acercando sus posturas aunque esto no siempre es sencillo ya que

la naturaleza compleja del fenómeno del parto genera diversidad de sentimientos en las mujeres con diferentes resultados perinatales (Meyer, 2013). Es, por tanto, necesario adoptar una actitud positiva y abierta ante el parto considerándolo un proceso dinámico, es decir, algo más que una experiencia planificable.

Por ello, la actitud de los profesionales, tal como refieren Borrelli, Spiby y Walsh (2016); Larkin et al. (2009) y se ha apreciado en los resultados obtenidos, debe cambiar constantemente para apoyar a la mujer promoviendo la individualidad al reconocer la singularidad de sus necesidades, creencias, expectativas y acontecimientos ya que en muchos sentidos el parto, es una experiencia incontrolable (Aune et al., 2015; Namey & Lyerly, 2010).

La capacidad de los profesionales para renunciar al control conduce a una toma de decisiones compartidas con las mujeres (Healy et al., 2016). Existe una necesidad tanto por parte de las mujeres como de los profesionales de sentirse empoderados. Las mujeres precisan tomar conciencia del poder individual a la hora de tomar decisiones y de ejercer control sobre su parto, dejando de ser sujeto-objeto para pasar a ser la protagonista de su parto tomando las decisiones que crea oportunas. Las profesionales, son conscientes de que mediante el uso de su conocimiento deben favorecer a la mujer en su crecimiento personal, autoconfianza y fortalecimiento, aumentando la sensación de bienestar (Thelin et al., 2014) y la sensación de control. Meyer (2013) relacionó los atributos del control con la seguridad personal basada en la confianza y respeto de los profesionales, el dominio de sus cuerpos, del dolor y de sus emociones y con la consideración de ser miembro activo en la toma de decisiones mediante el acceso a la información.

Se espera que las mujeres estén correctamente informadas y se destaca la elección informada (O'Brien et al., 2017) como base para sentir empoderamiento y tomar parte activa en las decisiones (Bradfield et al., 2018; Karlström et al., 2015; Thompson & Miller, 2014) junto con los profesionales construyendo un proceso interactivo y dinámico (Jamas, Hoga, & Tanaka, 2011; Lundgren & Dahlberg, 2002; O'Brien et al., 2017; O'Cathain et al., 2002; Thompson & Miller, 2014), lo cual no siempre es sencillo porque, por lo menos en esta investigación, se detectan discrepancias en cuanto a la información que se debe ofrecer.

### 2.3. Información y apoyo profesional

En el estudio realizado, los profesionales destacaron la necesidad de dar una información contextualizada tratando de que las mujeres lograsen obtener un sentido al conjunto de la información, para no caer en el error de asimilar ésta de forma idílica lo que podría interferir a la hora de tomar decisiones responsables por estar sesgadas las expectativas de las mujeres. Por ello, autores como Rilby et al. (2012), coinciden en que la brecha entre las expectativas y la realidad debe minimizarse. Para ello, la información, el apoyo tanto de la pareja como profesional, la comunicación, el ánimo y la participación en las decisiones pueden mejorar la experiencia. Estas expectativas pueden verse influenciadas por un lado, por la consideración que le dan al parto tanto las mujeres como la sociedad/ cultura en la que están inmersas, y por otro lado, por la organización del sistema de atención a la maternidad (Lukasse et al., 2014).

Ello concuerda con las observaciones realizadas por Lohmann et al. (2018) y Ruiz y Limonero (2014) al afirmar que es evidente la necesidad de llegar a un entendimiento común entre profesionales mediante una comunicación más precisa y estandarizada acerca de los aspectos esenciales de la atención. En el mismo sentido en este estudio que nos ocupa, realizado en el Hospital Universitario Donostia, los profesionales detectaron la necesidad de establecer protocolos de información consensuada entre atención primaria y hospitalaria. Además, no se consideró oportuno ofrecer opciones no disponibles en el ámbito hospitalario, a todas aquellas mujeres que fueran a parir al hospital, porque esta información crearía falsas expectativas en las mujeres pudiendo suscitar discrepancias entre lo real y lo ideal. Sin embargo, autores como Van Kelst et al. (2013) sí consideraron positivo el que las mujeres conocieran todas las opciones posibles y que estas estuvieran disponibles para que las mujeres realizaran una elección informada que los profesionales respetarían incluso no estando de acuerdo con sus creencias personales.

Las mujeres, debido a la responsabilidad que sienten por la seguridad y bienestar de su hijo o hija, necesitan seguridad emocional en la toma de decisiones durante el parto, lo que concuerda con lo que dicen autores como O'Brien et al. (2017), al destacar la necesidad de paridad en las relaciones entre las mujeres y sus



cuidadores para lograr la toma de decisiones compartidas. En este estudio también se aprecia que tanto las mujeres como los profesionales consideraron que, para poder tomar decisiones, además del suministro de información, se requiere una discusión en profundidad con profesionales conocidos, por lo que la toma de decisiones compartida depende de la calidad de la relación establecida entre la mujer-pareja y profesional. El hecho de que la matrona sea consciente de la importancia de las relaciones interpersonales tiende a fortalecer la calidad de la relación y la reciprocidad de las mismas (Karlström et al., 2015).

Esto se deduce porque al igual que en varios estudios Borrelli et al. (2016), Goberna-Tricas et al. (2011), Lundgren y Berg (2007), y Nilsson y Lundgren (2009), las participantes hicieron hincapié en la importancia de establecer una relación de confianza bidireccional entre mujer y profesional concluyendo que, el sentimiento de confianza puede llegar a influir en el desarrollo del parto. Es evidente que la confianza en la propia mujer, en el proceso del parto y en los profesionales resulta imprescindible para reforzar las capacidades incluso en los casos en los que suceda algún evento adverso o inesperado.

Para ello, se enfatiza en la importancia de buscar “espacios comunicativos” tanto para las discusiones del equipo que faciliten acuerdos amplios y consensuados, como para dar información de forma honesta y objetiva a las mujeres exponiendo todas las opciones posibles y disponibles para su elección facilitando así la relación de confianza bidireccional reclamada por ambas partes.

Tomados juntos estos resultados concuerdan con lo expuesto por Lundgren y Dahlberg (2002), que enfatizaron en la necesidad de escuchar a la mujer, de darle oportunidad de participar, de ser responsable, de establecer una relación de confianza y de comprender los límites tanto de los profesionales como de la capacidad de la mujer para construir conocimiento del trinomio, mujer- recién nacido-pareja (Thelin et al., 2014). En la misma línea, Biurrún-Garrido y Goberna-Tricas, (2013), destacaron la importancia de convertir a la mujer en el centro de la asistencia, tomando en consideración el respeto a la autonomía en la toma de decisiones a lo largo tanto del proceso de gestación, como de parto. Para ello, consideraron imprescindibles la utilización del respeto, la empatía, la escucha activa

y el compromiso personal, donde cualidades de los profesionales como la amabilidad y el trato cariñoso fueron deseadas por las mujeres.

La conducta de apoyo de las matronas ha sido descrita desde los tiempos bíblicos y en los primeros tratados obstétrico-ginecológicos y materno-infantiles del siglo XVI (Carbón, 1995; Towler & Bramall, 1997). Autores como Hodnett et al. (2013), concluyen que la atención de apoyo tiene un gran impacto en la experiencia del parto, pero depende de otros factores como del entorno del parto, el tipo de proveedor, el momento de inicio y las políticas organizativas. Incluye, además, el apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad y ánimo), la información, los consejos para afrontar el parto, medidas de confort (masajes, movilidad, promoción de ingesta y salida de líquidos, baños/duchas calientes).

La atención de apoyo durante el parto mejora los procesos fisiológicos, genera sentimientos de control y confianza en su fuerza y capacidad para dar a luz, reduciendo el temor y la ansiedad. Todo ello puede mejorar las experiencias de las mujeres, pero cada mujer valorará su experiencia de parto de manera diferente por lo que se requiere una atención individualizada (Lavender et al., 1999).

En el estudio que nos ocupa, las mujeres incidieron en este sentido manifestando la importancia de tener una atención personalizada, en la que fueran consideradas únicas y en la que la atención profesional fuera entendida como una simbiosis entre mujer- profesional en el que la interacción tuviera como aspectos clave la actitud y comportamiento positivo hacia ellas.

Demandaron el establecer una relación de interdependencia basada en la confianza, cercanía, cariño, empatía, respeto mutuo y aporte de tranquilidad. Autores como Iravani, Zarean, Janghorbani y Bahrami (2015) destacaron la empatía, interés, defensa, apoyo emocional y moral constante. Este apoyo derivaba en una mayor sensación de control y competencia de las mujeres, reduciendo la necesidad de intervención obstétrica (Hodnett et al., 2013).

Relacionándolo también con el apoyo, la continuidad del mismo y la presencia constante, fueron consideradas esenciales a la hora de proporcionar atención de calidad y establecer una relación eficaz que permitiera, a la mujer y su pareja, estar de acuerdo con sus creencias y valores culturales (Aune, Amundsen, & Skaget Aas,

2014). Dahlberg y Aune (2013), incidieron en que la continuidad es un concepto clave en el contexto de una experiencia positiva de nacimiento, ya que es relacionada con la calidad en las relaciones y la oportunidad de brindar una atención de una manera más integral. Aune et al. (2014), Bäckström, Mårtensson, Golsäter y Thorstensson (2016) y Sidebotham, Fenwick, Rath, Gamble (2015), destacaron la continuidad como el medio más consistente en todo el proceso del embarazo-parto.

En cuanto al término continuidad Perdok et al. (2016), haciendo referencia al estudio de Uijen et al. (2012) plantea que puede ser de tres tipos: personal que consistiría en la atención del mismo profesional durante todo el proceso, la del equipo que sería la buena comunicación interdisciplinar dentro de un mismo entorno de atención y la definida por la buena comunicación interdisciplinar en diversos entornos de atención.

En este caso, el término continuidad, se podría equiparar al de seguimiento, que manifiestan las profesionales de este estudio ya que, destacan una y otra vez la necesidad de trabajar en equipo durante el proceso embarazo-parto. El equipo estaría conformado por los y las profesionales de atención primaria y de atención hospitalaria que proporcionan sus cuidados durante el embarazo - puerperio y parto - estancia hospitalaria respectivamente. Además, aunque la continuidad personal e individual en el hospital en este momento solo se podría llevar a cabo desde el inicio del parto hasta dos horas después del mismo lo consideran muy necesario al igual que lo hacen Dahlberg y Aune (2013), Gu, Zhang y Ding (2011), Hodnett et al. (2013) y Sosa, Crozier y Robinson (2012) cuando enfatizan, en la importancia de mantener la ratio una mujer por una matrona para que se garantice una presencia y atención continua del profesional durante todo el proceso del parto.

Sería interesante mantener la continuidad haciendo un seguimiento personalizado para intentar avanzar en las carencias que se fueran detectando. Se trataría de reforzar el trabajo en equipo relacionando el entorno hospitalario y extrahospitalario a fin de conseguir, tal como afirman Van Kelst et al. (2013), lograr la paridad en las relaciones entre mujeres y profesionales para poder tomar decisiones compartidas entre el personal de atención primaria, de atención hospitalaria y la mujer. Si no fuera así se estaría dando una situación de

discontinuidad que podría llevar a una pérdida potencial de información con un impacto en la calidad y seguridad de la atención.

En general, se señaló la necesidad de que la matrona tuviera habilidades de comunicación, en las que se incluyera la escucha, la provisión de información precisa y la proactividad (Green et al., 1990; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; O'Brien et al., 2017; Waldenström et al., 2004), bases de la profesionalidad del equipo multidisciplinar. Se describieron estas características necesarias para los profesionales, pero las basaron en la importancia de recibir una adecuada, correcta y completa información. Al sentirse bien informadas opinaron que existía el compromiso personal y empático que solicitaban de cualquier miembro del equipo que valora las capacidades intrínsecas de cada mujer que a su vez sirve para incrementar la sensación de control.

Homer et al. (2009), identificaron aspectos esenciales que se requerían de una matrona, tales como proporcionar cuidados centrados en la mujer; brindar una atención segura y de apoyo; trabajar en colaboración con otros profesionales cuando fuera necesario y el poseer componentes como el conocimiento, la confianza, la flexibilidad, la continuidad, el ánimo y habilidades en comunicación.

La confianza, aporte de tranquilidad y apoyo emocional son también relatados por Hodnett et al. (2013), Bohren et al. (2017) y reforzados con la continuidad relacional (Dahlberg & Aune, 2013) y la presencia continua de la matrona durante el parto (Aune et al., 2014; Howarth, Swain, & Treharne, 2012; Sosa, Crozier, & Robinson, 2012). Todos estos aspectos están relacionados con lo que autores como Rönnerhag, Severinsson, Haruna y Berggren (2018) identificaron como parto seguro, en donde las mujeres se sientan atendidas, vigiladas y seguras. Para ello características como el seguimiento continuo, la disponibilidad y la presencia son descritas como esenciales para establecer una relación de confianza y poder así abordar las necesidades individuales de cada mujer. Entre ellas, destacan la necesidad de estar informadas e involucradas al compartir y recibir información de un profesional de confianza. El no tener en consideración estos aspectos, genera sensación de abandono, de ser invisible, ignorada, vulnerable y de falsa seguridad.

En la misma línea Henriksen et al. (2017), concluyó que la sensación de no sentirse vista, ni escuchada, contribuía a una experiencia de parto negativa. Mientras que un “buen parto” autores como Namey y Lyerly (2010) lo relacionaron con aspectos tales como: la autodeterminación entendida esta como la capacidad de tener un parto que esté guiado por las propias inclinaciones y valores, el respeto, el apego o sentido de conexión con las personas involucradas en el parto, la seguridad personal (física y emocional) y el conocimiento.

Hodnett et al. (2013) y Bohren et al. (2017) añadieron a las anteriores características, la petición de medidas de alivio que, aunque nombradas, no han destacado en el relato de las mujeres entrevistadas. Entre ellas se reseña lo que expresan autores como Waldenström et al. (2004), al concluir que la petición de analgesia epidural debía de respetarse y demostraron que el alivio del dolor no necesariamente mejoraba la experiencia del parto en las mujeres.

#### **2.4. Presencia de la pareja**

La pareja fue reconocida considerada y enfatizada, en este estudio, como una de las personas más importantes para las mujeres y una necesidad prioritaria en el parto dentro del entorno hospitalario. Este resultado coincide con otros estudios como los de Erlandsson y Lindgren (2009) y Karlström et al. (2015), en el que la presencia, apoyo e involucración de la pareja fue valorado positivamente ya que el acompañamiento les aportó mayor confianza, seguridad, tranquilidad, control de la situación e implicación en la crianza, facilitando todo ello el equilibrio familiar.

Estos resultados coinciden con los estudios que Aune et al. (2015); Bryanton et al. (2009); Dahlberg y Aune (2013); Gibbins y Thomson (2001); Karlström et al. (2015) y Lavender et al. (1999) realizaron aun sabiendo que el grado de implicación puede oscilar entre ser una involucración de la pareja desde el embarazo, a ser una implicación meramente presencial en el parto o la que fue más demandada por las mujeres al manifestar necesidad de acompañamiento, aliento y participación activa durante el parto.

Se detectó que en algunos casos la pareja, aun queriendo ser participante activa del proceso, no se sintió incluida y preparada para poder apoyar eficazmente

sintiendo una falta de estímulo por parte de los profesionales, lo cual coincide con lo que opinaron Bäckström et al. (2016). Ello se debió sobre todo a la falta de interiorización del rol que debía de ocupar porque se sintió “no paciente, no visitante” (Steen et al., 2012) y se encontró en un espacio intersticial indefinido manifestado en forma de inseguridad y exclusión.

En este estudio, al igual que Steen et al. (2012), las mujeres reclamaron la necesidad de que las parejas fueran reconocidas como parte de la unidad con la mujer con el fin de tener una experiencia y una transición a la maternidad/paternidad positiva. Las mujeres apelaron a que las parejas se sintieran incluidas en todo el proceso, comenzando desde el embarazo, teniendo todo ello gran influencia en la crianza del hijo o hija (Bryanton et al., 2009) y en la corresponsabilidad en cuanto al cuidado.

Para ello, afirmaron que existía una carencia en la interiorización por parte de la pareja de la información necesaria que aportase seguridad a la hora de decidir el grado de participación en el proceso. En los discursos de las mujeres a diferencia de lo aportado por Chapman (1992), no se apreció por parte de la pareja el rol de presentar un alto grado de compromiso tanto físico como mental llegando incluso a que fuera la pareja fuera quien tomara activamente el control del parto. Por el contrario, las mujeres sí describieron los otros dos roles identificados por Chapman. Esto es, algunas parejas adoptaron un grado de participación que fluctuó entre altos y bajos grados de compromiso físico y mental tratando de responder a las solicitudes de apoyo de las mujeres y otras parejas se mantuvieron de testigos de la experiencia, no estando estos roles definidos desde el principio sino que se fueron definiendo durante el proceso tal y como Xue et al. (2018) concluyeron en su estudio.

Las mujeres relataron que sus parejas desearon participar, pero en muchas ocasiones no supieron cómo hacerlo. La causa principal del desconocimiento se relacionó con la falta de preparación y de sentimiento de inclusión (Johansson et al., 2015; Steen et al., 2012), por lo que demandaron más información junto con el estímulo de los profesionales, pilares ambos fundamentales tal y como concluyeron en sus estudios Eggermont et al. (2017); Hildingsson et al. (2010); Li Poh et al. (2014); Longworth y Kingdon, (2011). Esta situación generó cambios continuos de

emociones, estando la vulnerabilidad (Johansson & Thies-Lagergren, 2015) y el estrés (Philpott et al., 2017) presentes durante el parto sobretodo en circunstancias inesperadas. Todo ello, coincide con las conclusiones que autores como Dellmann (2004) y Li Poh et al. (2014) describen.

Eggermont et al. (2017), afirmaron que la participación y la vivencia conjunta del proceso en todos los espacios relacionados con el embarazo, parto y crianza fue asociada con un mayor vínculo emocional y sentido de corresponsabilidad en el cuidado del hijo/a. Estos hechos apenas fueron percibidos por los profesionales, ya que se centraron más en las necesidades de las mujeres como foco obvio de atención, dejando en ocasiones de lado la satisfacción de las necesidades de la pareja (Ledenfors & Berterö, 2016).

Como elemento integrador se propuso la creación de espacios que contribuyesen a resolver las necesidades tanto de comunicación como de apoyo, en los que la información facilitase la adopción del rol de su elección y el de la mujer (Dellmann, 2004).

## **2.5. Cambio de paradigma**

En este estudio se ha podido observar un cambio de paradigma en relación al cuidado del parto, ya que actualmente se tienen en cuenta las percepciones y las necesidades de cada mujer en el contexto de cada parto determinado (Borrelli et al., 2016) centrándose en la situación del momento y utilizando los principios de la relación de ayuda. El cambio ha supuesto el paso de una visión lineal unicausal, a considerar el proceso de parto como un acontecimiento dinámico en el que la mujer es considerada de forma global y en interacción con un entorno cambiante. Los profesionales son conscientes de las modificaciones complejas por lo que han adoptado un paradigma adaptativo de actitud abierta y coherente con las demandas sociales, permitiendo la autonomía y abandonando, en gran parte, el modelo paternalista anteriormente extendido.

En el estudio llevado a cabo por Van Kelst et al. (2013), los profesionales sintieron que había una necesidad de un cambio cultural debido a la pasividad de las mujeres que se consideraba un obstáculo. Parece que la sociedad tiende a desear



un equilibrio de poder mediante un acuerdo mutuo y responsabilidad compartida (Thelin et al., 2014). Pero este cambio de paradigma puede generar un conflicto en los roles de los profesionales (Klomp et al., 2016; Lohmann et al., 2018) en los que se asocia el empoderamiento exclusivamente con la actitud activa y participativa por parte de las mujeres y no se contempla que la mujer pueda adoptar una actitud pasiva y decidir ceder conscientemente la responsabilidad y de esta forma sentirse empoderada.

Todo ello lleva consigo por un lado, el abandonar la suposición de anormalidad del parto y los temores de los profesionales de resultados adversos por respetar la opinión de las mujeres y los posibles litigios derivados de estos (Healy et al., 2016); y por otro, el ser conscientes de que la relación entre profesional y mujer ha evolucionado siendo esencial tanto para la atención en contextos normales, como de riesgo (Lundgren & Berg, 2007).

Las soluciones posmodernas proponen modelos de atención a la maternidad que combinen la parte médica y la social para satisfacer las necesidades de la comunidad, los profesionales y el servicio (Bryers, 2010; Commonwealth of Australia, 2009).

De todas estas reflexiones dos conceptos claves aglutinan los discursos de las mujeres y profesionales: el cuidado “una a una” y la atención centrada en la mujer.

El término una a una se describe comúnmente como la relación de una mujer una matrona. Autores como Sosa et al. (2012), afirman que son muchos los significados que se le han atribuido al apoyo una a una por lo que se ha creado confusión. Este concepto relacionado con el apoyo individual no solo incluye el valor numérico de asignación, sino también una relación cara a cara, el estar con la mujer (Hunter, 2002) y una presencia continua, mostrando disponibilidad, con el fin de satisfacer sus necesidades individuales. Tal y como el NICE (NICE, 2014, p. 23) refiere, una mujer en trabajo de parto no debería quedarse sola excepto por periodos cortos o a petición de la mujer mediante una relación equitativa.

La atención centrada en la mujer, es considerada como un instrumento importante para mejorar la calidad de la atención a la maternidad. Centrado en la

mujer significa que su cuidado respeta sus valores, elecciones, cultura y deseos de la mujer y su pareja para poder brindar unos cuidados óptimos (Iravani et al., 2015).

La OMS (2018) en sus últimas recomendaciones promueve el concepto de experiencia de parto positiva, ya que es considerado una experiencia muy significativa y de consecuencias importantes. Fue definida como la experiencia que cumple o supera tanto las creencias como las expectativas personales y socioculturales marcadas por la mujer. Incluye el dar a luz a un recién nacido/a sano/a desde el punto de vista tanto clínico como psicológico y ser asistida y acompañada en el parto por profesionales amables y competentes. Las mujeres desean alcanzar un sentido de control y logro personales a través de la participación en las decisiones incluso en circunstancias en las que se requieren o desean intervenciones médicas, tal y como es descrito por las mujeres en este estudio. Una experiencia de parto positiva está asociada con beneficios a largo plazo como una actitud propicia hacia la maternidad y la relación con el recién nacido (Goodman et al., 2004; Green et al., 1990).

Otros autores como Sapountzi-Krepia et al. (2011), consideraron la colaboración, la ayuda, la orientación, la información y el apoyo como factores importantes que contribuían a una experiencia positiva de parto. Y Lundgren y Berg (2007), identificaron como elementos esenciales para la relación de cuidado matrona- mujer: la disponibilidad, la confianza, la reciprocidad, la singularidad del apoyo, el estar con la mujer y apoyar el significado que el proceso del parto tiene para la mujer.

Por el contrario, una experiencia negativa puede tener consecuencias en el apego infantil, efectos psicológicos en la madre y en la familia (Elmir et al., 2010; Waldenström, 2003), afectar a futuras decisiones reproductivas (Waldenström, 2004) e incluso la preferencia de futuras cesáreas electivas (Ryding, 1993).

Todo ello conlleva una necesidad de adaptación constante de los profesionales, por lo que resulta imprescindible el mantener una actitud abierta, sin prejuicios, acorde con la cultura en la que se está inmerso adoptando el compromiso de un aprendizaje permanente y una práctica reflexiva continua (Homer et al., 2009).

## 2.6. Los recuerdos y percepciones del parto

El parto es una de las experiencias más significativas en la vida de una mujer. En este estudio, al igual que en el realizado por Waldenström et al. (2004), en el recuerdo de la experiencia de parto tuvieron gran influencia las expectativas, la atención profesional y en especial el trato profesional, la información y la sensación de control.

Respecto al recuerdo del parto diversos estudios han explorado la continuidad y los cambios en la percepción de la experiencia del parto en los primeros meses posparto y contrastándolos se observa que no se ha alcanzado un consenso en sus resultados. Estos estudios se han llevado a cabo en distintos momentos tras el parto: Simkin (1991), lo realizó justo después del nacimiento y quince- veinte años después; el de Waldenström (2003), se llevó a cabo dos meses y un año después.

Autores como Hodnett (2002), concluyeron que no existe un momento óptimo para su estudio, sino que depende del propósito de la investigación. Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham y Fitzmaurice (2003), describieron que el momento de la entrevista era un factor importante a tener en cuenta en la investigación. En el estudio que nos ocupa la entrevista se efectuó a las ocho semanas ya que al igual que Waldenström (2003), se consideró que es el tiempo clave para estudiar la experiencia de parto en la adaptación a la maternidad y posteriormente a los ocho meses para poder analizar el efecto del tiempo en dicha percepción.

Simkin (1991), aprecia que el recuerdo que las mujeres tienen de su experiencia de parto quince o veinte años más tarde, sigue estando presente a pesar del tiempo transcurrido. Junto con este resultado dedujo que los eventos negativos parecían intensificarse y aumentar con el tiempo, mientras que los aspectos positivos se mantuvieron consistentemente positivos en la mayoría de los casos (Simkin, 1992).

Waldenström (2003, 2004) concluyó que el recuerdo del parto tras un periodo de reflexión podía cambiar. En su estudio los recuerdos del dolor con el tiempo se atenuaron y la experiencia general del parto se hizo más negativa. Este autor interpretó sus hallazgos concluyendo que la percepción del dolor era olvidada por las mujeres, mientras que el cambio en la evaluación general del parto no era debido a

la pérdida de memoria, sino por la variación en sus opiniones. Este fenómeno es conocido como “efecto halo” (Simkin, 1992) y se observa cuando ocurre un evento exitoso y significativo, aunque tenga connotaciones negativas. Inicialmente esos aspectos negativos son temporalmente opacados por la emoción y la alegría, pero con el tiempo el evento adquiere una magnitud más realista. Tras el parto las mujeres debido a la sensación de alivio y euforia iniciales pueden enmascarar la evaluación inicial, mientras que, con el tiempo, tras pensar en el parto, las mujeres poseen una visión más equilibrada de su parto (Simkin, 1992; Waldenström, 2003).

En este estudio los sentimientos positivos y negativos fueron recordados de forma continua y en intensidad similar tanto a las ocho semanas como a los ocho meses. Los sentimientos positivos ligados al primer encuentro con el hijo/a, tales como alegría, tranquilidad y satisfacción fueron intensamente recordados. También los sentimientos negativos fueron recordados sobre todo los relacionados con la vivencia de complicaciones y/o con una relación- comunicación inadecuada con los profesionales (Dahlen et al., 2010). Situaciones tales como la falta de voluntad por parte de los profesionales (Sapountzi-Krepia et al., 2011), el no ser escuchada, el ser ignorada, el sentir soledad, el tener sensación de ser abandonada y la falta de apoyo psicológico (Henriksen et al., 2017), fueron recordados con los meses como negativos y con la misma intensidad. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Bennett (1985), que afirmó que los sentimientos negativos acerca de la experiencia de parto, eran más comunes de 7 a 12 meses después del parto, que en los primeros seis meses. Autores como Waldenström et al. (2004), identificaron como factores de riesgo para el recuerdo de una experiencia de parto negativa aquellos relacionados con los sentimientos asociados al dolor y la falta de control, con las complicaciones y con aspectos sociales tales como la falta de apoyo por parte de la pareja y la influencia de los cuidadores.

La forma en que las madres reconstruyen la experiencia de parto durante el periodo del postparto temprano puede interferir en su estado de ánimo y en próximas decisiones reproductivas. Conde et al. (2008), encontró una continuidad en las percepciones generales de las madres sobre su experiencia de parto tanto a las 48 horas, 3 meses y 6 meses. Además, dedujo que el tipo de parto tuvo un impacto tanto en las percepciones de las madres sobre la experiencia del parto como en los

cambios de recuerdos a lo largo del tiempo. La construcción de una percepción positiva del parto puede ser importante para el desarrollo del puerperio y para una mejor adaptación a la maternidad.

Aunque autores como Halldorsdottir y Sigridur (1996) tomaron en consideración las primeras horas de la maternidad como aspecto a tener en cuenta en la experiencia de parto. Sin embargo, en nuestro estudio, las mujeres en la memoria de su percepción del parto, incluyeron junto con las circunstancias, expectativas, el proceso y el sentido del parto, la adaptación puerperal.

Al igual que afirmó Simkin, (1992, p. 81), los recuerdos de las mujeres acerca de su parto siguen vivos tanto a nivel cognitivo como psicológico, y continúan influyendo en la percepción de la mujer, incluso mucho después de que nazca el bebé: "*No se termina cuando termina*".

## 2.7. Parto ideal

Al igual que Ferreiro-Losada et al. (2013), las mujeres y profesionales de este estudio caracterizaron el parto ideal, como aquel que discurre sin complicaciones, seguro en cuanto a supervisión y accesibilidad a los recursos necesarios, sin mucho o sin dolor, sin esperas innecesarias, rápido, acompañada de la pareja, bien informada y con la menor incertidumbre posible. No se nombró la libertad de movimientos y la mayoría dieron importancia al entorno hospitalario por transmitirles confianza.

Todo esto concuerda con lo que refieren autores como Van Kelst et al. (2013), describieron la atención de maternidad ideal como aquella que está centrada en la mujer y la que la propia madre desea teniendo como enfoque sus necesidades individuales. La atención de maternidad ideal se considera una atención centrada en la mujer, en la que hay una atención continua, sin intervenciones innecesarias y en la que las mujeres pueden tomar una decisión responsable basada en la información adecuada obtenida bien a través de medios propios o mediante el apoyo de los profesionales a lo largo de todo el proceso.

### 3. Discusión de las aplicaciones

En los sistemas de salud actuales, en la atención a la maternidad, la comprensión de las experiencias de parto de las mujeres (Larkin et al., 2009), de las parejas y de los profesionales da respuesta a las demandas sociales, profesionales y de las administraciones sanitarias. En los hallazgos obtenidos, al igual que afirmó Lavender et al. (1999), se refuerzan los problemas o deficiencias existentes y se suman al conjunto de conocimientos actuales aplicables en la formulación de políticas que fomentan una atención sanitaria de excelencia, cuyo objetivo está centrado en una atención más personalizada en las necesidades de las usuarias. Para ello, es evidente la necesidad de aunar esfuerzos y apoyar a los y las profesionales en todo aquello que contribuya en la calidad y calidez en el parto (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 3) y permita dar voz a las mujeres.

Este estudio colabora en el conocimiento y comprensión de la experiencia y atención del parto, por lo que es aplicable en los distintos ámbitos en los que la matrona ejerce el cuidado: asistencial, docente, investigador y gestión.

En el ámbito asistencial, se plantea la creación e incorporación de protocolos de atención actualizados y basados en la evidencia científica, ya que, tal y como expone la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 6) al hacer referencia a los resultados obtenidos por la Fundación Avedis Donabedian en 2011, solo un 15% de los centros en España recogen las recomendaciones sobre el parto normal. En este estudio las profesionales plantearon la confección de protocolos de información con el fin de unificar criterios y dar una información consensuada y congruente al contexto en el que se maneja dicha información. Ello proporcionaría, por un lado, más recursos tanto a las mujeres como a sus parejas para poder implicarse y tener unas expectativas acordes a la realidad; por otro lado, garantizaría la continuidad de la información entre los profesionales y la ofrecida a las mujeres.

Las mujeres en el estudio, demandaron información y comprensión, junto con una relación empática, de apoyo y confianza que generase una simbiosis entre la mujer y el/ la profesional. Ello estimularía el potencial biológico, psicológico y emocional de cada mujer que junto con la información son elementos necesarios

para una participación en la toma de decisiones (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 6) que podrían ser definidas en el Plan de Parto.

En nuestro estudio, el Plan de Parto, fue nombrado exclusivamente por dos profesionales, pero ninguna mujer hizo referencia al mismo. Al valorar la información dada por las profesionales opinan que el mejor Plan de Parto sería el diálogo continuo y fluido acerca de las necesidades identificadas por ambas partes, promoviendo vínculos que facilitarían el compromiso en la toma de decisiones. Esto es acorde con lo planteado en la 2ª línea estratégica (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 9), que impulsa la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

Una necesidad prioritaria reconocida por las mujeres fue la presencia y participación de las parejas, incluso en las cesáreas. La GPC (GPC sobre Atención al Parto Normal, 2010, p. 256) reconoce que lo adecuado es que las mujeres conozcan la importancia de la persona acompañante (pareja, familiar, amistad...) y se sientan libres para elegirla. Las participantes de este estudio, no solo reconocieron su importancia, sino que la describieron como una necesidad prioritaria, reclamando su presencia durante todo el proceso, en las clases de educación (en algunos casos en los que su participación no era posible por falta de espacio o trabajo) y en las cesáreas en las que su presencia no fue permitida.

En cuanto a las clases de educación las mujeres demandaron una actualización de las mismas, entendiéndolas como espacios de encuentro e intercambio de opiniones y experiencias entre profesionales- mujeres- parejas. Autores como Dahlen et al. (2010) las describieron como herramientas que proveían confianza a las mujeres mediante una información realista, permitiéndoles tomar decisiones compartidas con los profesionales y a la vez dándoles sensación de seguridad y control.

En cuanto a los cuidados al recién nacido para la salud, bienestar y adaptación, las mujeres describieron su primer contacto piel con piel con su hijo/a como un momento que marcó significativamente la vivencia y perduró en la memoria tras ocho meses. La Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud se marcó como objetivo el que el 100% de las mujeres realizaran contacto precoz (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 7). En este estudio, no todas las mujeres



cuyo parto finalizó en cesárea tuvieron la oportunidad de llevarlo a cabo, a pesar de que algunas sí que lo hubieran estimado. Otro de los aspectos reclamados fue la unificación de criterios en cuanto a la lactancia materna (Ferreiro-Losada et al., 2013) y el disponer de cunas tipo sidecar u otros medios que facilitasen el colecho y el amamantamiento tal y como dicha estrategia describe (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 7).

En la docencia, la formación continuada de los profesionales especialmente del área de obstetricia-ginecología y pediatría, resulta imprescindible. Destaca la necesidad de formación en comunicación, para poder desarrollar una atención continuada, coordinada y en equipo (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 6) y lograr así, una experiencia de parto positiva (OMS, 2018). En este estudio se plantea la creación de nuevos espacios donde sea posible mantener una interacción constante que refuerce la identidad maternal, paternal, profesional e institucional ya que todos ellos son los principales agentes de socialización transmisores de ideas, actitudes, valores...(Arnau Sánchez et al., 2012).

Al hablar de comunicación, las ginecólogas, matronas y auxiliares reconocieron la necesidad de fomentar el registro de todas y cada una de las prácticas que se realicen a cada mujer (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 10). De esta forma sería más sencillo identificar áreas de acuerdo, desacuerdo o ambigüedad en la práctica y en el conocimiento, lo que reduciría los conflictos y mejoraría la cooperación interprofesional (Larkin et al., 2012; Ruiz & Limonero, 2014).

Otra cuestión a mejorar identificada por las mujeres y profesionales es la necesidad de impulsar el trabajo colaborativo entre atención primaria y hospitalaria. Este aspecto también ha sido reconocido como oportunidad de mejora en la Estrategia de atención al parto normal, proponiendo la realización de sesiones clínicas, reuniones de equipo, jornadas de trabajo... (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 10).

Para todo ello, se insiste en la sensibilización de los profesionales mediante formación e información que sirva para actualizar aspectos prácticos y teóricos, fomentando la formación on-line, páginas Web, enfocando la formación por equipos

multidisciplinares conformados por obstetras, matronas, pediatras, enfermeras, auxiliares, enfermeros/as internas residentes, médicos internos residentes...

En el ámbito de la investigación, tras el desarrollo de este estudio se han identificado áreas para investigaciones adicionales. Se ha tratado de analizar la experiencia de parto en el ámbito hospitalario, pero habría que entender por qué y cómo viven la experiencia de parto las mujeres que optan por otros lugares de parto como su propio domicilio e incluso en qué medida influye la información suministrada (NICE, 2014, p. 87) en las clases educacionales.

También el conocer los discursos de las parejas, puede ayudar a evaluar la calidad de la atención y en la planificación de los servicios maternos tal y como afirmó Larkin et al. (2012). Se necesita conocer cómo las futuras parejas pueden prepararse para el parto, cuál es su opinión en cuanto a su rol en el parto, qué acciones favorecen la corresponsabilidad en el cuidado y parto, qué factores influyen en su participación, que necesidades individuales presentan...

Aunque este estudio se ha centrado en el cuidado del parto hospitalario y dado que no existe una continuidad de los profesionales que atienden el parto y los que posteriormente brindan sus cuidados en el puerperio al ser dadas de alta, sería adecuado conocer la perspectiva de los y las profesionales de atención primaria (ginecólogas, matronas, enfermeras de pediatría y pediatras). Estas perspectivas serían beneficiosas para realizar acciones conjuntas de sensibilización y concienciación dirigidas a las mujeres, parejas, grupos sociales y población en general, tal y como la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud propone (Ministerio de Sanidad, 2014, p. 9).

En cuanto a los sentimientos y emociones, sería interesante el abordar las emociones de los y las profesionales al brindar sus cuidados en el proceso del parto sobre todo en situaciones emocionalmente intensas para que ello pueda ayudar en su crecimiento tanto profesional como personal.

En el ámbito de la gestión, la Guía del NICE (NICE, 2014, pp. 8,21) expuso la necesidad de evaluar y planificar los servicios e identificar el exceso o la falta de personal. Tanto mujeres como profesionales han considerado positivo la ratio una mujer una matrona. Mediante esta estrategia los servicios de maternidad se

facilitaría un modelo de atención que respaldase el cuidado y apoyo individual para todas las mujeres (NICE, 2014, pp. 33-34).

En esta misma línea, Aune et al. (2014), reconocieron la atención una a una durante el parto como fundamental en la organización de la atención de la maternidad y como objetivo político deseable donde los gestores de las unidades de maternidad debieran garantizar su implementación, ya que tal y como Hodnett et al. (2013) sugirieron, la presencia continua de una matrona es probable que reduzca la tasa de cesáreas, los partos instrumentales y la necesidad de analgesia para aliviar el dolor.

# CONCLUSIONES



## CONCLUSIONES

1. Las necesidades prioritarias expresadas a modo de hélice comprenden la atención profesional, el entorno hospitalario que incluye tanto el control y seguridad hospitalaria como el acompañamiento de la pareja, la adaptación puerperal y la combinación de emociones. Estas resultan imprescindibles para que gracias a su interrelación se obtenga la fuerza propulsora necesaria para lograr la percepción final de la experiencia de parto hospitalario.
2. Una experiencia de parto positiva es aquella en la que se satisfacen o superan las expectativas personales y socioculturales de la mujer y de la pareja que generan mediante una combinación de sentimientos y hechos, la percepción de una experiencia de parto satisfactoria. Esto incluye el nacimiento de un recién nacido sano en un entorno seguro y bajo control interno o externo basado en la confianza de una relación profesional de apoyo tanto físico como emocional. Para ello se ha reclamado información y escucha compartida, lo cual facilita la proactividad y la tranquilidad que, junto con el apoyo, involucración de la pareja y una adaptación puerperal adecuada definen lo que consideran un buen parto y nacimiento.

3. Una experiencia de parto negativa está relacionada con sentimientos de incapacidad e incluso miedo generados por una relación profesional inadecuada o por sensaciones personales de inseguridad. Respecto a los profesionales, las mujeres no se sintieron bien atendidas sobre todo cuando percibían ausencia o escasez de información verbal o cuando la comunicación no verbal resultaba inquietante. Además, el sentimiento negativo se acrecentaba cuando la mujer detectaba falta de unificación de criterios entre los profesionales. Respecto a las sensaciones negativas propias de las mujeres las más destacables fueron el de descontrol interno a consecuencia del desconocimiento, la falta de participación en la toma de decisiones y la escasa involucración de la pareja.
4. El fenómeno del cuidado en el parto destaca un modelo de atención en el que el cuidado esté centrado en la mujer de forma individualizada, personalizada, holística y continua en el que se respeta sus valores, elecciones, cultura y deseos de la mujer y su pareja. Para ello, resulta imprescindible el que se establezca una relación de apoyo mutuo basada en la confianza que facilite el compartir información, decisiones y responsabilidades.
5. El empoderamiento o toma de conciencia de la capacidad y del poder individual para manejar el proceso de parto y puerperio, tanto en las mujeres y parejas como en los profesionales, es creado en interacción continua con las creencias, valores y significados socioculturales en la que están inmersos. El sentido de fortaleza, la experiencia, el compromiso personal y la información mutua son necesarios para lograr dar a luz de manera positiva y mejorar la calidad de la atención en la maternidad.
6. Es preciso que los profesionales del cuidado sepan identificar y evaluar individualmente las necesidades prioritarias de las mujeres, recién nacidos y sus parejas para poder establecer expectativas realistas y estrategias conjuntas que implique una oportunidad para el crecimiento personal.



7. El significado de parto ideal es diferente en cada mujer por lo que, cada mujer debería elaborar su Plan de Parto y Nacimiento en el que estaría incluida lo esencial desde el punto de vista de la mujer que está viviendo la experiencia. La comprensión más común del parto hospitalario se podría resumir diciendo en que este fuera sin complicaciones, sin intervenciones innecesarias, con posibilidad de tomar decisiones responsables e informadas y con apoyo profesional en un entorno seguro, para dar a luz a un recién nacido sano.
8. Las mujeres reclaman el que las parejas sean reconocidas con necesidades propias, integradas en todos los espacios relacionados con el embarazo, parto y crianza, para de esta forma crear un conjunto unitario formado por mujer-recién nacido- pareja. Para ello, es imprescindible la preparación, la información y el estímulo por parte de los profesionales de forma corresponsable.
9. Es necesario crear espacios de interacción e intercambio de opiniones y experiencias entre mujeres, parejas y profesionales. Las mujeres demandan actualizar las clases de educación impartidas en atención primaria mediante la utilización de metodologías y recursos didácticos innovadores. En ellas los profesionales deberían fomentar de forma continua, coordinada y en equipo la concienciación de las capacidades individuales y el refuerzo de la identidad maternal, paternal. Todo ello favorecerá el que las mujeres y parejas den sentido al conjunto de la información, decidan su modo de participación de manera segura y sean capaces de tomar decisiones compartidas de forma responsable con el fin de tener una experiencia de parto positiva.
10. Existe una demanda en la unificación de criterios entre atención primaria y hospitalaria, por lo que se plantea la creación de protocolos de información mediante los cuales se proporcione una información consensuada, contextualizada, basada en la evidencia científica y no idealizada. Esta propuesta promovería un trabajo colaborativo que permitiría a las mujeres marcar unas expectativas acordes a la realidad y garantizaría la continuidad tanto de la información, como de la atención dada a las mujeres y mantenida entre los profesionales.

11. La fusión de las perspectivas entre las mujeres y los profesionales, aporta una visión global del fenómeno de la experiencia de parto. Las instituciones sanitarias y los profesionales como agentes socializadores deben fomentar la cultura de transparencia mediante una comunicación efectiva que favorezca el diálogo con los y las profesionales; facilite los recursos necesarios a las mujeres y parejas; potencie el registro de todas las prácticas que se realicen para permitir la obtención de información necesaria.
12. La gestión y activación de un conjunto de acciones de sensibilización y concienciación dirigidas a las mujeres, parejas, grupos sociales y población demanda compromiso y voluntad política, para satisfacer las necesidades de la comunidad, de los profesionales y del servicio. Para ello es preciso ampliar los campos de investigación y difusión continua de los conocimientos basados en la evidencia científica.
13. El parto es un fenómeno fisiológico, dinámico, complejo, universal e individual que genera una combinación de sentimientos y emociones cuyos recuerdos siguen vivos constituyendo un hito con significado propio para cada mujer. Existe un deseo de evitar todo riesgo que puede distorsionar el significado del cuidado en el parto y contribuir en la cultura del riesgo. El conocimiento y habilidades de comunicación de los profesionales pueden ayudar en el desarrollo de una relación de apoyo que posibilite el tomar decisiones y responsabilizarse del cuidado de forma compartida, sin que ello aumente los temores de los profesionales de participar en eventos adversos que conlleven posibles litigios.
14. El cuidado en el parto supone para los y las profesionales la necesidad de adaptación continua. En función de las necesidades expresadas por cada mujer deben cuestionarse en cada caso, mantener los cuidados habituales, adaptarlos tras la negociación con la mujer o remodelarlos en base a los hábitos individuales, adoptando una actitud abierta, sin prejuicios y en la que exista el compromiso de aprendizaje y práctica reflexiva continua.

# REFLEXIÓN FINAL



## REFLEXIÓN FINAL

Los cambios ocurridos en la atención al parto hospitalario durante las últimas cuatro décadas han demostrado un cambio de paradigma en el que el significado de la experiencia de parto se está adaptando a las necesidades que las mujeres en colaboración con las parejas expresan, porque están interesadas en ser corresponsables del cuidado durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.

La relación entre la mujer- pareja y los profesionales es recíproca y todas las partes implicadas se benefician de la interacción y pueden crecer hacia un mayor empoderamiento. Las actividades de cuidados tienden a orientarse hacia un paradigma holístico en el que el cuidado terapéutico de los profesionales sanitarios debe de poseer los valores, actitudes, conocimientos y habilidades tanto interpersonales como técnicos para trabajar en interdisciplinariedad con las mujeres a las que atienden.

Se ha detectado como demanda constante la coordinación entre atención primaria y hospitalaria para de esta forma dar respuesta a la necesidad de información contextualizada y coherente en la que se sabe que no hay soluciones fáciles, ni certezas evidentes, pero que han de facilitar el acercamiento entre el parto real y el parto ideal pensado.

Se abre, por tanto, una nueva vía de trabajo creando equipos interdisciplinarios que deberían profundizar en la investigación de la continuidad de cuidados desde el principio del embarazo hasta el puerperio. De esta forma, se atendería la demanda de la continuidad de información y cuidados asegurando la participación y toma de decisiones compartidas en un entorno seguro, lo cual aumentaría la capacidad de decisión y de compromiso para dar respuesta a las expectativas individuales que van surgiendo a lo largo del proceso.

Además, un trabajo interdisciplinario coordinado atendería la necesidad expresada por las mujeres al demandar la involucración de la pareja desde el principio del proceso ya que consideran que ello favorecería la implicación y la corresponsabilidad sintiéndose integrados en el proceso con un rol en el que también se consideraran protagonistas. Este cambio podría tener impacto real en el cuidado que se ha de crear y prodigar nutriendo tanto a las personas cuidadas como a los cuidadores y a su vez influyendo en los planes sociales y políticos.

# BIBLIOGRAFÍA





## BIBLIOGRAFÍA

- Adolphson, K., Axemo, P., & Högberg, U. (2016). Midwives' experiences of working conditions, perceptions of professional role and attitudes towards mothers in Mozambique. *Midwifery*, 40, 95-101. doi.org/10.1016/J.MIDW.2016.06.012
- Alaszewski, A., Harrison, L., Manthorpe, J. (1998). *Risk, health, and welfare. Policies, strategies, and practice* (pp. 22-30). Londres: Open University Press.
- Alder, B., Abraham, C., Van Teijlingen, E., Porter, M. (2009). *Psychology and Sociology for Medical Students Title* (3ª ed., pp. 24-44). Edinburgh: Elsevier, Ed.
- Álvarez Ricart, M. del C. (1988). *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX* (1ª ed.). Barcelona: Anthropos.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa* (pp. 81-102). Madrid: Ediciones Morata, Ed.
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M., Nicolás Viguera, M., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 7 (2), 225-247. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/623/62323322005/>
- Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30 (1), 89-95. doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31 (7), 721-727. doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016

- Bäckström, C. A., Mårtensson, L. B., Golsäter, M. H., & Thorstensson, S. A. (2016). "It's like a puzzle": Pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 29, e110-e118. doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.011
- Bäckström, C., & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27 (1), 67-73. doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.001
- Ballesteros Jiménez, S. (2014). *Habilidades cognitivas básicas: formación y deterioro* (pp.155-168). Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia.
- Banyard, P., Cassells, A., Green, P., Hartland, J., Hayes, N., & Reddy, P. (1995). *Introducción a los procesos cognitivos* (pp. 40-53). Barcelona: Ariel Psicología.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa* (pp. 169-183). Madrid: Morata.
- Barca Fernández, I., Parejo Miguez, R., Gutiérrez Martín, P., Fernández Alarcón, F., Alejandro Lázaro, G., & López De Castro, F. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atencion Primaria*, 33 (7), 361-365. doi.org/10.1157/13060745
- Bawadi, H. A., Qandil, A. M., Al-Hamdan, Z. M., & Mahallawi, H. H. (2016). The role of fathers during pregnancy: A qualitative exploration of Arabic fathers' beliefs. *Midwifery*, 32, 75-80. doi.org/10.1016/J.MIDW.2015.10.006
- Bayés, R. (2007). *El reloj emocional : gestión del tiempo interior*. Barcelona: Alienta Editorial.
- Beck, U., & Ritter, M. (1992). *Risk society : Towards a new modernity* (pp. 31-50). Londres: Sage Publications.
- Bennett, A. (1985). The Birth of a First Child: Do Women's Reports Change Over Time? *Birth*, 12 (3), 153-158. doi.org/10.1111/j.1523-536X.1985.tb00954.x

- Berenguera A., Fernández de Sanmamed M.J., Pons M., Rodríguez D., Saura S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la Investigación Cualitativa* (pp. 105-166). Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol) Ed.
- Bestard, J. (1996). Prólogo. En Douglas (Eds.), *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales* (pp. 9-16). Barcelona: Paidós.
- Bisquerra Alzina, R. (2010). *Psicopedagogía de las emociones*. (pp. 69-94). Madrid: Editorial Síntesis.
- Biurrun-Garrido, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof*, 14(2), 62-66.  
Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>
- Blázquez Rodríguez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. (Tesis Doctoral, Universitat Rovira I Virgili). Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/8429?show=full>
- Blázquez Rodríguez, M. (2010). Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista. En Esteban, Comelles y Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 209-231). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. [doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6)

- Bonani, V., & Munthe, K. (2012). Relevance of the Practice of Medicine by Trotula de Ruggiero (11C–12C), a Magistra Mulier Sapiens (female wisdom teacher). Medicine and pharmacy today rediscover the remedies of the Medical School of Salerno. *Journal of Medical Biography*, 20 (2), 47-48. doi.org/10.1258/jmb.2012.012020
- Borrelli, S. E., Spiby, H., & Walsh, D. (2016). The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery*, 39, 103-111. doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.008
- Bradfield, Z., Duggan, R., Hauck, Y., & Kelly, M. (2018). Midwives being "with woman": An integrative review. *Women and Birth*, 31, 143-152. doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.011
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with Childbirth: Theories and Methods of Measurement. *Birth*, 20 (1), 22-29. doi.org/10.1111/j.1523-536X.1993.tb00175.x
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology- Qualitative Research in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2009). Does perception of the childbirth experience predict women's early parenting behaviors? *Research in Nursing & Health*, 32 (2), 191-203. doi.org/10.1002/nur.20314
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37 (1), 24-34. doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x
- Bryers, H. M. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26, 488-496. doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003

- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (5ª ed., pp. 72-101, 313-387). Elsevier Health Sciences Spain.
- Calderón Gómez, Carlos (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura [49 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10 (2), Art. 17. Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178>
- Callister, L. C. (1995). Cultural Meanings of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 24 (4), 327-331. doi.org/10.1111/J.1552-6909.1995.TB02484.X
- Callister, L. C., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2003). The Pain of Childbirth: Perceptions of Culturally Diverse Women. *Pain Management Nursing*, 4, 145-154. doi.org/10.1016/S1524-9042(03)00028-6
- Carbón, D. (1995). *Libro del arte de las comadres o madrinas*. (Trad. Susarte, F.) (pp. 32-34). Alicante: Universidad de Alicante.
- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, XVIII (1), 27-35. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>
- Cavallo, P., Proto, M. C., Patruno, C., Sorbo, A. Del, & Bifulco, M. (2008). The first cosmetic treatise of history. A female point of view. *International Journal of Cosmetic Science*, 30 (2), 79-86. doi.org/10.1111/j.1468-2494.2007.00414.x
- Chapman, L. L. (1992). Expectant Fathers' Roles During Labor and Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 21 (2), 114-120. doi.org/10.1111/j.1552-6909.1992.tb01729.x
- Charles, C., Gafnv, A., & Whelan, T. (1997). *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*. *Soc. Sci. Med*, 44 (5), 681-692. doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3

- Commonwealth of Australia. (2009). *Improving Maternity Services in Australia. The Report of Maternity Services Review* (pp. 15-18). Recuperado de [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/624EF4BED503DB5BCA257BF0001DC83C/\\$File/Improving Maternity Services in Australia - The Report of the Maternity Services Review.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/624EF4BED503DB5BCA257BF0001DC83C/$File/Improving%20Maternity%20Services%20in%20Australia%20-%20The%20Report%20of%20the%20Maternity%20Services%20Review.pdf)
- Conde, A. A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2008). Perception of the childbirth experience: continuity and changes over the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 139-154. doi.org/10.1080/02646830801918414
- Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2005). *International Definition of the Midwife*. La Haya.  
Recuperado de [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf)
- Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2017). Definition of Midwifery. Recuperado de [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_midwifery.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_midwifery.pdf)
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design : choosing among five approaches* (3ª ed., pp. 76- 273). London: SAGE Publications.
- Cruz y Hermida, J. (2007). *Las matronas en la Historia. Desde la mitología a nuestros días* (pp. 17- 33). Madrid: Habe.
- Cuadri Duque, M. J. (1985). La ciencia y arte de partear: Antecedentes históricos de la Enfermería Maternal. *ROL de Enfermería*, 84-85, 13-16.
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience-The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29 (4), 407-415. doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006
- Dahlen, H. G., Barclay, L. M., & Homer, C. S. E. (2010). The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery*, 26, 53-63. doi.org/10.1016/j.midw.2008.01.012



- Damasio, A. R. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos* (pp. 44-50, 171). Barcelona: Crítica.
- Damasio, A., & Ros, J. (2018). *El extraño orden de las cosas: la vida, los sentimientos y la creación de las culturas* (pp. 143-150). Barcelona: Destino.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75 (Suppl. 1), S5-S23. doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0
- De la Cuesta Benjumea, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería*, 15 (2), 13-24.  
Recuperado de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De la Cuesta\\_Caracteristicas de la Investigacion.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De_la_Cuesta_Caracteristicas_de_la_Investigacion.pdf)
- Del Valle Murga, T. (1997). La memoria del cuerpo. *Arenal: Revista de historia de mujeres*, 4 (1), 59-74.  
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186351>
- Dellmann, T. (2004). "The best moment of my life": a literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery*, 17 (3), 20-26. doi.org/10.1016/S1448-8272(04)80014-2
- Dempsey, A. J. (1949). A Brief Survey of Early Midwifery Practice. *The Ulster Medical Journal*, XVIII (2), 109-115. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2479919/pdf/ulstermedj00169-0005.pdf>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., ... Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32 (2), 99-111. doi.org/10.1016/J.WOMBI.2018.07.004
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa* (Vol. I, pp. 49-52). Barcelona: Gedisa.

- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists* (1ª ed., Vol. 48, pp. 264-268). London: Routledge.
- Díaz, J. L. (2009). Persona, mente y memoria. *Salud mental*, 32 (6), 513-526. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000600009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600009)
- Domínguez Alcón, C. (2017). *Evolución del cuidado y profesión enfermera* (1ª ed., pp. 116-125). Barcelona: Ediciones San Juan de Dios-Campus Docent.
- Donahue, M. P., & Russac, P. A. (1988). *Historia de la enfermería* (pp. 107-115). Madrid: Ediciones Doyma.
- Eggermont, K., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., & Verhaeghe, S. (2017). Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 30 (4), e188-e197. [doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.001](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.001)
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), 2142-2153. [doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x)
- Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2009). From belonging to belonging through a blessed moment of love for a child – the birth of a child from the fathers' perspective. *Journal of Men's Health*, 6 (4), 338-344. [doi.org/10.1016/j.jomh.2009.09.029](https://doi.org/10.1016/j.jomh.2009.09.029)
- Erll, A. (2012). *Memoria colectiva y culturas del recuerdo: estudio introductorio*. (1ª ed., pp. 1-11). Bogota: Universidad de los Andes, DigiPrint Editores.
- Etchepareborda, M. C., & Abad-Mas, L. (2005). Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. *Rev Neurol., Supl* 1, S79-S83. [doi.org/10.33588/rn.40S01.2005078](https://doi.org/10.33588/rn.40S01.2005078)

- Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28 (1), 39-44. doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.013
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2006). *Definición de Parto Normal*. Vélez Málaga. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/definicion-2bparto-2bnormal-fame-2b10-06-2006.pdf>
- Fernández, H. (2013). *Lecciones de psicología cognitiva* (pp. 81-96, 330). Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Fernández Martínez, E., Gómez del Pulgar, M. M., Pérez Martín, A., & Beneir Montesinos, J. V. (2018). Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educación Médica*, 19 (S3), 360-365. doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.017
- Fernández Poncela, A. M. (2011). Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos (1). *Revista Versión Nueva Época*, 26, 1-24.
- Ferreiro-Losada, M. T., Díaz-Sanisidro, E., Martínez-Romero, M. D., Rial-Boubeta, A., Varela-Mallou, J., & Clavería-Fontán, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de Calidad Asistencial*, 28 (5), 291-299. doi.org/10.1016/j.cali.2013.02.001
- Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 260-268. doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.07.009
- Friese, S. (2014). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti* (2ª ed., pp. 1-17 ). London: SAGE Publications Ltd.
- Gallego-Caminero, G., Miró-Bonet, M., Ferrer De Sant Jordi, P., & Gastaldo, D. (2005). Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó. *Texto Contexto Enferm*, 14 (4), 601-607. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a18v14n4.pdf>

- García- Baró, M. (2008). *Teoría fenomenológica de la verdad*. Comentario continuo a la primera edición "Investigaciones lógicas" de Edmund Husserl con traducción de los pasajes no incluidos en las siguientes ediciones (pp. 120-129). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- García Martínez, M., & García Martínez, A. (1999). Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Híades: Revista de historia de la enfermería*, (5-6), 243-260.  
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2932548>
- García Martínez, M., & García Martínez, A. C. (2005). Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. *Matronas Prof.*, 6 (1), 11-18. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol6n1pag11-18.pdf>
- García Martínez, M. J., Valle Rocero, J. I., & García Martínez, A. M. C. (1994). Parteras y Matronas: su instrucción en el siglo XVIII (1.<sup>a</sup> parte). *Hygia*, 26, 30-33.
- Gerrish, K., & Lacey, A. (2008). *Investigación en enfermería* (5<sup>a</sup> ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17 (4), 302-313. doi.org/10.1054/midw.2001.0263
- Gibbs, G.,. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa* (Trad. Blanco Castellano, M. del C., & Amo Martín, T.) (pp. 55, 64, 142). Madrid: Ediciones Morata.
- Goberna-Tricas, J., Banús-Giménez, M. R., Palacio-Tauste, A., & Linares-Sancho, S. (2011). Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*, 27 (6), e231--e237. doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004
- Goberna Tricas, J. (2018). Bioética de la relación asistencial : El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto , el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto. *Dilemata*, 10 (26), 53-62. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000173/538>

- Goberna Tricas, J., Palacio Tauste, A., Rosa Banús Giménez, M., Linares Sancho, S., & Salas Casas, D. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof*, 9 (1), 5-10. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33066/1/567531.pdf>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 46 (2), 212-219. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
- Goyeneche Lasaga, L. (2014). *Alta precoz postparto. Evaluación de las complicaciones maternas y neonatales; repercusión en la ansiedad materna* (Tesis doctoral, Universidad del País Vasco). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10810/18230>
- Green, J., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth*, 17 (1), 15-24. doi.org/10.1111/j.1523-536X.1990.tb00004.x
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labour: Concepts, correlates and consequences. *Birth*, 30 (4), 235-247. doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x
- Green, J. M. (1999). Commentary: What Is This Thing Called "Control"? *Birth*, 26 (1), 51-52. doi.org/10.1046/j.1523-536x.1999.00051.x
- Green, M. H. (2001). *The Trotula : a medieval compendium of women's medicine* (pp. 70-165). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gu, C., Zhang, Z., Ding, Y., Director, Ms., & Supervisor, R. (2011). Chinese midwives' experience of providing continuity of care to labouring women. *Midwifery*, 27 (2), 243-249. doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.007
- Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, grupo de trabajo. *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. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf)

- Guasch, O. (2002). *Observación participante* (pp. 11- 42). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Halbwachs, M. (2002). Fragmentos de la memoria colectiva. Maurice Halbwachs. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 1 (2), 1-11. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/view/n2-halbwachs/52-pdf-es>
- Hall, P. J., Foster, J. W., Yount, K. M., & Jennings, B. M. (2018). Keeping it together and falling apart: Women's dynamic experience of birth. *Midwifery*, 58, 130-136. doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.006
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (4), 806-817. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Halldorsdottir, S., & Sigridur, I. K. (1996). Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12, 48-61.
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2 (1), 55-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23 (3), 235-247. doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002
- Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and Birth*, 29 (2), 107-116. doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Who Is Well After Childbirth? Factors Related to Positive Outcome. *Birth*, 40 (1), 1-9. doi.org/10.1111/birt.12022
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39. doi.org/10.1016/J.MIDW.2017.05.004

- Heriberto Rivas, L. (2014). *Evangelios apócrifos: los relatos. Las claves de lectura* (1ª ed.). Buenos Aires: Editorial Claretiana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed., pp. 355-530). México: McGraw-Hill Education.
- Hildingsson, I., Cederlöf, L., & Widén, S. (2010). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and Birth*, 24, 129-136. doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.003
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5 Suppl.), 160-174. doi.org/10.1067/mob.2002.121141
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013 (7). doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Holloway, I., & Galvin, K. (2016). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (4ª ed., pp. 89-155, 219-238, 290-292). Chichester, West Sussex, UK: Wiley.
- Homer, C. S. E., Passant, L., Brodie, P. M., Kildea, S., Leap, N., Pincombe, J., & Thorogood, C. (2009). The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery*, 25 (6), 673-681. doi.org/10.1016/j.midw.2007.11.003
- Howarth, A. M., Swain, N. R., & Treharne, G. J. (2012). First-time mothers' perspectives on relationships with and between midwives and doctors: Insights from a qualitative study of giving birth in New Zealand. *Midwifery*, 28 (4), 489-494. doi.org/10.1016/J.MIDW.2011.07.004
- Hunter, L. P. (2002). Being With Woman: A Guiding Concept for the Care of Laboring Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31 (6), 650-657. doi.org/10.1177/0884217502239213
- Imaz, E. (2010). Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada. En Esteban, Comelles y Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 173-189). Barcelona: Edicions Bellaterra.



Imaz, E. (2015). Elaborando la propia memoria: la maternidad como hito en la narración de la trayectoria biográfica. *Alteridades*, 25 (49), 53-65. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-70172015000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172015000100005)

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018a). Tabla 2852. Cifras oficiales de población por provincias y sexo. Recuperado 5 de julio de 2018, de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2852>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018b). Tabla 2913. Distribución de los municipios por provincias y tamaño de los municipios. Recuperado 5 de julio de 2018, de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2913>

Instituto Vasco de Estadística, Eustat. (2016). Nacidos vivos de la C.A de Euskadi por territorio histórico, edad de la madre, nacionalidad y periodo. Recuperado de [http://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX\\_2217\\_enac23.px/table/tableViewLayout1/?rxid=108f972c-8a1f-4d78-bd89-e510986c45a1#axzz5KNBDeytT](http://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX_2217_enac23.px/table/tableViewLayout1/?rxid=108f972c-8a1f-4d78-bd89-e510986c45a1#axzz5KNBDeytT)

International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. (2015). Mother–baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128 (2), 95-99. doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013

Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4, 6.

Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355842/>

Jamas, M. T., Hoga, L. A. K., & Tanaka, A. C. A. (2011). Mothers' birth care experiences in a Brazilian birth centre. *Midwifery*, 27(5), 693-699. doi.org/10.1016/j.midw.2009.10.004

Jódar Vicente, M., Barroso Ribal, J., Brun i Gasca, C., Dorado Mesa, M., García Jiménez, A., Martín Plasencia, P., & Nieto Barco, A. (2005). *Trastornos del lenguaje y la memoria* (1ª ed., pp. 57-64). Barcelona: Editorial UOC.

- Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, Å. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31, 9-18. doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Art. No.: CD009234. doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15 (1), 251. doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0
- Kérouack, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F., & Arque Blanco, M. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311. doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299
- Kitzinger S, Green J.M., Chalmers B., Keirse M., Lindstrom K., & Hemminki E. (2006). Roundtable discussion : Part 2. Why Do Women Go Along with This Stuff? *Birth: Issues in Prenatal Care*, 33 (3), 245-250. doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00110.x
- Klomp, T., De Jonge, A., Hutton, E. K., Hers, S., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2016). Perceptions of labour pain management of Dutch primary care midwives: a focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (6),1-9. doi.org/10.1186/s12884-015-0795-6
- Kuhn, T. S. (2005). *La estructura de las revoluciones científicas* (pp. 269-270). México, D.F.: FCE - Fondo de Cultura Económica.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25 (2). https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2012). "Not enough people to look after you": An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28 (1), 98-105. doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.007

- Lavender, T., Walkinshaw, S. A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15 (1), 40-46. doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90036-0
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation* (pp. 81-83, 467-468). Nueva York: Oxford University Press.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (3), 234-242. doi.org/10.1016/J.JMWH.2010.02.001
- Ledenfors, A., & Berterö, C. (2016). First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery*, 40, 26-31. doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.013
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 298, pp. 43088-43099. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15>
- 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. *Boletín Oficial del Estado*, 274, pp. 40126- 40132. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 159, pp. 28826-28848.  
Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14>
- Li Poh, H., Siew Lin Koh, S., Cheng Lydia Seow, H., & He, H.-G. (2014). First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30 (6), 779-787. doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.002
- Lohmann, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery*, 61, 53-62. doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.005

- Longworth, H. L., & Kingdon, C. K. (2011). Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*, 27 (5), 588-594. doi.org/10.1016/j.midw.2010.06.013
- Longworth, M. K., Furber, C., & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31 (9), 844-857. doi.org/10.1016/J.MIDW.2015.06.004
- Lowe, N. K. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 25 (1), 82-92. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8627407>
- Lukasse, M., Schei, B., & Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5 (3), 99-106. doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21 (4), 346-354. doi.org/10.1016/j.midw.2005.01.001
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife – woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21 (2), 220-228. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x
- Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C., & Olafsdottir, O. A. (2019). Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women and Birth*. Publicación anticipada en línea. doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.004
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18 (2), 155-164. doi.org/10.1054/MIDW.2002.0302
- Mapp, T. (2008). Understanding phenomenology: the lived experience. *British Journal of Midwifery*, 16 (5), 308-311. doi.org/10.12968/bjom.2008.16.5.29192

- Marcel, J., & Mucchielli, L. (2010). En el fundamento del lazo social: la memoria colectiva según Maurice Halbwachs. En Halbwachs (Eds.), *La memoria colectiva* (pp. 23-58). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila Editores.
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F. J., Peñacoba-Puente, C., Olmos Albacete, R., & Toro Molina, S. (2013). Factor structure, validity, and reliability of the spanish version of the women's views of birth labour satisfaction questionnaire. *Midwifery*, 29 (12), 1339-1345. doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.015
- Marina, J. A. (1996). *El laberinto sentimental* (1ª ed., pp. 15- 30, 131-151). Barcelona: Anagrama.
- Márquez Carrasco, A., Rico Neto, M., & Leo Rodríguez, M. (2017). La figura de la matrona española en la Edad Media. *Revista Enfermería Docente*, 109, 37-44. Recuperado de [http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/458/pdf\\_381](http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/458/pdf_381).
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ib Nez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., & Escribà-Agüir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 26 (3), 236-242. doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.019
- Melzack, R. (1993). Labour pain as a model of acute pain. *Pain*, 53 (2), 117-120. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8336982>
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). IASP Terminology - Internatinal Association for the Study of Pain (IASP). Recuperado 19 de mayo de 2019, de <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Meyer, S. (2013). Control in childbirth: A concept analysis and synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (1), 218- 228. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06051.x
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook*. London: SAGE Publications Ltd.

- Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (pp. 13-156). Recuperado de [www.mspsi.gob.es](http://www.mspsi.gob.es)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Versión esquemática 2014*. Recuperado de [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Version\\_Esquemática\\_EAPN.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Version_Esquemática_EAPN.pdf)
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Recuperado de [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS* (pp. 1-101). Madrid. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones* (pp. 59-60, 169-171). Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
- Mira Solbes, J. J. (2005). El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Monografías Humanitas*, (8), 111-123. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6669508>
- Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos (Tesis Doctorals en línia, Universitat Rovira I Virgili)*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/8421;jsessionid=D9DFC85CD42A95598DC67A36ADE0EBA8>
- Morgan, D. L. (1997). *The Focus Group Guidebook* (pp. 10-11, 120). Londres: SAGE Publications.

- Morse, J. (2015). "Data Were Saturated ..." *Qual. Health Res.*, 25 (5), 587-588. doi.org/10.1177/1049732315576699
- Morse, J. M., & Bottorff, J. L. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. San Vicente del Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Namey, E. E., & Lyerly, A. D. (2010). The Meaning of "Control" for Childbearing Women in the US. *Social science & medicine (1982)*, 71 (4), 769-776. doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.024
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190*. Londres: RCOG Press. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Nikula, P., Laukkala, H., & Pölkki, T. (2015). Mothers' Perceptions of Labor Support. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40 (6), 373-380. doi.org/10.1097/NMC.0000000000000190
- Nilsson, C, Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., ... Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *MBMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (28), 18:28. doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7
- Nilsson, C. (2014). The delivery room: Is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5 (4), 199-204. doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.010
- Nilsson, C, & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25 (2). doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017
- O'Brien, D., Butler, M. M., & Casey, M. (2017). A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery*, 46, 1-7. doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.002



- O’Cathain, A., Thomas, K., Walters, S. J., Nicholl, J., & Kirkham, M. (2002). Women’s perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery*, 18 (2), 136-144. doi.org/10.1054/midw.0301
- Olaz Capitán, Á. J. (2016). *La entrevista de investigación* (pp. 67-75). Madrid: Editorial grupo 5.
- Orden de 1 de marzo de 1940. *Boletín Oficial del Estado*, 70, de 10 de marzo de 1940, p. 1723. Recuperado de <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1940/070/A01723-01723.pdf>
- Orden de 1 junio de 1992. *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 2 de junio de 1992, pp. 18569 - 18572. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1992/06/02/pdfs/A18569-18572.pdf>
- Orden de 22 de octubre de 1993. *Boletín Oficial del Estado*, 254, de 23 de octubre de 1993, pp. 29959 - 29971. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1993/10/23/pdfs/A29959-29971.pdf>
- Orden SAS/1349/2009 de 6 mayo de 2009. *Boletín Oficial del Estado*, 129, de 28 de mayo de 2009, pp. 44697- 44729. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Recuperado 6 de mayo de 2019, de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/69011/E91129.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Recuperado 6 de julio de 2018, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra: OMS. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2 (8452), 436-437. doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3
- Ortiz Gómez, T. (1996). Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, 16, 109-120. Recuperado de <https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v16/02119536v16p109.pdf>
- Ortiz Gómez, T. (2007). Del pasado al presente. Práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, 23, 61-65.  
Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14970/EIDON23-TeresaOrtiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Osakidetza. Departamento de Salud. (2015). OSI Donostialdea. Nuestro ámbito de actuación. Recuperado 5 de julio de 2018, de [https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gkodon01/es/contenidos/informacion/odon\\_ambito\\_actuacion/es\\_def/index.shtml](https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gkodon01/es/contenidos/informacion/odon_ambito_actuacion/es_def/index.shtml)
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: SAGE Publicatons Ltd.
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Palmar Santos, A. M., & Santos, A. M. P. (2014). *Investigación cualitativa*. Barcelona: Elsevier.
- Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., Van Dillen, J., Batenburg, R., Mol, B. W., ... de Jonge, A. (2016). Opinions of professionals about integrating midwife- and obstetrician-led care in The Netherlands. *Midwifery*, 37, 9-18. doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.011

- Philpott, L. F., Leahy-Warren, P., FitzGerald, S., & Savage, E. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 55, 113-127. doi.org/10.1016/J.MIDW.2017.09.016
- Plutchik, R. (1991). *The emotions* (pp. 54-107, 467). Boston: University Press of America.
- Poço dos Santos, A., Gómez Cantarino, S., Campos Silva, T., & Velasco Abellán, M. (2014). Formación de matronas en España des la segunda mitad del S. XX hasta la actualidad. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 131-137. doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14054
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª ed, pp. 160-164). México: McGra-Hill Interamericana Editores.
- Prein G., Kelle U., B. K. (1995). *Computer-Aided Qualitative Data Analysis: Theory, Methods and Practice* (14ª ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Premberg, A., Carlsson, G., HellströmHellstr, A.-L., & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth-A phenomenological study. *Midwifery*, 27 (6), 848-853. doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.002
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9ª ed., pp. 242-264). Barcelona: Elsevier Mosby.
- Rapley, T. (2014). *Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos de investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado 22 de mayo de 2019, de <https://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Real Decreto de 4 de diciembre de 1953. *Boletín Oficial del Estado*, 363, de 29 de diciembre de 1953; pp. 7.723 - 7724. Recuperado de <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>

Real Decreto de 18 enero de 1957. *Boletín Oficial del Estado*, 43, de 12 de febrero de 1957; p. 832.

Recuperado de <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/043/A00832-00832.pdf>

Real Decreto de 23 de julio de 1977. *Boletín Oficial del Estado*, 283 de 26 de noviembre de 1977; pp. 25987 - 25989. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-28232>

Real Decreto de 26 de septiembre de 1980. *Boletín Oficial del Estado*, 258, de 27 de octubre de 1980, pp. 23928 - 23928. Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-23297](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-23297)

Real Decreto de 3 de julio de 1987. *Boletín Oficial del Estado*, 183, de 1 de agosto de 1987, pp. 23642 - 23644.

Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-17866](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-17866)

Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: Measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*, 35 (1), 73-76. doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00215.x

Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Cmaj*, 156 (6), 831-835. Recuperado de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227048/pdf/cmaj\\_156\\_6\\_831.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227048/pdf/cmaj_156_6_831.pdf).

Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B., & Mårtensson, L. B. (2012). A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57 (2), 120-125. doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x

Rogers, M. E. (1992). Nursing Science and the Space Age. *Nursing Science Quarterly*, 5 (1), 27-34. doi.org/10.1177/089431849200500108

Rondung, E., Thomtén, J., & Sundin, Ö. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 80-91. doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007

- Rönnerhag, M., Severinsson, E., Haruna, M., & Berggren, I. (2018). Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. *Nursing & Health Sciences*. doi.org/10.1111/nhs.12558
- Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (2), 155-166. doi.org/10.1080/02646830500129289
- Ruiz, M. R., & Limonero, J. T. (2014). Professional attitudes towards normal childbirth in a shared care unit. *Midwifery*, 30 (7), 817-824. doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.003
- Ruiz Moral, R. (2004). El reto de la información a los pacientes. *Atención primaria*, 33 (7), 365-367. doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78887-3
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ª ed., pp. 17-172). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ryding, E. L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 72 (4), 280-285. doi.org/10.3109/00016349309068038
- Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (pp. 44-94). London: SAGE Publications Ltd.
- Santamaría García, J.M., & Jiménez Rodríguez, M. (2016). *Los Axiomas del Cuidado: Bases para su aprehensión conceptual* (1ª ed., pp. 30-54). Madrid: Grupo MISKC\_ ENE.
- Sapountzi-Krepia, D., Tsaloglidou, A., Psychogiou, M., Lazaridou, C., & Vehvilainen Julkunen, K. (2011). Mothers' experiences of pregnancy, labour and childbirth: A qualitative study in Northern Greece. *International Journal of Nursing Practice*, 17 (6), 583-590. doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01975.x
- Schmid, V. (2012). *El dolor del parto: una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: Ob Stare.

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2008). *Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto*. Madrid.
- Segovia de Arana, J. M. (2003). Memoria y olvido. *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, 80, 631-648. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1216752>
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2014). Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 96 (3), 295-301. doi.org/10.1016/J.PEC.2014.07.017
- Sidebotham, M., Fenwick, J., Rath, S., & Gamble, J. (2015). Midwives' perceptions of their role within the context of maternity service reform: An Appreciative Inquiry. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 28 (2), 112-120. doi.org/10.1016/j.wombi.2014.12.006
- Simkin, P. (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *Birth*, 18 (4), 203-210. doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x
- Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part II: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth*, 19 (2), 64-81. doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x
- Somers-Smith, M. J. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15 (2), 101-108. doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90006-2
- Sosa, G., Crozier, K., & Robinson, J. (2012). What is meant by one-to-one support in labour: Analysing the concept. *Midwifery*, 28 (4), 391-397. doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.001
- Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 170 (2), 401-406. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.040

- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28 (4), 422-431. doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009
- Stoll, K., Fellow, P., Hall, W., Janssen, P., & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30 (2), 220-226. doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2002). *Bases de la investigación cualitativa : técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (pp. 103-111). Medellín: Editorial Universidad de Antioquía, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.
- Streubert Spezialize, H. J., & Rinaldi Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. *Nursing Research* (5ª ed., pp. 73-87). China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 15-132). Barcelona: Paidós.
- Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A.-M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity Satisfaction Studies and Their Limitations: "What Is, Must Still Be Best". *Birth*, 30 (2), 75-82. doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00224.x
- Thelin, I. L., Lundgren, I., & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5 (3), 113-118. doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.008
- Thompson, R., & Miller, Y. D. (2014). Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 (1), 62. doi.org/10.1186/1471-2393-14-62
- Todres, L., & Wheeler, S. (2001). The complementarity of phenomenology, hermeneutics and existentialism as a philosophical perspective for nursing research. *International journal of nursing studies*, 38 (1), 1-8. Recuperado de doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00047-X



- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (6), 349-357. doi.org/10.1093/intqhc/mzm042
- Towler, J., & Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad* (pp. 9-32, 373-378). Barcelona: Masson, S.A.
- Trevena, L., & Barratt, A. (2003). Integrated decision making: definitions for a new discipline. *Patient Education and Counseling*, 50 (3), 265-268. doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00047-8
- Uijen, A. A., Bosch, M., Van Den Bosch, W. J., Bor, H., Wensing, M., & Schers, H. J. (2012). Heart failure patients' experiences with continuity of care and its relation to medication adherence: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 13:86. doi.org/10.1186/1471-2296-13-86
- United States Health and Human Services (HHS). Department of Health, Education, and Welfare. (1979). The Belmont Report. HHS.gov. Recuperado de <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Uribe, J. M. (2009). El riesgo y la salud laboral. En Comelles J.M, Martorell M.A. & Bernal M. (Eds.), *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (pp. 141-162). Barcelona: Icaria S.A.
- Valle García, M. del. (2009). Trótula de Salerno (¿-1097). *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 29 (1), 31-32. doi.org/10.1016/S2013-5246(09)70027-3
- Valle Racero, J.I. (2002). El saber y la práctica de las matronas desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Prof*, 3 (9), 28-35. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol3n9pag28-35.pdf>
- Valle Racero, J. I., & García Martínez, M. J. (1994). Las matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX. *Revista ROL*, 187, 61-71. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3558460>

- Vallés, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional* (pp. 109-139). Madrid: Síntesis.
- Van der Gucht, N., & Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31 (3), 349-358. doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.005
- Van Kelst, L., Spitz, B., Sermeus, W., & Thomson, A. M. (2013). A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. *Midwifery*, 29 (1), e9-e17. doi.org/10.1016/j.midw.2011.10.002
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 471-482. doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00043-4
- Waldenström, U. (2003). Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth*, 30 (4), 248-254. doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x
- Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31 (2), 102-107. doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31 (1), 17-27. doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A., & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32 (1), 28-38. doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A., & Small, R. (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Family Practice*, 17(157). doi.org/10.1186/s12884-017-1343-3
- World Health Organization (WHO). (2018). *Adolescent pregnancy. Embarazo en la*

*adolescencia*. Ginebra: Recuperado 6 de julio de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA*, 310 (20), 2191. doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Xue, W. L., Shorey, S., Wang, W., & He, H.-G. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*, 62, 135-145. doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.013

Zhang, X., & Lu, H. (2014). Childbirth expectations and correlates at the final stage of pregnancy in Chinese expectant parents. *International Journal of Nursing Sciences*, 1 (2), 151-156. doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.01

# ANEXOS

upna

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

## ANEXOS

### Anexo 1 Tabla de características sociodemográficas-obstétricas

Participante	Pais/Origen	Edad	Estudios	Trabajo	Estado civil	Paridad	Semana de gestación	Evolución del parto	Tipo de comienzo	Analgesia	Preparación maternal	Lesión partes blandas	Ingreso RN
M1	España	35	Grado Superior	No	Casada	G3p1a1	39+4	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	Desgarro II	No
M2	España	32	Licenciada Informática	Si	Soltera	G1p0	40+6	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	Desgarro II	No
M3	España	25	Bachiller	No	Soltera	G2p1	40	Eutócico	Espontáneo	Epidural	No	Desgarro II	No
M4	España	36	Licenciada Arquitecta	Si	Casada	G1p0	40+1	Ventosa	Inducción	Epidural	Si	Episiotomía	No
M5	España	34	Marketing+ FP1	Si	Soltera	G2p1	40	Eutócico	Espontáneo	Local	Si	Desgarro II	No
M6	España	40	Básicos	No	Soltera	G2a1	42	Cesárea urgente	Inducción	Epidural	Si	Cst	No
M7	España	31	Licenciada Medicina	Si	Casada	G1p0	37+1	Ventosa	Inducción	Epidural	Si	Episiotomía	No
M8	España	34	Licenciada Biología	Si	Casada	G2cst1	40+5	Eutócico	Espontáneo	Epidural	No	Episiotomía	No
M9	China-España	34	Licenciada	Si	Soltera	G1p0	38+6	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M10	España	34	Dietética	Si	Casada	G2p1	40+4	Espátulas	Espontáneo	Epidural	Si	Desgarro III	No
M11	España	36	FP2- Peluquería	No	Casada	G3p1cst1	38	Eutócico	Inducción	Epidural	No	Desgarro II	No
M12	España	41	Licenciada	Si	Soltera	G5p3a1	39	Eutócico	Espontáneo	Epidural	No	Episiotomía	No
M13	España	37	Licenciada Bellas Artes	Si	Casada	G1p0	39+3	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M14	Ecuador	32	Licenciada Derecho	No	Casada	G1p0	40+3	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M15	España	35	Diplomada	Si	Soltera	G1p0	40+6	Eutócico	Inducción	Epidural	Si	Episiotomía	No

Participante	Pais/Origen	Edad	Estudios	Trabajo	Estado civil	Paridad	Semana de gestación	Evolución del parto	Tipo de comienzo	Analgesia	Preparación maternal	Lesión partes blandas	Ingreso RN
M16	España	33	Licenciada	Si	Casada	G1p0	40	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	No	No
M17	España	35	Básico	Si	Soltera	G2p1	38+4	Cesárea urgente	Espontáneo	Epidural	No	Desgarro II	No
M18	España	35	Doctora Ingeniería	Si	Casada	G3p1a1	41+2	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	Desgarro II	No
M19	Sierra Leona	35	Básico	No	Soltera	G5p1a3	38+5	Eutócico	Espontáneo	Epidural	No	Episiotomía	No
M20	Guinea Ecuatorial	28	FP2	Si	Soltera	G1p0	38	Eutócico	Inducción	Epidural	Si	Desgarro II	No
M21	España	35	Doctora Sociología	Si	Soltera	G1p0	41	Eutócico	Inducción	Epidural	Si	Episiotomía	No
M22	España	41	Rem	Si	Casada	G1p0	41	Eutócico	Inducción	Epidural	Si	Episiotomía	No
M23	España	34	Técnico Laboratorio	Si	Casada	G2p1	38+3	Eutócico	Inducción	Epidural	Si	Episiotomía	Cuidados mínimos
M24	España	35	Ciclo Superior	Si	Soltera	G2p1	41-2	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Solo dos clases	Desgarro II	No
M25	España	30	Licenciada	Si	Casada	G1p0	41+6	Fórceps	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M26	España	35	Licenciada	Si	Casada	G3a2	42	Cesárea urgente	Inducción	Epidural	Si	Grapas abdominales	Cuidados mínimos
M27	España	40	Diplomada Logopeda	Si	Casada	G4p1a2	37	Eutócico	Inducción	Local	Si	Desgarro II	No
M28	España	29	Licenciada Iyef	Si	Soltera	G1p0	41+1	Espátulas	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M29	España	33	Grado Medio Hostelería	No	Soltera	G1p0	40+5	Fórceps	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M30	España	33	Básico	No	Casada	G4p1cst1	40+1	Eutócico	Espontáneo	Epidural	No	Episiotomía	No
M31	España	31	Diplomada Enfermería	Si	Soltera	G3p0a2	40	Fórceps	Inducción	Epidural	Si	Episiotomía	No
M32	España	37	Auxiliar	Si	Soltera	G3p1a1	40	Ventosa	Inducción	Epidural	No	Desgarro II	No



Participante	Pais/Origen	Edad	Estudios	Trabajo	Estado civil	Paridad	Semana de gestación	Evolución del parto	Tipo de comienzo	Analgesia	Preparación maternal	Lesión partes blandas	Ingreso RN
			Geriatría										
M33	España	30	Diplomada	Si	Soltera	G2a1	37+6	Eutócico	Inducción	Local	Si	Episiotomía	No
M34	España	34	Licenciada	Si	Soltera	G1p0	39+6	Ventosa	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M35	Cuba-España	40	Licenciada	Si	Casada	G3a2	39+6	Cesárea urgente	Inducción	Epidural	Si	Grapas abdominales	Cuidados medios 20 días
M36	España	36	Licenciada	Si	Casada	G2cst1	40+5	Ventosa	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M37	España	37	Licenciada	Si	Casada	G1p0	41	Cesárea urgente	Inducción	Epidural	Si	Grapas abdominales	No
M38	España	32	Higienista Dental	Si	Casada	G1p0	40+3	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Si	Episiotomía	No
M39	España	35	Graduada	No	Casada	G1p0	38	Eutócico	Inducción	No	Si	No	No
M40	España	33	Doctora Medicina	Si	Casada	G1p0	38	Eutócico	Espontáneo	Epidural	Solo una clase por reposo	Episiotomía	No
M41	España	37	Diplomada	Si	Casada	G3p2	38+5	Eutócico	Espontáneo	No	No	Desgarro I	No
M42	España	38	Doctora En Arquitectura	Si	Casada	G1p0	40+3	Eutócico	Inducción	Epidural	Si	Desgarro II	Cuidados mínimos
42P	Italia	43	Doctor Arquitectura	Si	Casado	G1p0	40+3	Eutócico	Inducción	Epidural	Si	Desgarro II	Cuidados mínimos

## Anexo 2. Aceptación del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Donostia

Beatriz Pereda Goikoetxea, con DNI 44152801-T, Investigadora Principal del Estudio Observacional titulado: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”. Código de Protocolo: BPG-APH-2015-01.

- Versión de protocolo: 1 de 30 de Mayo de 2015.
- Versión Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado: 1 de 30 de Mayo de 2015.

### EXPONE:

Que con motivo de la realización de la tesis doctoral titulada: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”. Estudio cualitativo, en el que para la recolección de los datos, se precisa la realización de entrevistas tanto a mujeres que han dado a luz en el Hospital Universitario Donostia, como a profesionales (ginecólogos/as, matronas y auxiliares) que asisten a las mujeres en su proceso de parto en dicho hospital.

### SOLICITA:

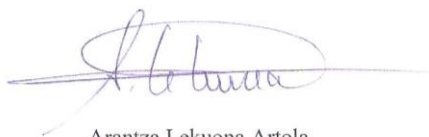
La obtención del permiso correspondiente al responsable del Servicio de Ginecología y Obstetricia, para poder llevar a cabo dicho Estudio Observacional.

San Sebastián, a 29 de junio de 2015



Beatriz Pereda Goikoetxea.

Investigador principal



Arantza Lekuona Artola

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia

### **Anexo 3. Hoja de información para las mujeres puérperas**

Título del estudio: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario terciario”.

Equipo de investigación: Blanca, Marín Fernández; M<sup>a</sup> Isabel, Elorza Puyadena; Sonia, Tomas Riscado; Nuria, Torres González y Beatriz, Pereda Goikoetxea.

Investigadora principal: Beatriz, Pereda Goikoetxea. Matrona en el Hospital Universitario de Donostia y profesora asociada en la Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián. (beatriz.pereda@ehu.eus).

Somos un grupo de cinco profesionales sanitarias: tres matronas y dos profesoras universitarias del área de Enfermería. Actualmente, estamos estudiando las experiencias de parto de las mujeres en el Hospital Universitario Donostia, con el fin de conocer cuáles son sus necesidades y prioridades para vivir una experiencia de parto positiva. El fin último de esta investigación, será obtener los datos para realizar la tesis doctoral titulada: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”. Este estudio, servirá para obtener una información muy valiosa que ayudará al personal del servicio de partos a proporcionar mayor calidad en la atención a la maternidad.

La investigación ha sido aprobada por el Comité de Bioética del Hospital Universitario Donostia. No le supondrá ningún riesgo añadido. Tras el contacto inicial en el Servicio de Puérperas del hospital, su participación consistirá en concederme dos entrevistas grabadas en formato audio:

- La primera en 8 semanas del parto, previo contacto telefónico para acordar la misma. Con el fin de relatar cómo ha sido su experiencia de parto.
- La segunda entrevista tendrá lugar 8 meses después del parto, y se le preguntará nuevamente sobre el recuerdo de dicha experiencia.

El participar en el estudio le llevará el tiempo que usted necesite para narrar su relato, siendo como máximo una hora, y el punto de encuentro se acordará en base a su disposición. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación llamando al X (Beatriz Pereda).

Su participación en el estudio es voluntaria. Si decide tomar parte en el mismo, le aseguramos que en caso de que así lo desee podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello tenga ninguna repercusión en la atención recibida por el ámbito sanitario.

Los datos del estudio se codificarán de tal forma que en ningún momento aparecerá su nombre o apellidos, ni ningún dato que pudiera servir para identificarle. Toda la información será recopilada por la investigadora principal, y no será compartida con nadie más sin su permiso. Durante el estudio, no se revelará su identidad, ni cuando se publiquen los resultados del estudio o se hagan públicos en alguna reunión científica.

### **Anexo 3. Emakume amaberrientzako informazioa**

Ikerlanaren izenburua: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario terciario”.

Ikerkuntza taldea: Blanca, Marín Fernández; M<sup>a</sup> Isabel, Elorza Puyadena; Sonia, Tomas Riscado; Nuria, Torres González y Beatriz, Pereda Goikoetxea.

Ikertzaile nagusia: Beatriz, Pereda Goikoetxea. Donostia Unibertsitate Ospitaleko emagina eta Donostiako Erizaintzako Unibertsitate Eskolako irakasle laguna. (beatriz.pereda@ehu.eus).

Bost osasun profesionalen osatutako talde bat gara: hiru emagin eta Erizaintza-erlako unibertsitateko bi irakasle. Gaur egun, Donostia Unibertsitate Ospitalean erditzeko duten emakumeen esperientziak aztertzen ari gara. Honen helburua, emakumeek erditze positiboa bizitzeko beharrak eta lehentasunak ezagutzea bada ere, azken helburua “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario” egingo den tesirako datuak lortzea da. Ikerlan honen bidez informazio baliotsua lortuko da, amatasun arretan kalitate hobea, emateko.

Ikerlana hau Donostia Unibertsitate Ospitaleko Bioetikako Batzordeak onartua du. Ikerlan honek, ez dizu inolako arrisku gehigarririk suposatuko. Lehenengo harremana amaberri zerbitzuan egin ondoren, zure parte hartzea audio formatoan egingo diren bi elkarrizketa grabatuetan oinarrituko da.

- Lehenengoa, erditu ondoren 8 astetan burutuko da, aurrez telefonoz hitzartua izan delarik. Helburua zure erditze esperientziaren berri izatea.
- Bigarrenengo elkarrizketa erditu eta 8 hilabetera izango da, eta berriro galdetuko zaizu esperientzia horretaz duzun oroitzapenez.

Elkarrizketak ez du denbora finkorik, baizik eta kontakizuna zehazteko behar duzun denbora erabiliko duzu, gehienez ordu bete izango delarik, eta elkartzeko lekua zuri komeni zaizuna adostuko da. Ikerlanari buruzko edozein zalantza edo zure parte hartzeari buruzkoak argitzeko deitu X (Beatriz Pereda).

Zure parte hartzea ikerlan honetan borondatezkoa izango da. Parte hartzea erabakitzen baduzu, edozein momentutan ikerlana utzi dezakezu, inolako azalpenik

eman beharrik gabe eta honek inolako eraginik izango ez duelarik jasoko duzun osasun arretan.

Ikerlanaren datuak kodifikatuak izango dira, honela zure izena edo abizena inoiz ez dira agertuko, ezta beste edozein datu zu identifikatzeko balioko lukenik. Informazio guztia ikerlari nagusiak jasoko du, eta ez da beste inorekin partekatuko zure baimenik gabe. Ikerlana burutzerakoan ez da zure identitaterik erakutsiko, ezta ikerlanaren emaitzak argitaratzean edo bilera zientifikoetan jakitera ematerakoan.

## Anexo 4. Consentimiento Informado para las mujeres puérperas

“Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”.

Dña....., mayor de edad y con  
DNI.....

DECLARO QUE:

He leído la Hoja de Información para las mujeres puérperas que se me ha entregado.

He sido informada con claridad en qué consiste este estudio por la investigadora Beatriz Pereda y he podido hacer preguntas sobre el estudio.

Comprendo que la participación en este estudio es voluntaria, altruista y que no dará lugar a ninguna compensación.

Comprendo que la información referente a mi persona será tratada de forma confidencial y en cualquier momento podré renunciar a este estudio sin tener que dar explicaciones y sin que ello tenga ninguna repercusión en la atención recibida por el ámbito sanitario.

MANIFIESTO:

Que doy mi consentimiento para la participación voluntaria en este estudio.

Por todo ello, presto libremente mi conformidad para participar en dicha investigación.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

Nombre y apellidos: .....

En San Sebastián, a ....de.....de.....

He informado sobre el estudio a la persona cuyo nombre y apellidos figura en este consentimiento. He contestado a sus preguntas, he aclarado sus dudas y he hecho todo lo posible para que la información facilitada fuese claramente comprensible. Confirmando que la mujer ha dado su consentimiento libremente.

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

Nombre y apellidos: Beatriz, Pereda Goikoetxea.

En San Sebastián, a ....de.....de.....



## **Anexo 4. Emakume amaberrientzako baimen informatua**

“Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”.

..... andrea., adin nagusikoa eta NAN.....  
zenbakiduna.

**HONAKOA ZIURTAZTEN DUT:**

Emakume amaberrientzako Informazio Orria irakurri dut.

Ikerlana zertan datzan argi informatua izan naiz Beatriz Pereda ikertzailearengatik eta ikerlanari buruzko galderak egin ahal izan ditut.

Ikerlan honetan parte hartzea borondatezkoa, altruista eta inolako konpentsaziorik gabekoa dela ulertzen dut.

Nire pertsonataz duzuen informazioa era konfidentzian erabiliko dela eta edozein momentuan baimen honi inolako azalpenik eman gabe eta inolako ondorioz gabe uko egin dezakedala, uletzen dut.

**ZERA ADIERAZTEN DUT:**

Ikerlan honetan parte hartzeari nire borondatezko baimena ematen diot.

Guzti honengatik, nire adostasuna askea ematen dut ikerlan honetan parte hartzeko.

**PARTE-HARTZAILAREN SINADURA**

Izen- abizenak: .....

Donostian,.....(e) ko .....(a)ren.....(ea)n.

Ikerlanari buruzko informazioa eman diot baimenean izen abizenez agertzen den pertsonari. Bere galderei erantzun, zalantzak argitu eta ahal dudan guztia egin dut emandako informazioa ulergarria izan zedin. Emakumeak baimena aske eman duela baieztatzen dut.

**IKERLARIAREN SINADURA**

Izen- abizenak: Beatriz, Pereda Goikoetxea.

Donostian, .....(e) ko .....(a)ren.....(ea)n.

## Anexo 5. Cuestionario sociodemográfico-obstétrico

FECHA DE CAPTACIÓN: .....CÓDIGO:.....

VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS	EDAD				
	ESTUDIOS				
	TRABAJO				
	NACIONALIDAD				
	ESTADO CIVIL				
VARIABLES OBSTÉTRICAS	FECHA Y HORA DE PARTO:				
	PARIDAD G...P...A...CST...				
	SEMANAS DE GESTACIÓN				
	COMPLICACIÓN MATERNA EN EL EMBARAZO		SI	CUÁL	
			NO		
	TIPO DE COMIENZO DE PARTO		ESPONTÁNEO		
			INDUCCIÓN	FACT.RIESGO:	
			ESTIMULACIÓN		
	TIPO DE FINALIZACIÓN DE PARTO	EUTÓCICO			
		VENTOSA			
		FORCEPS			
		ESPÁTULAS			
		CESÁREA	TIPO	URGENTE	
				OTROS:	
	INGRESO EN PIP			SI	
				NO	
	ANALGÉSIA	NO			
		SI	LOCAL		
			EPIDURAL		
			INTRADURAL		
			SEDACIÓN		
			BLOQUEO PLEXO O N. PERIFÉRICO		
			LOCO REGIONAL		
LOCAL+ SEDACIÓN					
GENERAL					
DURACIÓN					
PREPARACIÓN MATERNAL		SI			
		NO			
CONTINUIDAD DE CUIDADOS		SI			
		NO			
PROFESIONAL QUE LE ATENDIÓ	MATRONA+AUXILIAR				

		GINECÓLOGO+MATRONA+AUXILIAR			
	ACOMPañAMIENTO	SI	PAREJA /FAMILIAR/ AMISTAD		
		NO			
	LESIÓN DE PARTES BLANDAS	SI	EPISIOTOMÍA		
			DESGARRO	I	
				II	
				III	
				IV	
			EPISIOTOMÍA +DESGARRO	I	
				II	
CST	III				
	IV				
	NO				
VARIABLES NEONATALES	SEXO	V			
		H			
	APGAR				
	PESO				
	PH				
	PC				
	TALLA				
	CONTACTO PIEL CON PIEL	SI			
		NO			
	TIPO DE LACTANCIA	NATURAL			
		ARTIFICIAL			
		MIXTA			
	INGRESO DE RN	SI	CUIDADOS MÍNIMOS	CONTACTO PIEL CON PIEL	SI
CUIDADOS MEDIOS			PAREJA		
			FAMILIAR-AMISTAD		
CUIDADOS INTENSIVOS		NO			
	NO				
OBSERVACIONES:					

FECHA 1º ENTREVISTA..... FECHA 2º ENTREVISTA.....

TELÉFONO:.....E-MAIL:.....

## Anexo 6. Guía temática inicial para las entrevistas de las mujeres

POSIBLES TEMAS	PREGUNTAS
PREGUNTA PRINCIPAL	¿Cómo ha sido tu experiencia de parto? en la primera entrevista y ¿qué recuerdas de tu experiencia de parto después de ocho meses?
PRIORIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué consideras importante en un parto?</li> <li>• ¿Qué necesidades priorizas en un parto?</li> </ul>
FACTORES DE SATISFACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué aspectos consideras positivos o negativos en tu parto?</li> <li>• ¿Qué propondrías mejorar en la asistencia al parto para que tu experiencia fuera más satisfactoria?</li> </ul>
EXPECTATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo es para ti un parto ideal?</li> <li>• ¿Cómo te esperabas que iba a ser tu parto?</li> <li>• ¿En qué se diferencia de lo que esperabas?</li> </ul>
SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué sentimientos tenías sobre el parto?</li> <li>• ¿Cómo te sientes ahora?</li> </ul>
ACTITUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál ha sido tu actitud ante el parto?</li> </ul>
ATENCIÓN PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué profesionales te atendieron?</li> <li>• ¿Qué esperabas de esos profesionales?</li> <li>• ¿Qué aspectos positivos o negativos destacarías de dichos profesionales?</li> <li>• ¿Cómo ha sido tu relación con los profesionales que te atendieron?</li> </ul>
RECUERDO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué hubieras cambiado de tu parto?</li> <li>• ¿Qué es lo primero que recuerdas de tu experiencia de parto?</li> <li>• ¿Cuáles son tus mejores y peores recuerdos de tu experiencia de parto?</li> </ul>
SIGNIFICADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es la experiencia de parto algo significativo en tu vida?</li> </ul>

## Anexo 7. Guía temática para las entrevistas de las mujeres

POSIBLES TEMAS	PREGUNTAS
PREGUNTA PRINCIPAL	¿Cómo ha sido tu experiencia de parto? en la primera entrevista y ¿qué recuerdas de tu experiencia de parto después de ocho meses?
PRIORIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué consideras importante en un parto?</li> <li>• ¿Qué es lo más importante en el parto?</li> </ul>
FACTORES DE SATISFACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué aspectos consideras positivos o negativos en tu parto?</li> <li>• ¿Qué propondrías mejorar en la asistencia al parto para que tu experiencia fuera más satisfactoria?</li> </ul>
EXPECTATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo es para ti un parto ideal?</li> <li>• ¿Cómo te esperabas que iba a ser tu parto?</li> <li>• ¿En qué se diferencia de lo que esperabas?</li> </ul>
SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué sentimientos tenías sobre el parto?</li> <li>• ¿Cómo te sientes ahora?</li> </ul>
ACTITUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál ha sido tu actitud ante el parto?</li> <li>• ¿Cómo te has visto en el parto?</li> </ul>
ATENCIÓN PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué profesionales te atendieron?</li> <li>• ¿Qué esperabas de esos profesionales?</li> <li>• ¿Qué aspectos positivos o negativos destacarías de dichos profesionales?</li> <li>• ¿Cómo ha sido tu relación con los profesionales que te atendieron?</li> </ul>
RECUERDO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué hubieras cambiado de tu parto?</li> <li>• ¿Qué es lo primero que recuerdas de tu experiencia de parto?</li> <li>• ¿Cuáles son tus mejores y peores recuerdos de tu experiencia de parto?</li> <li>• ¿Qué palabra/ título te viene a la mente cuando recuerdas el parto?</li> <li>• Si tuvieras una cámara de fotos y pudieras sacar una foto ¿en qué momento sacarías la foto?</li> <li>• ¿Recuerdas los espacios, el tiempo, las personas, conversaciones...?</li> </ul>
SIGNIFICADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿La experiencia de parto ha sido algo significativo en tu vida?</li> <li>• ¿Ha tenido influencia en tu forma de ser, de ver la vida?</li> <li>• ¿Cómo lo vivió tu pareja?</li> </ul>

## Anexo 8. Guía temática inicial para grupos focales de profesionales

---

TEMAS A EXPLORAR	POSIBLES PREGUNTAS
CONSIDERACIONES EN CUANTO A LAS EXPERIENCIAS DE PARTO	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo veis las experiencias de parto de las mujeres?</li><li>• ¿Cómo sería un parto ideal para ti?</li><li>• ¿Qué consideras una “buena experiencia de parto”?</li><li>• ¿Qué crees que es considerado como “una buena experiencia de parto” por las mujeres?</li><li>• ¿Coinciden los relatos de las mujeres con lo que ocurre en el parto?</li></ul>
FACTORES DE SATISFACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué factores crees que influyen en el descontento de las mujeres?</li><li>• ¿A qué factores dan prioridad las mujeres?</li><li>• ¿Qué factores crees que mejoran la satisfacción de las mujeres?</li></ul>
ACTITUD DE LAS MUJERES	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cuál es la actitud/ comportamiento de las mujeres de parto?</li><li>• ¿Toman parte activa en su parto?, ¿vienen preparadas?, ¿se comparten responsabilidades?</li><li>• ¿Expresan las necesidades a las que dan prioridad?</li><li>• ¿Qué actitud presentan las mujeres ante el dolor?</li><li>• ¿Qué sentimientos presentan las mujeres durante el parto?</li><li>• ¿Expresan sus sentimientos, miedos, expectativas, preocupaciones...?</li></ul>
ATENCIÓN PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cambiarías algo respecto a la asistencia al parto? ¿qué?, ¿cómo?. ¿Cómo vives el parto?</li><li>• ¿Qué podrías poner de tu parte para mejorar la asistencia al parto?</li><li>• ¿Cómo crees que es el trato profesional hacia las mujeres y acompañantes?</li></ul>
SIGNIFICADO	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué significado piensas que tiene el parto en las mujeres? ,¿y en la sociedad?</li></ul>

---

## Anexo 9. Guía temática final para grupos focales de profesionales

TEMAS A EXPLORAR	POSIBLES PREGUNTAS
CONSIDERACIONES EN CUANTO A LAS EXPERIENCIAS DE PARTO	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo veis las experiencias de parto de las mujeres?</li><li>• ¿Cómo describirías una experiencia de parto positiva y negativa?</li><li>• ¿Qué aspectos consideraréis positivos en un parto y cuáles negativos?</li><li>• ¿Qué necesidades veis como prioritarias para tener una experiencia de parto satisfactoria?</li><li>• ¿Cómo sería un parto ideal para ti? ¿Y para las mujeres?</li><li>• ¿Qué consideras una “buena experiencia de parto”?</li><li>• ¿Qué crees que es considerado como “una buena experiencia de parto” por las mujeres?</li><li>• ¿Coinciden los relatos de las mujeres con lo que ocurre en el parto?</li></ul>
FACTORES DE SATISFACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué factores de la atención profesional influyen en que las mujeres tengan una experiencia de parto satisfactoria?</li><li>• ¿Qué factores crees que influyen en el descontento de las mujeres?, ¿a qué factores dan prioridad las mujeres?</li><li>• ¿Qué factores crees que mejoran la satisfacción de las mujeres?</li></ul>
ACTITUD DE LAS MUJERES	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cuál es la actitud/ comportamiento de las mujeres de parto?</li><li>• ¿Toman parte activa en su parto?, ¿vienen preparadas?, ¿se comparten responsabilidades?</li><li>• ¿Expresan las necesidades a las que dan prioridad?</li><li>• ¿Qué actitud presentan las mujeres ante el dolor?</li><li>• ¿Qué sentimientos presentan las mujeres durante el parto?</li><li>• ¿Expresan sus sentimientos, miedos, expectativas, preocupaciones...?, ¿aceptan los riesgos posibles?</li><li>• ¿Vienen informadas, preparadas, concienciadas?</li></ul>
ATENCIÓN PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cambiarías algo respecto a la asistencia al parto? ¿qué?, ¿cómo?, ¿cómo vives el parto?</li><li>• ¿Qué podrías poner de tu parte para mejorar la asistencia al parto?</li></ul>
SIGNIFICADO	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo vivís las experiencias de parto?</li><li>• ¿Qué significado piensas que tiene el parto en las mujeres? ,¿y en la sociedad?</li></ul>



## Anexo 10. Hoja de información para los profesionales

Título del estudio: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”.

Equipo de investigación: Blanca, Marín Fernández; M<sup>a</sup> Isabel, Elorza Puyadena; Sonia, Tomas Riscado; Nuria, Torres González y Beatriz, Pereda Goikoetxea.

Investigadora principal: Beatriz, Pereda Goikoetxea. Matrona en el Hospital Universitario de Donostia y profesora asociada en la Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián. (beatriz.pereda@ehu.eus).

Somos un grupo de cinco profesionales sanitarias: tres matronas y dos profesoras universitarias del área de Enfermería. Actualmente, estamos estudiando las experiencias de parto de las mujeres en el Hospital Universitario Donostia, con el fin de conocer cuáles son sus necesidades y prioridades para vivir una experiencia de parto positiva. El fin último de esta investigación será obtener los datos para realizar la tesis doctoral titulada: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”. La información obtenida ayudará al personal del servicio de partos a establecer áreas de mejora y poder proporcionar una mayor calidad en la atención a la maternidad.

La investigación ha sido aprobada por el Comité de Bioética del Hospital Universitario Donostia. Dicho estudio, no le supondrá ningún riesgo añadido. Su participación consistirá en concederme una entrevista grabada en formato audio de un tiempo máximo de una hora, en el momento y lugar que a Vd. le resulte más cómodo. En dicha entrevista se tratarán las experiencias de parto de las mujeres y los factores de atención profesionales que pueden influir en que dichas mujeres tengan una experiencia de parto satisfactoria. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación llamando al X (Beatriz Pereda).

Su participación en el estudio es voluntaria. Si decide tomar parte en el mismo, le aseguramos que en caso de que así lo desee podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello tenga ninguna repercusión.

Los datos del estudio se codificarán de tal forma que en ningún momento aparecerá su nombre o apellidos, ni ningún dato que pudiera servir para identificarle. Toda la información será recopilada por la investigadora principal, y no será compartida con nadie más sin su permiso. Durante el estudio, no se revelará su identidad, ni cuando se publiquen los resultados del estudio o se hagan públicos en alguna reunión científica.

## **Anexo 10. Profesionalentzako informazio orria**

Ikerlanaren izenburua: “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario terciario”.

Ikerkuntza taldea: Blanca, Marín Fernández; M<sup>a</sup> Isabel, Elorza Puyadena; Sonia, Tomas Riscado; Nuria, Torres González y Beatriz, Pereda Goikoetxea.

Ikertzaile nagusia: Beatriz, Pereda Goikoetxea. Donostia Unibertsitate Ospitaleko emagina eta Donostiako Erizaintzako Unibertsitate Eskolako irakasle laguna. (beatriz.pereda@ehu.eus).

Bost osasun profesionalen osatutako talde bat gara: hiru emagin eta Erizaintza-arluko unibertsitateko bi irakasle. Gaur egun, Donostia Unibertsitate Ospitalean erditzen duten emakumeen esperientziak aztertzen ari gara. Honen helburua, emakumeek erditze positiboa bizitzeko beharrak eta lehentasunak ezagutzea bada ere, azken helburua “Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario” egingo den tesirako datuak lortzea da. Ikerlan honen bidez informazio baliotsua lortuko da, amatasun arretan kalitate hobea emateko.

Ikerlana hau Donostia Unibertsitate Ospitaleko Bioetikako Batzordeak onartua du. Ikerlan honek, ez dizu inolako arrisku gehigarririk suposatuko. Zure parte hartzea audio formatoan egingo den elkarrizketa grabatuan oinarrituko da. Honen iraupena gehienez ordu batekoa izango da eta elkartzeko lekua zuri komeni zaizuna adostuko da. Elkarrizketa horretan emakumeen erditze esperientziak eta profesionalen arreta faktoreek emakume horietan erditze esperientzi onak izan ditzaketen eraginak aztertuko dira. Ikerlanari buruzko edozein zalantza edo zure parte hartzeari buruzkoak argitzeko deitu X (Beatriz Pereda).

Zure parte hartzea ikerlan honetan borondatezkoa da. Parte hartzea erabakitzen baduzu, edozein momentutan ikerlana utzi dezakezu, inolako azalpenik eman beharrik gabe eta honek inolako eraginik izan gabe.

Ikerlanaren datuak kodifikatuak izango dira, honela zure izena edo abizena inoiz ez dira agertuko, ezta beste edozein datu zu identifikatzeko balioko lukenik. Informazio guztia ikerlari nagusiak jasoko du, eta ez da beste inorekin partekatuko zure baimenik gabe. Ikerlana burutzerakoan ez da zure identitaterik erakutsiko, ezta ikerlanaren emaitzak argitaratzean edo bilera zientifikoetan jakitera ematerakoan.

## Anexo 11. Consentimiento informado para los profesionales

“Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”.

D. / Dña. .... mayor de edad y con DNI. ....

DECLARO QUE:

He leído la Hoja de Información para los profesionales que se me ha entregado.

He sido informada/o con claridad en qué consiste este estudio por la investigadora Beatriz Pereda y he podido hacer preguntas sobre el estudio.

Entiendo que la participación en este estudio es voluntaria, altruista y que no dará lugar a ninguna compensación.

Entiendo que la información referente a mi persona será tratada de forma confidencial y en cualquier momento podré renunciar a este estudio sin tener que dar explicaciones y sin que ello tenga ninguna repercusión.

MANIFIESTO:

Que doy mi consentimiento para la participación voluntaria en este estudio.

Por todo ello, presto libremente mi conformidad para participar en dicha investigación.

FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE

Nombre y apellidos: .....

En San Sebastián, a .....de.....de.....

He informado sobre el estudio a la persona cuyo nombre y apellidos figura en este consentimiento. He contestado a sus preguntas, he aclarado sus dudas y he hecho todo lo posible para que la información facilitada fuese claramente comprensible. Confirmando que el/la profesional ha dado su consentimiento libremente.

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

Nombre y apellidos: Beatriz Pereda Goikoetxea.

En San Sebastián, a .....de.....de.....

## Anexo 11. Profesionalentzako baimen informatua

“Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario”.

.....jauna/ andrea, adin nagusikoa eta NAN..... zenbakiduna.

### HONAKOA ZIURTAZTEN DUT:

Eman didaten profesionalentzako Informazio Orria irakurri dut.

Ikerlana zertan datzan argi informatua izan naiz Beatriz Pereda ikertzailearengatik eta ikerlanari buruzko galderak egin ahal izan ditut.

Ikerlan honetan parte hartzea bolondrea, altruista eta inolako konpentsaziorik gabekoa dela ulertzen dut.

Nire pertsonataz duzuen informazioa era konfidentzian erabiliko dela eta edozein momentuan baimen honi inolako azalpenik eman gabe eta inolako ondorioz gabe uko egin dezakedala, uletzen dut.

### ZERA ADIERAZTEN DUT:

Ikerlan honetan parte hartzeari nire borondatezko baimena ematen diot.

Guzti honengatik, nire adostasuna askea ematen dut ikerlan honetan parte hartzeko.

### PARTE-HARTZAILAREN SINADURA

Izen-abizenak:.....

Donostian, .....(e) ko .....(a)ren.....(ea)n.

Ikerlanari buruzko informazioa eman diot baimenean izen abizenez agertzen den pertsonari. Bere galderei erantzun, zalantzak argitu eta ahal dudan guztia egin dut emandako informazioa ulergarria izan zedin. Profesionalak baimena aske eman duela baieztatzen dut.

### IKERLARIAREN SINADURA

Izen- abizenak: Beatriz Pereda Goikoetxea.

Donostian, .....(e) ko .....(a)ren.....(ea)n.

## Anexo 12. Cuestionario sociodemográfico para los profesionales

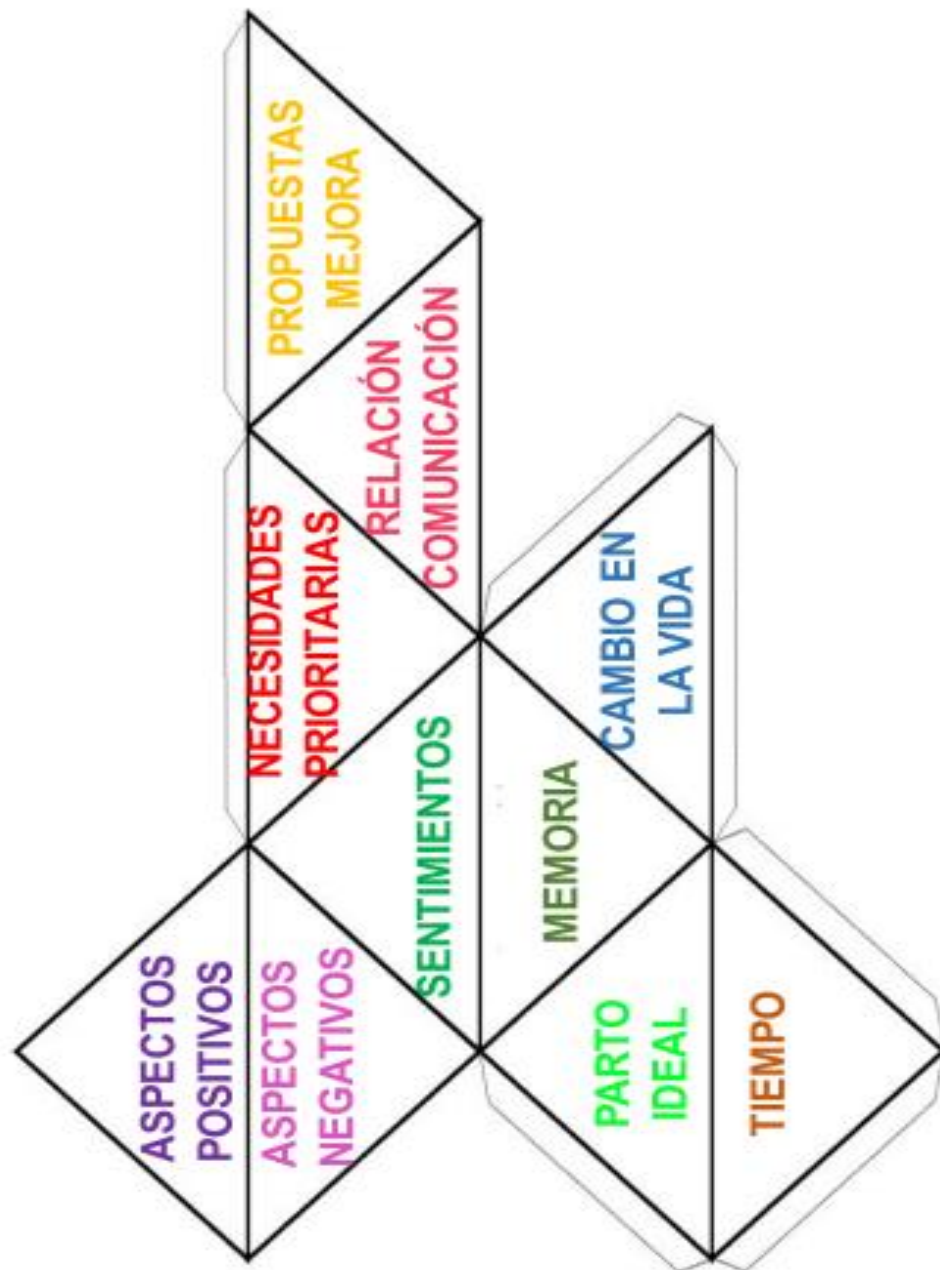
FECHA DE GRUPO DE DISCUSIÓN:.....

GRUPO DE DISCUSIÓN- CÓDIGO.....

VARIABLES DE LOS PROFESIONALES	Sexo	V H
	Edad	
	Filiación profesional	Auxiliar Ginecólogo Matrona
	Años de experiencia	
	Lugar de formación	
	Nacionalidad	
	Observaciones:	

Teléfono:..... E-mail.....

## Anexo 13. Poliedro de temas analizados tras las entrevistas a las mujeres puérperas



Nota: Elaboración propia.

## Anexo 14. Guía temática en la observación participante

Aspectos a tener en consideración	Datos descriptivos
Fecha:	
Participantes	¿Quiénes están?, ¿cuántos?, ¿cuáles son sus roles?
Escenario	¿En qué contexto y en que condiciona su comportamiento?
Acontecimientos, comportamientos e interacciones	¿Qué está pasando?, ¿cómo interactúan los individuos?, ¿cómo se comportan?, ¿cómo es el lenguaje verbal y no verbal?, ¿Por qué está pasando esto y se comportan así?
Frecuencia y duración	¿Se repiten los acontecimientos?, ¿son únicos?, ¿en qué secuencia?
Aspectos	¿Ha ocurrido algún imprevisto?, ¿qué significado le dan las/los participantes a lo que hacen?
Sentimientos	¿Qué sentimientos son expresados verbalmente y no verbalmente de los participantes?, ¿por qué se dan estos sentimientos?
Comentarios, conversaciones, citas de las/los participantes:	

## Anexo 15. Listado de códigos del análisis

### LISTADO DE CÓDIGOS

A-Medicación	C-Tomar en consideración	N-Zona fría	P-Clases preparación	P-Espontaneo
A-Oxitocina	M-Calificación	N-Bañera	P-Comparación	P-Estar de parto
A-Analgésia	M-Contacto piel con piel	N-Camillas	P-Complicación puerperio	P-Expulsivo
A-ANALGESIA	M-Expectativas realistas	N-Colchoneta	P-Puerperio preocupaciones	P-Familia
EPIDURAL	M-PALABRA RESUMEN	N-Comodidad	P- Puerperio recuperación	P-Fórceps
A-Autoregulación de analgesia	M-Recuerdo de madre- pareja-hijo/a juntos	N-Ducha	P-Actitud	P-Género
A-Masajes	M-Verle al hijo/a	N-Espacio	P-Actitud activa	P-Incidencia del parto en la vida
A-Movimiento corporal	M-EXPECTATIVAS	N-Espejo	P-Actitud pasiva	P-Incontinencia
C-Claridad	M-Experiencia de parto	N-Habitación	P-Alumbramiento	P-Inducción
C-Compartir experiencias	M-Experiencia previa	N-Inmoviliario	P-ASPECTOS NEGATIVOS	P-Ingreso de recién nacido
C-Formas de dar la información	M-FOTO	N-INSTALACIONES	P-Buen final	P-Instrumental
C-CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN PROFESIONAL	M-Fotografía de recuerdo	N-Material	P-Cambio en el parto	P-Intervención en el parto
C-Comprensible	M-Mal recuerdo	N-Monitor	P-Carga de trabajo	P-Lactancia mixta
C-Comunicación	M-MEJOR RECUERDO	N-Música	P-Cesárea	P-Madre e hijo/a bien
C-Comunicación no verbal	M-Olvido	N-Necesidades	P-Clases de postparto	P-Multiparidad
C-Comunicación verbal	M-PEOR RECUERDO	N-Pelota	P-Complicación de niño/a	P-No separación del hijo/a
C-Dirigirse a la paciente	M-Perduración del recuerdo	N-PRIORITARIAS	P-Complicación embarazo	P-Oxitocina
C-ESCUCHA	M-Personas fallecidas	N-Sala de espera	P-Complicación en el parto	P-Paritorio
C-INFORMACIÓN PROFESIONAL	M-Primer recuerdo	N-Sala de lactancia	P-Desgarro	P-Partícipe
C-Negociación	M-RECUERDO	P-ASPECTOS POSITIVOS	P-Dilatación	P-Parto bajo riesgo
C-Presentación	M-Recuerdo vivo	P-Complicaciones en la lactancia materna	P-Embarazo	P-Parto en casa
	M-Referencias	P-Complicación Glucosa	P-Embarazo deseado- dificultad	P-Parto en hospital
	M-Silencio	P-Lactancia artificial	P-Empujar	P-Parto natural
	M-Sin expectativas	P-Planta puerperio	P-Episiotomía	P-Parto normal
	N-Con quien se comparte habitación	P-Puerperio masaje/ lactancia	P-Espátulas	P-Parto vaginal
		P-Clases practicas		P-Pasar a paritorio
				P-Peso
				P-Puerperio inmediato postquirúrgico



## Anexo 15. Listado de códigos del análisis

### LISTADO DE CÓDIGOS

P-Plan de parto	PM-Aparcamiento	RP-Con ganas	S-Angustia	S-Sufrimiento
P-Posiciones de parto	PM-Cita	RP-Concentración/ seriedad	S-Asustada	S-Tolerancia
P-Preparto	PM-Continuidad en cuidados	RP-Confianza	S-Cambio en percepción de parto	S-Tranquilidad
P-Primípara	PM-Permiso de paternidad/ maternidad	RP-Control externo	S-Consciente/lucidez	S-Tristeza
P-PROCESO DE PARTO	PM-PROPUESTA DE MEJORA	RP-Disponibilidad	S-Culpabilidad	S-Vergüenza
P-Proceso natural	PM-Unificación de criterios	RP-Enfermeras	S-Deseo	SS- Cansancio
P-Protocolo	RP- Tranquilizar RP- Acompañamiento	RP-Experiencia	S-Disfrute	SS-Control interno
P-Puerperio grupo lactancia	RP-Agradable	RP-Fría-distante	S-Disgusto	SS-Descontrol
P-Puerperio inmediato	RP-Anestesista	RP-Género	S-Dualidad	SS-Sueño
P-Puerperio lactancia dificultad	RP-Apoyo	RP-Ginecóloga/o	S-Emoción	SS-Contracciones
P-Puerperio Lactancia materna	RP-Animar	RP-Guía profesional	S-Estar preparada/ concienciada	SS-Desconocimiento
P-Puntos	RP-ATENCIÓN PROFESIONAL	RP-Idioma	S-Frustración	SS-Dolor
P-Quirófano	RP-Apoyo psicológico	RP-Intimidación	S-Ilusión	SS-Inicio de contracciones
P-Referencias familiares	RP-Atención hospitalaria	RP-Matrona	S-Impotencia	SS-Intensidad de contracciones
P-Respiración	RP-Atención primaria	RP-Opción de decidir	S-Incertidumbre	SS-Notar el proceso
P-Rotura de la bolsa	RP-Empatía	RP-Paciencia	S-Inseguridad	SS-Sensaciones
P-Servicio Privado	RP-Formación Profesional hospitalaria	RP-Pediatra	S-Manipulación	T-Horario
P-Servicio Público	RP-Auxiliares	RP-Profesionalidad - juicio clínico	S-Miedo	T-Día
P-Tipo de finalización de parto	RP-Brusquedad	RP-Respeto	S-Nerviosismo	T-Duración
P-Tipo de inicio de parto	RP-Cariño	RP-Trabajo en equipo	S-Nostalgia	T-Espera
P-Trabajo	RP-Cercanía	RP-Transparencia	S-Orgullo	T-Minutos
P-Ventosa	RP-Compartir responsabilidades	RP-Trato profesional	S-Paciencia	T-Noche
P-Visto en los medios de comunicación	RP-Competente	RP-Valoración profesional	S-Preocupación	T-Percepción del tiempo
PAR-Involucración	RP-Comprensión	S-Confianza	S-Responsabilidad	T-Rapidez
PAR-PAREJA		S-Contradicción	S-Satisfecha	T-Ritmicidad
PARTO IDEAL		S-Poder= ser capaz	S-Seguridad	T-TIEMPO
		S-Traumático	S-Sensible	T-Tiempo propio
		S-Aceptación	S-SENTIMIENTOS	T-Turnos
		S-Alegría-Felicidad	S-Soledad	T-Velocidad

## Anexo 16. Informe del Comité Ético de Investigación Clínica



Donostia Ospitalea  
Hospital Donostia

### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. José Ignacio Empananza Knörr, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Gipuzkoa,

#### CERTIFICA:

Que este Comité, de acuerdo a la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el estudio observacional titulado: *"Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario"*. Código de Protocolo: BPG-APH-2015-01. Investigador Principal: Beatriz Pereda

Versión del Protocolo: 1 de 30 de Mayo de 2015

Versión Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado: 1 de 30 de Mayo de 2015

Y que este Comité reunido el día 21 de Julio ha decidido emitir **Informe Favorable** a que dicho estudio observacional sea realizado por la siguiente investigadora:

Beatriz Pereda Goikoetxea – Partos – OSI Donostialdea

Lo que firmo en San Sebastián, a 21 de Julio de 2015

Fdo.: José Ignacio Empananza

