

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
GIZA, GIZARTE ET HEZKUNTZA ZIENTZIEN FAKULTATEA

Grado en Sociología Aplicada
Soziologia Aplikatua Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

Embarazo y parto hospitalario en Pamplona: discursos de madres y profesionales

Estudiante: Ana Lagrava Gracián

https://youtu.be/EoKR2G9_xrA

Tutor/Tutora/Tutores: Andoni Iso Tinoco y Carlos Vilches Plaza

Departamento/Saila: Sociología y Trabajo Social

Campo/Arloa: Sociología de la Salud. Septiembre, 2022

Resumen

El embarazo y parto son procesos fisiológicos y sociales que han sufrido múltiples transformaciones a lo largo de los siglos. El presente trabajo estudia la atención al embarazo normal y parto de bajo riesgo desde la perspectiva de madres primerizas atendidas en el Hospital Universitario de Navarra (Pamplona). Para ello, se ha utilizado la técnica cualitativa de entrevistas semiestructuras, realizadas a tres madres, una matrona trabajadora del hospital y una doula que desarrolla su actividad profesional en Navarra. El análisis del discurso identifica las necesidades, problemas, conflictos asistenciales y recoge los aspectos de mejora identificados por las madres. Además, se incluye la visión externa de las profesionales respecto a las experiencias de las mujeres embarazadas y parturientas, los límites percibidos en su trabajo, así como los déficits y progresos que se detectan en el Hospital Universitario de Navarra.

Palabras clave: embarazo normal; parto hospitalario; madres primerizas; atención sanitaria; obstetricia.

Abstract

Pregnancy and childbirth are physiological and social processes that have undergone multiple transformations over the centuries. This essay investigates the healthcare provided to normal pregnancy and low-risk childbirth from the perspective of first-time mothers attending the Hospital Universitario de Navarra (Pamplona). For this purpose, the qualitative technique of semi-structured interviews has been used, carried out with three mothers, a midwife working at the hospital, and a doula who carries out her professional activity in Navarre. The discourse analysis identifies the needs, problems, issues, healthcare conflicts and collects the aspects for improvement identified by the mothers. It also includes the external view of the professionals with regard to the experiences of pregnant women and women in labour, the limitations perceived in their work, as well as the deficits and progress detected at the Hospital Universitario de Navarra.

Keywords: normal pregnancy; hospital birth, first-time mothers; medical care; obstetrics.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. PRESENTACIÓN DEL TEMA	6
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.1.1. Preferencias de las madres	8
2.1.2. Conflictos asistenciales	9
2.2. Bases teóricas	10
2.2.1. Proceso fisiológico versus proceso social	10
2.2.2. Poder y patologización	11
2.2.3. Paradigmas asistenciales	11
2.3. Definiciones	13
2.3.1. Embarazo normal	13
2.3.2. Parto normal	13
2.3.3. Doulas	14
3. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivo principal	15
3.2. Objetivos específicos	15
4. METODOLOGÍA	15
4.1. Diseño metodológico y universo de estudio	15
4.2. Técnica de investigación, muestra y perfiles	16
4.3. Dificultades	17
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	17
5.1. Necesidades, problemas, conflictos asistenciales percibidos por las madres y su propuesta de mejora	17
5.1.1. Embarazo	17
5.1.2. Parto hospitalario	20
5.2. Visión de las profesionales respecto a la atención del embarazo y parto hospitalario	22
5.3. Límites de la atención al embarazo y parto hospitalario	23
5.3.1. Desde la perspectiva de la matrona	23
5.3.2. Desde la perspectiva de la doula	23
5.4. Atención obstétrica durante el embarazo y parto del Hospital Universitario de Navarra desde el punto de vista de la matrona	24

5.4.1. Mejoras	24
5.4.2. Déficits	25
CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS	26
REFERENCIAS	28

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dar las gracias especialmente a las cinco mujeres que han participado en esta investigación, por compartir su tiempo, experiencias y sabiduría. Sin ellas esta investigación no se hubiera podido llevar a cabo. En segundo lugar, querría agradecer a Carlos Vilches Plaza por guiarme y aconsejarme hasta su jubilación. A Andoni Iso Tinoco por tomar el relevo de Carlos y tutorizar este TFG en la recta final. También, a Paloma Miquelez Gómez y María Gutiérrez Mérida, juntas comenzamos a adentrarnos en el campo de investigación de la Sociología de la Salud y ambas han sido un pilar fundamental desde el inicio hasta el final. Por último, a todas aquellas personas que me hay apoyado, animado, ofrecido ayuda y acompañado.

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Foral de Navarra, donde se ha llevado a cabo esta investigación, la mayoría de los partos se producen en centros hospitalarios públicos. En 2020, se atendieron 3.862 partos vía vaginal en la sanidad pública. Predominan los partos normales sin exceso de intervención, pues la tasa de cesáreas presenta una tendencia decreciente, siendo en el mismo año de 14,63% (Ministerio de Sanidad, s.f.a). Una cifra aceptable que se encuentra dentro de la normalidad según la Organización Mundial de la Salud [OMS], pues considera injustificables tasas mayores al 10-15% (OMS, 1985). Según Odent (2020), la cesárea “Es la intervención de salvación por excelencia [...] Pero hay que impedir que se convierta en la manera habitual de nacer. No debemos utilizarla como excusa para seguir ignorando el proceso normal, fisiológico, del parto” (p.34).

No se han encontrado datos concretos del Hospital Universitario de Navarra. En toda España, se observa un déficit de datos públicos respecto a temas de obstetricia. Los centros sanitarios apenas realizan o publican sus estadísticas internas, pues no existe una regulación que les obligue. En el caso de que un centro publique sus estadísticas, nunca se comprueba su fiabilidad. (García, 2017).

Sin embargo, si se ha podido constatar que se están realizando esfuerzos para mejorar la atención humanizada de todas las áreas en Navarra mediante la implementación de la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra (Gobierno de Navarra, s.f.).

Además, el hospital navarro se encuentra desde 2019 en la fase uno de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (s.f.). Desarrollada por la OMS y UNICEF, esta tiene como objetivos fomentar el trato humanizado, el apoyo durante la lactancia, etc.

Paralelamente, se han identificado diversas asociaciones en Navarra que trabajan para mejorar y salvaguardar el bienestar de las madres y los bebés. Entre ellas encontramos: ANAMA (Asociación Navarra de Matronas), Amagintza y La liga de la leche (grupos de apoyo a la lactancia) o la Asociación Nafarroako Doulak- Doulas de Navarra.

El presente Trabajo de Fin de Grado [TFG], expone una investigación cualitativa cuyo fin es explorar la atención del embarazo y parto hospitalario. A través de la técnica de entrevistas semiestructuradas se han obtenido tres perspectivas de madres primerizas que han experimentado su viaje a la maternidad en la misma ciudad (Pamplona) y hospital (Hospital Universitario de Navarra) en un periodo de tiempo no muy distante. Aunque, las situaciones que ellas vivieron fueron algo diferentes debido a la cambiante coyuntura provocada por la pandemia mundial de COVID-19, que ha repercutido sobre todo tipo de centros sanitarios.

Asimismo, las entrevistas a la matrona y doula han aportado información complementaria desde su perspectiva de expertas, permitiendo obtener una visión externa de las vivencias de las madres durante los periodos de gestación y parto. También, posibilitan un acercamiento a conocer su labor profesional, así como a observar la evolución con respecto a las mejoras en la asistencia y satisfacción de las mujeres.

Cabe mencionar que el interés por la temática de este trabajo surge tras la lectura de un artículo académico propuesto como material de trabajo en una de las asignaturas del grado. A raíz de ello, se realizaron diversos trabajos grupales con temas muy similares. De hecho, el presente TFG se planteó, en un primer momento, como un trabajo de grupo y, posteriormente, como trabajo individual siguiendo una línea común de investigación junto con una compañera de clase, pues los temas relacionados con la obstetricia son muy amplios y pueden estudiarse desde diferentes perspectivas. El fin último era poder unir las investigaciones en un futuro, si se dieran las condiciones, y obtener un estudio con más potencia analítica, más profundo. Por último, destacar que, durante el desarrollo de esta investigación, al acogernos a la modalidad de trabajo grupal nos hemos presentado ante las entrevistadas como grupo de investigación (conformado por Paloma Miquelez y yo), para poder compartir la información obtenida entre nosotras, así como bibliografía. Aunque, los dos TFG se hayan claramente delimitados y diferenciados, pues el presente se centra en el embarazo y parto y el de Paloma Miquelez en el postparto.

1. PRESENTACIÓN DEL TEMA

Los procesos de embarazo y parto en España cambiaron sustancialmente entre los años 60 y 70 del siglo XX. Se trasladaron del hogar a los centros sanitarios. En consecuencia, estas actividades comenzaron a tener un mayor interés social, captando la atención de los/as profesionales sanitarios (Montes, 2007).

Anteriormente, estos procesos estaban gestionados únicamente por y para mujeres, siendo estas las que decidían junto con la parturienta las acciones que se llevarían a cabo durante el embarazo y parto (Vázquez, 2013). Sin embargo, se comenzó a infravalorar todo el conocimiento de aquellas

mujeres expertas en los trabajos de embarazo y parto. Los padres tampoco se implicaban en el parto, pero “De repente, muchas mujeres empezaron a sentir la necesidad de que el papa del bebé participara en el nacimiento” (Odent, 2020, p.42).

Esta transformación asistencial del embarazo y parto permitió reducir las tasas de mortalidad, pero también trajo consigo una gran medicalización de dichos procesos. Se comenzó a introducir una gran cantidad de tecnología, aumentaron los fármacos y las intervenciones, algunas realizadas sin justificación científica. Además, esto supuso que las mujeres que daban a luz en los hospitales fueran percibidas como pacientes enfermas a las cuales se necesita curar y, para ello, deben someterse a los protocolos y decisiones del personal sanitario (Vázquez, 2013).

A partir de 1980, se comenzó a rechazar el modelo de atención hospitalario hegemónico, dirigiendo los esfuerzos a trabajar para construir un modelo de atención más humanizado, con menos intervenciones y centrado en el bienestar y voluntad de las futuras madres (González, 2019; Asociación Española de Doulas [AED], 2019).

Muchas instituciones, organizaciones y asociaciones se posicionaron en contra del exceso de intervención y medicalización y establecieron pautas para humanizar los procesos de embarazo, parto y postparto. La OMS fue una de las primeras. En 1985, publicó un primer documento sobre la utilización de tecnología en el área de obstetricia. En el mismo, la organización critica la rutinización de algunos procedimientos que realmente no tienen un beneficio práctico para la madre o el bebé (por ejemplo, el uso de determinados aparatos de monitorización fetal durante la gestación). Asimismo, el informe también subraya, entre otras, la importancia del cuidado mental de las madres, el contacto piel con piel, la conservación de su capacidad de elección en todo momento (desde la ropa que vestirá ella y su recién nacido hasta las prácticas médicas que se le realizarán en el centro hospitalario), etc. (OMS, 1985).

También, cabe mencionar la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010). Esta aporta una gran información sobre el cuidado durante el parto y postparto inmediato. Aboga por que estos sean atendidos por matronas y hace hincapié en la transformación del modelo de asistencia al parto normal:

[...] con la atención y apoyo adecuados, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, etc.) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su seguridad y la del bebé. También, somos cada vez más conscientes de que el parto es un acontecimiento trascendental en la vida de las

mujeres y de que el tipo de atención que se les preste tiene importantes efectos en ellas y en sus hijos e hijas, tanto físicos como emocionales, a corto y a largo plazo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010, p.35).

Sin embargo, la pandemia mundial declarada a principios del año 2020, supuso un gran contratiempo para la atención al embarazo y parto normal. El miedo al contagio y los nuevos protocolos asistenciales hicieron que la autonomía y satisfacción de las madres corriera un grave peligro, al igual que muchas de las recomendaciones de la OMS sobre los cuidados en el embarazo y parto (Ruiz, 2020).

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Preferencias de las madres

Mayoritariamente, se observa que los centros médicos crean una sensación de seguridad muy fuerte sobre las madres, pues lo identifican como un espacio dotado de múltiples profesionales y máquinas capaces de enfrentarse exitosamente a cualquier situación de peligro. Aunque, las mujeres también consideran muy importante el disponer de espacios con intimidad y en buen estado material, a los cuales puedan acceder las personas cercanas de apoyo (Biurrun, 2017; Hernández, de Maya y Echevarría, 2020).

Hernández, de Maya y Echevarría (2020) detectaron que los propios espacios de los hospitales afectan directamente y negativamente sobre las embarazadas y parturientas, pues su diseño favorece al personal sanitario encargado de asistir el parto y no a las propias necesidades de las mujeres. Pueden sentirse cohibidas o poco cómodas en estos lugares desconocidos para ellas, además de ver disminuido su protagonismo. Si los espacios se construyeran según las preferencias de las madres, lo más seguro es que no se viera esa continua separación de salas por las cuales van pasando las féminas a lo largo de su proceso. De este modo, se separa y agrupa a las mujeres:

[...] la ubicación de las madres en el hospital dependerá de la cercanía o lejanía del parto, emplazándose en espacios hospitalarios menos clínicos y restrictivos a las mujeres que todavía no han iniciado el parto, o a las que hace más tiempo que han parido, y en espacios circunscritos e inaccesibles a las madres que ya están de parto o a las recién paridas (Hernández, de Maya y Echevarría, 2020, p.8).

Respecto a la relación con los profesionales, las mujeres valoran positivamente el trato cercano y empático de los sanitarios y la información detallada que reciben durante todo el proceso, ya sea durante las clases de preparación o durante el mismo parto u momentos posteriores (Biurrun, 2017).

Por su parte, observamos que entre las futuras madres hay diferentes posturas en cuanto al tema de los medicamentos. Pero, en general, todas consideran que resulta muy beneficioso poder tomar la decisión de consumirlos (o no) en el momento que quieran, siempre que la medicina no lo contraindique. De hecho, resulta curioso saber que muchas primerizas se sienten más intimidadas por el hecho de enfrentarse a una situación completamente novedosa, que por el terror a padecer excesivo dolor (Biurrun, 2017).

2.1.2. Conflictos asistenciales

Dentro del campo de la sociología del parto y maternidad en España dos autores clave son J. Manuel Hernández y Paloma Echevarría. Ambos destacan por sus numerosas investigaciones sobre el paradigma tecnocrático y el humanizado. Gracias a una investigación realizada en un hospital de Murcia (Hernández y Echevarría, 2016), estos identificaron tres conflictos asistenciales básicos que se pueden dar durante el parto medicalizado dentro de un modelo tecnocrático.

El primer conflicto es la interacción asimétrica, la cual hace referencia a la radical diferenciación que se produce entre los profesionales sanitarios que poseen el único conocimiento válido y, en consecuencia, el de las parturientas se desprecia, justificando así la subordinación y el control que se ejerce contra unas madres que se sienten asustadas y desconfían de su poder biológico para crear vida. El segundo es la subordinación tecnológica que consiste en tomar demasiado en consideración todo lo que indican las máquinas, que se convierten en la herramienta fundamental en torno a la cual se dirigen las acciones del parto, en detrimento de las sensaciones y percepciones de las madres, pues estas se ponen en manos de la ciencia tecnológica al creer que es lo mejor para ellas y sus bebés. Por último, se trata el conflicto estructural más arraigado en los hospitales, el abuso institucional. Su existencia se debe, en gran parte, al propio sistema social capitalista y productivista. En consecuencia, el personal sanitario reproduce una y otra vez las mismas acciones con sus pacientes, igual que el obrero en la cadena de montaje, pasando por alto la emocionalidad y humanidad, así como los sentimientos propios de cada mujer. Unas conductas que bien podrían responder a aquel argumento tradicional y conservador de «siempre se ha hecho así» (Hernández y Echevarría, 2016).

Para Montes (2008), algunas de las posibles soluciones a estas situaciones de maltrato institucional pasan por el aumento de información dirigida a las madres y formación específica para los profesionales del ámbito de la obstetricia. Además, propone extender la utilización de los planes de parto, una herramienta muy útil para las futuras madres. Estos son documentos oficiales mediante los cuales la pareja puede informarse y decidir las técnicas y métodos que desea durante el parto y primeros momentos de vida del bebé (Ministerio de Sanidad, s.f.b).

Aunque, se observan diferentes opiniones en cuanto a lo que se refiere a los planes de parto y nacimiento:

Por un lado, vemos que diferentes autores como Montes (2008) los identifican como eficaces a la hora de contribuir a la promoción de los partos respetados y humanizados. Por el otro, encontramos opiniones más escépticas. Una de ellas es la mantenida por M. Isabel Blázquez (2009), quien defiende que los planes de parto no suelen ser demasiado eficaces debido a la desinformación. Además, añade que su realización y presentación supone un gran cambio que puede interpretarse incluso como intromisión del trabajo del personal sanitario. La causa se encuentra en la arraigada creencia de que la elección de las acciones durante el parto las debe tomar los/as profesionales en función de los indicadores de las máquinas utilizadas. Pero no sólo eso, muchas madres también creen que lo mejor es ponerse en manos de los sanitarios/as y prefieren que ellos/as tomen las decisiones en base al conocimiento científico.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Proceso fisiológico versus proceso social

El embarazo y el parto han sido estudiados por diferentes disciplinas, con diversos métodos y enfoques. Si bien es innegable que se trata de procesos propios de la biología, fisiológicos, que ocurren en el cuerpo de la mujer de forma natural. Cuando la salud es buena, se desarrollan sin problemas que justifiquen una intervención excesiva, al contrario de lo que ocurre con las mujeres embarazadas que ya poseían enfermedades o factores de riesgo previos (Blázquez, 2005).

Sin embargo, son muchos los autores que reconocen que el embarazo y el parto, además del postparto, son procesos sociales que se ven influidos por las características de la sociedad (Blázquez, 2005; Hernández, de Maya y Echevarría, 2020; Imaz, 2001; Murialdo, 2019). Van Gennep, (1969, citado en Imaz, 2001) da un ejemplo muy ilustrativo de ello, pues expresa que los cuerpos de las embarazadas se miran con cierto recelo porque generan desconfianza, debido a que estas mujeres se encuentran en una situación inestable y no permanente. Así, se ve el embarazo y el parto, además de como proceso natural, como una transformación social en el sentido de que las mujeres no podrán volver a su rol anterior, sino que deberán cambiarlo por el rol de madre y cuidadora.

Entonces, desde esta última postura, desarrollada mayormente dentro del campo de la antropología, estos procesos se convierten en una cuestión fundamental para entender la coyuntura social e individual de las mujeres de hoy en día. Ellas se encuentran “en este desafío, interrogándose acerca de si ser madres, ser cuidadoras o responsables de la reproducción y sobre cómo hacerlo [...] claves para distinguir hoy a los hombres y las mujeres, para establecer la diferencia sexual” (Blázquez y Montes, 2013, p. 69).

2.2.2. Poder y patologización

Carme Valls-Llobet (2009), siguiendo las teorías de Foucault, defiende que el biopoder oprime de manera particular a las mujeres. Así, en las sociedades occidentales modernas, las mujeres se ven obligadas a cargar con las presiones sociales de todo aquello relacionado con la maternidad. Comenzando por la reproducción y siguiendo con los continuos obstáculos que dificultan la crianza y su compaginación con actividades de la esfera pública. En consecuencia, ven mermadas sus condiciones de vida, a la vez que empeora continuamente su salud. En muchas ocasiones, la medicina no tiene en cuenta las especificidades de las situaciones por las que pasan las mujeres, además de contar con diferentes sesgos de género.

Asimismo, Gabriela Arguedas (2014), basándose en Foucault y en las teorías feministas, plantea el concepto de “poder obstétrico” (p. 145). Un tipo de poder especial, estrechamente relacionado con los valores de la sociedad patriarcal. Este solamente puede actuar en el cuerpo de la mujer, pues se enfoca hacia el control sus facultades reproductivas. Para ello, se pasa a identificar a las féminas solamente por su condición de embarazada o parturienta, motivo por el cual se ven obligadas a acatar los procedimientos de vigilancia y procesos estandarizados y jerárquicos de hospitales, a los cuales la autora asemeja a una institución penitenciaria. “Los cuerpos de las mujeres, durante el embarazo y el parto, están bajo la tutela médica que producirá unos cuerpos dóciles, disciplinados y sexuados.” (p.156). Pero, el fin último de este poder obstétrico es controlar la reproducción, gracias a su patologización, para aumentar su eficacia.

Entonces, la patologización encuentra su apoyo fundamental en el miedo, en los posibles riesgos, que los/as obstetras transmiten a las madres y que condicionan notablemente su forma de enfrentarse al embarazo y, sobre todo, al parto (Biurrun, 2017; García, 2018).

2.2.3. Paradigmas asistenciales

Desde siempre, los usos que una sociedad da a sus recursos definen y perpetúan el sistema simbólico social. Siguiendo a Davis-Floyd (2001), los modos en los que nuestra sociedad utiliza los instrumentos tecnológicos no son, de ninguna manera, fruto del azar. Concretamente, dentro del sistema médico-sanitario, la forma en la cual se utilicen todos los recursos disponibles, en especial los tecnológicos, van a estar determinados por unas estructuras y sistemas sociales e ideológicos.

Por ello, Davis-Floyd (2001) argumenta la existencia de tres paradigmas, que se diferencian tanto del uso de las cosas materiales como en las ideas que las respaldan, valores, etc.

- Paradigma tecnocrático

Característico de las grandes corporaciones institucionales, con ideales patriarcales y productivistas. Se minusvalora las capacidades femeninas y se adopta el sistema fabril, percibiendo a

la mujer como un instrumento que se manipula para obtener un nuevo sujeto, el cual, posteriormente, se introducirá en la esfera de la producción.

Dentro de este sistema se puede apreciar el predominio y la primacía de los saberes científicos y los avances tecnológicos, desechando todo aquello contrario a estos como, por ejemplo, el conocimiento derivado de las sanadoras y comadronas de la antigüedad que, durante siglos, se pretendió silenciar y eliminar (Ehrenreich y English, 1981).

Sin duda, el papel dominante de la tecnología está muy presente a lo largo del proceso reproductivo, desde la detección del embarazo cuando se comienzan a realizar ecografías hasta el parto cuando se emplean máquinas para administrar medicación sedante, controlar el estado del bebé, etc. En muchas ocasiones, el personal sanitario encargado de vigilar el proceso de parto no necesita ver a la parturienta ya que les basta con leer los resultados de los aparatos a los cuales se les conecta. Aunque, lo más llamativo del sistema tecnocrático es probablemente su alto grado de homogeneidad, pues el personal sanitario realiza los mismos protocolos con las futuras madres desde su ingreso en el hospital hasta su alta.

- Paradigma humanista

Surge como alternativa al anterior sistema tecnocrático. Este considera que la tecnología debe ser un complemento, una ayuda muy útil para las mujeres durante el embarazo y parto, pero no debe ser dominante en el proceso. En su lugar, el estado psicológico de las mujeres se vuelven un aspecto fundamental. Se pretende conocer mucho más que el estado físico y la historia clínica de la embarazada y parturienta para intentar establecer una conexión fuerte y construir una relación empática entre iguales, donde ningún miembro juzga o infravalora al otro. La figura de la doula se relaciona directamente con este paradigma humanista y los resultados de su trabajo con las parturientas son muy positivos (Valdés y Morlans, 2005). Se ha comprobado que su presencia reduce el estrés de las madres y de sus parejas, aumentando así las posibilidades de tener un parto natural sin complicaciones (Gaskin, 2020).

A diferencia del anterior sistema, este no se caracteriza por su estandarización, sino que se procura adaptar la atención, el trato y los cuidados a las necesidades y prioridades de cada mujer gestante, prestando una atención más personalizada a cada persona. También, prioriza ofrecer información de calidad a las mujeres para que estas puedan decidir los aspectos relacionados con su embarazo y parto.

Cabe destacar que, hay muchos profesionales y organismos que con esfuerzo están intentando implementar un modelo de atención más humanizado, aunque todavía queda mucho por hacer (Biurrun, 2017).

- Paradigma holista

Por último, cabe hacer una mención a este paradigma, en el que se inscribe el conocido médico e investigador Michel Odent. Se trata de un sistema completamente opuesto al tecnocrático. Entiende que el cerebro rige todos los procesos biológicos. De esta forma, se justifica que los holistas dediquen todo su esfuerzo en controlar los factores psicológicos, sentimiento y emociones de las personas. En el caso concreto de las embarazadas y parturientas, desde este paradigma se enfocaría toda la atención al cuidado psicológico y mental. Asimismo, los/as profesionales insertos en este modelo también apuestan por el uso tecnología como medio para obtener algunas facilidades y comodidades. Sin embargo, se tiene muy presente que, al igual que en el modelo humanista, las máquinas no pueden tener un mayor protagonismo y credibilidad que las mujeres. Son estas las que van a ir guiando todo su proceso de embarazo y parto como prefieran.

2.3. Definiciones

2.3.1. Embarazo normal

Atendiendo al Manual básico de Obstetricia y Ginecología el embarazo “es un estado fisiológico” (Jiménez, Rodríguez y Rodríguez, 2017, p.99) que dura en torno a 280 días o 40 semanas, calculadas desde la primera ausencia del periodo menstrual. Durante este periodo, el cuerpo femenino va sufriendo múltiples transformaciones con el fin de garantizar el óptimo crecimiento del feto, posibilitando las condiciones para el posterior alumbramiento y postparto (Jiménez, Rodríguez y Rodríguez, 2017; de Dios y Díaz, 2017).

Se consideran embarazos normales aquellos que no presentan riesgos para la mujer ni para el feto. Uno de los objetivos de las primeras visitas médicas es detectar los posibles condicionantes que pueden derivar en complicaciones si no se hace un seguimiento adecuado. Cabe destacar que las gestaciones de alto riesgo necesitan una vigilancia mucho más rígida. Entre los posibles riesgos más comunes se encuentran aquellos que tienen que ver con las características de las madres como edad temprana o tardía (menos de 15 y más de 35 años respectivamente), malas condiciones económicas o sociales (falta de recursos, consumo de sustancias nocivas, etc.) y patologías crónicas previas (diabetes, enfermedades relacionadas con la alimentación, etc.). Asimismo, también se considera los embarazos múltiples como de alto riesgo (Carvajal y Ralph, 2018).

2.3.2. Parto normal

El parto puede definirse clínicamente como la “expulsión o extracción, por cualquier vía, de un feto de 500 gr o más de peso (o de 22 semanas o más de gestación), vivo o muerto” (Jiménez, Rodríguez y Rodríguez, 2017, p.99).

Sin embargo, descrito de esta forma, no podemos analizarlo desde las ciencias sociales, pues siguiendo a Ibone Olza (2017), todo quedaría reducido a un “mero” proceso biológico muy doloroso,

privado de toda emocionalidad. También, afirma que parir para todas las mujeres es mucho más que extraer o expulsar un feto. Durante el mismo proceso, un bebé sale de una mujer, cuyo cuerpo es perfectamente capaz de traer al mundo una nueva vida a pesar de que, muchas veces, se duda de estas capacidades femeninas.

Se considera parto normal aquel que se produce a término, es decir, entre la semana 37 y 42 de embarazo (Jiménez, Rodríguez y Rodríguez, 2017). Además, comienza y se desarrolla de forma natural, no forzada, y sin intervenciones abusivas o de urgencia en una mujer sana que da a luz un bebé con buena salud (Quintana et al., 2010). Este se divide en tres periodos diferenciados:

Primero comienza con la fase de dilatación. No tiene una duración determinada y varía dependiendo de las características de cada mujer, prolongándose más en primerizas. Cuando la dilatación es de 10 centímetros, se da paso a la segunda fase. En esta el bebé se coloca en el canal vaginal y posteriormente comienzan las labores de pujo hasta que se produce el nacimiento. Una vez ha nacido la criatura se recomienda el contacto piel con piel, que consiste en la colocación y permanencia del bebé sobre el pecho de su madre durante al menos una hora. Por último, se produce el alumbramiento. Un periodo en el cual el organismo saca al exterior la placenta. Suele ocurrir tras aproximadamente una hora del nacimiento, aunque puede adelantarse si se suministran hormonas (Quintana et al., 2010).

2.3.3. Doulas

Son mujeres con conocimientos y/o experiencia en el embarazo, parto y puerperio, que ofrecen apoyo emocional continuo, acompañando a la mujer y, a través de ella, a su pareja si la tiene, durante cualquier etapa de la maternidad. Escuchando y validando las necesidades de la mujer en cada momento favorece que la madre refuerce la confianza en su capacidad fisiológica para parir, amamantar y criar a su bebé (AED, 2019, p.4).

No se trata de una figura nueva sino, más bien, todo lo contrario. Ya en la antigua Grecia se denominaba doula a aquella “mujer que acompaña” (Colectivo Marenstrum, 2000, p.38). Antes de la aparición y extensión del parto hospitalario, lo normal era que las mujeres dieran a luz en casa acompañadas por otras féminas. Sin embargo, en la actualidad, la norma general es que las mujeres apenas cuenten con ese apoyo continuo debido, principalmente, a la expansión del modelo familiar nuclear con los dos progenitores trabajando en la esfera pública (AED, 2019; Colectivo Marenstrum,2000).

En consecuencia, estamos viendo como las doulas se abren camino, tímidamente, para cubrir estas necesidades. Realizan funciones muy diversas como asegurar que los progenitores posean suficiente información sobre el proceso de maternidad y crianza hasta el apoyo psicológico, etc. Es

importante remarcar que las labores que realizan las doulas no son iguales a las de una matrona, pues no aportan saber sanitario ni están capacitadas para realizar intervenciones médicas (AED, 2019; Colectivo Marenostum, 2000).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

Conocer la atención al embarazo y parto hospitalario desde la perspectiva de madres primerizas que hayan llevado el control gestacional y dado a luz en el Hospital Universitario de Navarra.

3.2. Objetivos específicos

- Describir las necesidades, problemas o conflictos asistenciales que perciben las madres durante el embarazo y parto hospitalario. A su vez, también, se va a comparar si el discurso de las madres se encuentra en consonancia con las líneas de trabajo que desarrollan matronas y doulas.
- Analizar los límites de la atención al embarazo y parto hospitalario de las matronas y doulas.
- Definir los progresos y déficits asistenciales de la atención obstétrica en cuanto al embarazo y parto hospitalario de bajo riesgo que se han ido introduciendo en los últimos años en el Hospital Universitario de Navarra.
- Conocer las propuestas de mejora respecto a la atención del embarazo y parto hospitalario que solicitan las madres, matronas y doulas.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico y universo de estudio

Para la realización de la presente investigación social se ha utilizado la metodología cualitativa, al considerarse la más adecuada para “acercarse a la realidad social tal como la perciben los sujetos a través de los discursos –interpretándolos, para comprender la acción social– “(Penalva, et al., 2015, p.13).

El universo de estudio se dividió en dos bloques fundamentales:

Bloque 1

- Mujeres que hayan sido atendidas durante el embarazo de bajo riesgo y parto en el Hospital Universitario de Navarra¹ a su primer hijo/a mediante parto normal y a término durante el

¹ Desde 2010, el Gobierno de Navarra agrupó bajo la dirección del Hospital Universitario de Navarra diversos centros de salud y ambulatorios entre los cuales se encuentran los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSYR) (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra [IdiSNA], s.f.).

transcurso del año 2021 o principio del 2022. Además, estas mujeres deberían tener nacionalidad y cultura española, debido a que la cultura en la cual se socializa a una mujer determina en gran medida su forma de percibir y vivir la gestación y el parto (Luque y Oliver, 2005). Como última característica, se priorizará a aquellas mujeres que posean pareja e ingresos estables. Ambos son determinantes que pueden afectar directamente al desarrollo normal de la gestación (Montes, 2007).

Bloque 2

- Matrona que desarrolle su actividad profesional en el del Hospital Universitario de Navarra.
- Doula que ejerzan su profesión en la Comunidad Foral de Navarra.

4.2. Técnica de investigación, muestra y perfiles

Se optó por la técnica de entrevista en profundidad semiestructurada. La captación de las entrevistadas se realizó a través del boca a boca entre personas de entorno y difusión de mensajes en plataformas de mensajería instantánea.

Finalmente, se realizaron 5 entrevistas a diferentes perfiles, expuestos a continuación:

- Perfil 1 (E1). Mujer de 33 años, residente en Pamplona y madre de un bebé nacido en enero de 2022 en el Hospital Universitario de Navarra, con embarazo de bajo riesgo y parto normal, vaginal.
- Perfil 2 (E2). Mujer de 25 años, residente en Pamplona y madre de un bebé nacido en septiembre de 2021 en el Hospital Universitario de Navarra, con embarazo de bajo riesgo y parto normal, vaginal.
- Perfil 3 (E3). Mujer de 30 años, residente en Pamplona y madre de un bebé nacido en marzo de 2021 en el Hospital Universitario de Navarra, con embarazo de bajo riesgo y parto normal, vaginal.
- Perfil 4 (E4). Mujer con 7 años de experiencia como matrona en el Hospital Universitario de Navarra.
- Perfil 5 (E5). Mujer con 10 años de experiencia como doula en la Comunidad Foral de Navarra.

Las entrevistas se llevaron a cabo en Pamplona del 10 de mayo al 9 de junio de 2022 en diferentes cafeterías tranquilas, a excepción de una (E5) que se realizó en un domicilio particular. El lugar siempre se dejaba a elección de la entrevistada, pues se pretendía que estas se desplazaran lo menos posible. El audio digital de la entrevista fue grabado, bajo previo consentimiento explícito y garantía de anonimato y confidencialidad, dando como resultado un total de 5 horas y 4 minutos de

discurso analizable. Las grabaciones han sido transcritas manualmente con la ayuda del *software* Express Scribe.

4.3. Dificultades

Durante el desarrollo de la investigación se detectaron dos principales problemas. Estos tienen que ver con la dificultad para encontrar a madres con el perfil buscado que hubieran dado a luz en el Hospital Universitario de Navarra. Los datos de estas mujeres son almacenados en la base de datos del centro médico y son absolutamente confidenciales, por lo que es muy complicado acceder a ellos desde fuera de la institución. Asimismo, el personal del hospital tampoco puede informar y preguntar a las madres que allí acuden si estarían dispuestas a colaborar en una investigación externa. Para ello, es necesario que un comité de ética y la autoridad competente del hospital aprueben el proyecto de investigación. Un proceso que podría alargarse y desbordar el tiempo disponible para la realización del presente TFG.

En base a ello, se difundió información para la búsqueda de informantes a través de canales informales, sin embargo, se encontró otro obstáculo fundamental, pues, aunque esta información llegara a personas que dieran el perfil que se buscaba, muchas de ellas se encontraban desbordadas. La llegada de un bebé requiere mucha dedicación y aunque estuvieran dispuestas a participar, no contaban con el tiempo requerido para colaborar en la investigación.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Necesidades, problemas, conflictos asistenciales percibidos por las madres y su propuesta de mejora

5.1.1. Embarazo

a. Necesidades

- Gestión del miedo y necesidad de información

Las madres entrevistadas afirman que deben ir enfrentándose a diferentes miedos. Muchos de ellos van cambiando a lo largo de la gestación. El principal miedo viene derivado de la incertidumbre. No obstante, este va disminuyendo, al menos en parte, conforme las mujeres van sometiéndose a diversos controles que informan del estado de salud del feto.

Cabe destacar, un miedo adicional que les surgió a estas mujeres: el COVID-19. En la pandemia había una gran necesidad de saber cómo afectaría el contagio al bebé y, posteriormente, la vacuna. Además, estas madres confiesan temor por el parto, ya sea por el miedo al dolor, a enfrentarse a una situación nueva o a que surjan complicaciones. Los videos de partos, testimonios y las clases de preparación al parto, online o presencial, contribuyeron a disminuir estos miedos.

También fue importante la asistencia a clases grupales de ejercicio para embarazadas. Algo que les ayudó a mantenerse activas a la vez que compartían información entre ellas y con las profesionales que las impartían.

Internet y las redes sociales pueden ser una opción muy valiosa a la hora de obtener información. Hoy en día existen multitud de aplicaciones que ofrecen información sobre cuestiones básicas como los cambios emocionales normales o el tamaño del feto en cada fase del proceso. Incluso, en grandes plataformas como Instagram, se pueden encontrar perfiles de otras embarazadas y profesionales o instituciones que ofrecen información de calidad de forma altruista.

- Importancia de la pareja y familiares

Las madres necesitan un gran apoyo durante el embarazo que buscan, primeramente, en su pareja y, en segundo lugar, en familiares. La aceptación y el acompañamiento resulta fundamental.

“Le preguntaba a mis hermanas por que como habían sido mami pues les preguntaba a ellas, pero había veces que las ideas esas que me daban no me servían [...] entonces le preguntaba a mi matrona y la matrona me decía pues mira esto está bien, esto sí, esto no...”

(E2).

Se observa que se prioriza a la matrona como principal referente a la hora de pedir consejo debido a, primero, su condición de experta y, segundo, a su conocimiento del caso particular de cada mujer.

- Trabajo

El trabajo en la esfera pública aparece como un tema relevante y recurrente para las mujeres, siendo este una de las primeras cuestiones que se plantean.

“Ahora que voy a hacer, ¿cómo le dijo a mi jefe que estoy embarazada?”

(E1).

Por un lado, surge como una necesidad, pues se presenta como principal a la hora de decidir si continuar con el embarazo. Por otro lado, aparece como un miedo, pues no saben cómo comunicar la noticia a sus superiores o las repercusiones puede llegar a tener, sobre todo si se posee un contrato temporal.

b) Conflictos y problemas

- Derivados de la pandemia por COVID-19

No se debe pasar por alto que las mujeres entrevistadas se quedaron embarazadas a lo largo de la pandemia. La coyuntura variaba y evolucionaba rápidamente. Conforme se diluía la alerta de emergencia los hospitales y centros médicos podrían avanzar hacia la normalidad. Por ello, las madres

que dieron a luz en marzo y septiembre de 2021, confiesan haber percibido que el COVID-19 sí repercutió en la atención sanitaria. A diferencia de la mujer que dio a luz en enero de 2022, que dijo no haber percibido un cambio en la atención a consecuencia del COVID-19.

Se identifican tres problemas fundamentales que repercutieron negativamente:

En primer lugar, encontramos la privación de acompañamiento durante las revisiones gestacionales. En consecuencia, la información referente a la evolución del embarazo solo la podían recibir las madres que sintieron como se desplazaba a sus parejas, con quienes iban a compartir la experiencia. No obstante, confiesan que sí se les permitía entrar un corto e insuficiente periodo de tiempo a la consulta para que vieran la ecografía.

“Vienes con tu pareja, lo normal es que entre contigo dentro y que se entere también un poco de todo, pero no. Eso no me gusto.”

(E2).

Siguiendo los posicionamientos de Carme Valls-Llobet (2009), en esta coyuntura, podemos observar cómo una vez más el biopoder carga a las mujeres con toda la responsabilidad, pues los padres quedan excluidos de la posibilidad de informarse sobre cómo transcurre la gestación de su hijo/a, etc.

En segundo lugar, aunque la atención recibida fue buena, las madres piensan que fue algo escasa y descuidada. Por ejemplo, una de las madres manifiesta que la atención telefónica cuando tenía algún problema puntual fue suficiente, pero no en otras situaciones, cuando hubiera preferido ir presencialmente. A otra mujer le saltaron el primer control de revisión gestacional. No obstante, ella no se dio cuenta hasta su primera cita, que en realidad tendría que haber sido la segunda.

En tercer lugar, se suprimieron los cursos presenciales de preparación al parto, en un principio, solamente impartidos de forma online. Respecto a ello, una de las madres declaró:

“El tema de preparación al parto que se hacía por la Seguridad Social, en mi caso pues no había. Lo único que hacían era mandarnos emails con PDF, PowerPoint y demás. Tú te imaginas que tipo de preparación tienes, ¿a quién le haces las preguntas?, ¿a la matrona que la ves cada, «bff», dos meses, tres meses?”

(E3).

Un testimonio que queda reforzado con las declaraciones de la matrona:

“Todo eso se suprimió y las mujeres estaban en casa solas con miedo, eso sí dio mucha pena como se hicieron las cosas. Pero bueno, no sabíamos, teníamos miedo también nosotras.”

(E4).

Ella considera que las clases de preparación al parto resultan muy beneficiosas para las madres y sus parejas debido a que constituyen una oportunidad de interacción con personas en situaciones similares, a la vez que reciben información, consejos, etc.

- Otros problemas o conflictos:

No se han detectado problemas o conflictos durante el embarazo más allá que los citados anteriormente. Aunque, sí cabe resaltar que dos de las mujeres sí identificaron algunas carencias en la falta de información por parte de la matrona. En ambos casos, detectaron una explicación insuficiente respecto al tema de la donación de sangre del cordón umbilical del bebé.

c) Propuesta de mejora

En general, las madres entrevistadas confiesan que la atención recibida durante el embarazo es bastante satisfactoria. Cabe destacar que las mujeres suelen valorar muy positivamente el trato cercano, seguridad y confianza que les transmite su matrona, así como la sinceridad, empatía e interés por el bienestar de ellas y sus bebés.

Aunque, en ocasiones, sienten que necesitan más atención por parte de la matrona y una explicación actualizada y detallada de todo el proceso y pasos a seguir desde la primera consulta.

5.1.2. Parto hospitalario

a) Necesidades

- Acompañamiento y apoyo

Las madres entrevistadas consideran fundamental que su acompañante, su pareja, estuviera presente durante toda la estancia en el hospital y que se le tuviera en cuenta también a la hora de informarles, pedir consentimiento o participar en el parto. Asimismo, otro aspecto que resulta importante para ellas es la relación de confianza que se establece con las matronas. Aprecian la comprensión, atención y el tiempo que les dedican las matronas del hospital en sus visitas durante la dilatación.

- Toma de decisiones

Las mujeres llegan al hospital y entregan su plan de parto (o, en su defecto cuentan a las matronas como lo desean) para que sus preferencias se tengan en cuenta. Valoran que este documento se respete (en la medida de lo posible) y el poder de decisión. Especialmente respecto al tema de la epidural y los cambios de posiciones durante la dilatación y expulsivo.

b) Conflictos y problemas

Se observa que las madres poseen una confianza plena en el personal sanitario. Sin embargo, hay una carencia de información y empoderamiento para enfrentar el parto, ya que las mujeres no se

veían capaces de ello. Un problema que bien se podría relacionar con el concepto de interacción asimétrica identificado por Hernández y Echevarría (2016).

La búsqueda activa de documentación y la contratación de servicios privados dedicados a la preparación al parto supone una buena solución a la falta de empoderamiento y desconfianza.

“Soy de las que considera que la información da poder y [...] investigué mucho [...] para no pegarme sorpresas, pero sí que de cara a la seguridad social habría necesitado una preparación mucho más a fondo.”

(E3).

El estar bien informada, también, aumenta la seguridad en sí misma, disminuye el estrés y contribuye a obtener un mayor control sobre todo lo que ocurre en el parto.

En contraposición, se ha identificado otro discurso, caracterizado por la ausencia de documentación y comunicación.

“Me pusieron suero creo que aquí y los monitores para controlarte las contracciones y luego pues la epidural aquí y me cogieron aquí no sé qué me pincharon algo, pero no sé lo que era, «bah» no sé”

(E2).

Este relato deja al descubierto el desconocimiento de las intervenciones que le realizaron durante unos momentos muy difíciles marcados por el dolor. Un aspecto propio del sistema tecnocrático, pues se ignora la capacidad de decisión y derecho a la información (Davis-Floyd 2001).

Además, se observa que las mujeres no reciben información detallada sobre las alternativas al parto hospitalario en mesa de parto.

Sin embargo, cabe mencionar que se ha detectado que la etapa especialmente complicada comienza tras el alumbramiento. El postparto se encuentra repleto de conflictos, problemas y sentimientos encontrados que las madres deben enfrentar por primera vez, sin apenas apoyos ni facilidades.

c) Propuesta de mejora

Las madres entrevistadas manifiestan que han tenido una experiencia satisfactoria durante el parto hospitalario. Sin embargo, manifiestan que se podría trabajar más en la disminución del dolor en todas las fases del parto incorporando nuevas técnicas o dotando de más recursos las instalaciones. Una de las madres manifestó que le habría gustado “parir con menos dolor” (E1), aunque su pareja y el buen trato recibido por el personal sanitario le ayudo a sobrellevarlo. No obstante, esta manifiesta su rechazo a la idea de que tener un bebé tenga que ser necesariamente doloroso:

“Lo normal en medicina es lo primero quitar el dolor porque está sufriendo, pero aquí en el parto no porque es normal sentir dolor, no lo sé.”

(E1).

La creencia del inevitable dolor del parto tiene su origen en la doctrina cristiana. Se entendía el dolor del parto como una penitencia, siendo sancionable el uso de métodos para aliviarlo. En la actualidad, este mandato ha quedado obsoleto, predominando la idea de que el dolor debe ser tratado y eliminado. Aunque, los métodos empleados para aliviarlo, como la epidural, van a producir mayores intervenciones y medicalización del proceso (Biurrun, 2017).

5.2. Visión de las profesionales respecto a la atención del embarazo y parto hospitalario

Los discursos de las madres coinciden en gran medida con las praxis que desempeñan las matronas y doulas. Aunque, por un lado, se puede apreciar que las profesionales inciden más en lo emocional y en el empoderamiento de la mujer como un aspecto importante de mejora.

“Una cosa que yo creo que es muy importante que hacemos las matronas es que reforzamos la confianza de las madres y les ayuda algo, como que les ayudas a enfrentarse a algo que ellas no saben si van a ser capaces «eh». [...] Todas hemos podido, es una experiencia dura [...] físicamente y emocionalmente, pero puedes hacerlo y vas a salir muy reforzada.”

(E4).

Por el otro, se observa que las madres poseen desconfianza y mucha inseguridad, sobre todo durante el parto.

“En el momento del parto lo pase fatal. [...] Cada vez que venía la enfermera le decía es que no puedo más, no puedo más, no puedo más y ella venga que tú puedes, que tú puedes.”

(E2).

El empoderamiento de las mujeres durante el embarazo y parto resulta una cuestión fundamental para fomentar la atención humanizada, pues permite que las mujeres se sientan más capaces y obtengan mayor control de las situaciones. Para ello, se necesita dotar a las madres de una información de calidad mediante la buena comunicación con el equipo sanitario y documentación clara que todas las personas sean capaces de comprender (Biurrun, 2017).

Respecto a su propuesta de mejora, ambas profesionales abogan por progresar en la asistencia humanizada del embarazo y parto. Coinciden en que para mejorar la atención se debería hacer más hincapié en lo emocional. La parte más física se encuentra bastante vigilada por el personal sanitario durante el embarazo y parto gracias a los instrumentos de medición, control...

“Escuchar a las madres, hacer caso también a las emociones de las madres”

(E5).

Consideran muy importante establecer una buena conexión con las mujeres, entablar conversación para conocer sus prioridades, dar una sensación de tranquilidad, etc. Sin embargo, la matrona entrevistada confiesa que esto es algo muy personal y que no todas las matronas se interesan del mismo modo por conectar con las futuras madres.

5.3. Límites de la atención al embarazo y parto hospitalario

5.3.1. Desde la perspectiva de la matrona

Debido a la falta de tiempo y la gran carga de trabajo, las matronas se ven obligadas a dejar pasar un poco más por alto el aspecto emocional, centrándose más en lo físico (detección de enfermedades, control del peso, contracciones, etc.). Este es un límite que se observa tanto en el embarazo, como en el parto. Sin embargo, se hace más notorio en el transcurso del parto ya que, a veces, no tienen tiempo para preguntar a la mujer como lleva el parto o si le parece respetado.

Asimismo, señala que se podría enfatizar más en el acompañamiento en el dolor, sobre todo durante la dilatación.

“Nos faltan herramientas a las propias matronas pues para [...] poder contener a una mujer con tantísimo dolor.”

(E4).

5.3.2. Desde la perspectiva de la doula

La situación de las doulas presenta diversas especificidades que hacen que su situación sea distinta a la de las matronas.

En primer lugar, cabe resaltar que, los servicios de las doulas no se incluyen en la sanidad pública de España, tampoco cuentan con una formación reglada, aunque sí con un código deontológico.

En segundo lugar, a día de hoy, las doulas no pueden acompañar a las mujeres durante el nacimiento sin privar a la pareja o a un familiar, pues solo se permite la entrada al hospital de un acompañante por parturienta. Por tanto, las doulas quedan relegadas a acompañar emocionalmente a la mujer durante el embarazo y, en su caso, desde que comienzan las primeras contracciones del parto hasta el ingreso hospitalario.

En tercer lugar, una limitación profunda que identifica la doula entrevistada es la gran desinformación. Pocas mujeres conocen de la existencia de esta figura. Incluso, si las conocen

atribuyen a las doulas unas funciones que no son las que ellas realizan. Además, la entrevistada confiesa que la publicación del “Informe doulas²” fue un duro golpe para el colectivo que ya de por sí se encontraba desprestigiado socialmente.

“Incluso las personas que han oído hablar de la palabra doula y que están abiertas a contratar una doula, al final lo que quieren es una matrona que les asista en casa. Entonces, ahí mi visión es que la desinformación es que la doula es igual a matrona que asiste en casa y no es lo mismo, no es lo mismo.”

(E5).

Del mismo modo, en ocasiones, las propias matronas deducen que las doulas están entrometiéndose en su trabajo. Pero, la doula percibe su trabajo como un complemento, un añadido, al trabajo de la matrona.

5.4. Atención obstétrica durante el embarazo y parto del Hospital Universitario de Navarra desde el punto de vista de la matrona

5.4.1. Mejoras

Es necesario destacar que se realizan constantes esfuerzos para mejorar progresivamente la asistencia a las embarazadas y parturientas. Actualmente, pueden disponer de diversos recursos y servicios para ellas y sus bebés en un mismo recinto.

Asimismo, en los últimos años se han introducido dos medidas fundamentales que han contribuido a una mayor humanización de la asistencia:

- Ha aumentado la plantilla de matronas, facilitando que, casi siempre, se pueda llevar a cabo el sistema de asistencia “one to one que significa: una mujer una matrona” (E4). Además, los partos, mayormente, son atendidos por matronas que muy frecuentemente han sido madres con anterioridad y han pasado por experiencias similares. Pero, lo más destacable es que no atienden a las mujeres como a otros pacientes enfermos.

“No las hacemos sentir enfermas «eh», sino que están pasando un momento muy especial”

(E4).

- Implantación del contacto piel con piel tras el parto, facilitando el inicio de la lactancia y creación del vínculo:

² Informe publicado por el Consejo General de Enfermería en el año 2015. Se acusa sin evidencias científicas a las doulas de diversas falacias como, por ejemplo, canibalismo (El Parto Es Nuestro y DONA LLUM Associació Catalana per un Part Respectat, 2015). Actualmente, no se puede acceder al documento original, pero sí a multitud de artículos de prensa y críticas al mismo.

“Intentamos separarlos lo menos posible [...] separarlo de su madre es muy traumático”

(E4).

Sin embargo, esta mejora corrió cierto peligro con la llegada del COVID-19. El miedo y la desinformación existente, sobre todo, en las primeras fases de la pandemia hicieron que se barajara eliminarla si la madre se había infectado, pues no se conocían los riesgos de la enfermedad en los bebés ni cómo podía ser su transmisión.

5.4.2. Déficits

El principal déficit identificado en el Hospital Universitario de Navarra es la deshumanización de la atención sanitaria, propia del paradigma tecnocrático expuesto por Davis-Floyd (2001). Esta se vuelve especialmente notoria en el área de obstetricia, debido a que el embarazo y parto constituyen experiencias muy íntimas y fundamentales, que no suelen repetirse más de tres veces en la vida de las mujeres.

“[...] El hospital eso es como una fábrica de sacar niños, ¿no? No puedes dedicarle a cada mujer pues, a veces, el tiempo que necesita o bueno no puedes tener a veces porque hay mucho, mucho volumen de trabajo.”

(E4).

Además, la matrona entrevistada también considera que hay que reforzar el trabajo en equipo entre los distintos profesionales que trabajan en obstetricia y maternidad, para que todos tengan una línea de actuación común y no haya discrepancias o contraindicaciones derivadas de visiones diferentes de ver el embarazo y parto.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Esta investigación cualitativa supone una aproximación a la atención al embarazo normal y parto hospitalario de bajo riesgo, desde la perspectiva de mujeres que han tenido a su primer hijo en el Hospital Universitario de Navarra. Se ha identificado que las madres valoran satisfactoriamente la atención recibida en el centro hospitalario. Estas consideran que es muy relevante la cercanía y preocupación del personal sanitario, el apoyo y acompañamiento de la pareja y familiares, así como recibir información de calidad para, posteriormente, decidir según sus preferencias. Sin embargo, se observa que, en ocasiones, las madres necesitan sentirse más empoderadas y recibir una mayor cantidad de información desde el inicio del embarazo hasta el fin del alumbramiento.

La pandemia por COVID-19 supuso un empeoramiento de la atención y disminución de los servicios prestados como las clases de preparación de la Seguridad Social. También, resultó ser una preocupación añadida para las mujeres que cargaron con el gran peso del embarazo, pues sus acompañantes fueron excluidos de las consultas gestacionales.

Como aspectos de mejora, las madres primerizas proponen más alternativas para aliviar los dolores de parto, contar con más atención sanitaria y documentación.

Por su parte, las entrevistas a expertas indican que se sigue trabajando para mejorar la atención humanizada y el acompañamiento de las embarazadas y parturientas, aunque se observan algunos rasgos típicos del paradigma tecnocrático. En general, se aprecia que las líneas de trabajo que están desarrollando las profesionales va enfocada a satisfacer las necesidades y resolver los problemas que las madres identifican. Un tema especialmente relevante para las expertas es el cuidado emocional de las madres, pues consideran que es muy necesario para las madres y, en muchas ocasiones, se olvida o se considera no prioritario.

Asimismo, las profesionales han identificado varios límites fundamentales a la hora de atender el embarazo y parto. La matrona entrevistada fija como principales obstáculos a su labor el gran volumen de trabajo y la falta recursos para ayudar al alivio del dolor durante todas las fases del parto normal. Aunque, cabe resaltar que en el Hospital Universitario de Navarra se están implementando medidas para ofrecer un servicio humanizado de mayor calidad, por ejemplo, aumentando su plantilla de matronas o priorizando la no separación de la madre y del bebé. Sin embargo, se observa un aspecto negativo primordial, propio de un sistema tecnocrático, como es la deshumanización de la atención que las madres reciben en el centro médico. La doula establece que la desinformación resulta una traba muy relevante a la hora de desarrollar su trabajo, así como el poco prestigio del que goza esta figura.

Por último, cabe destacar otras posibles líneas de investigación futuras. En primer lugar, resultaría muy interesante profundizar en el papel de las nuevas tecnologías durante el embarazo y la

preparación al parto. En segundo lugar, durante el transcurso de esta investigación se detectó que el postparto es un periodo complejo y difícil para las madres entrevistadas y, por ello, constituye otro posible campo de estudio en la comunidad foral. En tercer lugar, a pesar de que en el presente documento se han realizado algunas menciones, las repercusiones de la pandemia sobre las embarazadas, parturientas y profesionales en Navarra resulta una línea de investigación muy amplia. Asimismo, se considera que se podría ahondar mucho más en los discursos de las matronas y doulas, así como investigar las perspectivas de los/as obstetras.

REFERENCIAS

- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1),145-169. <https://bit.ly/3I4R3QK>
- Asociación Española de Doulas (AED). (2019). *Acompañando en la maternidad. La realidad de las doulas*. <https://bit.ly/3z5VtnD>
- Biurrun Garrido, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. <https://bit.ly/3RexM3r>
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 1-25. <https://bit.ly/3P8HH8D>
- Blázquez Rodríguez, M. I. (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, Universidad Rovira I Virgili.]. <https://bit.ly/3R1HDcW>
- Blázquez Rodríguez, M. I. y Montes Muñoz, M. J. (2013). La reproducción en la vida de las mujeres: aportaciones de la antropología. *Mètode: Revista de difusió de la Investigació*, (76), 64-69. <https://bit.ly/3aojKeO>
- Carvajal Cabrera, J.A. y Ralph Troncoso, C.A. (2018). *Manual Obstetricia y Ginecología*. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://bit.ly/3RLzDx5>
- Charo Quintana Pantaleón, Itziar Etxeandia Ikobaltzeta; Rosa Rico Iturrioz; Idoia Armendáriz Mántaras e Isabel Fernández del Castillo Sainz, del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA Nº 2009/01. <https://bit.ly/3avuUif>
- Colectivo Marenostrium (2000). La doula. Una nueva profesión que emerge alrededor del parto. *Natura Medicatrix*, (61), 38-39. <https://bit.ly/3xGv4ty>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- De Dios Pérez, M.I., Díaz Lozano, P. (2017). Cambios anatomofisiológicos en la mujer gestante. En J.M Vázquez Lara y L. Rodríguez Díaz (Dirs), *Manual básico de Obstetricia y Ginecología* (pp. 72-95). Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad. <https://bit.ly/3AKladl>
- Ehrenreich B. y English D. (1981). *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras; Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad*. LaSal Edicions de les Dones.

- El Parto es Nuestro y DONA LLUM-Associació Catalana per un Part Respectat. (9 de marzo de 2015). Informe Doulas: sesgado, manipulador, sin rigor científico e irrespetuoso con la mujer. *El Parto es Nuestro*. <https://bit.ly/3AvbF2m>
- García, E.M. (2017). Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers feministes*, (22), 87-106. <http://dx.doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6>
- García García, E.M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.]. <https://bit.ly/3bRLnxx>
- Gaskin, I.M. (2020). *Guía del nacimiento*. Capitán Swing Libros.
- Gobierno de Navarra. (s.f.). *Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra* [Sitio web]. Recuperado 20 de agosto de 2022, de <https://bit.ly/3q4H3i5>
- González Pérez, I. (2019). ¿Es posible humanizar la asistencia al parto a través del plan de parto? En F. J. Murillo y M. Mesa (coords), *Actas del I Congreso Internacional Derechos Humanos, Democracia, Cultura de Paz y No Violencia* (pp.209-212). DEMOSPAZ. <https://bit.ly/3wkEM6a>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. 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 Nº 2009/01. <https://bit.ly/3pXa2Vf>
- Hernández Garre, J. M. y Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”. *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), pp. 1-13. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Hernández Garre, J.M., de Maya Sánchez, B. y Echevarría Pérez, P. (2020). Sociología del espacio. La distribución espacial de los paritorios como cultura material de los paradigmas obstétricos inmanentes y su repercusión en términos de humanización asistencial. *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 196 (796),1-14. <https://doi.org/10.3989/arbor.2020.796n2013>
- Imaz Martínez, E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas del cuerpo fronterizo. *Política y sociedad*, (36), 97-111. <https://bit.ly/3yoODJD>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). (s.f.). *¿Qué es iHan?* [Sitio web]. Recuperado 19 de agosto de 2022, de <https://www.ihan.es/>
- Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). (s.f.). *Hospital Universitario de Navarra* [Sitio web]. Recuperado 21 de julio de 2022, de <https://bit.ly/3ctk0tQ>
- Jiménez García, M.A., Rodríguez Díaz, D. y Rodríguez Lara, M.D. (2017). Datos relevantes de la historia clínica de la gestante. En J.M Vázquez Lara y L. Rodríguez Díaz (Dirs), *Manual básico de*

- Obstetricia y Ginecología* (pp. 96-147). Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad. <https://bit.ly/3AKIadl>
- Luque Fernández, M. y Oliver Reche, M.I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas. *Index de enfermería*, 14(48-49), 9-13. DOI 10.4321/S1132-12962005000100002
- Ministerio de Sanidad. (s.f.a). *Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión* [Sitio web]. Recuperado 25 de junio de 2022, de <https://bit.ly/3RZzm9Q>
- Ministerio de Sanidad. (s.f.b). Plan de parto y nacimiento [Sitio web]. Recuperado 1 de julio de 2022, de <https://bit.ly/3abnKiY>
- Montes Muñoz, M.J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* [Tesis doctoral, Universidad Rovira I Virgili.]. <https://bit.ly/3v2DfAU>
- Montes Muñoz, M. J. (2008). ¿Por qué no me dejaron?: experiencias de las mujeres en sus partos. *Cuestiones De género: De La Igualdad Y La Diferencia*, (3), 275-290. <http://dx.doi.org/10.18002/cg.v0i3.3834>
- Murialdo Miniello, V. (2019). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.]. <https://bit.ly/3IJ3w2D>
- Odent, M. (2020). *El bebé es un mamífero*. Editorial OB STARE.
- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Ediciones B.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*, 2, 436-437.
- Penalva Verdú, C., Alaminos Chica, A., Francés García, F. y Santacreu Fernández, O.A. (2015). La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas.ti. PYDLOS Ediciones.
- Ruiz Berdún, D. (23 de abril de 2020). Parir en tiempos de coronavirus: por qué en el Sistema de Salud español solo se puede dar a luz en hospitales. *The Conversation*. <https://bit.ly/3R25gkt>
- Valdés, V., y Morlans, X. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(2), 108-112. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200010>
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra.
- Vázquez Gutiérrez, B. (2013). El plan de parto. Una herramienta para la visibilización de las mujeres [Trabajo de fin de máster, Universitat Jaume I]. <https://bit.ly/3c945xU>