

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-Goikoetxea¹, Blanca Marín-Fernández², María Isabel Elorza-Puyadena³

¹Matrona. Doctoranda en la UPNA. Profesora. Departamento de Enfermería II. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). San Sebastián (Guipúzcoa). ²Doctora. Enfermera. Profesora Titular. Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Pamplona (Navarra). ³Doctora. 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.

INTRODUCCIÓN

El progreso de la obstetricia ha favorecido un cambio en el modelo de atención sanitaria en el parto condicionado por la tecnología^{1,2} y por un mayor conocimiento de la realidad asistencial³. Respecto a la tecnología, su uso es percibido, la mayoría de las veces, como fuente de seguridad e incluso de satisfacción^{4,5}. 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 personalizada³.

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 asistencia⁶.

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 sensibles⁷ apoyados en la diversidad y la complejidad de las experiencias de nacimiento⁸.

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 específicos⁹ en los que se debe considerar a la mujer competente para tomar decisiones de forma autónoma o ser capaz de solicitar ayuda a las profesionales¹⁰⁻¹².

Reflexionar sobre las necesidades, actitudes y comportamientos de las mujeres ha supuesto para las matronas un cambio de paradigma^{13,14}, pasando de una actitud paternalista¹⁵ a una actitud abierta y coherente con las demandas sociales compatibles con modelos innovadores de atención¹⁶.

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 interpretativo¹⁷, 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	2 (13,33%)
	Matronas	8 (53,33%)
	Ginecólogas	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 diferente¹⁸. Durante la investigación se optó por una postura reflexiva que enriqueciese la práctica clínica, siguiendo las recomendaciones de la guía de criterios consolidados COREQ¹⁹.

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 saturación²⁰.

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^{21,22} 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^{20,21} 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 consideren 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 promoviese 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-

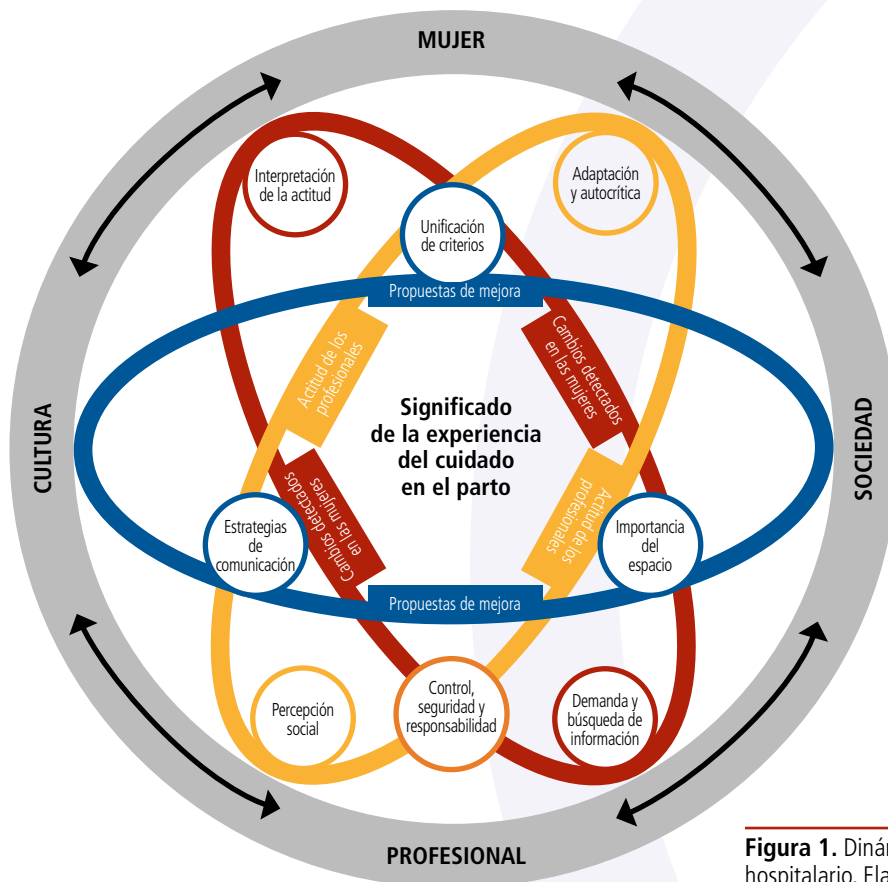


Figura 1. Dinámica de la experiencia del cuidado en el parto hospitalario. Elaboración propia

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.⁵ 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-Floyd²³, 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.²⁴ 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.² y Van Kelst et al.²⁵ entienden que las mujeres se conviertan en pacientes pasivas y pierdan la confianza para hacer el trabajo de parto sin intervención.

Lundgren y Dahlberg²⁶ 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 corporal²³ 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.¹³ 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 bienestar¹¹ y la sensación de control, promoviendo la individualidad y reconociendo la singularidad de las necesidades, creencias, expectativas y acontecimientos de una experiencia incontrolable^{27,28}.

Pero se debe tener presente que el deseo de estar bajo control es esencialmente subjetivo²⁹ y está relacionado con la satisfacción de las mujeres⁴.

En los resultados de nuestro estudio se pueden encontrar similitudes con el de Meyer³⁰, 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 informada¹⁰, como base para sentir empoderamiento y tomar parte activa en las decisiones^{12,31}.

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 profesionales³² 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^{5,13,33,34}, reclamada por ambas partes, que puede influir en el desarrollo del parto y en la calidad de la continuidad de los cuidados^{35,36}.

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 *ratio* una mujer/matrona que garantiza una presencia y atención continua³⁷⁻³⁹.

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 continua⁸ 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 profesionales¹⁴ ante resultados adversos que puedan surgir por respetar la opinión de las gestantes y los posibles litigios derivados de éstos⁴⁰.

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. Roundable 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.
- Biurrun-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.
- Theelin 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.

Floradix

el hierro bien tolerado



Durante el embarazo la necesidad de hierro aumenta en un 100 %

Este oligoelemento es importante para la formación de la sangre, el transporte de oxígeno entre la madre y el feto y el desarrollo del cerebro del bebé. Además durante la gestación se crea en el niño un depósito de hierro para sus primeras semanas de vida.

Floradix es un complemento alimenticio que contiene gluconato ferroso, una sal de hierro bivalente de **fácil absorción**.

La fórmula de Floradix está especialmente diseñada para optimizar la absorción del hierro, a esto contribuyen los ácidos de los jugos de frutas y la vitamina C. La vitamina B₁₂ junto al hierro interviene en la formación de nuevas unidades de glóbulos rojos. Por otra parte, Floradix ha sido diseñado pensando en la **tolerancia** del producto, su contenido en hierro es moderado y su absorción es muy buena, por lo que no quedan restos de hierro en el intestino que provoquen malestar estomacal o estreñimiento.

SERVICIO PARA MATRONAS

Disponemos de folletos y muestras gratuitas para las mujeres gestantes a las que guías.

Solicítalo entrando en nuestra web www.floradix.es apartado matronas

*Para viajes los comprimidos
y para las celíacos
Floradix-Floravital*

fabricado
en
Alemania



Floradix 250 ml • C.N. 326850.9 • Floradix 500 ml • C.N. 326843.1 • Floradix 84 comp. • C.N. 152008.1
Floradix-Floravital 250 ml • C.N. 152809.4