



Programa de Doctorado Atención Sociosanitaria en los cuidados de salud.

Fundamentos e intervenciones

**Por qué acuden y cómo influye la  
Educación Maternal en un grupo de mujeres**

Tesis Doctoral presentada por

MARÍA LOURDES ORTIZ VILLANUEVA

Directoras:

DRA. JUANA CRISTINA FRANCISCO DEL REY

DRA. ANA BELÉN GARCÍA VARELA

Alcalá de Henares, 5 de septiembre de 2014



A las mujeres que me han acompañado a lo largo de mi vida;  
las que todavía están y las que ya se han ido.



## **Agradecimientos**

Esta tesis ha sido posible gracias al nacimiento de Bruno, ya que a través de él, su padre Héctor me dijo tienes que continuar, y su madre Ana me ha llevado de la mano para hacer este recorrido.

A Ángel que recuperó los archivos de las entrevistas cuando el sistema falló y pensé que todo había terminado.

A Cristina que dio el empujón definitivo para que la tesis viera la luz.

Y sobre todo a las mujeres que durante todos estos años han confiado en mí y me han hecho partícipe de sus sentimientos, emociones y saberes. Especialmente a las que generosamente han formado parte de este estudio abriéndome su corazón.



# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....	13
1. ESTRUCTURA INTERNA DEL TRABAJO .....	17
Primera parte: Aproximación teórica .....	17
Segunda parte: Aproximación metodológica .....	18
Tercera parte: Análisis interpretativo .....	18
CAPÍTULO II. CONCEPTO DE EDUCACIÓN MATERNAL .....	23
1. CONCEPTO DE EDUCACIÓN .....	25
2. EL CONCEPTO DE SALUD.....	27
3. CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD .....	31
4. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL .....	35
5. SITUACIÓN ACTUAL DE LA EDUCACIÓN MATERNAL.....	42
6. CONTEXTO EN EL CENTRO DE SALUD PUERTA DE MADRID.....	47
CAPÍTULO III. LA DISCIPLINA ENFERMERA.....	57
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS QUE CONSTITUYEN LA DISCIPLINA ENFERMERA .....	60
2. LOS PARADIGMAS ENFERMEROS.....	66
2.1. Paradigma de la Categorización .....	67
2.2. Paradigma de la Integración .....	68
2.3. Paradigma de la Transformación .....	69
3. TEORÍA DEL ROL MATERNO-CONVERTIRSE EN MADRE.....	72
4. LOS PARADIGMAS SEGÚN DIFERENTES AUTORES .....	76
5. LA PROFESIÓN ENFERMERA .....	80
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO .....	87
1. OBJETIVOS .....	89
1.1. Objetivos Generales .....	90
1.2. Objetivos Específicos.....	90
2. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	90
3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN .....	94
4. ÁMBITO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y UNIDAD DE ANÁLISIS .....	96

5. TRABAJO DE CAMPO: TOMA DE DATOS .....	101
6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	103
7. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	107
8. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	119
8.1. Relacionados con la muestra.....	119
8.2. Relacionados con la epistemología .....	120
9. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS .....	120
CAPÍTULO V.    POR QUÉ ACUDEN LAS MUJERES A LAS CLASES DE EDUCACIÓN MATERNAL	125
1. RAZONES DE LAS MUJERES PARA ASISTIR A LAS CLASES DE EDUCACIÓN MATERNAL .....	127
2. ARQUETIPO QUE LAS MUJERES TIENEN DE LA MATRONA .....	131
3. DENOMINACIÓN POPULAR DE LA EM .....	139
4. IDEAS PREVIAS Y EXPECTATIVAS .....	145
5. EL MIEDO AL PARTO Y EL CONSUELO DE LA MADRE .....	159
CAPÍTULO VI.    CÓMO INFLUYE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN LAS MUJERES PARTICIPANTES	171
1. COMPARTIR LA EXPERIENCIA CON OTRAS MUJERES.....	174
2. CONOCIMIENTO DEL PROCESO .....	184
3. PERSONAS DEL ENTORNO .....	207
4. SALVAGUARDAR LA INTIMIDAD .....	224
CAPÍTULO VII.    CONCLUSIONES .....	247
1. CONOCER POR QUÉ ACUDEN LAS MUJERES A LOS CURSOS DE EM.....	247
2. CÓMO INFLUYE LA EM EN EL GRUPO DE MUJERES.....	250
3. RELACIÓN ENTRE SALUD, DISCIPLINA ENFERMERA Y EDUCACIÓN MATERNAL.....	254
4. ALGUNAS SUGERENCIAS DE MEJORA PARA LA EM.....	255
BIBLIOGRAFÍA.....	263
ANEXOS .....	283



# ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Actividad P. Especiales 1988. Fuente (MSC, 2002, p.64).....	46
Tabla 2. Tabla resumen de las sesiones que se llevan a cabo en la Educación Maternal en el centro Puerta de Madrid.....	52
Tabla 3. Denominación de los paradigmas según diferentes autores.....	77
Tabla 4. Características sociodemográficas y obstétricas de las participantes. ....	97
Tabla 5. Características sociodemográficas y obstétricas de la muestra seleccionada .....	100
Tabla 6. Esquema general para la planificación y desarrollo de las entrevistas.....	101
Tabla 7. Temas a tratar como base para el guión de la entrevista .....	102
Tabla 8. Dimensiones definidas a partir de la primera entrevista.....	114
Tabla 9. Dimensiones definidas a partir de la segunda entrevista.....	115
Tabla 10. Dimensiones definidas a partir de la tercera entrevista .....	118
Tabla 11. Resumen de tipo de parto y lactancia .....	252
Figura 1. Continuo salud-enfermedad. Aspectos subjetivos y su relación con la enfermedad. Fuente: Colomer (2000, p.8) .....	29
Figura 2. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud. Fuente Colomer et al. (2000, p.16) .....	30
Figura 3. Esquema a partir de la teoría de Reads (1932) .....	37
Figura 4. Etapas en el progreso de la ciencia según Kuhn.....	63
Figura 5. Clasificación de los paradigmas según momento histórico, orientación y significado del cuidado (Kérouac, et al., 1996) .....	66
Figura 6. Resumen de autoras de teorías y modelos .....	71
Figura 7. Convertirse en madre. Tomado de Raile y Marriner (2010, p.583).....	74
Figura 8. Niveles en el diseño de la investigación .....	91
Figura 9. Sala donde se realizaban las entrevistas a las participantes .....	106
Figura 10. Criterios de confiabilidad. Fuente: Valles, 2003, p103. ....	110
Figura 11. Esquema sobre aspectos relacionados con la educación maternal .....	126
Figura 12. Cómo influye la EM en un grupo de mujeres .....	173
Figura 13. Fuente: La totalidad dividida en dos polos complementarios: Yin y Yang (Gutman, 2009, p.24) .....	177
Figura 14. Estilo de comportamiento del profesional. Fuente: (Clèries, 2006. P. 54). ....	203
Figura 15. Vínculo de pareja equilibrado. Fuente: Gutman (2009, p.127).....	210
Figura 16. Padre excluido de la diada y madre sola para criar al bebé. Fuente: Gutman (2009, p.82) .....	211
Figura 17. Triada: vínculo familiar equilibrado en el posparto. Fuente: Gutman (2009, p.74) .	215



# Capítulo I. Introducción



Imagen: *Confidencias entre embarazadas*. Fotografía propia

# CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La razón que inspira la elaboración de este trabajo es el contacto con las personas que han participado en las clases de Educación Maternal (EM) y la duda permanente de si esta experiencia resultaba útil en su trayectoria vital de transformarse en madres y padres. Es por ello que esta tesis ha supuesto un compromiso personal para saber qué es lo que la EM aporta exactamente a las mujeres en su proceso de convertirse en madres y mejorar esta intervención.

Así comenzaremos definiendo la EM, psicoprofilaxis obstétrica (PPO) o preparación al parto como el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se perciba de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional (Morilla, et al., 2009). Entendiendo que el embarazo es una situación fisiológica de la mujer podemos preguntarnos qué aporta entonces la EM, ya que las mujeres y sus parejas, así como la sociedad, deberían vivir este fenómeno como algo natural y no requerir ningún tipo de actuación por parte de terceros. No obstante, constituye una época de vulnerabilidad y a veces riesgo para la salud y el desarrollo de la criatura y de la mujer. Los cambios que se producen, tanto físicos, psicoemocionales, como sociales, pueden suponer una etapa de crisis vital personal y de pareja que para integrarlos adecuadamente requieren de análisis, preparación, vigilancia y cuidados de las personas implicadas en el proceso. Para ello se identifica la necesidad de apoyar en este tránsito a las mujeres y sus parejas, ofreciéndoles las herramientas necesarias para un afrontamiento positivo y una participación activa en el embarazo, parto y puerperio que permita el disfrute con los cambios (Sillero, 2012).

El objetivo de la EM, cuando comenzó se centraba en la disminución del dolor y en mejorar el afrontamiento al parto. Sin embargo el cambio en la forma de vida de las mujeres y la introducción de nuevas estrategias en la atención a los partos, como la no

intervención, la aplicación de la anestesia epidural, y el plan de parto entre otros, nos obliga a revisar los objetivos y la actividad (Artieta, et al., 2006).

Al consultar la bibliografía sobre el tema no hay resultados concluyentes respecto la utilidad de la EM (Gagnon, et al., 2008). Desde sus inicios en España hace cuarenta años hasta ahora, se han producido grandes cambios sociales y asistenciales. Las bases sobre las que se fundamentó la EM como método para evitar el dolor del parto están obsoletas, porque no lograron evitarlo y porque la técnica de la anestesia epidural obliga a revisar este objetivo (Artieta, et al., 2006). De hecho, desde la implantación de la anestesia epidural el número de estudios sobre la EM ha disminuido notablemente; basta realizar la revisión bibliográfica y comprobar que son escasos los estudios que se encuentran esta primera década del 2000.

Sin embargo, sí que se detecta un interés por investigar qué sucede con la EM. Fernández (2009) ha iniciado un estudio en la Comunidad de Madrid en la que pretende analizar cómo se relacionan los cursos de EM y el número de visitas a los servicios de urgencias; es decir, si las mujeres que acuden a los cursos de EM hacen un uso mayor o menor del servicio de urgencias. Partiendo de que el objetivo de la EM es aumentar el nivel de conocimiento del embarazo, parto y puerperio, parece que las mujeres que acuden a los cursos harán un uso más responsable de los servicios de urgencias y de este modo se verá la eficiencia de la EM desde el punto de vista económico, además de estudiar las motivaciones de las gestantes que acuden al servicio de urgencias.

Otro estudio que también manifiesta interés por la asistencia de las mujeres a la EM es el de Cabrera (2009) que al detectar como en los últimos años ha disminuido el número de mujeres que acude a EM, se pregunta cuáles son los motivos o barreras por los que no acceden. En este estudio se señala que el 33,4% de las gestantes no acuden a EM y dentro de la población inmigrante el porcentaje de las que no acuden aumenta hasta el 66,6%.

A pesar de todo, las mujeres siguen demandando EM. La reflexión personal a partir de la experiencia como matrona de la investigadora durante veintiocho años, dieciocho de ellos en servicios de paritorio de diversos hospitales, tres años en consulta de atención a embarazo normal y siete en atención primaria, nos ha hecho pensar que la EM no ha sido tan eficaz como se pone de manifiesto en la literatura científica. Tras realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, se comprueba que *siguen sin conocerse los efectos de*

*la educación prenatal general para el parto o la paternidad, o ambos* (Gagnon, et al., 2008). Otros autores sugieren que los objetivos de la EM pueden ser distintos según el tipo de gestantes y parejas que asisten y que tal vez deberían diseñarse distintos tipos de clases con contenidos y metodologías diferentes. También plantean que estos cursos se deberían ofertar a la población con los contenidos y objetivos que cada uno ofrece y de forma clara, para que las gestantes y sus parejas puedan elegir (Enkin, et al., 2000), ya que estos programas no se han elaborado atendiendo a las necesidades expresadas por las gestantes, sino por los requisitos que los profesionales sanitarios han considerado oportunos (Gagnon, et al., 2008).

Si bien el objetivo de la EM para los profesionales y las instituciones es contribuir a que la gestante y su pareja vivan el embarazo de forma positiva y facilitar el parto y puerperio en los aspectos físicos y emocionales, además de favorecer el vínculo afectivo con su hijo (Santandreu, et al. 2001), cabe preguntarnos cuál es el objetivo de las mujeres que asisten a la EM.

Estudios en los que se valora la satisfacción de las gestantes (a través de una metodología cuantitativa), apuntan que en general se sienten satisfechas con el curso realizado, la metodología y los contenidos, ya que les fue útil en el proceso del parto, en la lactancia materna y les ayudó a valorar la presencia de la pareja en el parto, así como a tener una vivencia positiva del proceso (Pingarrón, 2002). Cuando se estudia desde la perspectiva cualitativa la EM se desprende que el programa permite intercambiar experiencias y potenciar la solidaridad y cohesión del grupo (Linares, et al., 2002). A pesar de ello, ambos estudios dejan grandes lagunas sobre los objetivos de la EM, que pretende dar mayor responsabilidad y capacidad de decisión en el proceso, a las mujeres y sus parejas.

Una revisión bibliográfica que realizan Artieta, et, al. (2006) señala que la EM ayuda a detectar mejor el inicio del parto a las mujeres que asisten a EM, también apunta, que la mayoría de los manuales, aceptan que disminuye el periodo de dilatación y el número de partos instrumentales. Pero estas afirmaciones están basadas en trabajos poco replicados y frente a éstos surgen otros que muestran que las mujeres que acuden a EM requieren más fórceps, cesáreas y medicación (Enkin et, al., 2000). Respecto al uso de anestesia, Artieta, et al. (2006) señalan que hay un requerimiento menor en las mujeres

que acuden, frente a Morilla et, al. (2009) que encuentra que el uso de anestesia es un 31% más alto en las mujeres que acuden a EM.

Siguiendo con la revisión de Artieta, et al. (2006) parece que las mujeres que asisten a EM tienen una vivencia más positiva del parto y se sienten más satisfechas de la experiencia. Respecto a la lactancia se señala que además de la EM debe existir un apoyo posnatal precoz para que se produzcan buenos resultados. Concluye diciendo que el mayor rendimiento de la EM se encuentra en temas como la lactancia y cuidados del recién nacido (RN), frente al parto. En un estudio posterior Artieta (2010) señala que la EM no se asocia a ningún beneficio hacia el parto, aunque sí se observa una disminución importante del abandono de la lactancia materna en el primer mes de vida del recién nacido. Sin embargo, una revisión en la Cochrane concluye que *los beneficios de los programas educacionales para los participantes y sus neonatos aún son inciertos* (Gagnon, et al. 2009).

Como podemos ver los diferentes estudios muestran resultados poco concluyentes sobre la utilidad de los programas de EM. Esto nos lleva a interesarnos por explorar la eficacia y los efectos reales de la EM para tratar de aplicar estas conclusiones a la mejora de la práctica profesional. La evaluación permanente del trabajo realizado, es imprescindible para adaptarse a las necesidades de las embarazadas en un mundo cambiante y ofrecer la mejor atención posible.

Por otro lado, también nos interesa conocer el perfil de embarazada que participa o no de las actividades de la EM. Somos conscientes de la dificultad de llegar a todas las embarazadas y por tanto, es necesario conocer el perfil de quienes no acuden a estos programas. Estudios como el de Márquez, et al. (2007) analizan este perfil de embarazada que no participa de las actividades de EM. Estas características están relacionadas con bajo nivel socioeconómico, adolescente, sin estudios o con estudios primarios, con hijos previos y que trabaja fuera de casa. Esto es un rasgo a tener en cuenta pues dentro del ámbito de intervención del Centro de Salud de la Comunidad de Madrid que se va a investigar y en el que se trabaja, existe un amplio colectivo de mujeres de etnia gitana e inmigrantes que casi nunca siguen el programa de EM y por tanto será difícil que participen en el estudio. Pensamos que su participación sería muy deseable porque su discurso nos aportaría pistas para acceder a este colectivo, que tal vez se vería muy beneficiado si conociéramos sus preferencias.



Estas investigaciones muestran la necesidad de realizar un estudio en profundidad que tenga en cuenta la voz de las participantes en estos programas de educación maternal. Para ello hemos diseñado un estudio cualitativo en el que se analizará el discurso de las mujeres que inician la EM.

## 1. ESTRUCTURA INTERNA DEL TRABAJO

El trabajo que se presenta en esta tesis doctoral está organizado en tres bloques. La primera parte incluye la construcción del contexto teórico que ha supuesto el marco de referencia sobre el que se diseña, desarrolla y analiza las cuestiones que componen este trabajo. En segundo lugar se desarrolla el análisis de las etapas que se siguen en esta investigación desde la perspectiva metodológica donde se presenta la justificación del diseño metodológico y los pasos seguidos a lo largo de todo el proceso de investigación. Y en tercer lugar se continúa con el análisis interpretativo de los datos, que se presenta en dos partes. La primera que trata de responder a nuestra primera pregunta de por qué acuden las mujeres a las clases de EM y la segunda parte que trata de responder a cuál es la influencia que ejercen las clases de EM en el grupo de mujeres estudiadas.

### Primera parte: Aproximación teórica

El marco teórico sirve para situar cuál es el entorno donde se desarrolla nuestro trabajo y consta de dos capítulos:

- Capítulo I: **Concepto de La EM.** En este capítulo se dará a conocer qué es la EM, cuál fue su origen, cómo ha evolucionado a lo largo de la historia y de qué forma se desarrolla en el momento actual en el ámbito de estudio que es el centro de salud *Puerta de Madrid*.
- Capítulo II: **La disciplina enfermera.** Con el fin de situar cuál es la competencia profesional de la matrona en la sociedad, se realiza un acercamiento a lo que es la disciplina enfermera puesto que la matrona es una enfermera que ha cursado el programa de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica y por lo tanto

comparte su cuerpo de conocimiento. Queremos aclarar que cuando nos referimos a la disciplina enfermera estamos tratando la ciencia enfermera y cuando hacemos alusión a la profesión enfermera estamos apuntando al ejercicio o práctica de la enfermería basado en el conocimiento enfermero (Francisco, 2001).

## **Segunda parte: Aproximación metodológica**

En esta segunda parte nos acercaremos a la metodología empleada en la investigación que está formada por un solo capítulo.

- Capítulo III: **Metodología**. En primer lugar fijaremos los objetivos de nuestra investigación para pasar después a exponer y justificar los métodos y técnicas utilizados en la investigación, así como la población seleccionada o unidad de análisis, para finalizar con la descripción y análisis del proceso de interpretación de los datos.

## **Tercera parte: Análisis interpretativo**

Presentamos dos capítulos en los que incluimos los principales resultados del análisis interpretativo de los datos que han constituido el núcleo de esta investigación. Comenzaremos por extraer las ideas fundamentales que las mujeres de nuestro estudio desvelan en la primera entrevista, antes del inicio de las clases de EM, en el que se recogen las razones por las que acuden al curso así como distintos aspectos relacionados con la EM. En el siguiente capítulo desarrollamos las reflexiones que las mujeres realizan después de haber asistido a las clases del segundo ciclo de EM y que quedan plasmadas en dos entrevistas, una un mes después de finalizadas las clases y antes del parto y la tercera un mes después de haberse producido el parto.

- Capítulo IV: Resultados I: **Por qué acuden las mujeres a la EM**. En el que se recogen los análisis del discurso de las siete mujeres seleccionadas de entre las trece participantes. Dicho análisis nos llevó a establecer cinco dimensiones, tres muy rela-

cionadas con la EM y que son las que dan respuesta a la razones que las empujan a asistir a los cursos, cómo denominan a dicha actividad, y cuál es su noción y expectativa previa a la realización del curso. Por otra parte se descubren dos dimensiones más que no son intrínsecas del programa pero que forman parte del entorno maternal y son la visión que tienen las mujeres de la matrona como profesional sanitario y la emoción del miedo que está presente en todas ellas así como el cobijo que encuentran en la figura de su propia madre.

- Capitulo V: Resultados II: **Cómo influye la EM en el grupo de mujeres.** Del examen e interpretación de las entrevistas posteriores se cosechan cuatro dimensiones más, dos están muy relacionadas con la actividad de la EM y son el compartir con otras mujeres y el conocimiento del proceso. Por otra parte se encontró que las personas del entorno de las gestantes y la intimidad que lograban conseguir en el puerperio eran decisivas en su proceso maternal.



# Capítulo II. Concepto de educación maternal

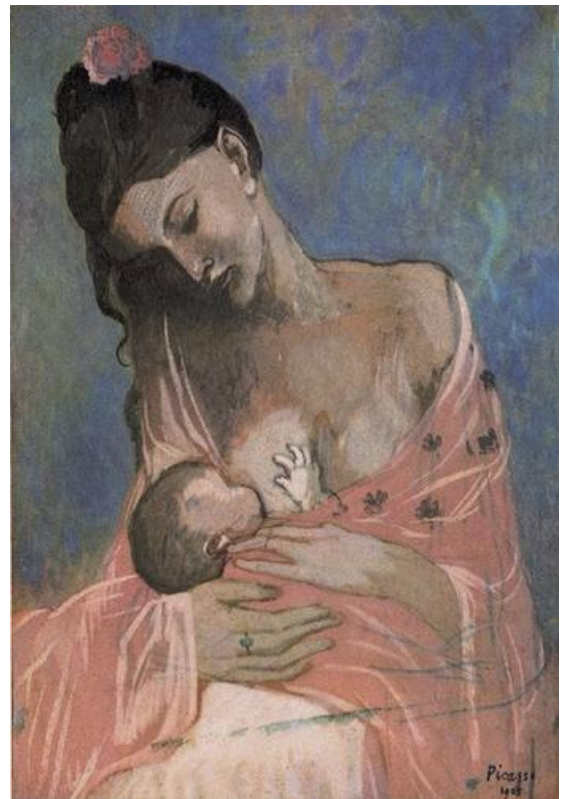


Imagen: *Maternidad*, Picasso (1901).

## CAPÍTULO II. CONCEPTO DE EDUCACIÓN MATERNAL

La Educación Maternal (EM), Psicoprofilaxis obstétrica (PO) o Preparación al parto es el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, personas y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se perciba de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional (Morilla et al., 2009). Es una actividad que se propone, desde los Servicios de Salud para que las parejas puedan recuperar su espacio y aprender del grupo (Santandreu et al., 2001). El embarazo es una de las crisis de maduración en la vida y asistir a los cursos de EM le permitirá a la mujer lograr un adiestramiento en su transición a la maternidad, cuidados y comunicación con el bebé, así como el control de sus impulsos y emociones (Pérez, 2006). Rufo y Fernández (1987), citados por Linares et al. (2002, p.34) la definen así: *“...en consonancia con el ámbito cultural y social donde se asiente y desde el respeto al mismo, se estructuran como un conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se vivencie de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional”*. Estos autores hacen hincapié en que la EM no sólo se realiza en el ámbito sanitario sino también se ejerce por la sociedad en la que la gestante vive, su comunidad y las personas que la rodean son fuente de conocimiento e información en esta etapa de su vida en la que se encuentra muy receptiva a incorporar conocimientos nuevos que resuelvan sus dudas. Y para determinado grupo de mujeres, las costumbres y hábitos de sus familias y entorno, sigue siendo el referente y guía de actuación, en su periodo maternal. Como paradigma está la etnia gitana que en el centro de salud en el que se lleva a cabo el estudio es un colectivo importante y que en escasas ocasiones asisten a las clases grupales de EM. Tan sólo acuden cuando son derivadas por su médico de atención primaria a la primera visita, y cuando se les explica que esta consulta es para la

captación de los grupos de EM, pierden todo su interés y no suelen volver cuando son convocadas para iniciar el curso. Sólo se citan en la consulta por problemas de salud.

Los cuidados maternos son tan antiguos como la historia de la humanidad y tradicionalmente se han originado y desarrollado en el ámbito doméstico y familiar. Cada comunidad desarrolló unas prácticas basadas en sus creencias y valores que transmitían de generación en generación (Oliver, 1998). Las mujeres alcanzaban los conocimientos y la madurez, respecto a la maternidad, a través de los modelos referenciales de las mujeres que les precedieron. Las niñas veían y vivían los nacimientos en donde la crianza y el cuidado se compartía entre los miembros de la familia (Santandreu et al., 2001).

Los cambios socioeconómicos y culturales, que se produjeron en las décadas de los 60 y 70 en España, dieron lugar al parto hospitalario, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la disminución de la natalidad y la transformación de las unidades familiares en familias nucleares ha provocado un cambio en los estilos de vida en la mujer actual que poco tiene que ver con el de las mujeres de generaciones anteriores, por eso el sistema sanitario comienza a ofertar los cursos de EM (Oliver, 1998; Santandreu et al., 2001).

Así en la década de los años 80, el Sistema Sanitario Español inició el programa de salud Materno-Infantil en el marco de la Atención Primaria de Salud; y dentro de las actividades destinadas a proporcionar recursos y estrategias a la mujer embarazada y su pareja, que en esta nueva sociedad se sienten más solas y desorientadas ante el nuevo modelo social en construcción, se encuentra la EM. Los métodos de EM fueron introducidos en España por la matrona Consuelo Ruiz y Álvaro Aguirre de Cárcer en la década de los años 70, del pasado siglo, cuando la EM se entendía fundamentalmente como preparación al parto y lo que se pretendía era la manera de afrontar el dolor del parto (Linares et al., 2002; Fernández, 2013).

Antes de exponer en qué consiste la EM vamos a tratar de aclarar los conceptos Educación, Salud y Educación para la Salud.



## 1. CONCEPTO DE EDUCACIÓN

Nos interesamos por lo que es la Educación, ya que el nivel de educación de las mujeres tiene una importancia trascendental en el grado de morbilidad de las mujeres en el proceso maternal. Karlsen et al., en 2011 publicaron un artículo en el que apuntaban que aproximadamente 300.000 mujeres mueren al año en el mundo por problemas relacionados con el embarazo o parto. Estos autores encontraron una relación muy estrecha entre niveles bajos de educación y alto grado de mortalidad. Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la OMS, uno de ellos es disminuir la mortalidad materna y favorecer el acceso universal a asistencia sanitaria de buen nivel para las mujeres en proceso reproductivo. Por lo que esta investigación también abordó otros factores relacionados con la mortalidad materna como las instituciones de salud en que son atendidas las mujeres, la asociación de la edad materna, el estado civil, la paridad, la capacidad institucional y la inversión a nivel estatal en la atención de salud. Los resultados del estudio fueron que las mujeres sin educación tenían 2,7 veces más riesgo de mortalidad materna que las que tienen 12 años de educación; y las que tienen entre uno y seis años de educación tenían el doble de riesgo de mortalidad materna de las mujeres con más de 12 años de educación. La capacidad institucional no se asoció con la mortalidad materna en este modelo de investigación. Respecto al estado civil, las mujeres que no estaban casadas o vivían en pareja tenían casi dos veces más de riesgo de mortalidad que las que estaban casadas. Había un riesgo significativamente mayor de muerte entre las mayores de 35 años y las que tienen una mayor paridad, así como en las que viven en países con bajos niveles de inversión estatal en atención sanitaria.

Este estudio justifica sobradamente la necesidad de que las mujeres accedan a una educación básica, ya que incluso las mujeres que pueden ser atendidas en instituciones con una adecuada atención al parto, su bajo nivel de educación hacia aumentar la mortalidad materna. Esta investigación concluye que para lograr los ODM, se debe de prestar más atención a los determinantes de la salud, que más adelante abordaremos en el epígrafe de Salud.

En primer lugar definiremos educación. En la página Web diccionario etimológico de la lengua española al referirse al término educación dice: *Hay casi tantas definiciones de educación como autores que se ocupan del tema, pero se la puede concebir como un*

*proceso de transmisión de contenidos que apunta a desarrollar todas las potencialidades de un individuo.* Es una palabra de origen latino que procede del verbo Educare que significa ‘educar’, ‘criar’, ‘alimentar’ se formó mediante el prefijo ex- ‘fuera’ y el verbo ducere ‘guiar’, ‘conducir’. Educación proviene del sustantivo latino educatio, onis. Es decir, educar es enseñar, guiar, ayudar a crecer y madurar. Se percibe que la educación no se constituye en un mero establecimiento de información, pero sí de trabajar potencialidades interiores del ser, con el fin de que emerjan. Este proceso no solo se produce con la trasmisión verbal o escrita de conceptos, términos y fenómenos, sobretodo se realiza a través de la forma de actuar, de las costumbres y valores que tiene una determinada sociedad. Por lo tanto la educación es un proceso de socialización que depende del entorno cultural al cual pertenece cada individuo y que a través de ella, las personas desarrollan habilidades, destrezas y capacidades físicas e intelectuales que componen una forma de ser, de sentir y comportarse de cada individuo.

Dependiendo de la forma e institución en la que se produzca la educación la UNESCO define tres tipos de educación: La **Educación Formal**, nos referimos a la que se realiza en el sistema educativo, que está altamente institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado, y que realizan los individuos desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la universidad; La **Educación No Formal** comprende el conjunto de actividades organizadas de forma sistemática y con carácter educativo, que se realizan fuera del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a distintos grupos diferentes y particulares de la población, tanto adultos como niños; y la **Educación Informal** que es un proceso que se produce a lo largo de toda la vida y en el que las personas adquieren y acumulan conocimientos, habilidades, actitudes y sentido crítico a través de las experiencias diarias y su relación con el entorno que le rodea. Este tipo de educación carece de organización y de sistema, sin embargo constituye la mayor parte del aprendizaje total de la vida de una persona (Torres, 2007).

Según esta clasificación la educación para la salud estaría comprendida dentro de la categoría de Educación no Formal pero también dentro de la Informal, ya que las personas a lo largo de su vida van acumulando conocimientos, habilidades y actitudes a través de su experiencia y en relación a lo que cada uno interioriza de lo que significa la salud y cómo cuidarse. Así mismo, tampoco debemos olvidar la repercusión tan

significativa que tiene la Educación Formal en la reducción de la morbimortalidad materna.

## 2. EL CONCEPTO DE SALUD

Es un concepto tan abstracto y tan complejo que es difícil llegar a una única definición. La salud ha sido una preocupación constante para la humanidad a lo largo de la historia. Está íntimamente relacionada con las creencias fundamentales que los humanos tienen respecto a la vida, al sufrimiento y la muerte. El concepto ha ido modificándose a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento y de la metodología que se ha utilizado para analizarla. Así ha pasado por un sentido mágico, religioso, naturalista, bacteriológico, individualista hasta llegar a un sentido contextual-comunitario-holístico (García et al., 2000). A pesar de haber cambiado su significado, se ha mantenido su consideración como uno de los grandes valores de los individuos las personas y de las sociedades, junto con los de la justicia, la libertad o la educación. Este hecho se pone de manifiesto en las constituciones o normas nacionales de todos los países desarrollados donde queda plasmado el derecho de sus ciudadanos a la salud. En nuestro caso es en el artículo 43 de nuestra Constitución, donde se recoge dicho derecho (Colomer et al., 2000).

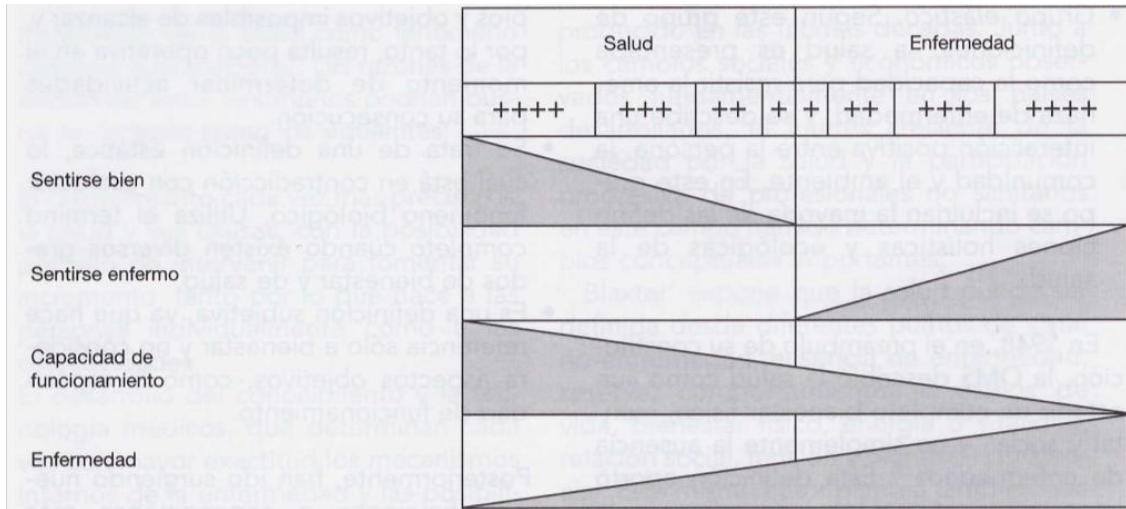
Blaxter (1995), citado por Colomer et al. (2000, p.6), señalaba que la salud puede ser definida desde varios puntos de vista: como no enfermedad, ausencia de enfermedad, reserva, bienestar físico, energía, relación social, función, y bienestar psicosocial. Además propone que la salud también adquiere significado diferente a lo largo de las distintas etapas de la vida y que existen diferentes concepciones entre hombres y mujeres. Asimismo, la salud puede ser definida y estudiada desde diferentes puntos de vista; como el sanitario, el sociológico o el económico.

Como venimos presentando existen muchas definiciones de diferentes autores, del término salud, pero según el organismo de máxima autoridad mundial, la OMS, en 1948 lo hizo con estas palabras:” *Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia*”. De este modo, se entiende por salud como un estado, es decir una cualidad vital que tiene repercusión en

todos los aspectos de la vida, es un recurso del individuo para poder desarrollar una vida individual, social y económicamente productiva (OMS, 1998). Los aspectos innovadores que se incorporaron fueron la expresión de un estado óptimo positivo y la integración de los campos mental y social. Aunque no obstante, ha sido muy criticada por ser utópica al equiparar bienestar a salud y expresar más un deseo que una realidad, además de estimar la salud como un estado fijo, y sobre todo por ser una definición muy subjetiva (Frías, 2004). A la vez el término bienestar abrió la entrada a una nueva perspectiva de la persona y su entorno, de este modo se comienzan a contemplar aspectos como los afectivos y sociales, pero también otras facetas como los determinantes del estado de bienestar, que trasciende a los profesionales de la salud. Al vincular bienestar y salud, entramos en una dimensión que afecta a una gran parte de los aspectos que componen la vida de las personas y las sociedades, como la regulación de las actividades económicas, la distribución de competencias, el empleo, la educación o la manera de abordar la cohesión social. Definiciones posteriores, han señalado la importancia que las relaciones humanas tienen con su entorno para poder establecer el estado de salud (García et al., 2000).

El concepto de salud queda ampliado al incorporar la capacidad de la persona para tener una actividad y desarrollar una función, entre ellas exponemos la de Milton Terris en 1987 citado por Colomer et al. (2000, p.8): *La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente de ausencia de afecciones o enfermedad.* Este autor estimó que la salud se construye de dos elementos uno subjetivo que es el bienestar y otro objetivo que es la capacidad de funcionar.

Como podemos observar en la figura, Terris, introduce el dinamismo al concepto de salud, al señalar que tanto la salud como la enfermedad, se presentan en diferentes grados, en cuyos extremos estarían por un lado el óptimo estado de salud y por el lado opuesto la muerte. Sin embargo, entre ambos límites existe un gran rango de matices algunos más cercanos al *sentirse bien*, pasando por *sentirse menos bien*, hasta pasar a *sentirse enfermo* con una limitada capacidad de funcionamiento y en otros momentos con impotencia funcional.



**Figura 1. Continuo salud-enfermedad. Aspectos subjetivos y su relación con la enfermedad. Fuente: Colomer (2000, p.8)**

Desde el punto de vista subjetivo, sentirse bien es un modo totalmente exclusivo de cada ser humano, así las personas que pueden estar afectadas por grandes lesiones se consideran sanas si ellas así se perciben. Sin embargo nos encontramos con otras personas cuyas funciones vitales están en perfecto estado y por el contrario se sienten mal. Este sentido subjetivo de salud está lleno de paradojas y ambivalencias. Del mismo modo encontramos a las personas adictas a sustancias que se sienten bien, mientras sus estructuras fisiológicas y psíquicas se encuentran dañadas. Desde el prisma de la objetividad la salud es la capacidad de adaptación del ser humano al entorno, así consideramos más sanos a las personas con más habilidades para acomodarse a las situaciones que le depare la vida (García et al., 2000).

La salud es una realidad tan compleja, que para estudiarla se utilizan modelos que incluyan todos los determinantes que influyen en ella y de este modo proponer políticas de salud. El modelo más extendido es el denominado Lalonde (1974) que establece cuatro categorías determinantes de la salud<sup>1</sup>: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana que viene condicionada por la herencia genética. Dever en 1976, mejoró dicho modelo, denominándolo *modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud* describiendo cada categoría con

<sup>1</sup> La OMS define determinantes de la salud como: «Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el *estado de salud* de los individuos o poblaciones». Glosario, OMS (1998)

más precisión al señalar los elementos que componen cada categoría y es el que presentamos en la siguiente figura:

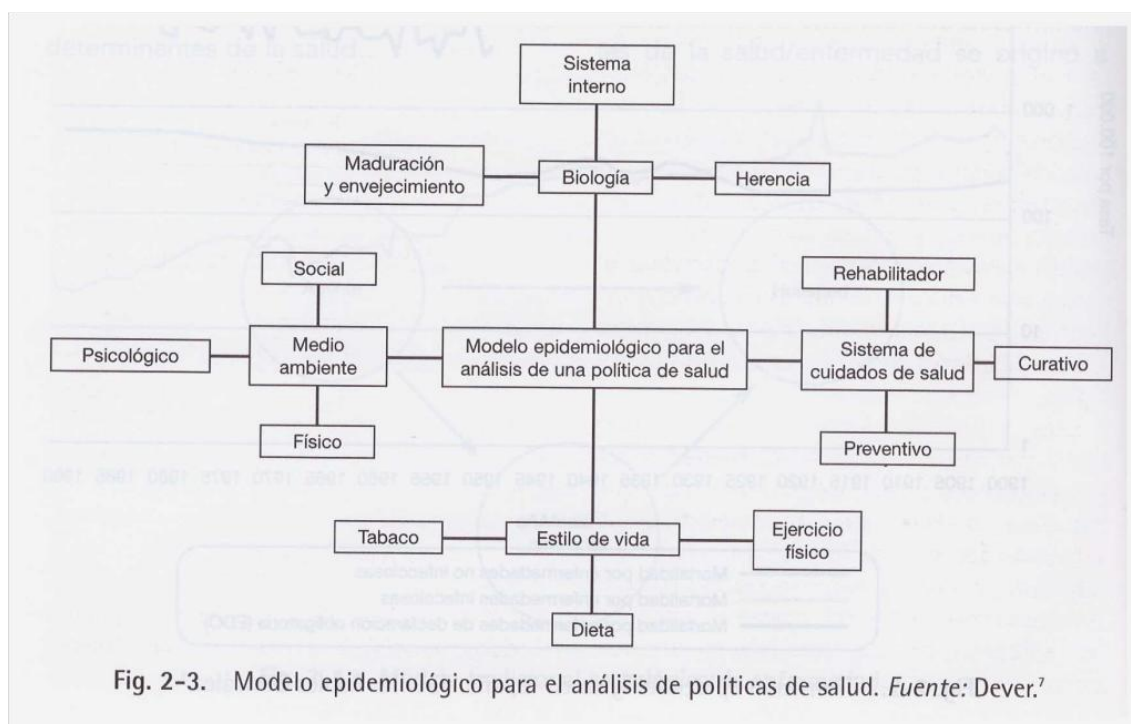


Figura 2. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud. Fuente Colomer et al. (2000, p.16)

Se aprecia que Dever distingue dentro de la categoría **biológica o genética**, la herencia, el sistema interno, la maduración y el envejecimiento, es decir el ciclo vital; dentro del **medio ambiente**, diferencia entre lo social, lo físico y lo psicológico; para el **estilo de vida** incluye el ejercicio físico, la dieta y el tabaco entre otros tóxicos; y por último dentro del **sistema de cuidados de salud** lo subdivide en el que atiende la parcela curativa, la preventiva y la rehabilitadora. Este modelo fue el que inspiró a la OMS para su estrategia de: *Salud para todos en el año 2000*. Así mismo, fue incorporado para la adaptación de dichos contenidos a la realidad española.

La OMS (2013), al enunciar los objetivos de las estrategias de salud para Europa en el año 2020, Tiene dos objetivos estratégicos: uno entorno a la equidad, el género y los derechos humanos y el segundo, incidir en que los países gestionen mejor sus sistemas de salud. Los elementos esenciales para alcanzar estos objetivos son el compromiso político, la experiencia profesional y la participación de la sociedad civil.

Examinando los objetivos que plantea la OMS, vemos que todos ellos tienen un cargado matiz social y que dependen de la interacción de los individuos en su comunidad, de los modelos educativos, económicos y culturales. Es lo que se denomina *salud holística* o *concepto ecológico de salud*, que abarca los rasgos biológicos de las personas dentro de las comunidades donde vive y el medioambiente donde se desenvuelve (García et al., 2000).

### **3. CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Ante las premisas anteriores del concepto de educación y de salud podemos decir que la Educación para la Salud (EpS) quedaría enmarcada dentro de la educación no formal, ya que es una actividad organizada de forma sistemática por una institución y para un grupo concreto de personas con unas necesidades determinadas, para poder desarrollar su vida de una manera plena en relación a su salud. Aunque también desde una perspectiva más amplia es lo que las personas quieren aprender del entorno en el que viven respecto a mejorar su salud.

Según la OMS (1998), la **Educación para la salud**, *comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad*. En esta definición no solo aborda la transferencia de información, además implica estimular en las personas la motivación y recursos personales como habilidades y autoestima que serán necesarios para tomar medidas que mejoren su salud. Además, no sólo aporta información respecto a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino que también incluye a los factores de riesgo y los comportamientos de riesgo. Del mismo modo aborda el uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud significa transmisión de información y desarrollo de habilidades personales que permitan organizar actuaciones de diversas formas, dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.



Otra definición más pragmática es la propuesta por Sommers en 1998 como: *el proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar la consecución de estos objetivos y dirige la formación de los profesionales y la investigación hacia ello* (Sánchez et al., 2008, p.34). Este autor amplía el concepto, incluyendo a los profesionales de la salud como actores del proceso.

Aunque la definición descrita por Alessandro Seppilli es más antigua, sin embargo es la más referenciada en los manuales consultados, además es la que da mayor énfasis al individuo como protagonista y responsable del proceso. Este autor la definió en 1971 como: *Un proceso de comunicación interpersonal dirigido a facilitar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud, y a responsabilizar a los individuos y grupos sociales con respecto al comportamiento que tiene un efecto directo o indirecto sobre la salud física, psíquica y social de los individuos y la comunidad.*” (Colomer et al., 2000, p.62). Con las palabras salud física, psíquica y social de los individuos, da respuesta a esta tridimensionalidad del ser humano, es decir a lo físico, psíquico y social, es complejo, pero la EpS debería poner orden en estos tres aspectos, puesto que la educación es capaz de generar cambios y sabemos que los comportamientos de las personas aumentan o disminuyen la salud individual o colectiva. Los cambios generados a través de la educación pueden potenciar la salud. El acercamiento a la EpS debe ser interdisciplinar, tanto desde el campo de la educación como de la salud, pero sobre todo centrar el protagonismo en la acción de la persona que decide el modo de vivir la vida. Por ello tendremos que tener en cuenta el concepto de salud, valores y sistemas de referencia de las personas a las que se dirige, pero también conocer métodos educativos, técnicas de comunicación y aprendizaje; y todo ello no como conceptos aislados y parciales, sino como el fenómeno global que es la actividad humana, que puede ser saludable o no saludable (Serrano, 2002; Frías, 2004)

Según todo lo que venimos desarrollando, los objetivos que debe presentar cualquier programa de salud son: modificar los conocimientos y creencias erróneas de las personas; cambiar actitudes y valores que no se adecuen a las necesidades de salud; aumentar la habilidad para la toma de decisiones; modificar comportamientos inadecuados; establecer ambientes adecuados; conseguir cambios sociales hacia la salud; y favorecer la capacidad y el poder de la persona, los grupos de personas y las comunidades (Sánchez et al., 2008). Para que estas necesidades queden cubiertas será



necesario intervenir en tres niveles: **Institucional**, sensibilizando a las instancias gubernamentales para que aprueben políticas saludables en los distintos ámbitos de la vida pública, como la industria, el urbanismo, la cultura o la comunicación social; **Ambiental**, reforzando la acción de los individuos para que las comunidades tomen responsabilidad en la construcción y defensa de entornos saludables; **Personal**, intentando que cada ciudadano integre el autocuidado y elija estilos de vida saludables (Frías, 2004).

Derivado de los aspectos que venimos desarrollando el concepto de EpS se sustenta en dos derechos fundamentales el de la educación y el de la salud.

El Derecho a la Educación viene recogido en la Constitución Española de 1978 en su artículo 27 en el que se reconoce el derecho de todos los ciudadanos españoles a la educación y que se desarrollada la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad de la Enseñanza (LOMCE) aprobada en diciembre de 2013. Por otra parte el Derecho a la Salud, que queda reconocido en la Constitución Española en su artículo 43 y se desarrolla en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública en cuyo preámbulo se señala:

- En el capítulo I del título I se desarrollan los **derechos de los ciudadanos en materia de salud pública**, dando importancia a valores tales como la información, la participación, la igualdad, la confidencialidad, intimidad y dignidad.
- Los capítulos I y II del título II, están dedicados a la regulación de la vigilancia y promoción de la salud. Basándose en la experiencia ya desarrollada en la materia, particularmente en la vigilancia de las enfermedades transmisibles, se extiende ahora a los **condicionantes de los problemas de salud** que son el objeto de las políticas para mejorarla. Esta ley dispone las bases de una **vigilancia integral de salud pública** que abarca todos los condicionantes de la salud y el propio estado de salud.
- El capítulo III establece las líneas generales que deben seguir las **políticas en materia de prevención de problemas de salud y sus determinantes**, que tienen por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar sus consecuencias negativas

mediante políticas de carácter sanitario, ambiental, económico, laboral, alimentario o de promoción de la actividad física, entre otras; se regulan también las actuaciones específicas sobre cribados, correspondiendo a las autoridades sanitarias promover que los mismos se implanten con la máxima calidad posible y la mayor accesibilidad posible para la población realizando las campañas oportunas. **Esta ley debe ser un instrumento clave para evitar la implantación de acciones supuestamente preventivas cuyo beneficio no se ha demostrado científicamente y que pueden causar perjuicios.**

- El capítulo IV, dedicado a la **coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones** en el Sistema Nacional de Salud, sienta las bases para que éstas se implanten en los servicios sanitarios de una forma coordinada con las actuaciones de las estructuras de salud pública.
- El capítulo V trata de la importancia de una **gestión sanitaria adaptada a la salud pública**. Para alcanzar los objetivos descritos en esta ley es esencial que en todos los niveles y escalones asistenciales se coordine apropiadamente la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, garantizando la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales; **por tanto, la gestión sanitaria atenderá a los resultados en salud**. Lo establecido en esta ley sobre gestión sanitaria está en línea con la propuesta del informe de la Organización Mundial de la Salud «Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud» y los desarrollos posteriores en la esfera internacional, que abogan por una dirección de los servicios asistenciales guiada a mejorar la salud de la población.
- El capítulo VI aborda las actuaciones de la **salud pública en materia de protección de la salud que van dirigidas a la prevención de los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas**. Recoge los aspectos más relevantes en los que se sustenta la acción de gobierno de la sanidad ambiental, que cobra un espacio propio y definido en el ámbito de la salud pública. La salud humana depende en gran medida del entorno en que se desenvuelve la vida. y por tanto es esencial la salubridad de los alimentos, el agua y el aire. Pero el entorno en el que se desenvuelve la vida humana no está constituido exclusivamente por el medio

natural, sino que hay que considerar también el entorno socialmente construido conformado por la vivienda, el lugar de trabajo, el colegio, los lugares de ocio, la ciudad en su conjunto y los estilos de vida. Se establecen asimismo las acciones en materia de **salud laboral**, que deben ser contempladas en la cartera de servicios de la salud pública.

- El capítulo VII determina la aplicación en España de la **evaluación de impacto** en salud, es decir, la combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante la cual un programa o norma pueden ser evaluados en relación con sus efectos y la distribución de los mismos sobre la salud de la población.

Se puede comprobar que es una ley que incorpora los objetivos de la OMS para la salud en 2020 y que para su desarrollo son imprescindibles los programas de educación para la salud. A la vez que incluye los principios de los nuevos paradigmas en salud que más tarde abordaremos en esta tesis, dando especial relevancia a la participación de las personas en sus procesos de salud e interviniendo en los determinantes de la salud.

## **4. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL**

La EM tiene su origen en el intento de solucionar el problema del dolor en el parto a principios del siglo XX (Gala et al., 1993; Santadreu et al., 2001; Fernández, 2009). Desde un punto de vista antropológico el dolor del parto se produce por el temor atávico a ese momento que es fomentado por las mujeres de generación en generación. Este miedo surge del pánico ancestral a lo inexplicable y misterioso que supone el nacimiento de una nueva vida y sobre todo a la muerte de la madre (Harris 1986 citado por Gala et al., 1993, p.41). Aunque el parto es un proceso fisiológico como defecar o comer que no debería suponer ningún sufrimiento; sin embargo ha sido falseado y revestido por la sociedad de miedo y ansiedad, que es la causa por la que se percibe con dolor (Penzo, 1989; Dershimer, 1985, citado por Gala et al.1993, p.41).

Los testimonios desde Heterodoxo, Plinio el Viejo, Tito Livio, Marco Polo o más recientemente los antropólogos británicos del siglo XIX como Humbolt, constataron que en los *pueblos bárbaros* las mujeres no tenían miedo ni dolor en el parto, ya que lo viven como algo completamente natural (Gala et al., 1993).

En los años 70, del pasado siglo, estudios experimentales con implantación de electrodos en los centros del dolor confirmaban que el parto no era algo tan doloroso, por ello se llegó a la conclusión de que este dolor se debe a mecanismos motivacionales y cognitivos del que forman parte las expectativas temerosas (Melzack 1988, citado por Gala et al., 1993, p.42).

Desde el punto de vista biológico, el parto es un trabajo fisiológico y natural donde el dolor aparece por el miedo y la ansiedad a la tensión que produce la asinergia entre las fibras del cuello y las del cuerpo del útero en el momento de las contracciones (Gala et al., 1993; Santandreu et al., 2001).

Hasta el siglo XIX el principal problema de los partos era el alto índice de mortalidad materna que provocaban las infecciones y las hemorragias. Una vez superados, gracias a los avances científicos realizados por Semmels o Pateur, se pasó a investigar la manera de evitar el sufrimiento en el parto. El primer parto con anestesia, utilizando cloroformo, para evitar el dolor fue el de la reina Victoria de Inglaterra en 1853; pero la vía farmacológica tenía muchos efectos secundarios y se abandonó ese camino, para comenzar a trabajar en ciencias como la psicología y la pedagogía para evitar el dolor en el parto (Gala et al., 1993).

En 1839 Folssac introduce la hipnosis en el parto para paliar el dolor y en 1922 los obstetras alemanes Schultz y Rhonhof que también utilizaban la hipnosis en el parto, comienzan a introducir además tres o cuatro clases educativas antes del parto con el propósito de mejorar los resultados y con ello, consiguen reducir el tiempo necesario para lograr el estado hipnótico en el parto (Fernández, 2012). Esto demuestra que las sesiones educativas favorecen la intervención llevada a cabo.

Después de la Primera Guerra Mundial se empezó a presentar de forma científica el rol de la mujer en el trabajo de parto. Ella era la protagonista y se debía entrenar para estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas.

Las bases científicas de la EM en aquel momento histórico eran:

- **FORMA FÍSICA:** Desde este punto de vista, se considera el parto como un trabajo físico para el que la mujer urbana no está preparada por su vida sedentaria. Los datos transculturales aportaban que las mujeres con mejor forma física y tono muscular, sufrían menos dolor.

- RESPIRACIÓN: Respirar de forma adecuada en cada una de las fases del parto, para lograr la correcta oxigenación del organismo de la mujer que está de parto.
- INFORMACIÓN: para evitar el condicionamiento que se produce en la corteza al interpretar las contracciones uterinas como algo doloroso; el miedo condicionado generalizado en todas las situaciones del parto por el ritual, el desconocimiento y la desinformación (Gala et al., 1993; Santandreu et al., 2001).

Todo esto fue recogido por varios autores y así surgieron:

### 1. Escuela Inglesa

En 1932 Dick Reads, obstetra inglés, comienza publicando la obra *Natural Childbirth*, diez años más tarde continua con *The revelation of childbirth* y en 1944 culmina con *childbirth Without Fear*. A lo largo de estas obras va desarrollando su teoría en la que trata de mostrar que el parto es un proceso fisiológico similar a los de eliminación de nuestro organismo, y que por lo tanto no debe molestar y reconoce el temor como el principal agente productor del dolor en un parto. Además sus estudios de Biología, Zoología y Fisiología junto con la observación de las mujeres que se enfrentan al parto sin temor sufren menos en el parto, confirman que el origen del dolor surge del miedo y la tensión muscular. A partir de esta premisa creó el método educativo basado en la información a través de charlas explicativas para evitar el miedo a lo desconocido, la relajación siguiendo la técnica de Jacobson, y establecer una confianza mutua entre el equipo asistencial y la mujer. Para Read no es necesaria la reparación con ejercicios de gimnasia, es más los considera contraproducentes (Gala et al., 1993; Santandreu et al., 2001; Fernández, 2012).

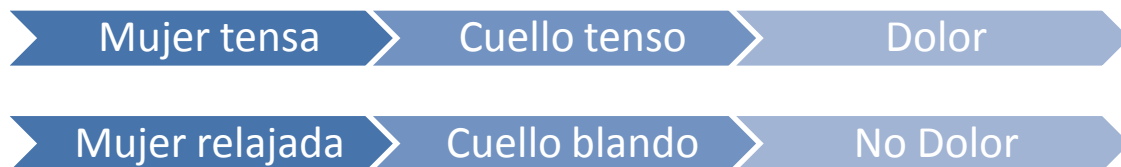


Figura 3. Esquema a partir de la teoría de Reads (1932)

## **2. Escuela Rusa**

En los años veinte los doctores Velvoski, Platinov y Nikolaiev trabajan con hipnosugestión para atenuar el dolor sin lograr buenos resultados. Posteriormente, en 1949, el psiquiatra Velvosk basándose en los planteamientos de Paulov sobre los reflejos condicionados dolor- parto, junto al control del temor y el cansancio producido por la falta de forma física, dio lugar al método de psicoprofilaxis obstétrica.

Éste método consiste en disociar o descondicionar el miedo al parto de las contracciones, y condicionar las contracciones a ideas y pensamientos positivos, además de lograr que la mujer participe realizando ejercicios de relajación muscular siguiendo la técnica de Shultz, fundamentada en la hipnosis y técnicas respiratorias en los pujos. Todas estas prácticas han sido entrenadas previamente en las clases de preparación al parto, y el recuerdo de clase es lo que facilita la creación de reflejos condicionados. El método ruso fue introducido en Europa por el tocólogo francés Lamaze en 1951, incorporando un ambiente cordial con la presencia del compañero en el parto. También tuvo buena difusión en China dado que fue presentado de forma accesible y sencilla a las mujeres de cualquier clase social y condición (Gala et al., 1993; Santandreu et al., 2001; Fernández, 2012).

## **3. Escuela Francesa**

Como hemos señalado es iniciada por Lamaze en 1951. Incorporó el entrenamiento respiratorio para aliviar el dolor del parto, mejorando la oxigenación de la madre y el hijo y evitando el impacto doloroso del diafragma contra el fondo uterino. Toma de Read la relajación muscular de Jacobson y realiza sesiones teóricas en las que participa también el compañero. A él le seguirá Frederick Leboyer, que incorpora la importancia de la arquitectura de los paritorios y los ambientes de luces suaves y músicas relajantes. También inicia el baño del recién nacido y por ello es considerado como el precursor del parto en el agua. En 1975 su libro *Nacimiento sin violencia*, recoge todos sus principios (Gala et al., 1993; Santandreu et al., 2001; Fernández, 2012).

## **4. Escuela Española**

La primera publicación al respecto es la de la matrona Consuelo Ruiz, en 1955 con su libro *El parto sin dolor*, en el que incorpora las tendencias que existían en ese momento. Al año siguiente, en 1956, Aguirre de Cárcer funda la escuela de *Sofropedagogía*

*Obstétrica o Educación Maternal.* Su objetivo no sólo es la analgesia en el parto, sino conseguir que las parejas adquieran conocimientos que les permitan vivir el parto con serenidad, atenuando sus miedos e intentando que vivan este momento con plena conciencia y satisfacción. Además también pretende abarcar el campo de la crianza e incluir temas que ayuden a formar un nuevo grupo familiar (Fernández et al., 2013).

En 1986 los programas de Educación Maternal se incorporan a la cartera de servicios de atención primaria en todo el Sistema Nacional de Salud y de este modo se populariza la llamada preparación al parto (Gala et al., 1993; Santandreu et al., 2001; MSC, 2002).

5. Otras aportaciones son la escuela de Montevideo, con Caldeyro-Barcia introduciendo conceptos como parto natural, humanizado y ecológico. También Leboyer en 1975 introduce nuevos aspectos que hay que considerar en el parto como el nacimiento no violento, en silencio y con escasa iluminación. Otra autora es Kitsinger que habla del abordaje del trabajo de parto con confianza y un enfoque adaptativo. Asimismo se han ido incorporando nuevas técnicas como el yoga, la reeducación postural global, la sofrología, o la haptonomía. (Gala et al. 1993; Santandreu et al. 2001; Fernández, 2009)

**Actualmente**, el objetivo de la EM es que la mujer embarazada y su pareja vivan el proceso del embarazo, parto y puerperio como una etapa trascendental en su vida, además de fomentar y favorecer el vínculo afectivo con su hijo. Se contempla a la embarazada y su pareja bajo una visión holística y trabaja en cuatro niveles (Santandreu et al., 2001):

- **Nivel mental.** A través del cual percibimos el mundo interno y externo, elaborando unos esquemas de valores que serán nuestro patrón de conducta.
- **Nivel físico.** Es el que percibimos mediante nuestros sentidos. Es la base de nuestra vida y nuestra experiencia, pero se sustenta del nivel de la energía.
- **Nivel emocional.** Las emociones son el contraste que se produce entre lo que se desea y lo que el mundo da. Allí es donde se producen la mayoría de los problemas de las personas.

- **Nivel energético.** Es el que anima y da vida al resto de los niveles. A través de la respiración y la relajación equilibramos la energía. Cuanto mejor funcione la energía en el organismo mejor y más fuerte se sentirá la persona.

Matilde Fernández (2012) en su tesis agrupa a una serie de autores y escuelas que han heredado los conceptos de las doctrinas o métodos anteriormente expuestos, además de incorporar aspectos como empoderar a la mujer para que logre ser la protagonista de su parto, siendo respetada por el personal sanitario que es atendida. También se hace hincapié en los cuidados del recién nacido incluyendo la importancia de generar una adecuada relación de vínculo y apego, además de la lactancia. Asimismo, se tratan asuntos como las nuevas responsabilidades que se adquieren con la llegada de un hijo, así como los cambios que se producen en las interacciones de las familias con esa llegada. Dentro de estos grupos destacamos:

- En 1960 se funda la International Childbirth Educators Association (ICEA) <http://www.icea.org/> La Asociación Internacional de Educación Parto (ICEA) es una organización profesional que apoya a los educadores y otros profesionales de la salud que creen en la libertad de tomar decisiones basadas en el conocimiento de las alternativas en la maternidad centrada en la familia y el cuidado del recién nacido.
- En 1965, en EEUU, Robert Bradley, enfatiza en la presencia del padre en el parto y en el nacimiento como un proceso natural.
- En 1970 Kabat-Zinn y sus colaboradores desarrollan el Método *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP) en la Universidad de *Massachusetts Medical School to childbirth* basándose en la reducción del estrés a través de la meditación y el yoga.
- En los años 70, Sheila Kitzinger, antropóloga inglesa, destaca la sabiduría del cuerpo de la mujer para parir. Es autora de *Pare a tu manera: Elegir un parto en casa o en un centro de partos*.
- En los años 70 en Países Bajos, aparece un nuevo enfoque de preparación para el nacimiento: *la Haptonomía* se basa en el contacto a través del tacto como medio de comunicación.



- Desde 1962 el obstetra francés, Michel Odent, desarrolló su trabajo en el hospital de Pitiviers en Francia hasta 1985, donde inició el parto en el agua y fue precursor del canto prenatal. Posteriormente se traslada a Londres donde funda el *Primal Health Research Centre*. Este centro, está destinado a investigar la repercusión e influencia que ejerce tanto el estado físico como el emocional durante el embarazo y el parto en la salud de los hijos. Un testimonio de estos estudios es su libro *La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad*.
- En 1984, Umberto Piscicelli, profesor de la Universidad Católica de Roma, publica su libro *Training Autógeno Respiratorio y Psicoprofilaxis en obstetricia*. Su método enfatiza en potenciar la autonomía de la mujer para que sea la protagonista de su parto y sus clases se fundamentan sobre la psicoterapia de grupo y la relajación.
- En 1987, Bárbara Harper, en EEUU, fundó Waterbirth Internacional. Es enfermera, partera, doula y educadora perinatal. Ha sido fundadora y directora de la Asociación Mundial para la Salud Materno Infantil. Es reconocida mundialmente como experta investigadora y autora de los protocolos para la atención del Parto en el Agua.
- En 1990, Marie Mickey, desarrolla el método Mongan también conocido como Hipnoparto. Parte de la premisa de que todas las mujeres tienen en sí el poder de conectarse con su instinto natural y lograr que el parto sea lo mejor posible para su bebé y para ella. Es un método en el que se enseña respiración, relajación, visualización, auto-hipnosis y se trabajan los temores, las emociones y la unidad familiar.
- En 1992, El Dr. Thomas Verny y Pamele Weintraub incorporan un modelo centrado en el vínculo afectivo con el bebé: *la Armonización intrauterina*. A través de técnicas de relajación profunda, visualización, masaje y música, fortalecen el vínculo entre los padres y sus hijos.
- En 2004, Wendy Anne McCarty, cofundadora de los programas de Maestría y Doctorado de *Santa Barbara Graduate Institute* en Psicología Prenatal y Perinatal, en su libro *La conciencia del bebé antes de nacer*, muestra los resultados de sus investigaciones en este campo.

Otra autora a destacar es Mercer (2006), que ha elaborado la *Teoría del Rol Materno-Convertirse en Madre*, y que considera que las matronas y enfermeras son las profesionales de la salud que más influencia y apoyo ofrecen a las madres para que desarrollen su rol materno que, aunque es un proceso que dura toda la vida, se inicia con el embarazo y es en los primeros cuatro u ocho meses tras el nacimiento cuando más ayuda y protección necesitan las madres en este proceso.

## 5.SITUACIÓN ACTUAL DE LA EDUCACIÓN MATERNAL

Los cambios socioeconómicos, culturales y políticos de las décadas 60, 70 y 80, del siglo pasado, dieron lugar a la reforma sanitaria española con la **Ley General de Sanidad**, 14/1986, de 25 de abril, que en el Capítulo III del Título III, art. 56, establece las funciones y cometidos de atención primaria de salud: *En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.* De este modo España incorporaba los postulados de la OMS de la conferencia de Alma-Ata (Almaty desde 1994) de 1978 que en el punto VI define la Atención Primaria como: *la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”*(MSC, 1990, p.20).

Así, la promoción de la salud, incluyendo la prevención de las enfermedades, se convierte en el objetivo central de un nuevo modelo asistencial que se basa en la

potenciación de la atención sanitaria de primer nivel, es decir la Atención Primaria de Salud.

En este nivel de atención existe el Programa de Salud Materno-Infantil (PSMI), el cual ofrece la posibilidad de una asistencia integral a lo largo de todo el ciclo reproductivo, en sus vertientes educativa, preventiva y asistencial. Este programa se estructura en diferentes subprogramas como la orientación y planificación familiar, la prevención del cáncer ginecológico y de mama, la prevención y asistencia de enfermedades de transmisión sexual y de las afecciones ginecológicas, el control y seguimiento del embarazo, **la educación maternal**, la atención al puerperio domiciliario, y la atención a la menopausia. El PSMI es desarrollado por distintos profesionales que con responsabilidades y actividades diferentes, prestan atención a la madre y el niño, que son un grupo que por sus características sanitarias y sociales se consideran más expuestos a riesgos (Goberna, 2002; Pérez, 2006).

Desde el año 1986 se empieza a instaurar en los centros de salud los programas de EM. Al principio solo se ofertaban en grandes poblaciones pero poco a poco se fue extendiendo a todo tipo de localidades, incluso las rurales.

En el año 1984 se crearon las Unidades de Apoyo (MSC, 2002) para dar cobertura a demandas de la población que no estaban suficientemente satisfechas, como eran la planificación familiar y la atención a la mujer embarazada. Para ello se crearon los Centros y Unidades Básicas de Orientación Familiar (COF y UBOF) y las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica (UPPO), en éstas últimas era en las que se desarrollaban los programas de EM que entonces se denominaban de Psicoprofilaxis obstétrica (MSC, 2002). El Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) en 1986 elaboró el documento llamado, *Guía de psicoprofilaxis obstétrica* donde se exponen los contenidos de cómo llevar a la práctica la EM. Al año siguiente el MSC, en 1987, publicó el manual ***Introducción al trabajo de la matrona en atención primaria***, en el cual se describen las actividades y programas del área materno-infantil a desarrollar por las matronas. Posteriormente el MSC, en 1995 editó el texto ***Educación para la maternidad***. Con esta publicación se pretendía contribuir a la mejora de la eficacia y eficiencia de la preparación para el parto, y favorecer la continuidad de los diferentes programas de salud que la mujer y recién nacido van a necesitar a lo largo de su vida.

Los objetivos que se planteó el Ministerio de Sanidad en la *Guía de psicoprofilaxis obstétrica* de 1986 fueron a nivel general:

- 1.- Atender las necesidades prioritarias de la salud de las mujeres como grupo de riesgo específico por sus características biológicas.
- 2.- Atender las necesidades de salud de toda la población en relación con el proceso de reproducción.

Y de forma más específica:

- 1.- Establecer en cada Área Sanitaria un Programa de Atención a la Salud de la Mujer, que integrase actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación y a los dispositivos del sistema sanitario a los que corresponda el desarrollo de las mismas.
- 2.- Ofertar desde la Atención Primaria, y en concreto desde los Centros de Salud, un conjunto de servicios esenciales para la atención a la salud de la mujer, pareja y estructura familiar.

Para la puesta en marcha de este programa se tuvo que aunar la colaboración entre profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, asegurando unos mínimos de actividad que contemplaban protocolizadamente la atención al embarazo, parto y puerperio; a la planificación familiar; a las enfermedades ginecológicas y de transmisión sexual; y a la prevención y detección precoz del cáncer genital femenino. Dentro de Atención Primaria los profesionales que más responsabilidad tomaban en este programa eran las matronas y su actividad principal fue la EM, aunque también se le asignaban las siguientes funciones:

**A la mujer embarazada:**

- Captación precoz de su embarazo y valoración del riesgo, con especial atención a grupos vulnerables.
- Inclusión en protocolos de control y seguimiento.
- Derivación al nivel especializado de las mujeres en situación de riesgo.

- Educación sanitaria y preparación al parto y maternidad en horarios accesibles a la mujer.
- Atención domiciliaria al puerperio.
- Atención al Recién Nacido por inclusión en el subprograma correspondiente.

**A la mujer en general:**

- Identificación precoz, tratamiento o derivación de los problemas de salud específicos de este colectivo.
- Prevención y diagnóstico precoz del cáncer genital.
- Atención a los problemas de salud derivados de la menopausia.
- Educación sanitaria en estos aspectos.

**A la población en general:**

- Información y formación sobre métodos de planificación familiar.
- Instauración, control y seguimiento protocolizados de métodos anticonceptivos hormonales y otros de manejo desde la Atención Primaria.
- Derivación para métodos anticonceptivos de instauración en nivel especializado.
- Prevención, educación, tratamiento y/o derivación de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Identificación, atención y derivación de población de riesgo para consejo genético.
- Estas actividades las realizarán médicos, enfermeras y matronas de Atención Primaria. Respecto al protocolo de control y seguimiento de embarazos, las actividades que asumirán estos profesionales son, obviamente, las que el propio protocolo les asigne.

Como podemos comprobar son las actividades que se siguen realizando en la actualidad en los centros de salud por las matronas.

Aunque el Ministerio había puesto en marcha el programa de Atención a la Mujer en 1.984, no es hasta 1.991, cuando el INSALUD (Instituto Nacional de La Salud) crea la Cartera de Servicios. Es un documento que describe las prestaciones sanitarias que oferta los servicios de Atención Primaria, en todo el territorio gestionado por el INSALUD. Se pretendía utilizar un instrumento que aunara las necesidades de política sanitaria, los criterios científico-técnicos y las expectativas de los usuarios, a la vez que se introducía la planificación por objetivos y la evaluación sistemática de las metas alcanzadas, con periodicidad anual. Introducir el elemento evaluador proporcionó más rigor a las competencias que los profesionales tenían encomendadas. Dicha herramienta la heredaron las Comunidades Autónomas y sigue vigente. Actualmente la productividad de los equipos de atención primaria, tanto de forma colectiva como individual se basa en el nivel de cumplimiento de los criterios que establece el documento de Cartera de Servicios.

En la tabla que vemos a continuación podemos ver la actividad de las Unidades de Apoyo, entre las que se encontraba la de Psicoprofilaxis Obstetrica (UPPO). En ella se recoge el número de mujeres que acudieron a los cursos de EM en el año 1988.

**TABLA 1. Actividad P. Especiales 1.988**

AÑO 1.988	Nº	Consultas/año	
		primeras	sucesivas
USM	70	37.844	254.604
COF /UBOF	82	98.006	293.133
UPPO	223	32.544*	

\* Nº mujeres que asistieron a cursos PPO

Tabla 1. Actividad P. Especiales 1988. Fuente (MSC, 2002, p.64)

Cabe destacar según se aprecia en la tabla la buena acogida que tuvieron tanto los centros orientación familiar como las unidades básicas de orientación familiar,

destinados a la asistencia de la anticoncepción que con 82 centros en el territorio INSALUD y con solo dos años de experiencia asistieran a 98.006 mujeres y los centros de psicoprofilaxis obstétrica que atendieran a 32.544 mujeres, cuando los nacimientos en el territorio INSALUD<sup>2</sup>, en el año 1988 fueron 212.702 (INE, s.f.), Es decir el 15,58% de las mujeres acudieron a los cursos de preparación al parto en un periodo donde el número de centros donde se impartía era muy escaso, ya que solo se ofertaba en grandes poblaciones. En la actualidad que la oferta es universal el porcentaje de asistencia está en el 66,6% de mujeres españolas y el 33,6% de mujeres inmigrantes (Cabrera, 2009).

A la vista de los datos, se comprueba que tuvo mucha más aceptación el área maternal y sexual que el área de la salud mental (USM) que con 70 centros sólo asistió a 37.844.

## **6.CONTEXTO EN EL CENTRO DE SALUD PUERTA DE MADRID**

El programa de EM que se desarrolla en la actualidad en el centro de salud *Puerta de Madrid* de Alcalá de Henares, contexto en el que se enmarca esta investigación, fue elaborado en el año 1.999 (*Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica*) por el equipo de matronas que en aquel momento ejercían como tales en el Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid (Alcalá de Henares y Torrejón) y fundamentado y basado en el programa de EM elaborado por el grupo de trabajo del INSALUD de 1.995.

Los objetivos generales de dicho programa son:

1. Crear una actitud positiva frente a la maternidad/paternidad, a través de una participación activa en el proceso del embarazo, parto y puerperio.
2. Promover hábitos saludables durante el embarazo, parto, puerperio y crianza.

---

<sup>2</sup> Ya estaban transferidas las competencias de materia sanitaria a las comunidades de Andalucía, Cataluña, País Vasco y Valencia (León, s.f.)

Los objetivos específicos son:

3. Informar y educar a la gestante y su pareja sobre el proceso del embarazo, parto, puerperio y crianza.
4. Eliminar falsos conceptos y temores que influyen de forma negativa en el parto.
5. Desarrollar actividades para el manejo de la ansiedad durante el embarazo y el parto.
6. Preparar física y psicológicamente a la gestante, mediante ejercicios específicos que favorecen la cooperación en el momento del parto.
7. Realizar actividades de EpS en cada sesión, durante los distintos ciclos del programa.
8. Potenciar la lactancia materna.
9. Disminuir la incidencia de depresión posparto.

Para conseguir estos objetivos se establecen las siguientes actividades:

1. Incluir a las gestantes y sus parejas en los diferentes ciclos de EM.
2. Informar a la gestante de la fisiología del parto y de los actuales métodos de PPO (psicoprofilaxis obstétrica).
3. Enseñar a la gestante técnicas de relajación y practicarlas en las sesiones del 2º ciclo.
4. Enseñar a las gestantes los ejercicios de respiración y gimnasia prenatal y practicarlos en las sesiones del 2º ciclo.
5. Informar sobre cuidados, higiene, alimentación, estilos de vida, y cuidados del recién nacido.
6. Informar sobre los beneficios de la lactancia materna.
7. Establecer coordinación con los pediatras y enfermeras de los EAP.



8. Informar acerca del periodo del puerperio.

Estas actividades se desarrollan:

– **En la primera consulta** que realiza la matrona de forma concertada e individual con la gestante y su pareja antes de la semana 12 de gestación. En ella se valoran las expectativas de la pareja respecto al proceso de embarazo y se informa sobre los objetivos de la EM.

– **1º Ciclo de EM**, consiste en una sesión que imparte la matrona antes de la semana 18 en la que se informa del control y seguimiento del embarazo que se realiza en AE, cuidados e higiene durante el embarazo, alimentación de la gestante, cambios físicos y psíquicos que ocurren en la gestación, sexualidad, estilos de vida, trabajo, ejercicio, viajes, y hábitos tóxicos. En la exposición se fomenta la participación de los asistentes intentando establecer un coloquio para tratar de resolver dudas y eliminar temores. Esta sesión participativa se apoya en medios audiovisuales y se entregan folletos informativos a las mujeres.

– **2º Ciclo de EM**, se realizan grupos de 12 a 15 gestantes según la fecha probable de parto. Se inicia entre la 26-30 semana de gestación y consta de 7 clases teórico-prácticas, una a la semana y de 2 horas de duración, que imparte la matrona. Estas sesiones tienen una parte teórica en el que se abordan temas como el parto, la anestesia epidural, el puerperio, la lactancia, los cuidados del recién nacido y los métodos anticonceptivos; y una parte práctica en la que se realizan ejercicios de relajación, respiración, gimnasia prenatal y técnicas de expulsivo. En todas las sesiones se trata de que las mujeres expongan sus puntos de vista de los temas tratados, así como experiencias propias o ajenas. En todas las sesiones nos apoyamos en medios audiovisuales y se entregan folletos informativos que apoyan los aspectos tratados en la sesión.

– **3º Ciclo**, se realiza a lo largo del primer mes después del parto. Se trata de que las mujeres compartan sus experiencias y aclarar las dudas que surjan. Se plantea como un encuentro de las mujeres que establecen un coloquio guiado por la matrona. Se hace hincapié en temas como la lactancia, anticoncepción y ejercicios del suelo pélvico. Se suele invitar a algún miembro de los grupos de ayuda mutua en lactancia y crianza que

existen en Alcalá de Henares, para favorecer la participación en estos grupos de las nuevas madres.

En el año 2012, este programa se modifica a partir del trabajo de un grupo de profesionales de la Comunidad Autónoma de Madrid que elaboró un documento que denominó *Taller de Educación Maternal* y que puso a disposición de todos los profesionales a través de la Intranet (Sillero, 2012).

El objetivo general que plantea es: *Promover la salud de las mujeres y de su familia y facilitar la adopción de hábitos de vida saludables desde el inicio de su embarazo, parto y puerperio, contemplando las particularidades de cada mujer y su unidad familiar.* Podemos comprobar que la aportación que hace este objetivo frente al que se planteó en el año 1995 es contemplar la singularidad de la mujer y su familia.

En referencia a las actividades propuestas se incorpora trabajar nuevos aspectos como:

- Cambios psicoemocionales subyacentes a la maternidad
- La salud laboral
- La corresponsabilidad familiar y adaptación a la nueva situación familiar
- Compatibilidad de los nuevos roles familiares con el resto de actividades
- El contacto piel con piel
- Aspectos legales de protección del embarazo y la lactancia

Advertimos que se agregan contenidos relacionados con la esfera psicosocial, de carácter legal y con orientación de perspectiva de género.

El taller que se propone en este nuevo programa, consta de nueve sesiones dirigido a las mujeres y sus parejas o acompañantes, estructuradas en tres niveles que coinciden con cada uno de los trimestres del embarazo:

<p><b>1ª SESIÓN.</b> <b>PRIMER TRIMESTRE.</b> Antes de las 12 semanas</p>	<p><b>DESCUBRIENDO NUESTRO EMBARAZO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer al docente, la programación, los objetivos y contenidos del taller.</li> <li>- Conocer a los participantes.</li> <li>- Expresar y mejorar sus conocimientos sobre los cambios psicoemocionales y físicos del primer trimestre de embarazo.</li> <li>- Adquirir conocimientos respecto a hábitos saludables y cuidados que ayuden a vivir el embarazo de forma saludable.</li> <li>- Analizar factores relacionados con las condiciones de vida que pueden influir en la salud y calidad de vida de las mujeres durante el proceso del embarazo.</li> <li>- Conocer sus derechos y la protección legal de la maternidad.</li> <li>- Desarrollar habilidades para la estática corporal correcta en las actividades de la vida diaria y en los ejercicios adecuados para el primer trimestre.</li> </ul> <p>Afianzar las ideas claves de la sesión.</p>
<p><b>2ª SESIÓN.</b> <b>SEGUNDO TRIMESTRE.</b> Antes de las 22 semanas</p>	<p><b>CAMBIAMOS Y NOS CUIDAMOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresar y mejorar sus conocimientos sobre los cambios físicos y psicoemocionales del segundo trimestre de embarazo.</li> <li>- Adquirir conocimientos en los cuidados y signos de consulta en el segundo trimestre de embarazo.</li> <li>- Identificar los modelos sociales y los mitos y creencias erróneas más frecuentes en torno al proceso de la maternidad/paternidad y crianza.</li> <li>- Favorecer la eliminación de miedos y estereotipos asociados a este periodo.</li> <li>- Identificar y reflexionar acerca de sus expectativas respecto al nuevo rol de madre y la conciliación con sus actividades habituales, como son la actividad laboral, relacional, familiar y de ocio. Identificando estrategias para afrontar los cambios.</li> <li>- Conocer la importancia de la lactancia materna y reconocerla como el método normal de alimentación de los bebés.</li> <li>- Desarrollar habilidades en los ejercicios adecuados para cada trimestre.</li> </ul> <p>- Afianzar las ideas claves de la sesión.</p>
<p><b>3ª SESIÓN.</b> <b>TERCER TRIMESTRE.</b> Antes de la 26 semana</p>	<p><b>COMIENZA LA RECTA FINAL DEL EMBARAZO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresar y mejorar sus conocimientos sobre los cambios físicos y psicoemocionales del tercer trimestre de embarazo.</li> <li>- Adquirir conocimientos en los cuidados y signos de consulta en el tercer trimestre de embarazo.</li> <li>- Identificar estrategias para potenciar la corresponsabilidad y reparto de tareas a lo largo de todo el proceso, incluido el embarazo y la crianza.</li> <li>- Identificar los signos que pueden ser indicativos de un proceso de violencia hacia la mujer durante el embarazo.</li> <li>- Desarrollar habilidades en los ejercicios adecuados para el 3º trimestre</li> </ul> <p>- Afianzar las ideas claves de la sesión.</p>
<p><b>4ª SESIÓN.</b> <b>TERCER TRIMESTRE</b></p>	<p><b>IMAGINANDO NUESTRO PARTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar conciencia de la fisiología de la pelvis y sus movimientos.</li> <li>- Identificar sus miedos y mitos en relación al parto.</li> <li>- Reorganizar sus conocimientos sobre la fisiología y mecanismo de parto.</li> <li>- Desarrollar habilidades para afrontar el parto.</li> <li>- Desarrollar habilidades en los ejercicios adecuados para el tercer trimestre.</li> </ul> <p>- Afianzar las ideas claves de la sesión.</p>
<p><b>5ª SESIÓN.</b> <b>TERCER TRIMESTRE</b></p>	<p><b>PREPARANDO NUESTRO PARTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los diferentes recursos para afrontar el parto.</li> <li>- Tomar conciencia de su capacidad para decidir sobre aspectos relacionados con su salud.</li> <li>- Expresar sus expectativas sobre el papel de la pareja en el parto y confrontarlas con la realidad actual.</li> <li>- Desarrollar habilidades en los ejercicios adecuados para el tercer trimestre.</li> </ul> <p>- Afianzar las ideas claves de la sesión.</p>
<p><b>6ª SESIÓN.</b> <b>TERCER TRIMESTRE</b></p>	<p><b>AMAMANTAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresar sus expectativas respecto a cómo alimentar a su bebé.</li> <li>- Identificar los beneficios e inconvenientes de la lactancia materna, así como los mitos que existen en torno a ella.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la importancia del contacto piel con piel y la no separación madre-bebé tras el parto.</li> <li>- Conocer cómo funciona y para qué sirve el agarre espontáneo.</li> <li>- Conocer la fisiología de la lactancia materna y reconocer los signos de un agarre y postura correctos al pecho, así como los de una ingesta adecuada.</li> <li>- Desarrollar técnicas de relajación para adquirir confianza en su futuro rol de madre/padre.</li> <li>- Afianzar las ideas claves de la sesión.</li> </ul>
<b>7ª SESIÓN. TERCER TRIMESTRE</b>	<p><b>APRENDER A AMAMANTAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolver dudas acerca de la lactancia natural.</li> <li>- Reflexionar sobre el grado de confianza en una misma a la hora de tomar decisiones en torno a las cuestiones relacionadas con la lactancia materna, y sobre la influencia que tienen las opiniones de los demás.</li> <li>- Expresar las dificultades que piensan que pueden encontrarse al lactar y cómo las solucionarían.</li> <li>- Conocer como identificar y resolver los problemas que pueden surgir en la lactancia.</li> <li>- Desarrollar habilidades en los ejercicios adecuados para el tercer trimestre.</li> <li>- Recibir información sobre recursos de apoyo a la lactancia materna y legislación.</li> <li>- Afianzar las ideas claves de la sesión.</li> </ul>
<b>8ª SESIÓN. TERCER TRIMESTRE</b>	<p><b>DE VUELTA A CASA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresar y analizar conocimientos y expectativas ante la vuelta a casa.</li> <li>- Mejorar sus conocimientos sobre los cambios físicos y cuidados necesarios durante el puerperio.</li> <li>- Analizar factores relacionados con las condiciones de vida que pueden influir en la salud y calidad de vida de las mujeres y sus familias durante el puerperio.</li> <li>- Conocer cuando se pueden reiniciar las relaciones coitales y que métodos de planificación familiar pueden utilizar.</li> <li>- Conocer los trámites burocráticos a realizar tras el parto, así como la legislación referente a la maternidad/paternidad y las revisiones sanitarias que se precisan tras el mismo.</li> <li>- Conocerán la estática corporal correcta para el cuidado del bebé.</li> <li>- Desarrollar habilidades en los ejercicios adecuados para cada trimestre.</li> <li>- Afianzar las ideas claves de la sesión.</li> </ul>
<b>9ª SESIÓN. TERCER TRIMESTRE</b>	<p><b>CUIDANDO AL RECIEN NACIDO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar sus conocimientos sobre la primera atención al recién nacido.</li> <li>- Mejorar sus conocimientos sobre las características del recién nacido.</li> <li>- Conocerán los cuidados del recién nacido teniendo en cuenta que no sólo hay una manera correcta de cuidar.</li> <li>- Analizar las formas de comunicación con el recién nacido y la importancia de crear un vínculo seguro.</li> <li>- Desarrollar habilidades en los ejercicios adecuados para el tercer trimestre y para la estática correcta del cuidado del bebé</li> <li>- Valorarán la sesión y el nivel. Despedida y cierre.</li> </ul>

**Tabla 2. Tabla resumen de las sesiones que se llevan a cabo en la Educación Maternal en el centro Puerta de Madrid**

En el contenido del taller se explican las distintas técnicas educativas a utilizar dependiendo del objetivo que se quiere alcanzar, así cuando se pretende que las participantes expresen sus preconceptos, experiencias, vivencias o creencias se emplearan técnicas de investigación en el aula que exploran el aspecto emocional como: rueda, lluvia de ideas, rejilla, fotopalabra, mural y Phillips 6/6.

Cuando lo que se persigue es que complementen y organicen los conocimientos se utiliza la exposición del tema, lección participativa, o video discusión y se entrega folletos para reforzar la información.

Para procurar que analicen y reflexionen sobre las causas y los factores que afectan al campo emocional y lo que se pretende es que desarrollen habilidades cognitivas, manejaremos análisis de texto, análisis de casos y juego de rol.

Si el propósito es que desarrollen y entrenen habilidades, como manejo y cuidados del recién nacido nos serviremos de explicaciones con demostración, simulación operativa y alternancia de roles.

Finalmente en el taller se propone un sistema de evaluación con registro de los participantes; guión de observación en el que se recogerán las apreciaciones de la sesión y la lluvia de ideas que aportan los participantes al final de cada sesión; y al terminar el ciclo se les pide que cumplimenten un cuestionario de evaluación a cada participante. Dicho cuestionario no está validado para evaluar el programa, aunque recientemente se ha elaborado un cuestionario para evaluar de forma válida y fiable los programas de EM, pero no se ha puesto en vigor todavía (Fernández, et al. 2013).

Cada una de estas sesiones viene acompañada de una ficha técnica para facilitar a los profesionales la realización de la dinámica. También se han seleccionado presentaciones que ayuden a los docentes en el desarrollo de las exposiciones previstas en el taller y a los participantes el seguimiento de las explicaciones.

En el centro de salud de Puerta de Madrid se han incorporado algunas de las técnicas educativas pero se han mantenido el número de sesiones del segundo ciclo en siete tratando los mismos temas que los que recomienda este taller. La única sesión que no se realiza es la segunda, es decir: *Cambiamos y nos cuidamos*, que debe realizarse alrededor de la 22 semana de embarazo.

En un reciente artículo publicado (Fernandez et al., 2014) sobre las características de los programas de EM en la Comunidad de Madrid, concluye que la mayoría de las matronas siguen el programa de 1995 adaptado a las circunstancias de cada centro de salud donde se imparte, como es nuestro caso.



# Capítulo III. La disciplina enfermera



Imagen: *Maternidad* (fragmento), Klimt, 1862-1918.



## CAPÍTULO III. LA DISCIPLINA ENFERMERA

La matrona es un profesional reconocido en todos los sistemas sanitarios. Es considerada internacionalmente como figura competente en el ámbito de la maternidad y de la atención integral a la mujer durante todas las fases del ciclo vital de la mujer.

Desde la Unión Europea se regula esta profesión con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos sus Estados miembros, a través de las previsiones contenidas en la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo. Esta Directiva ha sido transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006.

El perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) fue publicado en el programa formativo y en él se define a la matrona como *el profesional de la salud cuya competencia es la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad. La formación de matrona se acredita mediante un título oficial de especialista, que requiere haber obtenido previamente el título de Diplomado/Graduado universitario en Enfermería y haber sido evaluado positivamente tras haber cursado el programa de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) por el sistema de residencia (Orden SAS, 2009).*

Estas competencias se ajustan a la legislación vigente, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventivas y de promoción de la salud de la mujer. En el programa se

determina que al concluir el periodo formativo la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para:

- Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud maternoinfantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
- Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
- Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.

- Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.
- Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.
- Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.
- Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
- Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.
- Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.
- Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.
- Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
- Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.
- Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.
- Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.
- Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.
- Mantener actualizadas las competencias profesionales.
- Liderar y desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional.

Todas estas competencias se desarrollan bajo el marco metodológico y los fundamentos teóricos de la disciplina enfermera, ya que la especialidad de matrona se corresponde con una de las especificidades de dicha disciplina (Francisco, et al., 2001).

## **1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS QUE CONSTITUYEN LA DISCIPLINA ENFERMERA**

La Enfermería como disciplina profesional surge para dar respuesta a la evolución de la actividad de cuidar dentro de la sociedad. Su objetivo es aumentar la calidad de vida y garantizar una asistencia de calidad a la persona, la familia y la comunidad (Francisco, 2005). Para el desarrollo de la disciplina y desde la perspectiva epistemológica, la elaboración de su propio cuerpo de conocimiento científico ha sido a través de Modelos y Teorías conceptuales, que ayudarán a definir las actividades y desarrollar su investigación. La aplicación de estos modelos y teorías en la práctica enfermera se hace a través del método denominado Proceso de Atención de Enfermería. Las líneas básicas o directrices hacia las que se centra la investigación en enfermería son el ser humano, su entorno y sus necesidades de salud (Kérouac, et al., 1996; Francisco, et al., 2001; Hernández–Conesa, et al., 2002).

Los modelos de enfermería son la representación de la realidad que denominamos hecho enfermero. El hecho enfermero es la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería. Cada modelo es una propuesta diferente desde la disciplina enfermera que desarrolla un conocimiento con un contexto histórico concreto para dar respuesta a las necesidades sociales planteadas en ese momento histórico y que sólo en él serán válidas (Francisco, et al., 2001). Actualmente, el centro de interés de la disciplina enfermera es *el cuidado de la persona en interacción continua con su entorno donde vive experiencias de salud* (Kérouac, et al., 1996, p.63). Desde siempre la disciplina enfermera ha abordado la relación entre estos cuatro elementos o conceptos fundamentales sobre los que tratan los modelos y que están presentes en todos ellos: cuidado, entorno, persona y salud (Benavent, et al., 2001). Se pone de manifiesto que el concepto de enfermería está en total consonancia con el concepto holístico de salud que estudiábamos en el capítulo anterior. Las enfermeras cuidan a las personas, como seres únicos, con necesidades individuales dependiendo de la fases del ciclo vital y de la

situación de salud en que se encuentren, pero también se adaptará ese cuidado al contexto histórico, cultural y sociológico en el que desarrolle su trayectoria vital.

La atención a la salud se realiza junto a otros profesionales sanitarios y de otras disciplinas como los trabajadores de los servicios sociales, médicos o psicólogos, entre otros. Sin embargo para que la interdisciplinaridad sea posible y la práctica enfermera tenga un impacto real en los planes sociales y políticos, es preciso, tener una idea clara del cuidado que se desea crear y ofrecer. Esto sólo se alcanza con una concepción clara de la disciplina enfermera y para ello existen los modelos y teorías (Kérouac, et al., 1996).

**Los modelos y las teorías** de enfermería describen el resultado del examen cuidadoso y crítico que sus autoras realizan de algo que se conoce con certeza, es decir, del hecho que es el proceso de cuidar; pero la descripción que hacen de ese hecho es el resultado de *su* percepción, por lo que lo calificamos como fenómeno (Kérouac, et al., 1996). Dicho de otro modo, los distintos modelos y teorías son el resultado de las distintas maneras que tienen sus autoras de mirar y de representar *el proceso de cuidar* siempre utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por supuestos y paradigmas. Cuando una enfermera pretende investigar y producir un modelo deberá en primer lugar examinar la práctica enfermera y en segundo lugar denominar o dar nombre a los elementos que conforman dicha práctica (Benavent, et al., 2001).

Para distinguir modelo y teoría, diremos que **Modelo** se define como un diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionados. Mientras que **Teoría** se define como una serie de conceptos organizados de forma sistemática y conectados lógicamente para explicar su relación (Riehl-Sisca en Benavent, et al., 2001, p.53). La Teoría es un concepto más teórico, amplio, elaborado y con más rango o categoría que el Modelo que está más dirigido a la práctica profesional y puede limitarse a describir los elementos implicados en un fenómeno, que el investigador ha observado de la realidad, sin llegar a explicarlo, predecirlo y controlarlo. Otra definición que nos puede ayudar a entender el concepto de Teoría es la que nos ofrece Kérouac (1996) como el conjunto de enunciados y proposiciones, formados por conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Las teorías enfermeras se inclinan a describir, explicar

y predecir los fenómenos de interés para la disciplina (Kérouac, et al., 1996, p.147). **Modelo** es una representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina enfermera, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados. Clarifica la contribución o razón de ser de las enfermeras y el objetivo del servicio que prestan a la población (Adam 1991 en Kérouac, et al., 1996, p.146). Para simplificar podríamos apuntar que la teoría es más filosofía, general y teórica, mientras que el modelo contempla aspectos más pragmáticos que lo hacen más asequible para la puesta en marcha en una situación concreta asistencial, en la formación de nuevas enfermeras, o en investigación u organización de servicios sanitarios.

Las ventajas que nos proporcionan el uso de los modelos y teorías enfermeras, según Polletti (1982), citado por Benavent, et al. (2001, p.149) son varios:

- Nos muestran lo que es esencial en la manera de actuar de la enfermera.
- Concretan la identidad profesional de la enfermera en la comunidad.
- Identifican y clarifican la relación de la enfermera con el resto de profesionales de salud.
- Permiten exponer la práctica enfermera en conceptos teóricos.
- Proporciona el desarrollo de guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia en enfermería.

Para poder entender los modelos y teorías, debemos identificar **los supuestos** o **paradigmas** sobre los que se sustentan dichos modelos y teorías. Definiremos **supuesto** como enunciados que se admiten como ciertos sin ninguna prueba o demostración. Y **paradigma** como un referente para la construcción de un modelo o teoría. Para Kuhn (Camaño, 2009, p.131), *Paradigma es el conjunto de creencias, valores, principios, teorías y metodologías de formas de aplicación y de instrumentación. Es una estructura que dará soporte y permitirá explicar además cualquier desarrollo científico realizado en su ámbito. Un paradigma proporciona los medios adecuados para resolver los problemas de carácter científico que puedan plantearse.* En el caso que nos ocupa será el marco científico relativo a la salud que forma la base para acercarse a los problemas de la disciplina enfermera y encontrar las soluciones adecuadas (García, 2008). Frías

(2004) lo califica como estructuras mentales que integran los miembros de una comunidad científica. Este paradigma según Kuhn define los supuestos teóricos, enuncia leyes, describe las aplicaciones de las leyes generales para aplicarlas a las situaciones particulares; además declara principios y enuncia consideraciones éticas. Para Siles (2010) es una convención histórica para la comunicación entre profesionales y científicos, ya que establece ciertas codificaciones conceptuales como paso previo al uso de un lenguaje compartido. Dichas codificaciones han quedado aceptadas, previo consenso, de la comunidad científica y profesional, que las utilizará para el intercambio de las investigaciones que realicen y el uso común de teorías y modelos. Un paradigma es el enfoque que comparte una comunidad científica. En el caso de la enfermería se trata de consensuar qué significado tiene en un momento histórico, las funciones, competencias y valores de las enfermeras.

Kuhn (Camaño, 2009, p.131) argumenta que para el desarrollo de la ciencia, no sólo intervienen elementos intelectuales, lógicos y racionales sino también otros de carácter psico-social como factores actitudinales, afectivos, sociales y políticos. De este modo, elaboró una teoría dentro de la ciencia, más acorde con su visión histórica, cuyo rasgo importante es el carácter revolucionario del progreso científico y la consideración y trascendencia de la sociología en los conocimientos científicos. La contribución de Kuhn se plantea como un proceso de construcción de conocimiento, en el que diferencia las fases de preciencia, ciencia normal, crisis o revolución científica y Revolución científica o ciencia extraordinaria.



Figura 4. Etapas en el progreso de la ciencia según Kuhn

Este autor conceptualiza la **Preciencia** como la situación en la que los científicos no llegan a un acuerdo en los conceptos básicos y las mínimas relaciones entre ellos, es

decir, no se ha establecido ningún paradigma unificado (Frías 2004). Por lo tanto existen tantos teóricos como teorías. En apariencia, ésta es la situación que puede presentar la ciencia enfermera en España puesto que la reconversión de la profesión a partir de 1978, en la que pasó de ser una actividad subordinada a otros profesionales, a la autonomía e independencia actuales. El RD 2128/1977 determinará las indicaciones precisas para que esa reconversión se produzca y adquiriera rango legal, estableciendo el carácter universitario de los estudios de enfermería dándoles el rango de diploma.

En el curso 1977-1978 se inicia la primera promoción de la diplomatura en enfermería, cuyos estudiantes accedían tras haber superado del Curso de Orientación Universitaria (COU) para poder optar a los estudios. De este modo la formación de la enfermería española generalista quedaba equiparada con la de la mayoría de los países de nuestro entorno. Este hecho se producía setenta años después de que se creara en la Universidad de Minnesota la primera escuela universitaria de enfermería en 1907 y casi sesenta desde que se implantara por vez primera el nivel universitario de enfermería en Nueva Zelanda (Hernández, 2010). Por lo que no nos debe extrañar el discreto nivel de desarrollo de la disciplina enfermera en España. Sin embargo para la mayoría de profesionales enfermeros hay un acuerdo en los conceptos básicos y en su interrelación. Los conocimientos se van sumando, aportando nuevos contenidos a los conceptos ya constituidos, sin tener que justificar nuevos enfoques (Camaño, 2009).

A pesar de los modelos y teorías desarrollados, la ciencia enfermera no cuenta con una teoría general que sea reconocida por toda la comunidad enfermera, no solo en España sino en todo el mundo (Hernández-Conesa, et al. 2002).

Una segunda fase en el progreso del conocimiento, según Kuhn es el de **Ciencia normal**, que se inicia y extiende con la hegemonía de un único paradigma en el ámbito del saber (Frías, 2004). En este periodo todos los científicos plantean y resuelven todas las cuestiones teóricas o experimentales bajo el mismo incuestionable marco o paradigma. Son verdades científicas universalmente conocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Camaño, 2001). Aquellos científicos que realizan sus trabajos bajo este paradigma son los que practican la ciencia normal y las aportaciones que realizan al conocimiento se alcanzan a través de su formación científica, que obtienen en su paso por la universidad y por lo tanto se trata de una formación reglada. Pero esta formación también está



compuesta por un conjunto de conocimientos de carácter tácito que no se presenta en un curriculum formal (Camaño, 2009). Siempre existe un valor añadido difícilmente demostrable.

Aunque todos los paradigmas entrañan anomalías, solo supondrán un riesgo si afectan a sus fundamentos, en cuyo caso se pasará a la fase que Kuhn denomina **de crisis o revolución científica** donde se produce un intenso debate entre los científicos, se tambalean las normas admitidas y es lo que se denomina *anomalías*. Esta fase se caracteriza porque el paradigma es incapaz de dar respuestas y la ciencia comienza a dar resultados extraños e inesperados (Camaño, 2009). Aparecen ciertos descubrimientos que desestabilizan los conceptos habituales, es un momento en el que los científicos sienten una gran inestabilidad profesional, en la que se plantean grandes debates (Germán, et al., 2004). Cuando las anomalías aumentan, el paradigma existente se debilita, se genera un proceso insostenible en torno a la ciencia normal, lo que da lugar a la aparición de nuevas teorías o lo que es lo mismo, un paradigma es sustituido para dar paso a otro paradigma diferente (Germán, et al., 2004; García, 2008).

Como consecuencia de este periodo de crisis surge lo que Kuhn describe como la fase de **Revolución científica o ciencia extraordinaria**, que consiste en la transición de un paradigma en crisis a otro nuevo del que pueda surgir una nueva tradición científica (Camaño, 2001). El paradigma nuevo tendrá elementos contenidos en el anterior, pero estructurados de forma diferentes de tal modo que los hacen incompatibles. Este nuevo paradigma va ganando adeptos y es aceptado por la mayor parte de la comunidad científica, excepto escasos y críticos investigadores disidentes, que serán excluidos de la élite científica y que pasaran a tener una actividad marginal (Germán, et al., 2004; Camaño, 2009).

Para ampliar el concepto de paradigma, Kuhn propone el término de *matriz disciplinaria* que está compuesto de paradigmas, partes de paradigmas que constituyen una unidad y funcionan conjuntamente. De esta forma, con el establecimiento del nuevo paradigma se consiguen cumplir tres importantes exigencias: ofrecer una solución a la crisis científica, proporcionar una nueva visión del mundo, y ofrecer una agenda alternativa sobre la que los científicos trabajen (García, 2008).

Existen autores que no aceptan las teorías de Kuhn sobre el desarrollo de la ciencia, sin embargo hay otros como Feyerabend, (según Germán, 2004 et al., p.21), que todavía van

más lejos y proponen una teoría anarquista de la ciencia porque consideran que el método científico no ha logrado proporcionar normas y reglas adecuadas para guiar la labor de los científicos. Para este autor la ciencia es un conjunto de conocimientos que tiene un desarrollo histórico, es decir, el conocimiento que se produce en un momento histórico concreto solo es válido para ese momento, ya que las circunstancias que hicieron que surgiera están íntimamente relacionadas con el contexto histórico y fuera de él pierden validez (Camaño, 2009).

## 2. LOS PARADIGMAS ENFERMEROS

Dentro del área de la ciencia enfermera, Kérouac, et al. (1996), analizan la evolución del conocimiento enfermero según el enfoque de los paradigmas de la categorización, la integración y la transformación. Estos paradigmas han ido evolucionando a lo largo de la historia pero aún hoy conviven dentro de la práctica enfermera (Kérouac, et al., 1996; García, 2008).

La figura 5 representa la evolución de los últimos años, en los que se ha producido un cambio de paradigma en la manera de analizar y abordar los problemas enfermeros.

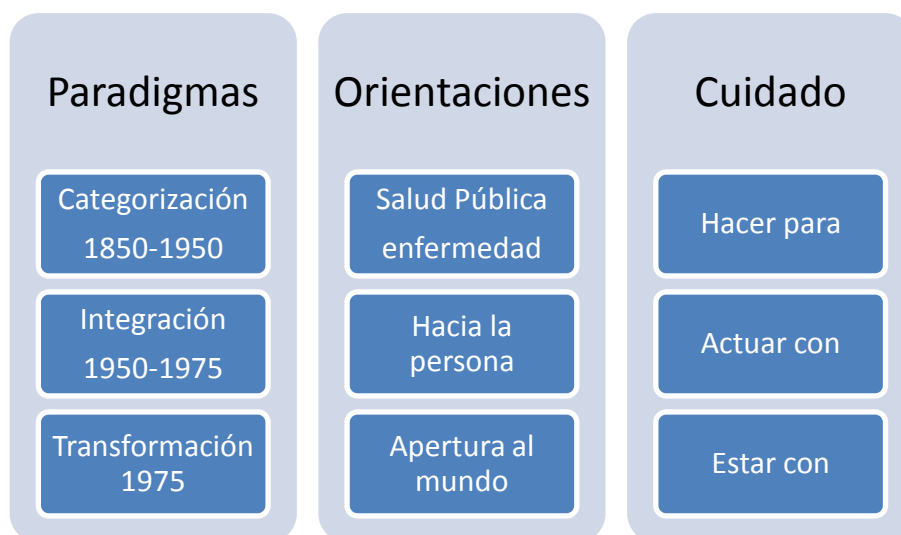


Figura 5. Clasificación de los paradigmas según momento histórico, orientación y significado del cuidado (Kérouac, et al., 1996)

- Se ha avanzado desde considerar a la enfermedad como centro de los cuidados, pasando a centrarse en la persona, hasta llegar a la situación actual en la que se

da importancia a la interacción de la persona en su entorno ecológico y social y a la enfermera como parte de este.

- En cuanto a la finalidad de los cuidados, hasta hace tan solo unas décadas, el objetivo era eliminar el problema de salud, después la integridad de la persona, hasta la más reciente que considera como fin deseable la estabilidad y el bienestar de la persona.
- Lo que conlleva un cambio en el rol, la enfermera ha pasado de actuar por la persona (haciendo por ella), a actuar para ella (satisfaciendo sus necesidades como lo haría ella), al planteamiento actual, en el que se pone el énfasis en actuar con la persona (para que desarrolle su potencial).
- Estos cambios se ponen de manifiesto en la organización de los cuidados. En un pasado estaban organizados en forma de tareas fragmentadas, después en los planes cuidados estandarizados, y cada vez más se plantean los cuidados para promover el potencial de la persona.

## 2.1. Paradigma de la Categorización

Surge bajo la influencia del Positivismo que divide a los fenómenos en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislados o manifestaciones que se pueden simplificar. En el ámbito de la salud se trata de buscar un factor causal y responsable de la enfermedad. Las manifestaciones del fenómeno presentan características bien definidas y tangibles para poder ser medidas. Se pueden ordenar y tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces. Este paradigma ha inspirado dos orientaciones, en primer lugar una centrada en la salud pública y posteriormente otra centrada en la enfermedad (Benavent, et al., 2001).

La **Orientación centrada hacia la salud pública**, se sitúa temporalmente en los siglos XVIII y XIX. Su objetivo fue mejorar la salubridad y conseguir el control de las enfermedades infecciosas. Su teorizadora y primera investigadora enfermera fue Nightingale, que definió las funciones que debía desempeñar la enfermera o, con un término más actual, las competencias de la enfermera, como las del profesional que está al lado de las personas enfermas para proporcionar el mejor entorno posible. El cuidado

lo define como un arte y una ciencia que exige una formación, por eso es la primera vez que se elabora un plan de formación para enfermeras y se comienzan a generar necesidades para crear programas de educación para la salud, prevención de enfermedades infecciosas e higiene industrial (Kérouac, et al., 1996, Benavent, et al., 2001).

**La orientación hacia la enfermedad**, unida a la práctica médica, surge a finales del siglo XIX, cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas y una mejora en las técnicas quirúrgicas. Su objetivo es erradicar las enfermedades transmisibles. El **cuidado** está enfocado a la eliminación y resolución de problemas, cubrir los déficits de las personas y ayudar a los incapacitados. **La persona** es un todo formado por dos partes independientes; su dimensión psicológica y su dimensión biológica. En esta concepción queda presente el criterio de división que caracteriza al paradigma. **La salud** es concebida como ausencia de enfermedad y su origen es unicausal sin tener en cuenta el entorno, la cultura y la sociedad. Y **el entorno** es un elemento separado de la persona, hostil, que debe ser controlado y manipulado, pero que no tiene una relación significativa con la salud (Kérouac, et al. 1996).

En esta época (principios de S.XX) tiene lugar el nacimiento de las primeras escuelas de enfermería ligadas a los hospitales, y la investigación enfermera se centra en el conocimiento y cuidado de las enfermedades contagiosas, planes de cuidados específicos de este tipo de enfermedades, evaluación de técnicas de cuidados y organización de las unidades de cuidados (Kérouac, et al., 1996; Benavent, et al., 2001).

## 2.2. Paradigma de la Integración

Prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrándolo en el contexto específico en el que se sitúa. Seguimos identificando la influencia del Positivismo en este paradigma; la novedad es la consideración del contexto para la comprensión del fenómeno. Las teorías y los modelos enfermeros muestran un **interés rotundo hacia la persona**. Y se sitúa desde el punto de vista temporal en torno a los años 1950-1975. Está marcado por dos hechos tan importantes como la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación (Kérouac, et al., 1996; Benavent, et al., 2001).

El cambio respecto al paradigma de la categorización queda justificado por el desarrollo de la psicología con la incorporación de la Teoría de la Motivación que ponen de manifiesto la importancia del ser humano para la sociedad. El desarrollo social de estas décadas marca notablemente los modelos y las teorías de enfermería que se generan y que marcan la diferencia entre la disciplina enfermera y médica. Dentro de este paradigma encontramos la Teoría de autocuidado de Orem, o los modelos conceptuales de Peplau, Allen, Roy y Henderson para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación (Francisco, 2005).

Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado que requiere el paciente contemplado como la suma de sus partes interrelacionadas, y su entorno como el contexto histórico, cultural y político donde se desarrolla su vida. La necesidad de formación progresiva se impone dentro del colectivo enfermero para estar a la altura de las demandas sociales (Kérouac, et al., 1996, Sánchez, et al., 2008). Las enfermeras asistenciales experimentan un incremento en la competencia de la organización de los cuidados, asociado a un aumento en la toma de decisiones que marca la diferencia y autonomía con la profesión médica (Sánchez, et al., 2008).

### 2.3. Paradigma de la Transformación

Se inicia a comienzos de la década de los 70 y representa un cambio de mentalidad sin precedentes. El punto de partida es **la interacción de fenómenos complejos dentro de un mundo de grandes cambios y de desequilibrios** (Sánchez, et al., 2008). Según este paradigma, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro, aunque algunos pueden presentar similitudes. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura. Es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, que es el mundo que lo rodea. Este paradigma está muy influenciado por la Teoría General de Sistemas que contempla al ser humano en mutua relación con el conjunto de la naturaleza, lo que significa que cada elemento del universo interactúa con los otros elementos hasta el punto de que es imposible separar la causa del efecto (Kérouac, et al., 1996). Es la apertura de la ciencia enfermera hacia el

mundo, con el desbloqueo de fronteras y la interconexión entre cultura oriental y occidental que inspira a los nuevos modelos enfermeros como el de Watson, Leininger, Parse o Rogers, entre otras. En estos modelos, la persona se contempla como una unidad en relación con su entorno; la salud, como el desarrollo de esa unidad ser humano-entorno; y la disciplina enfermera es concebida como una ciencia del comportamiento y de la salud (Benavent, et al., 2001).

En este marco teórico surge la Conferencia de Alma-Ata (Almaty desde 1994) en 1978, donde la OMS propone un sistema de salud en el cual las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación y realización de las medidas sanitarias que les son destinadas (Kérouac, et al., 1996).

En el proceso por categorizar los modelos según el enfoque desde el que se formulan, Kérouac, et al. (1996), proponen su agrupación en seis Escuelas de Pensamiento: Necesidades, Interacciones, Efectos deseables, Promoción de la salud, Ser humano humanitario y *Caring*. Los modelos enfermeros representados por las escuelas y sus autoras, son el resultado de trabajos de investigación realizados por enfermeras del mundo anglosajón, y responden al hecho de que en los años cincuenta del pasado siglo, en la Universidad de Columbia de Nueva York comenzaron a impartirse los primeros cursos de doctorado y máster en enfermería y fruto de ello son las propuestas teóricas que ahora conocemos. En España la imposibilidad de acceder a los programas de doctorado y desarrollar de capacidad investigadora hasta tiempos muy recientes<sup>3</sup> ha mantenido a la enfermería en una ausencia de creación e innovación (Francisco, 2006). No obstante, Manuel Calvache (1989) enfermero y además psicólogo formuló un modelo que denominó *La Enfermería Sistémica* que ha sido escasamente difundido y conocido.

Entre las teóricas interesadas en el análisis de la construcción de los modelos, destaca también el trabajo de Raile y Marriner (2010) que han elaborado un exhaustivo estudio en el que realiza un análisis de los modelos y teorías de cuidados valorando las estructuras teóricas en función de la verificación de las hipótesis, las proposiciones en

---

<sup>3</sup> El RD 1393/2007 reordena las enseñanzas universitarias para adaptarlas al Espacio Europeo de Educación Superior, creando un recorrido docente común para casi todos los estudios que se articula en tres niveles: grado, máster y doctorado. Otorgando la capacidad investigadora a la enfermería.

las que se fundamentan, los conceptos que se expresan en el modelo y cómo se relacionan dentro del modelo, la lógica con la que están contruidos, el nivel de generalización, su consistencia con otras teorías y la validez de las leyes y principios que han establecido.

Un cuadro que ilustra la relación entre las teorías y modelos que han surgido a lo largo de los años en la enfermería y las autoras, es el que se presenta a continuación elaborado por Francisco (2006, p. 46) y desarrollado a partir de las propuestas de Marriner y Raile (2003).

Año	Teórica	Teoría-Modelo
1860	Florence Nightingale	Teoría del Entorno
1952	Hildegard Peplau	Modelo de Relaciones Interpersonales
1955	Virginia Henderson	<i>Definition of Nursing</i>
1960	Faye Abdellah	Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería
1961	Ida Orlando	Teoría del proceso Deliberativo
1962	Lydia Hall	Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación
1964	Ernestine Wiedenbach	Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica
1966	Myra Levine	Modelo de la Conservación
1969	Doroty Jonson	Modelo de Sistemas Conductuales
1970	Martha Rogers	Modelo de los Seres Humanos Unitarios
1971	Dorothea Orem	Teoría General de la Enfermería
1971	Imogene King	Teoría del Logro de Metas
1972	Betty Neuman	Modelo de Sistemas
1973	Ramona Mercer	Teorías de rol y desarrollo
1976	Callista Roy	Modelo de Adaptación
1978	Madeleine Leininger	Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales
1979	Jean Watson	Teoría del cuidado Humano
1980	Evelyn Adam	Modelo Conceptual de Enfermería
1980	Joan Riel-Sisca	Modelo de Interaccionismo Simbólico
1981	Rosemary Rizzo Parse	Teoría del Desarrollo Humano
1982	Joyce Fitzpatrick	Modelo de la Perspectiva de Vida
1983	Kathryn Barnard	Modelo de Interacción Padre-Hijo
1983	Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain	Teoría de la Modelación del Rol
1984	Patricia Benner	Modelo del Aprendiz al Experto
1985	Ramona Mercer	Teoría del Talento para el Papel Materno
1986	Margaret Newman	Teoría de la Salud

Figura 6. Resumen de autoras de teorías y modelos

Dentro de estas teorías nos interesa destacar la Teoría del Rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer (2010), que se desarrolla en el ámbito materno infantil.

### 3. TEORÍA DEL ROL MATERNO-CONVERTIRSE EN MADRE

Según los estudios de Raile y Marriner (2010, p. 583), Mercer (2010) comenzó desarrollando su teoría en la década de los 60 a partir de la elaborada por su profesora y tutora Rubin (1977, 1984), quien definió la identidad del rol materno como un proceso de unión al niño sintiéndose cómoda con él. Para el desarrollo de su propuesta se basó en la Teoría sobre el Rol de Mead, la Teoría sobre el Núcleo del Yo de Turner, las teorías del Proceso del Desarrollo de Werner y en la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy.

En la teoría de Adopción del Rol Materno, Mercer, identifica y estudia las variables que afectan a la formación del rol materno.

La madre va a desarrollar su rol materno dependiendo del nivel de socialización que haya adquirido a lo largo de su vida, esto da significado a los sucesos que le acontecen en este proceso, es decir cómo percibe su embarazo, su parto, la relación con su hijo, y también cómo siente y vive la respuesta que dan las personas de su entorno al modo en que ella responde a sus requerimientos maternos, es decir, cómo elabora ella lo que los demás piensan de ella como madre.

La conducta de la madre se verá influida por su nivel de desarrollo y características de personalidad como: la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima<sup>4</sup>, el autoconcepto<sup>5</sup>, y la relación que la madre mantuvo con sus propios padres cuando ella era una niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el modo en el que se desarrolla el embarazo (molestias o complicaciones), la experiencia del parto (tipo de parto, duración, complicaciones), la salud, la depresión<sup>6</sup> y el conflicto del rol.

---

<sup>4</sup> Mercer, May, Ferketich y DeJoseph (1986, p.341), la describen como: *La percepción de la persona de cómo otros la ven y la autoaceptación de estas percepciones.*

<sup>5</sup> Mercer (1986<sub>a</sub>, p.18) la describe como: *La percepción general del yo que influye en la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima, y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.*

<sup>6</sup> Tal vez se refiere a la Preocupación Maternal Primaria descrita por Winnicott, que expondremos en el capítulo VI.



El hijo reflejará el nivel de competencia de la madre con respecto a su rol, a través de su desarrollo y crecimiento, es decir que una adecuada evolución en la adaptación del recién nacido a la vida, es un signo de que la madre está evolucionando y progresando en su capacidad para ser madre. Los signos de respuesta del niño a los cuidados de la madre son:

- 1- Contacto visual con la madre mientras le habla, y reflejo de prensión.
- 2- Emisión de sonrisa y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre.
- 3- Conductas interactivas coherentes con la madre.

El hijo es el compañero activo ya que influye decisivamente en la formación del rol. Cuando las respuestas de su hijo son las previsibles y esperadas, favorecerán la creación de un autoconcepto materno adecuado. Además de las respuestas del RN también son muy importantes las características del niño como el temperamento, la capacidad para enviar mensajes, la apariencia, la salud, la respuesta que ofrece ante los estímulos que percibe del entorno. Pero a la vez el hijo también se ve afectado por cómo la madre desarrolle ese autoconcepto, ya que su desarrollo cognitivo y mental, su conducta, sus habilidades sociales y su salud, dependerán del grado de desarrollo que alcance su madre al ejercer el rol. La unión madre-hijo son un binomio indisoluble y el estado de uno se ve reflejado en el otro.

El padre es la persona que más influye en el desarrollo de ese rol, después del niño y su influencia es inigualable a la de ninguna otra persona del entorno.

El desarrollo de este rol se ve influenciado en primer lugar y de manera más determinante por el entorno más inmediato que denomina microsistema y que lo forman: el hijo; la relación entre la madre y el padre, que ayuda a difuminar la tensión que se establece entre madre e hijo; el resto de la familia con sus valores y costumbres; el apoyo social como los amigos y las guías culturales en materia de maternidad; y el estrés. El **mesosistema** o entorno, que se refiere a la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto, entornos laborales, centros sanitarios, instalaciones recreativas y grupos de apoyo. En definitiva, las instituciones de la comunidad relacionadas con la crianza.

El **macrosistema** que hace referencia al entorno cultural como el tipo de sociedad, es decir el sistema político y las leyes que regulan e intervienen en la maternidad, el desarrollo de los avances científicos en los aspectos reproductivos y neonatales, así como los rasgos culturales. Aquí incluiríamos el sistema de salud que da cobertura a la atención relacionada con la maternidad.

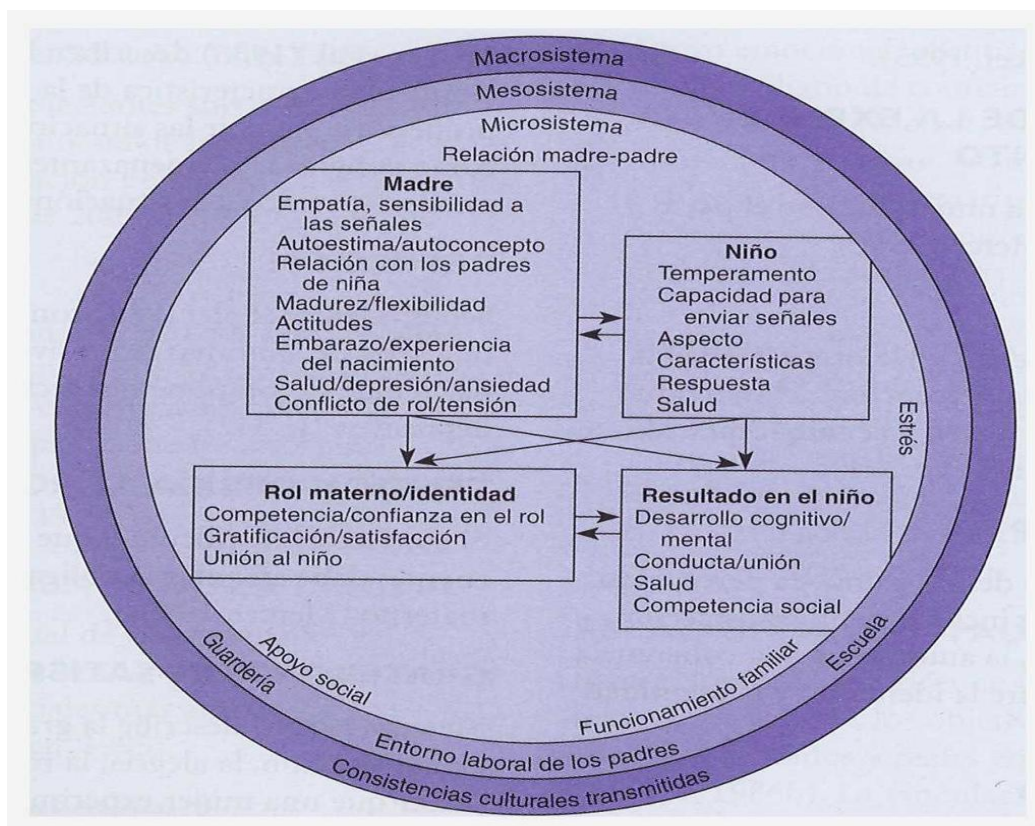


Figura 7. Convertirse en madre. Tomado de Raile y Marriner (2010, p.583)

Según esta autora, la adopción del rol materno sigue cuatro etapas:

- **Anticipación o compromiso y preparación:** Se inicia con la gestación y se desarrolla a lo largo de todo el embarazo. Esta primera fase supone los primeros ajustes físicos, psicológicos y sociales que experimenta la madre. Comienza a formar expectativas respecto a su rol, fantasea con lo que va a ser su maternidad, e inicia una relación con su hijo en el útero.
- **Formal:** Se inicia con el nacimiento y es el momento en el que comienza a ejercer de madre. Su conducta responde al sistema social al que pertenece.

También lo denomina de **conocimiento, práctica y recuperación física**. Lo situaríamos en las dos primeras semanas tras el nacimiento.

- **Informal o normalización:** Cuando la madre desarrolla de forma particular y singular las conductas que ella considera válidas independientes de las del sistema social al que pertenece. Abarca entre las dos semanas y los cuatro meses después del parto.
- **Personal o integración de la identidad materna:** Tiene lugar cuando interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de competencia con las funciones que debe ejercer. Siente confianza en sí misma y se siente en una relación de armonía con su criatura y su entorno. Se extiende unos ocho meses.

Estos estadios a veces no se producen de forma secuencial sino que se verán solapados, así mismo para cada madre existirá un tiempo diferente para alcanzarlos. En algunos casos se logrará desde el inicio y en otros se tardará meses.

A partir del año 2004 modifiqué la denominación de su modelo y lo nombré como: *Convertirse en Madre: un modelo revisado*. Con esta nueva designación quiere manifestar que ser madre es un proceso continuo en permanente evolución y que dura toda la vida, mientras que el término *adopción del rol*, da significado a un proceso que concluye en una meta y que tiene un final.

Mercer, et al. (2006) también ha investigado de qué modo influyen las enfermeras en el proceso de maternización y tras realizar una revisión bibliográfica en la que incluyó 28 estudios de los que deduce que las intervenciones de apoyo que ofrecen los profesionales de enfermería a las madres tienen un gran impacto en el desarrollo de su transición para convertirse en madres.

## 4. LOS PARADIGMAS SEGÚN DIFERENTES AUTORES

Retomando la situación de la ciencia enfermera en España, Germán et al. (2004) y Camaño (2009) señalan que actualmente cohabitan dos paradigmas, por una parte están los profesionales que se hallan supeditados al **paradigma médico** (como ellos denominan al paradigma de la categorización), es decir, aquellos que consideran que sus funciones están muy comprometidas en relación al médico y por otra parte aquellos profesionales que están en el **paradigma del cuidado o de la transformación**. Superando este conflicto, *para la mayoría de los enfermeros el más aceptado es el paradigma de los cuidados, que incluye unos conocimientos, una filosofía, una experiencia, una orientación práctica y una metodología de investigación. Desde la perspectiva de Lakatos, se puede decir que, en estos momentos, la enfermería tiene un programa de investigación con un núcleo fuerte, con una heurística positiva, que anticipa el desarrollo empírico al teórico, con lo que se puede decir que la enfermería como ciencia posee una problemática progresiva* (Camaño, 2009 p. 132).

Parece un poco optimista el criterio de Camaño. Es cierto que en determinados contextos como es el universitario o de las élites enfermeras se percibe este paradigma del cuidado, pero cuando se analiza el puramente clínico donde conviven enfermeras formadas antes del año 1978 y con la influencia de un sistema sanitario en el que el paradigma médico prevalece, no se considera que el desarrollo empírico este tan desarrollado y que se ajuste al teórico. Ésta es una de las conclusiones de la tesis de Francisco (2008) en la que se analiza la relación entre los aspectos disciplinares y profesiones de la enfermería y en cuyos resultados se demuestra que se produce un acentuado distanciamiento entre los aspectos epistemológicos y el mundo real de la práctica, que se manifiesta de forma más evidente en los profesionales que se sitúan en los últimos años de su ejercicio profesional. Sin embargo este aspecto no se relaciona con la satisfacción profesional que experimentan estos profesionales ni con la percepción que tienen de la formación que recibieron.

Siles (2011) denomina al paradigma médico como **racional-tecnológico** y bajo esta concepción, la enfermería se ocupará de investigaciones de carácter técnico, cuantitativo y empírico; y el paradigma del cuidado lo denomina **sociocrítico** que se centra sobre estudios históricos, fenomenológicos, antropológicos y humanísticos. Bajo el prisma de

este paradigma los aspectos técnicos forman parte exclusivamente de los procedimientos mientras que la persona es el centro y eje del proceso.

Siguiendo las hipótesis de Kuhn, para el modelo enfermero en España, Germán et al. (2004) señala que pueden coexistir el paradigma de los cuidados y el médico, ambos están bien definidos, aunque hay personal médico que realiza funciones de cuidado como partos no complicados o revisiones a personas sanas; mientras profesionales de la enfermería se encuentran ejerciendo funciones diagnosticas en laboratorios o radioterapia y curativas en unidades de intensivos. Para está autora en el colectivo enfermero existen los dos paradigmas enfermeros paralelos a los paradigmas de salud que definió Mailyn Ferguson en 1980. Las ambivalencias de ambos paradigmas quedarían resumidas en los siguientes aspectos (Germán et al., 2004, p.24):

1. Atención integral frente a superespecialización.
2. Dolor y enfermedad son información sobre conflicto y desarmonía; frente a la idea de que dolor y enfermedad son totalmente negativos.
3. El cuerpo es visto como un sistema dinámico interrelacionado con un contexto determinado; frente al cuerpo como una máquina buena o mala reparable.
4. El paciente es o debería ser autónomo; frente al paciente dependiente.
5. La información aportada, además de por los datos cuantitativos, por lo subjetivo y la intuición personal.

Alberdi (1988, 1992) proyecta una mirada para analizar el rol de la enfermera en la práctica, como **ATS**, **tecnológica** y **cuidadora**, en la que se pone de manifiesto los diferentes enfoques que los autores mencionados describen desde los paradigmas que proponen.

Autores	Alberdi (1988)	Kérouac, et al. (1996)	Germán (2004)	Siles (2011)
Paradigmas	ATS	Categorización	Médico	Racional tecnológico
	Tecnológica	Integración		Interpretativo
	Cuidadora	Transformación	Cuidados	Sociocrítico

Tabla 3. Denominación de los paradigmas según diferentes autores

Aunque en el momento actual están conviviendo ambos paradigmas, Siles (2011) manifiesta que el cambio histórico, social y educativo, al que se enfrenta la sociedad del siglo XXI en el que los ciudadanos son los responsables de sus cuidados, da lugar al predominio del *paradigma sociocritico* o *paradigma del cuidado* o *paradigma de la transformación* en el que la enfermera tiene un papel de agente de cambio histórico, socioeducativo y sanitario y la persona cuidada es un ciudadano que participa de forma activa en la planificación de sus estilos de vida para mantener una salud adecuada. Sin embargo desde la práctica nos encontramos que las personas en escasas ocasiones se sienten responsables de su salud y pocas veces relacionan sus hábitos de vida con su salud.

En el informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013), sobre hábitos saludables, en el que se presenta la tendencia en la evolución de la prevalencia de tabaquismo, la inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras y consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud<sup>7</sup> en España entre el año 2001 y el año 2011. Los resultados muestran lo siguiente:

- 1- Un importante descenso en el porcentaje de población fumadora a lo largo de esa década, ya que en 2001 era 34,5% en 2011 es de un 27,1%.
- 2- La inactividad física ha disminuido desde 2001 a 2011, aunque más de un 40% de la población adulta se declaró inactiva en su tiempo libre.
- 3- La frecuencia de obesidad aumento un 3,8% en la población adulta española entre 2001 y 2011.
- 4- El consumo insuficiente de fruta y verdura aumento entre 2001 y 2011 en las personas de 16 a 24 años de edad, mientras que en el resto de grupos, la tendencia fue descendente. Aun así el 28,6% de la población adulta española declaró un consumo insuficiente de frutas y verduras.

---

<sup>7</sup> Todos estos factores además de estar íntimamente relacionados con el desarrollo de enfermedades crónicas, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, tienen un impacto muy significativo en el embarazo.

5- Se ha encontrado una importante disminución en el porcentaje de bebedores de riesgo para la salud. El porcentaje de consumidores de una cantidad de alcohol que supone un riesgo crónico para la salud era 4,1% en 2003 y 1,2% en 2011/12.

A la vista de los datos, se pone de manifiesto que no son tan halagüeños los hábitos de vida saludables de la población, se ha mejorado en algunos aspectos, pero siguen siendo altos los índices de inactividad en la población adulta y de obesidad. Además si analizáramos la encuesta con más exhaustividad hallaríamos datos que no dan una visión tan favorable de la tendencia, como el consumo de alcohol o de tabaco distribuido por edades.

Además cuando estudiamos el comportamiento de las personas respecto a las decisiones en torno al uso del sistema sanitario o a la toma de decisiones conjunta con el personal sanitario queda reflejado el poco protagonismo de las personas frente a los profesionales. Así Jiménez (2009) apunta que el modelo racional tecnológico o tecnocrático, como lo denomina ella, predomina sobre el del cuidado, debido a que se ha potenciado mucho más la medicina técnico-dependiente, puesto que durante las últimas décadas la educación social ha estado dirigida hacia la biomedicina. Esto se pone de manifiesto cada día al comprobar cómo los servicios de atención primaria y de salud parecen expendedores de pruebas diagnosticas y la población vive sujeta y a expensas de esas pruebas y revisiones. Aunque afortunadamente, cada vez son más los pacientes que abogan por tener un papel activo y ser los protagonistas de su proceso en la toma de las decisiones clínicas (Allué, 3013).

Simón (2006) al tratar el tema del consentimiento informado, como un aspecto determinante en lo que significa que los usuarios sean los artífices y actores principales de su salud y signo evidente del nuevo paradigma, señala la frase de Faden y Beauchamp (1986) en (Simón 2006, p. 30) *Todo ha cambiado y nada ha cambiado* porque aunque las estructuras sociales, culturales, políticas, legales y profesionales que sustentaban el paternalismo profesional tradicional casi habían desaparecido, siendo sustituidas por otras que alentaban la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud. Sin embargo *nada ha cambiado* porque la realidad es que solo se han transformado las formas por motivos puramente legales, ya que en la práctica no se ha aceptado la nueva concepción ética y profesional que acarrea la idea del consentimiento informado, en la que el paciente pasa a ser el protagonista y

responsable de su salud. Por una parte el profesional sanitario sigue manteniendo una actitud de paternalismo y por otra el paciente sigue sintiéndose incapaz de tomar las riendas de su salud ya que considera que no tiene los conocimientos necesarios para hacerlo. También acaba firmando por razones legales, sin que se produzca una comprensión real y una aceptación de que se somete libremente a la prueba o intervención pertinente. De hecho es muy frecuente la frase: *yo firme sin leerlo ya que si lo lees no te lo harías, y como tienes que hacértelo*<sup>8</sup>.

## 5. LA PROFESIÓN ENFERMERA

Según Juan Hernández (2010), La profesión enfermera se encuentra en una crisis de identidad, tras haber pasado por un extraordinario desarrollo en los treinta últimos años. En la actualidad se tiene que definir y debe enfrentar dos facetas de su identidad, por una parte explorar nuevos aspectos profesionales que hasta ahora han sido parcela médica y por otra la tradicional basada en el cuidado.

Para un sector de la profesión explorar los territorios de la enfermería de práctica avanzada significa perder la ideología enfermera que tanto ha costado elaborar y que tan buenos resultados ha dado para construir una identidad en las nuevas generaciones con un marcado estilo humanitario y social. Pero a la vez sienten que quieren ejercer un papel más cualificado, independiente y visible. Pretenden ser una profesión interdependiente respetada en sus funciones y roles, ya procedan de la delegación de funciones médicas o de su propio desarrollo profesional.

En España la profesión enfermera ha pasado de ocupación a profesión en las últimas tres décadas. Los periodos de mayor desarrollo fueron entre 1983-1987 y a partir de 2005 con tres procesos que determinan su progreso y crecimiento:

- El acceso al grado universitario de los estudios consecuencia del Proceso de Bolonia.

---

<sup>8</sup> Esta frase es típica de las gestantes cuando firman el consentimiento informado antes de que se les administre la anestesia epidural.



- El desarrollo efectivo de nuevas especialidades enfermeras a partir de 2005 con el Real Decreto 450/2005.
- La prescripción enfermera, el reconocimiento legal de su capacidad para recetar productos sanitarios y ciertos medicamentos.

Parece que esto nos acerca al concepto de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), que da nombre a un profesional que ejerce en algunos países de nuestro entorno y principalmente en los Estados Unidos. Para el acceso al título de EPA se debe partir del nivel de máster y posteriormente debe seguir: *una preparación educativa a un nivel avanzado, reconocimiento oficial de los programas de educación, un sistema oficial de licencia, registro, certificación y credenciales, la habilidad para integrar investigación, educación y práctica clínica, un alto grado de trabajo autónomo e independiente, gestión de casos, evaluación y toma de decisiones avanzadas, reconocimiento de competencias clínicas avanzadas, la habilidad de poder proporcionar servicios de consulta a otros profesionales de la salud, reconocimiento para poder ser el punto de entrada en el sistema sanitario, derecho a diagnosticar, autoridad para prescribir medicación y tratamientos, autoridad para derivar a otros profesionales, autoridad para realizar ingresos en el hospital, protección de su título, legislación específica para la práctica avanzada* (Galao, 2009).

La EPA surge en USA para suplir la deficiencia de médicos. En España en los años 2007-2009 las previsiones también eran de carencia de médicos en el futuro y se proyectaba la formación de figuras similares a EAP (Galo, 2009), pero actualmente esas previsiones no se han cumplido, aunque si se hace necesario el optimizar los recurso y profesionales enfermeros bien cualificados que pueden resolver problemas de salud, con las misma eficacia que un médico a menor coste (Higuero, 2008; Pérez, 2010; Limia. et al. 2012; Ryan, et al. 2013).

Para Hernández (2010), el progreso de la enfermería española debe residir en su competencia para ofertar unos servicios profesionales sólidos que satisfagan las necesidades de Sistema Nacional de Salud (SNS). Y la propuesta de este autor es la siguiente:

- El SNS debería contemplar políticas estratégicas comunes sobre desarrollo profesional que no se limiten a abordar, por acuciantes que sean o parezcan, los problemas de demografía profesional, sino que traten de dar una respuesta más global, de rediseño de los mapas profesionales a partir de las aportaciones potenciales, cuantitativas y cualitativas, de todas las profesiones y ocupaciones sanitarias.
- Las profesiones sanitarias españolas deberían plantearse el objetivo a medio plazo de ser capaces de constituir un foro de debate estable institucionalizado sobre su futuro, sus aportaciones y sus expectativas.
- Las élites enfermeras deberían reconocer la necesidad de acometer un proceso extensivo e intensivo de relevo generacional.
- La enfermería debería abrir un proceso de reflexión sobre las oportunidades y amenazas de los nuevos desarrollos, cuestionando el *marketing* político con el que las viejas élites adornan sus retóricas. En primer lugar, porque estos nuevos desarrollos distarán mucho de ser igualitarios y, en segundo lugar, porque existe el riesgo de que las nuevas tareas y funciones sean las que le sobren a la medicina, más que las que le falten a la enfermería.
- La adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior debe suponer que los planes docentes den un tratamiento adecuado a la formación en las nuevas competencias profesionales que van a ir incorporando las enfermeras, aunque aparentemente contradigan las señas de identidad tradicionales que ha venido perpetuando la ideología enfermera dominante.
- Las administraciones sanitarias y educativas deberían asumir la necesidad de analizar conjuntamente los desarrollos del posgrado y las especialidades enfermeras y tratar de unificarlos dentro de unos esquemas generales de desarrollo profesional.
- En cuanto a la prescripción enfermera, los desarrollos normativos estatales deberían adoptar una visión facilitadora de desarrollos específicos de los servicios de salud autonómicos, amparándolos normativamente en un reglamento de mínimos que garantice la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

– Finalmente, potenciar un mayor desarrollo de los servicios sociosanitarios debería suponer una apuesta estratégica nuclear de la enfermería, en la que su liderazgo en torno a una mayor cualificación directiva y asistencial sería su principal aportación a un sector tan necesitado de ello.

Como plantea Francisco (2008) en su tesis, profesión y disciplina andan bastante distanciadas. Y López-Parra, et al. (2006) sostiene que la profesión no ha evolucionado al mismo ritmo que la disciplina. Finalmente Hernández (2010) hace una apuesta más profesional que disciplinar, pero que trata de dar sentido a la respuesta de: ¿qué necesita la sociedad de una enfermera? A partir de esta cuestión nos planteamos la reflexión sobre ¿Cómo puede solucionar una matrona las necesidades de la población?

Las matronas como enfermeras especializadas se ven sometidas a las mismas limitaciones que las enfermeras. A pesar de haber desarrollado habilidades y destrezas en materia de ginecología y obstetricia que les podría dar más capacidad en la toma de decisiones como ingresos hospitalarios, prescripciones de medicamentos como anticonceptivos o multivitamínicos y que de manera soterrada se hacen, pero que legalmente siempre tiene que estar respaldado por un profesional médico o por un protocolo que palia el vacío legal existente. Además siempre hay una parte de la profesión que por pusilanimidad o por falta de conocimientos prefiere trabajar bajo el menor riesgo sin asumir nuevas responsabilidades y seguir ejerciendo siempre tareas delegadas.

De todos modos las sociedades avanzan y las profesiones también y esta época de crisis económica y profesional que vivimos y que despierta la necesidad de encontrar un espacio mayor en los servicios de salud, junto con la mejor formación desde la nueva implantación de la especialidad<sup>9</sup>, hace que se perciba una mejora en la asunción de

---

<sup>9</sup> El RD 1017/1991 de 28 de junio, regula el reconocimiento del título de matrona para adoptar las directrices de la CEE. Y aunque había una notable escasez de profesionales, sigue sin convocar plazas. El 7 de noviembre de 1991 Sentencia Condenatoria contra el Reino de España del Tribunal de Justicia de la Comunidad Económica Europea, por incumplir las obligaciones que le incumben en virtud del Tratado, al no haber adoptado en los plazos establecidos las disposiciones necesarias para ajustarse a la Directiva 80/155, (respecto a la formación de las matronas). En 1992 aprueba con carácter provisional el programa de formación (BOE 2 de junio). El Real Decreto 1267/1994, de 10 de Junio establece las directrices generales y los planes de estudios y en 1995 se inicia la formación. Es la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo,

responsabilidades por parte de las profesionales matronas. Prueba de ello son las propuestas que ofrecía la Asociación Madrileña de Matronas (2010)<sup>10</sup> como alternativa a las que exigía el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) del 2007.

Estos datos demuestran que las profesionales matronas tienen una labor que realizar en la sociedad y cuentan con una formación adecuada que las capacita para hacerlo, en este caso se materializa en atención primaria. También están surgiendo otras experiencias en atención especializada como realizar informes de alta en el puerperio (Limia, et al. 2012a, 2012b). La competencia de la matrona está sobradamente demostrada, como se evidencia en el meta-análisis de Ryan, et al. (2013) en el que se estudian la efectividad de los servicios prestados por matronas y se demuestra que su nivel de competencia es igual al ofertado por los tocólogos. Por lo tanto parece que las matronas están en la línea del paradigma sociocrítico como agentes de cambio socioprofesional y sanitario.

---

por la que se aprueba y publica el nuevo programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). (BOE 28 de mayo de 2009).

<sup>10</sup> La propuesta realizada por la Comisión de matronas de AP SERMAS de la Asociación Madrileña de Matronas (AMM). Unidad Docente de Matronas de Madrid, en el documento: *Papel de las matronas en Atención Primaria*.

# Capítulo IV. Marco metodológico



Imagen: *Louise amamanta a su hijo*, Cassat, 1899.

## CAPÍTULO IV.MARCO METODOLÓGICO

El origen del presente estudio se fundamenta en el marco teórico expuesto en los dos capítulos anteriores, en primer lugar situando qué es y en qué consiste la EM maternal y cuál es la razón de ser de la enfermería en la sociedad y de la matrona como enfermera especialista dedicada a impartir la EM. Pero este trabajo surge por las preguntas que la investigadora se realizaba después de veinticuatro años de experiencia como matrona dentro del sistema sanitario público. La investigadora actualmente ejerce como matrona en atención primaria de salud y en el pasado en el nivel de atención especializada. La experiencia de estos años de trabajo hacía pensar que la EM no es lo eficaz que se pretende, es decir, que posiblemente no cumple con los objetivos para los que fue diseñada o con las expectativas de las mujeres que participan en ella. Cuando la profesión se ejercía desde la asistencia hospitalaria se percibía que no había mucha diferencia en cómo vivían los partos o se enfrentaban a ellos, entre las mujeres que referían haber acudido a los cursos de EM y las que no lo habían hecho, es más desde la sin razón parecía que incluso en algunas de ellas hubiera parecido ser un perjuicio más que un beneficio. Tal vez porque son aquellas mujeres que se enfrentan al parto con más inseguridad y más temor, las que con más frecuencia asisten a los cursos y estos no son capaces de resolver sus inquietudes y miedos. También la vanidad hizo pensar que quizás no están diseñados adecuadamente o que quien los impartía no cumplía con las expectativas. Sin embargo cuando la responsable de esta investigación inicia su andadura en el sistema de atención primaria y comienza a impartir los cursos y comprueba que los resultados no son los esperados, las dudas sobre la eficacia de dichos programas se intensifica y la necesidad de saber qué pasa y por qué es la que nos lleva a realizar el estudio.

Al hablar de eficacia de la EM nos referimos a conceptos que ya han desarrollado autores como Fernández (2009), Artieta (2010), Enkin (2000) o Gagnon (2008), y que ya quedo suficientemente fundamentado en el inicio de este trabajo.

Para el desarrollo de esta investigación se ha optado por una metodología cualitativa que nos permite aproximarnos precisamente a muchos elementos que otros trabajos de este tipo no habían dejado claros en relación a la EM. Son escasos los trabajos que abordan este tema desde una perspectiva cualitativa, aunque tenemos algunos ejemplos como el de Linares (2002) o el de Jiménez (2009). Fundamentalmente se ha analizado la incidencia de la EM desde una perspectiva cuantitativa como se presenta en los estudios de Enkin (2000), Pingarron (2002), Gagnon (2008), Morrilla (2009) o Artieta (2010), entre otros. Este tipo de investigaciones consideran a la población simplemente como una agregación de individuos, sin apreciar las uniones, relaciones y mediaciones más estructurales que se producen en una sociedad (Conde, et al. 1995). Aunque la investigación más reconocida en el ámbito de la salud es la cuantitativa, ésta es insuficiente para descubrir algunos de los aspectos que se producen en ella y hay que echar mano de la cualitativa para equilibrar entre el positivismo y la fenomenología, entre las ciencias biomédicas y las sociales y entre lo sanitario y lo social (Duro, 2008).

La epidemiología sólo transforma las sensaciones emotivas de la enfermedad que experimentan las personas, en nociones intelectuales científicamente objetivables y observables por la práctica biomédica, o lo que denominamos *signos*<sup>11</sup>. Mientras que la investigación cualitativa permite verificar la presencia de concepciones simbólico-culturales sobre la salud, más complejas que las aceptadas desde el discurso médico dominante, lo que nombramos como *síntomas*<sup>12</sup>. Por ello la metodología cualitativa y cuantitativa se debe utilizar de forma complementaria debiendo elegir las en función del objetivo del estudio, siendo más apropiados los métodos cualitativos para investigaciones de fenómenos menos conocidos, y en el que las mujeres digan lo que para ellas representa la EM y las cuantitativas en las investigaciones más codificadas para saber cuánto pasa. Así existe un paralelismo entre la compleja vía de *signos* y *síntomas* y la investigación cuantitativa y cualitativa (Conde, et al. 1995, Conde, 2002).

---

<sup>11</sup> Hallazgos objetivos anormales, somáticos (orgánicos o funcionales) del enfermo, que se obtienen en la exploración física, los cuales se pueden apreciar con el auxilio de nuestros sentidos, fundamentalmente mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación (Conde, 2002, p.398).

<sup>12</sup> Datos subjetivos, es decir, las sensaciones que el enfermo experimenta y nos manifiesta, y que el médico completa por la anamnesis (Conde, 2002, p.398).



Pensamos que a través de la investigación cualitativa (entrevistas y grabaciones de situaciones reales) podemos acercarnos a las vivencias y conocer las opiniones de las gestantes de una forma más compleja que la que se muestra a través de cuestionarios cuantitativos. Se trata de explicar el fenómeno de la EM desde la interpretación subjetiva de las gestantes, porque la realidad que nos interesa conocer es la que perciben ellas (Salamanca, 2006). De este modo las mujeres son el centro de nuestro trabajo y el énfasis está en el discurso de las protagonistas que es el objetivo de la investigación. Consideramos que darles voz a las mujeres embarazadas es de gran relevancia para la actual práctica clínica.

Gil et ál. (2002), señala que para orientar las políticas es Educación Sanitaria y Promoción de la Salud es necesario conocer las representaciones mentales y los modelos culturales que la población tiene sobre la salud y que en innumerables ocasiones no coinciden con el discurso del sistema sanitario que es el que determina las acciones a seguir. Es por ello que en muchas ocasiones fracasan dichos programas, ya que por no contemplar las cuestiones ideológicas y afectivas, que son las que de modo más notable afectan en la modificación del comportamiento humano.

A continuación se expondrá la metodología empleada en este trabajo de investigación pasando a detallar los objetivos del análisis, la toma de datos y su posterior análisis.

## **1.OBJETIVOS**

Los objetivos de este trabajo parten de unas preguntas de investigación que fueron guiando el proceso de toma de datos y análisis como son: ¿Son eficaces los programas de educación maternal? ¿Se tienen presentes las necesidades de las participantes? ¿Cómo es la experiencia de las mujeres que participan en estos programas? ¿Cómo podrían diseñarse programas más eficaces?

A partir de ellas se establecieron los siguientes objetivos de investigación:

### **1.1. Objetivos Generales**

- Analizar en profundidad la experiencia vivida por un grupo de mujeres embarazadas que participa en las sesiones de EM.
- Conocer por qué acuden estas mujeres a la EM y de qué manera influye en ellas.

### **1.2. Objetivos Específicos**

- Explorar las expectativas y conocimientos sobre la EM previa al inicio del curso.
- Evaluar los efectos de este tipo de educación sobre la adquisición del conocimiento, control de la ansiedad y el miedo, el dolor, el proceso de parto y el apoyo en el parto, la lactancia, los cuidados del recién nacido, y la adaptación psicológica y social en el puerperio.
- Identificar los temas de interés de las mujeres para tratar de crear programas más adaptados a sus necesidades.

## **2. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

Para el logro de estos objetivos, hemos basado nuestro trabajo en el diseño de la investigación según plantean Ibáñez (1990), Buzzaqui (1997), y Duro (2008) que presentan tres niveles: el epistemológico, el metodológico y el tecnológico:

- **Nivel epistemológico.** El primer planteamiento del investigador debe responder a: ¿Para quién investigar? ¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué aspectos implícitos hay en dicha demanda? ¿A quién sirve la investigación? Esto nos permite ver cómo el objeto de nuestra investigación se ha construido social e históricamente. Además debemos explorar donde reside la demanda de su faceta política, institucional y personal. A partir de este análisis se tomará la decisión de qué metodología utilizar. En nuestro caso se trata de una autodemanda por parte del autor de este trabajo que quiere reflexionar sobre la utilidad de estos programas en los que trabaja.

- **Nivel metodológico.** Se trata de definir el objeto de nuestra investigación y seleccionar el método para alcanzar su conocimiento. Cuando el objeto de la investigación son las relaciones entre las personas o nivel estructural, estamos en *el orden del decir*, de los discursos. Cuando se trata de estudiar las relaciones entre estructuras, es decir los sistemas, estamos en el *orden del hacer*, de las prácticas y los hábitos de las personas. En esta tesis el objeto son las relaciones y nos interesamos por lo que dicen, los discursos de las mujeres embarazadas, para entender por qué acuden a estos programas y en qué les pueden ser de utilidad.
- **Nivel tecnológico.** Se trata de seleccionar las técnicas más adecuadas para lograr el objetivo de nuestro estudio, que en el caso de la metodología estructural son las entrevistas abiertas, grupos de discusión y los grupos focales. Y para una metodología de sistemas o también denominada investigación acción utilizaremos las entrevistas individuales a informantes clave, las entrevistas a grupos preformados, la observación participante y las reuniones con grupos grandes. Para nuestro trabajo hemos seleccionado la entrevista en profundidad o entrevista abierta a las participantes de forma individual para poder lograr un mayor nivel de intimidad y poder así profundizar en los pensamientos y sentimientos de estas mujeres.

	Distributiva	Estructural	Dialéctica
<b>Tecnológico</b> ¿Cómo?	Encuesta estadística	Entrevista Grupo focal Observación participante	Socioanálisis Asamblea
<b>Metodológico</b> ¿Por qué?	Cuantitativa	Cualitativa	Cualitativa
<b>Epistemológico</b> ¿Para qué? ¿Para quién?	<b>Elementos</b>	<b>Estructuras</b>	<b>Sistemas</b>

Figura 8. Niveles en el diseño de la investigación

Dentro de las ciencias sociales y las ciencias de la salud los hechos se pueden estudiar tanto desde el punto de vista de la frecuencia en la que se presentan, o la relación causa-

efecto; o con el sentido y la significación de las representaciones sociales de los discursos. Del primer caso se encarga la investigación cuantitativa y en el segundo la cualitativa (Conde, 2002; Valles, 2003). Puesto que la actividad humana está inmersa en el lenguaje y el habla, podemos emplear la metodología cualitativa para investigar cualquier fenómeno relacionado con la realidad social, entre ellos la salud y la enfermedad, que son construcciones discursivas formadas a partir de la sociedad, por eso es la salud la que debe acercarse a las ciencias sociales para dejarse estudiar por ellas (Pérez, 2002).

Dentro de la metodología estructural debemos distinguir entre tres estrategias para realizar los estudios cualitativos: la etnografía, la teoría fundamentada y la fenomenología (Cuesta, 2006). Aunque Pérez (2002) apunta que puede ser un error diferenciar entre fenomenología y etnografía, puesto que la metodología cualitativa requiere una perspectiva multidisciplinar para conocer la realidad social. Sin embargo la presente investigación se fundamenta en una *perspectiva de análisis de carácter cualitativo, apoyado en perspectivas ecológicas y etnográficas* (Spindler, 2006; Hannersley, 2007), *el análisis micro-etnográfico del discurso* (Gee, 1998), así como el *estudio de casos* (Stake, 2005; Yin, 2008) que se caracteriza por aportar una mirada antropológica y un conjunto de técnicas concretas a la hora de recoger los datos para el análisis. Dentro de una investigación de este tipo es fundamental seguir ciertas normas antropológicas (Jociles, 1999). En primer lugar, dejar a un lado las propias preconcepciones o estereotipos sobre lo que está ocurriendo para poder explorar el fenómeno tal y como los participantes lo ven y lo construyen, buscando el concurso preconsciente de los participantes (Pérez, 2002). En segundo lugar se debe tratar de convertir lo extraño en familiar tratando de resaltar lo que se da por supuesto cuestionando por qué se lleva a cabo de esa manera y no de otra. En tercer lugar, se deben entender los datos en su contexto determinado tanto histórica como política o geográficamente dentro de la comunidad donde se están tomando los datos.

Un aspecto a tener en cuenta es el hecho de que estos trabajos no basan su validez en la frecuencia de aparición de cierto fenómeno, sino en la descripción detallada de casos en los que se pueda explicar cómo las personas atribuyen sentido a su actividad en contextos socioculturales definidos (Spindler, 2000).

De este modo, entendemos que la actividad de la investigadora, que además participa de forma activa en el proceso de la EM, puesto que es la matrona, supone desarrollar esa actividad investigadora como un miembro más de esa “micro-cultura”, integrada en las estructuras y actividades de las que participan aquellas personas con las que estamos investigando (Hammersley, et al. 1994; Atkinson, 2001; Cuesta, 2006). La etnografía nos permite indagar lo que la gente hace, cómo se comporta y como interactúa en un escenario concreto tratando de descubrir “desde dentro” sus creencias, valores, perspectivas, motivaciones y cómo éstas van evolucionando de unas situaciones a otras y a lo largo del tiempo (Woods, 1986).

En este sentido, como señala Amit (2002), al realizar un análisis en profundidad de aspectos de la vida social tal y como suceden en los escenarios de la realidad, asumimos que los fenómenos sociales sólo pueden ser entendidos en su contexto, como parte de la situación y el escenario en que se producen, entendiendo el contexto en un sentido amplio: más allá del contexto *concreto* de la situación o el micro-nivel. Por ello, es fundamental que el investigador *esté presente*, es decir, que se comprometa en determinados aspectos de las vidas de sus informantes. En este sentido, una de las peculiaridades de la observación participante como trabajo de campo en etnografía es la manera en que el investigador y las relaciones que establece sirvan como vehículos esenciales para licitar los resultados y las conclusiones. Con toda seguridad no hay otra forma de investigación académica en la que las relaciones de intimidad y familiaridad entre el investigador y los “sujetos” sea precisamente el medio fundamental de investigación, y no un impedimento. Para Agar (1980) en Cuesta (2006, p.1) la etnografía es un proceso que utiliza un trabajo de campo para comprender un grupo humano y un producto que suele ser una monografía sobre el grupo estudiado.

Según Hammersley y Atkinson (1994), las claves esenciales de una investigación etnográfica son:

- Conceder un mayor énfasis a la naturaleza social del fenómeno que al hecho de contrastar una hipótesis respecto de él.
- Tendencia a trabajar con datos no estructurados, es decir, datos que no han sido codificados con un sistema de categorización o clasificación cerrado y propuesto con anterioridad.

- Investigar un pequeño número de casos, quizás uno sólo, pero en profundidad.
- Analizar los datos implica una interpretación explícita del significado y funciones de las acciones humanas, expresándolo a través de descripciones y explicaciones donde la cuantificación y el análisis estadístico desempeñan un papel secundario.

La etnografía como una estrategia de investigación es una importación de la antropología a otras disciplinas. Mientras que en un principio la etnografía estudiaba culturas remotas y, esencialmente, dimensiones de esas culturas que no nos resultaban familiares, la etnografía actual comienza su investigación en lo más cercano y busca mostrar los aspectos particulares de lo que nos resulta familiar de ellas (Flick, 2006). En este sentido la investigación en ciencias de la salud, como el caso de esta tesis doctoral, es una nueva aplicación de la etnografía a un campo cotidiano.

### 3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La realidad social está integrada por los hechos y los discursos que se entiende en la frase: *lo que la gente me dijo me ayudo explicar lo que había sucedido, y lo que yo observé me ayudo a explicar lo que la gente me dijo* (Whyte, 1961 en Ortí, 1990 p. 171). Pero los hechos pertenecen a la esfera de lo externo y los discursos<sup>13</sup> entrañan la intersubjetividad del lenguaje de la persona que habla. Como señala Ortí (1990) Los hechos se estudiarán a través de la contrastación empírica (investigación cuantitativa) y los discursos con la interpretación y el análisis. Ambas son construcciones metodológicas que son incapaces de desentrañar toda la realidad social.

En esta investigación de carácter cualitativo se ha optado por utilizar dos técnicas para la recogida de datos. Por un lado, se ha elegido la **entrevista abierta semiestructurada longitudinal**, en la que se mezclan los estímulos para permitir el fluir del discurso del entrevistado en torno al tema planteado junto con otros prefijados, que trata de incluir el equipo investigador si no fluyen espontáneamente, siguiendo los objetivos de la

---

<sup>13</sup> Texto producido por alguien en situación de comunicación interpersonal (Muchielli 1974 en Ortí, 1990 p.171)

investigación. Exige un diálogo abierto, espontáneo y libre, para que el entrevistado manifieste su conocimiento, sus creencias y sus deseos, siempre orientados por el investigador que persigue un objetivo sólo relativamente definido. De este modo se recoge información a partir de la experiencia individual y la elaboración discursiva que la persona hace. Siguiendo a Atkinson (1998) citado por Valles (2009, p.40) y a Wengraf (2001) citado por Valles (2009, p.41), una entrevista es una conversación con un propósito que está caracterizada por una profundidad que nos permite ir más allá de aspectos anecdóticos para centrarnos en los pensamientos, sentimientos y significados proporcionados por los sujetos acerca de su experiencia vivida. La riqueza del lenguaje es lo que nos permite explicar los matices de la vida. O como señala Ortí (1990), las entrevistas son las técnicas de interpretación motivacional profunda, por ser una técnica de observación directa que implica una interacción máxima con el investigador que se orientan a analizar e interpretar los aspectos significativos que diferencian unas conductas de otras y las representaciones de los individuos investigados. El investigador aspira a leer las concepciones, creencias, o mitos, del perfil de persona que está entrevistando. Estos discursos sometidos a una adecuada reducción semiológica y convenientemente analizados e interpretados hacen emerger relaciones de sentido complejas que no se encuentran en otro tipo de investigación. De este modo conocemos la forma social, la cultura, la estructura de su personalidad y los condicionamientos ideológicos de su proceso motivacional típico. Además dichas entrevistas tienen un propósito y un diseño para lograr los fines de la investigación social, por lo que exige al entrevistador preparación, habilidad conversacional y capacidad analítica (Atkinson, 2001). La significación cultural del discurso, es decir el simbolismo que contiene, debe ser conocido por el investigador para poder darle valor práctico a la persona hablante. Dada la polisemia todo discurso está abierto a malentendidos y es interpretable en tres niveles diferentes (Ortí, 1990):

1. El lenguaje que dice cosas.
2. El lenguaje que oculta cosas.
3. El lenguaje que revela o traiciona significados (significados latentes del lenguaje). Este es el nivel más profundo pero también más subjetivo en la interpretación del discurso.

Por otro lado, se ha utilizado la **observación participante** para recoger la información relativa a las clases de EM a las que asistieron las mujeres entrevistadas y donde la investigadora desarrollaba su ejercicio profesional.

Es necesario precisar que para este trabajo se han utilizado las entrevistas semiestructuradas, y que las grabaciones de las sesiones de EM se analizarán en trabajos posteriores.

#### **4. ÁMBITO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y UNIDAD DE ANÁLISIS**

El ámbito de estudio ha sido el Centro de Salud Puerta de Madrid que se sitúa en el distrito II de Alcalá de Henares. Aunque la población de mujeres que son atendidas por la matrona también proceden de los centros de salud de María de Guzmán y El Pilar, dentro de la ciudad de Alcalá de Henares. Todos estos centros forman parte de la Dirección Asistencial Este de la Comunidad de Madrid. El número de mujeres embarazadas en el año 2011, año en el que se realizó la recogida de datos fue de 713.

La población de este estudio fue seleccionada a través de muestreo intencional o teórico (Pla, 1999; Martín-Crespo, 2007) de forma que incluyera a las mujeres que debían comenzar el curso de EM voluntariamente que quisieran participar en la investigación, debido a la necesidad de implicación que se requería. Conforme fue evolucionando el estudio se avanzó hacia una estrategia de muestreo deliberado, según las necesidades informativas que se fueron detectando, se seleccionaron los relatos de las mujeres que más se adecuaban a los objetivos de nuestra tesis. Siguiendo a Valles (2003) se deben seguir los criterios de **heterogeneidad** o diversidad y **accesibilidad**. En nuestro caso primaba el criterio de accesibilidad ya que se trataba de analizar uno de los grupos que se formaba en el momento de realizar la investigación. La heterogeneidad se pone de manifiesto en las características sociodemográficas de la muestra que presentamos a continuación.

En una investigación es necesario establecer de modo sistemático los criterios utilizados para la selección adecuada de la muestra. Para lo cual existen tres dimensiones a tener en cuenta (Valles, 2003; Martín-Crespo, 2007):



- **El tiempo**, es una dimensión importante en la vida social. Desde la primera entrevista hasta la última pasaron seis meses. Que para algunas de ellas suponía convertirse en madres por primera vez, pero para otras ya era una experiencia que repetían. El fenómeno que analizamos, la EM, se produce a la vez en todas ellas y los momentos seleccionados para conocer su influencia, es antes, después de la intervención y un mes tras el parto.
- **Las personas**, eran las que formaban el grupo y es decisión del investigador decidir cual seleccionar en función de la relevancia y riqueza del discurso que produce según los objetivos (Miles y Huberman, 1994 en Valles 3003, p.94).
- **Lugar y contexto**, hay que distinguir entre el lugar como espacio físico y el contexto como espacio social. La EM se producía en el mismo espacio físico y las mujeres vivían en la misma localidad, pero sus contextos eran totalmente distintos.

En la primera fase del estudio se analizaron los datos de las mujeres en las que más semejanzas encontramos, para que la investigadora pudiera estudiarlos según su potencial y una vez refinados los conceptos, expandirlos hacia una muestra más heterogénea. De este modo se inició la exploración de los discursos de las mujeres primíparas y posteriormente las de las múltiparas.

En principio, se seleccionó un grupo de 13 mujeres que participaron en un mismo grupo de EM que fue seguido en profundidad. En la Tabla 4 se presentan las características sociodemográficas y obstétricas de las participantes en el estudio.

Datos	edad	nº de embarazo	F. académica	ocupación	pareja/edad	F. académica P	ocupación P	Nacionalidad M	Nacionalidad P
1 An	31	G <sub>2</sub> A <sub>1</sub>	EGB	Mozo almacén	sí, 35 años	EGB	Dependiente	Española	Española
2 Mjo	37	G <sub>2</sub> P <sub>1</sub>	EGB	Ama de casa	sí, 37 años	FP I	Peón	Española	Española
3 Da	35	G <sub>6</sub> A <sub>2</sub> P <sub>3</sub>	Bachiller	Paro/limpieza	sí, 37 años	Bachiller	Peón	Ecuatoriana	Ecuatoriana
4 Ta	25	G <sub>1</sub>	ESO	Mozo almacén	sí, 38 años	ESO	Carretillero	Española	Colombiana
5 Van	31	G <sub>1</sub>	Universitaria	Enfermera	sí, 33 años	EGB	Peón	Española	Española
6 Cir	30	G <sub>1</sub>	Universitaria	Maestra	sí, 30 años	Bachiller	Funcionario	Española	Española
7 Est	40	G <sub>2</sub> P <sub>1</sub>	Universitaria	A Empresa	sí, 41 años	Universitaria	Jefe informática	Española	Española
8 Be	23	G <sub>2</sub> P <sub>1</sub>	Bachiller	Empleada hogar	sí, 42 años	Bachiller	Peón	Paraguaya	Paraguaya
9 Vic	18	G <sub>1</sub>	ESO	Estudiante	sí, 23 años	Bachiller	Parado	Guineana	Guineana
10 Gi	22	G <sub>3</sub> A <sub>2</sub>	ESO	Parado/ EH	No			Peruana	
11 Mj	37	G <sub>1</sub>	Universitaria	Parado/ TP	sí, 40 años	Universitaria	Técnico Prevención	Española	Española
12									
13 Ele	31	G <sub>1</sub>	Universitaria	Profesora	sí, 35 años	Universitaria	A Empresa	Española	Argentina
14 Ros	29	G <sub>1</sub>	Universitaria	A Empresa	sí, 32 años	FP I	Administrativo	Guineana	Guineana

Tabla 4. Características sociodemográficas y obstétricas de las participantes.

Al inicio se había concertado la cita con 14 mujeres, pero finalmente la mujer número 12 no pudo acudir a la entrevista ni a las clases por problemas de salud, así que fueron 13 las que participaron en el estudio; pero la número 12 siempre se dejó vacante por si en algún momento se incorporaba al grupo la gestante. El rango de **edad** está entre 18 y 40 años, con una edad media de 29,9. Respecto a la **paridad** de ellas, 9 (69,23%) eran nulíparas es decir, no tenían hijos; otras 3 (23,07%) eran primíparas, es decir, tenían un hijo; y una de ellas (7,6%) era tercípara tenía 3 hijos. Según su **formación académica**, 6 (46,11%) de ellas eran universitarias, 2 (15,3%) habían estudiado bachiller y 5 (38,4%) contaban con estudios primarios. Desde el punto de vista del trabajo que desempeñan (**Ocupación**) 8 trabajan, 3 estaban en paro, una era ama de casa y una estudiante. Siguiendo la clasificación de nivel social según la ocupación de la BRG (The British Registrar General's Scale) (Álvarez, 1995, p. 64), se establecen seis niveles: trabajadores no cualificados, trabajadores parcialmente cualificados, trabajadores cualificados (manuales y no manuales) ocupaciones intermedias y profesionales. Según lo cual tendríamos un 15,3% de profesionales con cargos de responsabilidad (las mujeres 7 y 14); un 30,7% como ocupaciones intermedias (las mujeres 5, 6, 11 y 13) y el 53,8% de las mujeres estarían en el grupo de trabajadoras no cualificadas (las mujeres 1, 2, 3, 4, 8, 9 y 10). **Respecto a la nacionalidad** 8 de ellas son españolas, una paraguaya, una peruana, una ecuatoriana y dos procedían de Guinea Ecuatorial. Como se puede ver su idioma materno es el español, lo cual facilitó la comunicación.

Nuestra muestra es similar a la de otros estudios como el de **Artieta** (2010) que al analizar los beneficios de los programas de EM con metodología cuantitativa sobre un total de 616 mujeres las características sociodemográficas seleccionadas son las mismas excepto que sólo incluyen en el estudio las mujeres nulípara. En dicho estudio, la **formación académica** era un 41,4% con formación universitaria, 44,4% bachiller y FP, 14% estudios primarios. Respecto al nivel social (**ocupación**) un 44,6% tenía trabajos no cualificados, 30% ocupaciones intermedias y 25,3% con cargos de responsabilidad.

Los factores sociodemográficos en las muestras de otros estudios similares son los siguientes: **Pingarrón** (2002) edad media 30,57; Según formación: 34,23% estudios universitarios, 39,63% secundarios, 24,32 primarios, 1,8% sin estudios; Respecto al número de hijos previos 73% nulíparas y 27% tiene hijos previos. **Morilla** (2009) solo utiliza dos indicadores, edad y cultura. Siendo la edad media de las participantes de su

estudio de 29,31 años y como indicador cultural<sup>14</sup>, la etnia musulmana, hebrea, cristiana y gitana. En el estudio de **Márquez** (2001) los indicadores son: Paridad, cuya muestra es de 73,6% nulípara y 26,4% que habían tenido hijos previos. Según su formación: 51,2% con estudios primarios, 34,4% secundarios y 14,4% estudios universitarios. En esta última muestra los datos de formación son inversos a los de Artieta (2010).

Comparando nuestra muestra con las de otros estudios del ámbito de la investigación cuantitativa, vemos que son similares en algunos aspectos, aunque se puede comprobar que cada estudio cuenta con alguna característica sociodemográfica diferente. El aspecto en el que coinciden todos los estudios es el de la paridad. En todos ellos son las nulíparas las que acuden en mayor porcentaje. Así queda justificado que nuestro grupo estaba formado por mujeres de perfil semejante al que habitualmente asiste a los grupos de EM.

Tras la transcripción de todas las entrevistas pasamos a seleccionar las de mayor validez. Se juzgaron las entrevistas según su transparencia, consistencia-coherencia y comunicabilidad (Valles 2009). La calidad de la información dependía de la colaboración por parte de las mujeres entrevistadas. Con algunas de ellas se llegaba a mayor intimidad y reciprocidad, ya que se trataba de entrevistas en profundidad longitudinales<sup>15</sup> en las que la relación entre la mujer y la investigadora *coproduce* la información que surge (Kvale, 1996) citado por Valles (2009, p.86). Esa información que surgía con algunas mujeres era conocimiento interesante y confiable y con otras mujeres no tanto.

Siguiendo los criterios de calidad de Kvale: 1) *la interpretación*, es decir, cuando resultaba sencillo entender lo que la mujer manifestaba; 2) *su verificación*, se comprobaba que lo que decían era lo que le había sucedido o cómo se sentía o se había sentido a lo largo del proceso del parto y en esta primera fase de su etapa maternal, este aspecto se observaba en la tercera entrevista de una forma muy clara; 3) *la autosuficiencia descriptiva o explicativa de las respuestas de los entrevistados durante la entrevista*, la riqueza de algunos relatos era extraordinaria por la cantidad de matices

---

<sup>14</sup> Esta singularidad cultural se debe a que el estudio está realizado en Melilla

<sup>15</sup> Fueron tres entrevistas entre junio y octubre además de las siete sesiones grupales y las visitas terapéuticas que se realizan, una antes del inicio del programa que fue el primer contacto entre entrevistada y entrevistadora y otra en la revisión posparto.

que daba a su vivencia del parto y la maternidad; 4) el *grado de espontaneidad, riqueza, especificación y relevancia* de la información que daba la mujer; 5) *preguntas cortas y respuestas largas*, se eligieron aquellas en las que menos había intervenido la entrevistadora; 6) *el grado de seguimiento y clarificación del entrevistador*, al terminar el discurso de la mujer, siempre se intentaba hacer un resumen y simplificar la información para que quedara expresada en un frase corta o una palabra que pronunciaba la entrevistadora y se pedía a la mujer que expresara su acuerdo o desacuerdo con este resumen que le proponíamos, como: ...“*querías decir...*” “*...esto significa que...*”

Tras la valoración de las entrevistas según los criterios de Kvale, se buscaba conocer la opinión de un grupo de gestantes no tan heterogéneas como las que encontrábamos en el grupo. Ya que las mujeres inmigrantes presentaban unas singularidades tan complejas, que podrían ser tema de estudio cada una de ellas de manera individual. Se decidió estudiar a 7 de las mujeres, que son las mujeres número 1, 2, 5, 6, 7, 11 y 13. Todas eran españolas; son universitarias la 5, 6, 7, 11 y 13; la 1 y la 2 tiene estudios primarios; trabajan las mujeres número 1, 5, 6, 7 y 13 y la mujer número 2 era ama de casa y la número 11 estaba desempleada.

Datos	edad	nº de embarazo	F. académica	ocupación	pareja	Nacionalidad
1 An	31	G <sub>2</sub> A <sub>1</sub>	EGB	Mozo almacén	Si	Española
2 Mjo	37	G <sub>2</sub> P <sub>1</sub>	EGB	Ama de casa	Si	Española
5 Van	31	G <sub>1</sub>	Universitaria	Enfermera	Si	Española
6 Cir	30	G <sub>1</sub>	Universitaria	Maestra	Si	Española
7 Est	40	G <sub>2</sub> P <sub>1</sub>	Universitaria	A Empresa	Si	Española
11 Mj	37	G <sub>1</sub>	Universitaria	Parado/ TP	Si	Española
13 Ele	31	G <sub>1</sub>	Universitaria	Profesora	Si	Española

Tabla 5. Características sociodemográficas y obstétricas de la muestra seleccionada

## 5. TRABAJO DE CAMPO: TOMA DE DATOS

La recogida de datos de este estudio se realizó entre los meses de mayo y diciembre de 2010 en el Área III de Atención Primaria de Madrid, con el apoyo del Técnico de Salud de Atención Primaria y la aprobación del Comité de Investigación y Conocimiento del Área III. Posteriormente, cuando fue creado el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Príncipe de Asturias, fue presentado y también aprobado. Ambos informes se incluyen en los anexos. Cabe destacar que el proyecto de esta investigación fue publicado en una revista de enfermería (Ortiz, 2013).

Para dicho estudio se ha utilizado una metodología cualitativa, obteniéndose la información a través de la realización de 35 entrevistas semiestructuradas. En la Tabla 6 se presenta el esquema general utilizado para la planificación y el desarrollo de las entrevistas.

	Epidural	1º Entrevista	2ª Entrevista	Fecha de parto	Tipo de parto	3ª Entrevista	Lactancia
1 An	si	04/06/2010 17,30h.	10/8/2010 11,15h	03/09/2010	Cesárea	25/10/2010 13h	mixta
2 M.jo	si	04/06/2010 17,30h.	9/8/2010 20h	19/09/2010	Normal	21/10/2010 10,30h	artificial
3 Da	si	07/06/2010 10,30h.	no	03/09/2010	Normal	8/11/2010 No acude	materna
4 Ta	si	07/06/2010 11,45h.	no	14/09/2010	Cesárea	15/10/2010 11,15h	mixta
5 Va	si	11/06/2010 16h.	3/8/2010 10h	15/08/2010	Cesárea	16/9/2010 14h	materna
6 Cri	si	08/06/2010 10h.	7/9/2010 10h	25/09/2010	Espátulas	20/10/2010 13,15h	materna
7 Es	si	11/06/2010 12h.	31/8/2010 10h	16/09/2010	Normal	14/10/2010 10,30h	materna
8 Be	no	11/06/2010 14h.	10/8/2010 10h	10/09/2010	Normal	14/10/2010 11,30h	materna
9 Vic	si	14/06/2010 19h.	21/9/2010 10h	11/10/2010	Normal	10/11/2010 18h	materna
10 Gi	si	14/06/2010 20h.	21/9/2010 11h	23/09/2010	Normal	7/10/2010 10,30h	mixta
11 Mje	no	15/06/2010 10,30h.	14/9/2010 10h	06/10/2010	Normal	28/10/2010 10h	materna
12							
13 Ele	si	11/06/2010 15h.	9/8/2010 14h	08/09/2010	Cesárea	8/10/2010 12h	materna
14 Ros	no	15/06/2010 16h.	no	07/07/2010	Normal	11/8/2010 15,30h	mixta

Tabla 6. Esquema general para la planificación y desarrollo de las entrevistas

El primer paso en esta investigación fue contactar con la Unidad Docente de Área III y presentarles la idea inicial del proyecto. Se propuso la grabación en audio de las clases del segundo ciclo de un grupo de mujeres, en el marco de un programa de EM. Dicho grupo es el que corresponde siguiendo el orden de fecha probable de parto, es decir son mujeres que darían a luz en el mes de septiembre y que iniciaban la EM en el mes de

junio. Se propuso la combinación de dos técnicas, como son la entrevista y la grabación de situaciones naturales en el programa de EM, de forma que se pudiera triangular los datos para conseguir una mayor validez de los resultados. Finalmente para el análisis que se presenta en este trabajo, se analizaron las entrevistas, dejando para trabajos posteriores la profundización en las grabaciones de las sesiones de EM.

Se contactó con las mujeres telefónicamente como se hace habitualmente para avisar del inicio de las clases del segundo ciclo y se les explicó que se iba a realizar el estudio y en qué iba a consistir, es decir, la grabación en audio de entrevistas y las sesiones y se les proponía participar en él. Las que voluntariamente decidieron participar fueron las mujeres del estudio y las que no, pasaron a formar parte de otro grupo que se inició por las mismas fechas pero en otro día de la semana. Las mujeres que aceptaron eran citadas para la primera entrevista en el centro de salud en fecha y hora según las preferencias de la mujer y disponibilidad de la matrona (investigadora). Se informaba que la entrevista tendría una duración aproximada de una hora y el tema a tratar sería la maternidad y el parto

A cada una de las participantes en el estudio se le realizó una entrevista semiestructurada antes del inicio de EM, otra tras finalizar las clases y otra un mes después del parto. Todas ellas grabadas en audio.

En base a la literatura revisada y a los objetivos de la investigación, se elaboró un guión con preguntas abiertas sobre temas que considerábamos clave. Este guión servía de recordatorio para abordar los diferentes aspectos que creíamos necesario tratar, de manera que si no surgían en el discurso espontáneo de la entrevistada se introducían como nuevo punto a tratar. Los temas del guión fueron los siguientes:

En la primera entrevista
Razón por la que acude a la consulta de la matrona de AP e ideas previas respecto a la EM
Ideas sobre el parto
Anestesia epidural
Puerperio
Lactancia y cuidados del recién nacido
Ejercicios de relajación, expulsión
Métodos anticonceptivos
En la segunda y tercera entrevista
Se exploraban los mismos temas relacionándolos con el tratamiento que le habíamos dado en la EM

**Tabla 7. Temas a tratar como base para el guión de la entrevista**

Después de la experiencia de la primera entrevista se decidió comenzar la segunda con una pregunta abierta del tipo: *¿Qué te ha parecido la EM?*. Posteriormente, si no surgían los temas que se habían manejado en las clases, se insinuaban para que las mujeres efectuaran una valoración de dichos asuntos. La tercera entrevista era mucho más espontánea, ya que la relación con las mujeres era de mayor proximidad, puesto que tenía ya un largo recorrido. Aunque a veces los discursos se iban por otros derroteros que no resultaban útiles para la investigación, pero de los que surgían ideas muy auténticas y profundas.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Puesto que la razón científica es inseparable de la razón ética, vamos a seguir el esquema propuesto por González (2002) y por Emmanuel (2003) para garantizar la corrección ética del trabajo:

- **Interés social o científico.** Asegurar que la intervención va a procurar algún beneficio en las condiciones de vida las personas entre otras razones por el uso responsable de recursos limitados (esfuerzo, dinero, espacio, tiempo) y para evitar la explotación. En nuestro caso los resultados del trabajo nos orientarán hacia el replanteamiento de los cursos de EM.
- **Validez científica.** Para lo que se requiere un diseño metodológico adecuado que genere conocimiento con credibilidad respecto al objetivo planteado. Por ello será preciso una selección de los individuos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas; un marco teórico basado en fuentes documentales y de información; un grado elevado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y a sus resultados. *La validez científica de un estudio en seres humanos es en sí misma un principio ético* (Rutstein, 1962 en Emmanuel, 2003, p.86). Pensamos que nuestro diseño es el adecuado.

- **Selección equitativa de los sujetos.** La selección de las personas del estudio debe asegurar que son elegidos por razones relacionadas con el propósito de la investigación, como se pone de manifiesto en el modo en el que se eligió la muestra.
- **Proporción favorable del riesgo-beneficio.** Sólo puede justificarse la investigación cuando los riesgos potenciales para los sujetos individuales se minimizan y los beneficios potenciales para los sujetos y para la sociedad se maximizan. Este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia, reconocidos a lo largo del tiempo como los fundamentales en la investigación clínica. Para el caso que nos ocupa la intervención se lleva realizando durante muchos años y las entrevistas pensamos que no resultaron lesivas en ningún caso.
- **Condiciones de diálogo auténtico.** Este aspecto solo se da en la investigación cualitativa. Es necesario que las personas se sientan libres para hablar *en la propia voz de uno*, construyendo y expresando al mismo tiempo la identidad cultural propia por medio del lenguaje y el estilo. Por lo que el investigador debe fomentar la participación y respetar la opinión de los entrevistados, evitando tomar posturas que defienden determinados intereses. La función del entrevistador será el mantener las bases de una comunidad ideal del habla. Tal vez en nuestro estudio, que el lugar de las entrevistas fuera el centro de salud puede alterar el requisito de un espacio cultural neutro y con ello coartar o alterar las expresiones contra la institución. Sin embargo analizando sus discursos parece que sí que eran capaces de opinar en contra del sistema.
- **Evaluación independiente.** El conflicto de intereses es una amenaza siempre para los investigadores, por ello una garantía de evitar estos prejuicios es que la investigación esté revisada por personas autorizadas e independientes del estudio. Este aspecto queda cubierto con la aprobación del proyecto por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Príncipe de Asturias.
- **Consentimiento informado.** Pretende asegurar que las personas que participen en la investigación propuesta, lo hagan porque se ajusta a sus valores, intereses y preferencias, y que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del



consentimiento informado incluyen la información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, la comprensión del individuo de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si es conveniente participar o no. Se aporta el consentimiento informado de esta investigación en los anexos.

- **Respeto a los sujetos inscritos.** El respeto a los sujetos en la investigación cualitativa implica: que puede cambiar de opinión y retirarse en el momento que decida; absoluta confidencialidad en el manejo de la información; dar a conocer la información nueva generada por la investigación a los informantes; vigilar el bienestar del sujeto a lo largo de su investigación y, si es necesario, debe recibir las atenciones específicas incluyendo dejar el proyecto de la investigación. Algunas de las mujeres dejaron de asistir a las entrevistas. Todas ellas pasaron por la consulta para la revisión del posparto, lo que demuestra que se sintieron libres

Las participantes no fueron retribuidas económicamente, se aseguró su confidencialidad, y se pidió permiso para grabar la conversación y transcribirla después. Con el propósito de garantizar la confidencialidad de las participantes, se acordó utilizar pseudónimos a la hora de referirnos a ellas (Manning, 1997).

Las entrevistas se desarrollaron en el Centro de Salud, en la sala donde se realizan las sesiones de EM. Es un lugar que conocen las mujeres; la sala está muy bien iluminada a través de un patio interior con un gran cactus que lo adorna. Es una sala sin teléfono lo que evita las interrupciones en las entrevistas.



**Figura 9. Sala donde se realizaban las entrevistas a las participantes**

La investigadora era una persona conocida por la gestante, puesto que ésta había acudido por primera vez a la consulta de la matrona (investigadora) al principio del embarazo. Al comienzo de cada entrevista se explicaban en qué iba a consistir la entrevista. Además se entregaba el consentimiento informado en donde aparecía por escrito toda la información que se le daba verbalmente. Una vez leído y firmado, la entrevistadora hacía una pequeña introducción en la que agradecía la asistencia a al participante y le animaba a expresar libremente sus opiniones, garantizándole totalmente el anonimato en los informes. También se le indicaba que la entrevista iba a ser grabada, ya que con ello se evitaba la pérdida de información y se facilitaba el posterior trabajo de análisis.

Durante la entrevista se hacía una pregunta general en relación a los temas que hemos detallado anteriormente y se dejaba que el discurso fuera surgiendo espontáneamente, interviniendo con preguntas concretas para profundizar sobre alguno de los temas o para tratar aquellas cuestiones del guión de las que no se hablaba espontáneamente.

Una vez realizadas las entrevistas se inició el trabajo de transcripción de las grabaciones a través del programa informático para análisis de datos cualitativos *Transana*, reflejando no sólo la conversación mantenida sino también las situaciones especiales

que se hubieran podido producir como silencios, interrupciones, risas, impresión que había suscitado. Se trataba de responder a: qué ha pasado, cómo me he sentido, qué me ha llamado la atención, cuál ha sido su actitud.

Tras ello se procedió a la lectura repetida de las transcripciones, identificando los temas que iban surgiendo, algunos relacionados con las preguntas del guión elaborado y otros nuevos.

Estos temas fueron empleados a continuación para el análisis del contenido de los textos transcritos. El análisis del contenido es un proceso de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas y codificando el contenido del discurso (Andrés, 2000).

Tanto las entrevistas como las transcripciones fueron realizadas por la investigadora principal y el análisis fue contrastado con las directoras de la tesis, para tener una visión múltiple que aportara una mayor confiabilidad interna. Posteriormente se puso en común y se llegó a un consenso en cada uno de los análisis.

Una vez analizadas todas las entrevistas y con la información obtenida se elaboraron los resultados dando lugar a este trabajo.

## **7. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Siguiendo las fases de la investigación cualitativa, una vez diseñada la investigación y concluido el trabajo de campo, pasamos a la última fase del proyecto, aunque estas fases no se dan de manera tan parcelada, ya que cuando se estaba realizando el trabajo de campo iban surgiendo ciertas intuiciones<sup>16</sup>. En este proceso, el investigador parte del discurso ideologizado de los participantes (emic) para transformarlo a través de un proceso de análisis e interpretación en un discurso científico (etic) (Duro, 2009). En este

---

<sup>16</sup> Según Duro (2009), la intuición es un precipitado de las experiencias y los afectos del investigador y de las teorías que conoce y que se activan en contacto con el material (los discursos).

proceso el investigador deberá tener presente la *autovigilancia ideológica*<sup>17</sup> y la *contratransferencia*<sup>18</sup>.

El primer análisis del material comenzó tras realizar cada entrevista, pues al finalizar cada una de ellas, la entrevistadora realizaba un memo o sumario, donde se recogía la impresión que había experimentado. Se trataba de responder al, qué ha sucedido, qué me ha llamado la atención, cuál ha sido su actitud. Estos testimonios se registraban para formar parte de las fuentes de información que se utilizaron junto con las entrevistas, y que aportaban matices a nuestro estudio. Sumarios similares se recogieron también después de cada sesión de EM.

En esas notas ya se comenzaba el ejercicio de inducción que se completaría, al escucharlas antes de hacer la segunda y tercera entrevista, al realizar la transcripción literal, y al analizarlas de forma más profunda cuando se leen para extraer las ideas generales que se repetían en ellas.

El proceso de análisis, de detectar los diversos significados que se presentan en los discursos, se inicia con una reducción del conjunto de los datos, eligiendo los que tienen relevancia según los objetivos de nuestro tema de investigación. Para ello se inicia una *segmentación*, es decir se agrupan las frases o los párrafos en función de los temas que nos interesa estudiar. Esta primera parte es clasificatoria y descriptiva. En una segunda fase se establecen las *categorías*. Cada una de ellas agrupa un tipo de significado que hace referencia a un mismo concepto o tema y que incluye varios segmentos. Algunas categorías se pueden formar a partir del marco conceptual pero siempre de forma inductiva a partir de los discursos de las mujeres y fundamentadas en el marco teórico de este trabajo. Para construirlas es importante reconocer cómo las mujeres que han participado en la investigación organizan y dan valor a su conocimiento, además de tener en cuenta lo latente. A través de este proceso se va a ir construyendo y madurando toda la investigación (Andrés, 2000; Amezcua et al., 2002; Duro, 2009).

Los métodos de análisis del material recogido en las entrevistas pueden seguir dos tendencias (Andrés, 2000; Amezcua et al., 2002):

---

<sup>17</sup> La influencia de sus valores respecto al tema investigado.

<sup>18</sup> Sus sentimientos y afectos implicados en la investigación.

1. *Análisis de contenido*, describiendo y hasta cierto punto cuantificando que han dicho los entrevistados en torno a los temas clave. Distingue entre análisis sintáctico<sup>19</sup>, semántico<sup>20</sup> y pragmático<sup>21</sup>.
2. *Análisis del discurso*, es más interpretativo, estudiando cómo las prácticas lingüísticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo ciertas relaciones sociales. Bajo esta perspectiva se tiene presente el poder del lenguaje en la interacción social y cómo los relatos expresan las convicciones de cómo son las cosas. O dicho de otro modo, como con el lenguaje comunicamos las creencias y la interacción en situaciones de índole social.

En nuestro caso iniciamos un análisis de contenido para seguir profundizando en el análisis del discurso. Optar por esta vía nos hizo utilizar el marco teórico de la EM y Disciplina Enfermera para contrastar los resultados. De hecho, no es posible renunciar a un modelo teórico, ya que éste viene estructurado a través de nuestra experiencia, cultura y formación, lo que a la hora de analizar los datos determina los elementos y categorías que van a llamar nuestra atención. Se puede decir que encontramos en función de lo que buscamos, y esto viene determinado por el marco teórico que manejamos, seamos o no conscientes de él. Reconocer el *modelo teórico de partida* permite por un lado asumir una toma de posición del investigador (desde dónde se mira), que debe ser explicitada claramente. El trabajo de análisis se centra así en poner en relación dialéctica los relatos y el marco teórico para ver en qué medida aquellos se pueden entender a partir de éste. Los resultados y conclusiones se presentan como una propuesta de explicación en la que se recogen los conocimientos adquiridos, cómo estos se relacionan con el marco teórico (validándolo o no) y cómo lo enriquecen.

El análisis propio, que sucede al interpretar individual o colegiadamente (con otros investigadores) la entrevista transcrita, implica el desarrollo de los significados de las entrevistas, llevando el entendiendo de las personas entrevistadas al investigador y así proporcionarle nuevas perspectivas del fenómeno (Kvale, 1996, citado por Valles, 2009, p.163).

---

<sup>19</sup> Se refiere a la morfología del texto, búsqueda y recuento de palabras y caracteres.

<sup>20</sup> Busca el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas.

<sup>21</sup> Pretende descubrir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar.

Respecto a la calidad de los resultados, vamos a seguir el esquema propuesto por Valles, (2003, p.103), basándose en la obra de Lincoln y Guba (1985). Para estos autores, existen tres grupos de criterios de calidad:

1. **Los criterios de confiabilidad**, es decir: **credibilidad**, que le da una validez interna (según criterio de los estudios cuantitativos); **transferibilidad**, que le da una validez externa (cuantitativos) y **dependibilidad** o fiabilidad (cuantitativos).
2. **Criterios de autenticidad.**
3. **Criterios éticos.**

Cuantitativos	Criterio de referencia	Cualitativos
<b>Validez interna</b>	VERACIDAD	Credibilidad
<b>Validez externa</b>	GENERALIZACIÓN	Transferibilidad
<b>Fiabilidad</b>	CONSISTENCIA	Dependibilidad

Figura 10. Criterios de confiabilidad. Fuente: Valles, 2003, p103.

Respecto a la **validez / credibilidad** de los resultados encontrados y la teoría propuesta (Pla, 1999; Martínez, 2006), una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar o apreciar una realidad, se observa o aprecia esa realidad en sentido pleno, y no sólo un aspecto o parte de la misma. En este sentido la validez es la fuerza mayor de las investigaciones cualitativas, al aportar una perspectiva más integral y depende del modo en el que se recoge la información, de las técnicas de análisis empleadas, incluyendo en esta etapa una continua realimentación y reevaluación. La **validez interna** existirá si:

1. Se produce un *cambio notable* entre el inicio y el fin de la investigación.
2. Existe diferencia cuando la realidad observada está en función del *rol del investigador* en el grupo.
3. Se da la *credibilidad* de los informantes, para lo cual hay que contrastarla con la de otros y recogerla en tiempos diferentes, aunque la verdad emerge de las personas más capacitadas y fidedignas.

Respecto a la **validez externa/ transferibilidad**, hay que señalar que en investigación cualitativa, la mayoría de las veces no son comparables los resultados obtenidos en un grupo con los de otro con una investigación similar.

En cuanto a la **confiabilidad** (Pla, 1999), está presente en una investigación cuando ésta es congruente, estable, segura, igual a sí misma en diferentes tiempos y previsible para el futuro. Existe la **confiabilidad interna/ validez interna** cuando varios observadores coinciden en sus conclusiones al observar una misma realidad. Aumenta la confiabilidad interna cuando: a) se usan categorías descriptivas lo más concretas posibles y cercanas a la realidad observadas; b) la presencia de varios investigadores; c) confirmar la objetividad del investigador, con la aprobación de los resultados por parte de los sujetos estudiados; d) utilizar los medios técnicos disponibles (audio, vídeo, etc.) para poder acudir a las fuentes cuando se precise. Se dará la **confiabilidad externa / validez externa** cuando investigadores independientes estudian una realidad en tiempos y situaciones diferentes pero obtienen los mismos resultados. En las ciencias sociales es casi imposible repetir las mismas condiciones que provocan un comportamiento.

La confiabilidad externa ha representado siempre un requisito difícil para las investigaciones cualitativas, debido a la naturaleza peculiar de éstas (imposibilidad de repetir, en sentido estricto, el mismo estudio). Lo que más se puede cuidar es la confiabilidad interna. En este sentido el nivel de consenso entre diferentes observadores de la misma realidad aumenta la credibilidad en las estructuras significativas o categorías descubiertas en un determinado contexto, así como la seguridad de que el nivel de congruencia de los fenómenos en estudio es fuerte y sólido (Martínez, 2006).

Algunos de los procesos habituales para validar las conclusiones pasan por la confrontación con otros marcos teóricos, el intercambio crítico con otros investigadores, la triangulación (relacionar los datos con otros resultados de estudios parecidos realizados con otros métodos) y, si es posible, el retorno y contraste con los participantes en el estudio de la interpretación hecha por los investigadores.

Los criterios de *autenticidad y éticos* (expuestos en el epígrafe *aspecto éticos*), están más relacionados con la actitud del investigador por conseguir y establecer una relación negociada, aceptada y favorable a los contextos y las personas a lo largo del proceso de investigación.

Para el análisis de los datos utilizamos el programa informático de análisis cualitativo *Transana*. Este programa informático está diseñado para dar soporte en el tratamiento y análisis de datos de carácter cualitativo de forma que nos permite estructurar y organizar nuestros datos, transcribirlos, elaborarlos y codificarlos para ayudarnos a construir modelos a partir de su análisis Weitzman (2005). Como señalan Miles y Weitzman (1995), un paquete informático de tratamiento y análisis de datos en investigación cualitativa nunca podrá *construir* teoría en nuestro lugar, pero sí puede darnos un apoyo explícito para ayudarnos a reconstruir coherentemente el significado de nuestros datos facilitando el manejo de grandes cantidades de información.

El programa Transana fue diseñado para facilitar la transcripción y el análisis de datos cualitativos. Fue creado como software libre por Chris Fassnacht y en la actualidad es desarrollado y mantenido por David K.Woods del *Wisconsin Center for Education Research* de la Universidad de Wisconsin-Madison (Estados Unidos). El programa permite escuchar y/o ver las grabaciones de audio y/o vídeo, realizar transcripciones, y crear vínculos entre la transcripción y la grabación. Además proporciona herramientas para identificar y organizar analíticamente partes interesantes de las grabaciones, así como añadir palabras clave a las porciones de grabación a modo de categorías.

Después de transcribir estas entrevistas, tras el análisis de las mismas se elaboró el siguiente esquema en el que agrupábamos los segmentos informativos (párrafos, frases) en los temas y subtemas que iban emergiendo y que al final acabamos agrupando en las categorías definitivas. Entre paréntesis podemos ver qué mujeres apuntaban dichos subtemas. Estas dimensiones o categorías fueron surgiendo del propio análisis de los datos fundamentado en el marco teórico de la investigación.

Partiendo de estas dimensiones se pasó a hacer una reconstrucción narrativa de los aspectos que emergían como más relevantes a través de los discursos de las mujeres participantes. A continuación vamos a ver cómo fueron surgiendo las dimensiones del análisis.



CATEGORIAS 1ª ENTREVISTA
<b>Ideas previas sobre educación maternal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimiento sobre la educación maternal (1,11)</li> <li>- Remitida por médico de atención primaria (1,11,7,2)</li> <li>- Remitida por matrona de atención especializada (6, 13,7,2)</li> <li>- <b>Confusión a pesar de ser el segundo embarazo (7,2)</b></li> <li>- A través de quién conoce la educación maternal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nadie (1)</li> <li>• Amigos (6,11,13,5)</li> <li>• Familia (6,11,13,5)</li> <li>• TV (11,14,13)</li> </ul> </li> <li>- Denominación que dan a la educación maternal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación al parto (6,11,1,13,5,7, 2)</li> <li>• Clases preparatorias (11)</li> <li>• Ir a la matrona (11)</li> <li>• Respiración, relajación, gimnasia, aprender a empujar (11,6,13,5,2)</li> </ul> </li> <li>- Qué esperan de la educación maternal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aclarar dudas del embarazo (11,6)</li> <li>• Cuidados del recién nacido (1,6,11,13,5)</li> <li>• Conocer el proceso del parto, qué pasará en el hospital (6,11,13,5,7)</li> <li>• Lactancia (13)</li> <li>• Depresión posparto (13,2)</li> <li>• <b>Va bien repetir porque transmite seguridad (7)</b></li> <li>• <b>No hubo relación con otras madres (7)</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Qué fue la educación maternal para ellas en el anterior embarazo: preparación parto muy útil, respiración y relajación. Venir a clase me refuerza practicar en casa (7)</b></li> <li>- <b>Espera que se realicen ejercicios de Kegel para el posparto (7)</b></li> <li>- <b>La pareja solo venía la primera vez (2)</b></li> </ul>
<b>Fuentes de información maternidad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gente da información negativa (1, 11 ,6)</li> <li>- Madre da información para proteger (1, 6, 13)</li> <li>- Libros (6, 11 ,13 ,5)</li> <li>- Internet (1,13)</li> </ul>
<b>Miedos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Más miedo que en el anterior</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>El anterior lo vive con más intensidad (7)</b></li> <li>• <b>Más sola el anterior, en este más mujeres del entorno embarazadas (2)</b></li> <li>• <b>Más complicado el segundo embarazo (2,7)</b></li> </ul> </li> <li>- Dolor (1,11,6,13,5)</li> <li>- No reconocer el inicio del parto (1,6)</li> <li>- No saber cuidar al recién nacido (1,11,13)</li> <li>- Complicaciones o resultados adversos (1,11,6,1 ,5)</li> <li>- Depresión posparto (1,11,6,13,5)</li> <li>- Cólicos del lactante (1,11)</li> <li>- Responsabilidad de educar y atender a un hijo en el futuro (11,6,13,5)</li> <li>- Lactancia (13)</li> </ul>
<b>Parto</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No quiero pensar en él (1,11)</li> <li>- Quieren un parto sin complicaciones (1,11,6)</li> <li>- Con la menor intervención posible (13,5)</li> </ul>
<b>Recién Nacido</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesita saber los cuidados (cómo cogerlo, posturas de lactancia, cómo colocar la cabeza) (6,1,11,13)</li> </ul>

Lactancia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es lo mejor y quiero darle (1,11,6,5,2)</li> <li>- Dolor (1,2)</li> <li>- Fácil (1)</li> <li>- Necesidad de tener unos conocimientos previos (13,2)</li> <li>- Se trató en el curso anterior; asistir a los cursos refuerza la lactancia; proviene de una familia lactadora (7)</li> <li>- No recuerda que se tratará en curso anterior (2)</li> </ul>
Epidural
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo a los efectos secundarios (1,6,11,13,5)</li> <li>- Útil porque quita el dolor (6,11,13, 2)</li> <li>- Duda sobre si utilizarla (6,11,13)</li> <li>- Mejor recuperación sin epidural (6,13,5)</li> <li>- Se la pusieron y si es necesario se la pondrá otra vez (7)</li> <li>- Le explicaron los efectos secundarios en anterior educación maternal (7,2)</li> </ul>
Métodos anticonceptivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesante tratarlos para otras mujeres (1,11,6)</li> <li>- No esperan que se trate el tema (1,11,6)</li> <li>- Nunca han tratado el tema de forma reglada (1,11,6,13)</li> <li>- Le agrada que se trate el tema (13,2)</li> <li>- No aporta nada nuevo la vez anterior (7)</li> </ul>
Personas de entorno de la embarazada
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pareja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiva (11,1,6,13,5,7)</li> <li>• Negativa (2 en parto anterior)</li> </ul> </li> <li>- Madre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona con comentarios positivos para proteger (1,6,13,5,7)</li> <li>• Persona imperativa (11)</li> <li>• No conoce educación maternal (1,6,11)</li> <li>• Mala relación con la madre en su depresión (2)</li> </ul> </li> <li>- Amigas (13,5)</li> <li>- Hermana (7)</li> <li>- Cuñada (2)</li> <li>- Hermanos (2)</li> </ul>
Puerperio
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se trató la otra vez y considera muy necesario que te hablen de lo que puede suceder (2)</li> <li>- Revisión posparto más tarde (7)</li> <li>- Se siente protegida y cuidada por su pareja y familia (7)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El cambio de vida con la maternidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal (7)</li> <li>• Laboral (7)</li> </ul> </li> </ul>

Tabla 8. Dimensiones definidas a partir de la primera entrevista

Después de la experiencia de la **primera entrevista** se decidió comenzar la segunda con una pregunta abierta del tipo: “¿Qué te ha parecido la EM?”. Posteriormente, si no surgían los temas que se habían manejado en las clases, se insinuaban para que las mujeres efectuaran una valoración de dichos asuntos. Después de transcribir estas entrevistas, tras el análisis de las **segundas entrevistas**, es decir, las que se realizaron un

mes después de finalizar el curso de EM, se agrupó la información en los siguientes temas y subtemas:

<b>CATEGORIAS 2ª ENTREVISTA</b>	
<b>Ideas generales sobre la educación maternal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir experiencia con otras mujeres (1,5,6,13,11,2,7)</li> <li>- Corto (1,5)</li> <li>- Aporta autoridad, tranquilidad, seguridad (1,5,6,11,13)</li> <li>- Gimnasia y <b>respiración</b>, es suficiente porque se puede hacer el casa (1,5,6,11,13,2,7). <b>Menos que la vez anterior pero se han potenciado otros aspectos que son más importantes (2, 7).</b></li> <li>- Relajación muy útil (1,5,11,13,2)</li> <li>- <b>Aspecto novedoso: la participación de las mujeres y el intercambio de experiencias (7,2). Es mejor asistir a las clases en el mismo grupo.</b></li> </ul>	
<b>Parto</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de decidir, ser la protagonista (1,6,5,13)</li> <li>- Conocer las instalaciones hospitalarias (1,11,6)</li> <li>- Qué pasará, dónde estaré, qué me harán (13,5)</li> <li>- <b>Responsabilidad de su propia actuación ante su propio parto (7)</b></li> </ul>	
<b>Recién Nacido</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apego, vínculo, colecho (6,1,11,13). <b>Se refuerza la idea de vínculo y colecho (7)</b></li> <li>- <b>Cambios en los cuidados (2,7)</b></li> </ul>	
<b>Lactancia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar lo que ya sabía (13,11,6,5)</li> <li>- <b>Más hincapié en la lactancia que la vez anterior (7)</b></li> </ul>	
<b>Epidural</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Útil porque quita el dolor (6,11,13,2)</li> <li>- Duda sobre si utilizarla (6,11,13)</li> <li>- Mejor recuperación sin epidural (6,13,5)</li> </ul>	
<b>Métodos Anticonceptivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesante tratarlos para otras mujeres (1,11,6)</li> <li>- No esperan que se trate el tema (1,11,6)</li> <li>- Nunca han tratado el tema de forma reglada (1,11,6,13)</li> <li>- Le agrada que se trate el tema (13)</li> </ul>	
<b>Personas del entorno de la embarazada</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pareja (11,1,6,13,5) (7,2)</li> <li>- Madre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona con comentarios positivos para proteger (1,6,13,5)</li> <li>• Persona imperativa (11)</li> <li>• No conoce educación maternal (1,6,11)</li> </ul> </li> <li>- Amigas (13,5)</li> </ul>	
<b>Comparación con la primera gestación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mayor seguridad, más autonomía, mayor capacidad de tomar decisiones (7)</b></li> <li>- <b>La emoción de sentir por primera vez el movimiento del feto fue en el primer embarazo (7)</b></li> <li>- <b>Comparación asistencia privada/pública (7)</b></li> <li>- <b>Puerperio. La intimidad necesaria ya la conocía (7). Es lo que más preocupa (2)</b></li> <li>- <b>Expulsivo. Importante practicarlo (7)</b></li> </ul>	

Tabla 9. Dimensiones definidas a partir de la segunda entrevista

Para efectuar la **tercera entrevista**, se seguía el guión que utilizamos en la segunda, y antes de realizar la entrevista se escuchaba de nuevo la segunda, de cada mujer. De este modo, al realizar la tercera entrevista tratábamos de hacer hincapié en aspectos que no habían quedado muy claros en la segunda o valorábamos cómo habían evolucionado a lo largo del proceso.

La tercera entrevista fue la más rica ya que las mujeres estaban deseosas de relatar la experiencia vivida en el parto y su discurso fluía de modo sincero y profundo, marcado por la intensidad con que habían vivido algo tan extraordinario como su parto. Resultó sencillo y gratificante darle significado a lo que las mujeres atribuyen a lo que sucedió, lo que percibieron, a cómo lo valoraron. En definitiva a cómo fue su experiencia. Quizás también por la abundancia de veces que la investigadora ha compartido esta vivencia con otras mujeres, era emocionante y gratificante tener la oportunidad de dedicarle el tiempo suficiente para que la mujer con total libertad expresara su sentir más profundo al transitar por este proceso que es su maternidad. En pocas ocasiones la entrevistadora tenía que intervenir, tan sólo cuando surgían dudas sobre algún aspecto terapéutico.

A lo largo de los últimos cinco meses se habían producido varios encuentros entre entrevistadora y entrevistada y el clima de confianza era excelente. Además la tercera entrevista se convirtió en una oportunidad para compartir con ellas la interpretación que como investigadora se había hecho de algunos contenidos de las entrevistas anteriores. Cuando se acometió el análisis de la tercera entrevista se había avanzado en la conceptualización y la capacidad de comparación, de síntesis y de generación de conceptos era mayor.

Siguiendo los mismos criterios que en la segunda entrevista, tras la transcripción de la tercera y su estudio en profundidad, realizamos una primera delimitación inductiva de las dimensiones del análisis que se fueron haciendo cada vez más específicas y que fuimos agrupando según se recoge en el esquema que es similar al realizado en la segunda entrevista (ya que agrupamos las dimensiones que iban surgiendo bajo los mismos temas que en la segunda entrevista y que eran los que nos habían servido de guion para ambas entrevistas).

A partir de las primeras aproximaciones a los datos surgieron dos “temas” nuevos que no se habían previsto en el guión de la entrevista: *ideas generales sobre la EM* y

*personas del entorno*. Dentro de *ideas generales* se agrupaban los asuntos que exponían las mujeres ante la pregunta abierta y general de “¿Qué te pareció la EM?” y que no se correspondían con las dimensiones del guión de la entrevista. Respecto a las *personas de entorno*, fue sorprendente y novedoso ver cómo influían determinados miembros de la familia en ellas y cómo esa influencia era positiva o negativa en la mayoría. Así se pudo comprobar que el patrón de la madre y la suegra era casi idéntico en todas ellas, mientras que el de la pareja podía variar según el caso.

CATEGORIAS 3ª ENTREVISTA
<b>Ideas generales sobre la educación maternal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir experiencia con otras mujeres (1,5,6,13,11,2,7)</li> <li>- Aporta autoridad, tranquilidad, seguridad conocer el proceso del parto (1,5,6,11,13,7)</li> <li>- Gimnasia, me ayudo a estar más ágil (5,11,)</li> <li>- Relajación, respiración muy útil (1,5,11,6,13,7)</li> <li>- Mantener el grupo en todas las sesiones (7)</li> <li>- No precisa grupo de posparto o lactancia (7)</li> <li>- No corresponde la realidad del paritorio con las expectativas generadas en educación maternal (2)</li> </ul>
<b>Parto y puerperio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de decidir, ser la protagonista (11, 1,6,5,13) Refuerzo imprescindible (7)</li> <li>- Conocer las instalaciones (1, 11, 6, 13,7)</li> <li>- Ayuda la respiración y relajación (1,6,11,13,5)</li> <li>- Poner en práctica todo lo que favorece el desarrollo de parto normal (1,5,6,11,7)</li> <li>- Recién nacido y puerperio</li> <li>- Apego, vínculo (1,11,6,5,13)</li> <li>- Protección para salvaguardar la intimidad y descansar (5, 6, 11, 13)</li> </ul>
<b>Lactancia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin apoyo del hospital , ni de la familia, ni de la pareja (1)</li> <li>- Útil y eficaz lo aprendido (11,6,5,6)</li> <li>- Apoyo y ayuda del marido, dar en cualquier lugar y a cualquier hora (6,13,5)</li> <li>- Poco apoyo profesional en el hospital (2)</li> </ul>
<b>Epidural</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parto fácil y no necesaria (1,11)</li> <li>- No hubiese aguantado sin ella (6, 5, 13)</li> <li>- No me hizo el efecto deseado (1,7,2)</li> </ul>
<b>Métodos anticonceptivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me planteé cambiar, aunque no lo voy a hacer (1,11)</li> <li>- Anticonceptivo hormonal con lactancia (13,5)</li> <li>- Recibió información adecuada en el instituto (7)</li> </ul>
<b>Personas en el entorno de la madre</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pareja (11,1,6,13,5,7,2)</li> <li>- Madre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que ayuda y apoya (6,13)</li> <li>• Persona imperativa (11)</li> <li>• Poco apoyo (1,5,11,2)</li> <li>• Ayuda, no apoya (7)</li> </ul> </li> <li>- Suegra influencia negativa, en distintos grados pero siempre en competencia con la recién parida (1,11,6,13,2)</li> </ul>

- Hermana (7) - Cuñada (2)
<b>El expulsivo</b>
- Te guían muchísimo (6,7) - Más largo con epidural. Y no me sirvió de nada (2)

**Tabla 10. Dimensiones definidas a partir de la tercera entrevista**

De acuerdo con estos esquemas fruto de la segmentación y codificación, y tras un proceso de reflexión en el que se buscaba las relaciones internas entre estos temas y subtemas, se llegó a la conclusión que se originaba una gran diferencia entre los temas de la primera entrevista frente a los de la segunda y tercera que eran más similares. Siguiendo este criterio tomamos la decisión de delimitar con las primeras entrevistas las siguientes categorías o dimensiones, que se abordan en el capítulo V:

- Por qué acuden las mujeres a la EM
- Denominación popular de la EM
- Ideas previas sobre EM y Expectativas hacia la EM
- Arquetipo que las mujeres tienen de la matrona
- Miedo al parto y el consuelo de la madre

Se puede apreciar como en la segunda y la tercera entrevista se hallaban similares dimensiones en los mismos temas. La diferencia mayor se encontró en el tema del expulsivo que no era formulado en la segunda entrevista.

A partir de estas aproximaciones surgieron las siguientes dimensiones de análisis que se desarrollarán en el capítulo VI:

- Compartir la experiencia con otras mujeres. Personas del entorno
- Conocimiento del proceso. Aportar seguridad, autoridad y tranquilidad
- Capacidad de decisión y de ser la protagonista
- Salvaguardar la intimidad que favorece el descanso y potencia el apego y el vínculo.

## 8. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

### 8.1. Relacionados con la muestra

La muestra seleccionada es fruto de la exigencia de ceñirse a unas fechas concretas para iniciar el trabajo. Es un muestreo teórico, ya que las mujeres formaban parte de uno de los grupos que se debía constituir en el momento del inicio de la investigación, pero tal vez hubiese sido más adecuado un muestreo opinático (Pla, 1999), que por otra parte, es muy difícil de lograr. Al decir muestreo opinático se está pensando en esos grupos de mujeres que se han dado en algunas ocasiones, a lo largo de estos años de experiencia laboral, en los que se ha generado un clima diferente y especial, en el que las gestantes interaccionan mucho entre ellas y se percibe una comunión entre todas nosotras. Se hubiese deseado hacer el trabajo con uno de esos grupos, porque la relevancia y riqueza del discurso de las informantes de este tipo de grupos, serían mujeres que garantizarían una mejor cantidad y calidad de información, ya que sus discursos son más auténticos y fidedignos (Pla, 1999; Martínez, 2006). Pero esas características no se conocen hasta que el grupo no está constituido y es impredecible. En este caso, tal vez habrían aparecido otro tipo de resultados a los que surgen de esta investigación, Pero para ser más real la muestra es común, como la mayoría de los grupos.

También sería deseable continuar el trabajo analizando los discursos de las mujeres inmigrantes del grupo; unas sudamericanas y otras guineanas, ambas extremadamente diferentes. Porque aunque el idioma es el mismo el lenguaje es totalmente diferente, tanto en las sudamericanas (peruana y paraguaya) como el de las guineanas. Además los perfiles personales y socioeconómicos de cada una de ellas eran muy dispares. Dentro de las sudamericanas, una era secundípara con una pareja mucho más mayor que ella y otra casi una adolescente sin pareja. Y entre las guineanas una era, adolescente en edad cronológica, pero increíblemente madura, que tenía a su familia en Guinea Ecuatorial y aquí vivía con la familia de su pareja y la otra una mujer con formación universitaria, muy occidentalizada. Tal vez hubiera sido muy rico analizar todos estos discursos, pero cada uno de ellos hubiera constituido una tesis, ya que cada una de ellas representaba un patrón social y cultural diferente.

## **8.2. Relacionados con la epistemología**

Entendemos la investigación cualitativa como una complementariedad a la cuantitativa, y viceversa. De este modo, las conclusiones extraídas no son extrapolables a otras poblaciones, pero sin embargo las características de las informantes y los datos aportados en esta investigación hacen que las conclusiones puedan transferirse a entornos similares, que comparten particularidades semejantes.

Otra limitación puede ser el uso de una sola técnica de recogida de datos. Tal vez haber triangulado con el análisis de la observación participante de las sesiones habría enriquecido la tesis, pero los recursos disponibles son sólo los personales de la investigadora, sin ningún apoyo institucional, y resultaba inabordable. Por otra parte, con los obtenidos en las entrevistas se constata la saturación del discurso.

El alto grado de familiaridad que la investigadora establece con los datos y el contexto donde se desarrolla la investigación, supone una amenaza en la labor interpretativa, es lo que Bourdieu denomina *ilusión de transparencia* (Amezcuca, et al. 2002, p. 425) y que podría concluir con una apresurada comprensión de la realidad, condicionada por la propia proyección subjetiva. Tomando conciencia de ello, la investigadora se cuestionó cada uno de los preconceptos y posicionamientos de los que partía, que quedaban reflejados en los sumarios de las sesiones y de las reflexiones tras cada entrevista y que se contrastaban con la documentación que se ha manejado y con otros colegas.

## **9. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS**

En los próximos capítulos se presentarán los resultados obtenidos de los análisis. El análisis de contenido de los discursos de las siete mujeres seleccionadas nos llevó a obtener las dimensiones temáticas que a continuación se presentan. Cada dimensión ha sido elaborada a partir de los discursos de varias de las mujeres, si bien se han seleccionado aquellos que lo expresan con más claridad y fuerza, ya que cuando se decide establecer una dimensión es porque todas, o la mayoría de las mujeres que forman parte del estudio hacen referencia a ella.



Comenzaremos por averiguar la razón por la que **acuden las mujeres a EM** y después pasaremos a exponer los resultados que dan respuesta a nuestra segunda pregunta de investigación: **cómo influye en ellas** el programa de EM.



# Capítulo V.

## Por qué acuden las mujeres a las clases de educación maternal

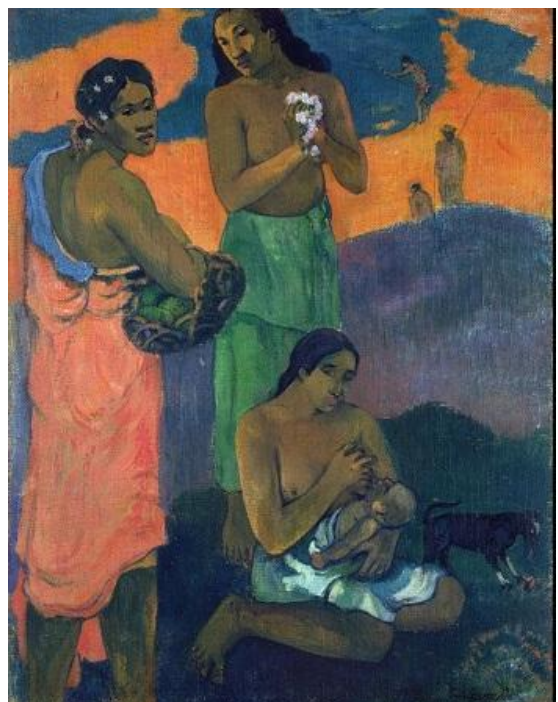


Imagen: *Mujeres a la orilla del mar*, Gauguin, 1899.

## CAPÍTULO V. POR QUÉ ACUDEN LAS MUJERES A LAS CLASES DE EDUCACIÓN MATERNAL

Al explorar el fundamento que mueve a las mujeres a acudir a los cursos de EM, pudimos comprobar que surgían temas que muestran el *sentir* de las mujeres y su entorno social. En el caso de las nulíparas<sup>22</sup> la mayoría de los relatos expresan lo que otras personas les han contado respecto a la experiencia vivida en programas de EM, ya que ninguna de ellas había pasado nunca por esta situación. En cuanto a las primíparas<sup>23</sup>, ambas habían pasado por la experiencia en la gestación anterior y lo habían hecho en el mismo centro de salud, aunque con otra matrona. En ambos casos se puso de manifiesto que aunque solo las primíparas conocen los programas de EM y que tal vez casi ninguna de ellas **hubiera acudido a no ser que un profesional** sanitario se lo hubiera indicado. En la mayoría de los casos es la matrona de atención especializada o el médico de atención primaria quien las deriva. Todas ellas poseen y expresan algún conocimiento o **ideas previas** sobre lo que se hace o en qué consisten las clases de EM. En el caso de las primíparas, que ya habían asistido al programa de EM en la gestación anterior, y por lo tanto ya han vivido esa experiencia y en el caso de las nulíparas porque alguien del entorno les ha comentado algo de lo que han vivido o han oído. En ambos casos encontramos una mezcla de lo que fue o les han dicho que es y de lo que desearían que fuese, es decir sus **expectativas**; de sus discursos también se desprende que no conocen muy bien quién es **la matrona desde el punto de vista profesional** ni

---

<sup>22</sup> Nulípara: mujer que no ha parido nunca (Diccionario, 1982).

<sup>23</sup> Primípara: mujer que ha parido o pare por primera vez (Diccionario, 1982). Utilizaremos el término de nulípara para las mujeres que están en su primera gestación y era la primera vez que asistían a los programas de EM y utilizamos el término de primípara para las mujeres que estaban embarazadas por segunda vez y ya habían asistido a los cursos en su primer embarazo.

cuáles son sus competencias, ni cómo acudir para ser atendida por ella. También se pone de manifiesto que **la denominación popular de la EM es Preparación al Parto**, aunque todas ellas esperan que se traten más temas y no solo el parto. Además en todos sus discursos se advierte y se manifiesta **el miedo al parto** y muy sorprendente **el consuelo que sus madres les proporcionan**. La madre era mencionada continuamente en todos los discursos. Estas categorías se extraen a partir del análisis de la primera entrevista, es decir, la realizada antes del inicio de las clases de EM.

Debemos hacer notar respecto a este tema, que una de las mujeres nulíparas que participó en el estudio presentaba una situación diferente. Ésta conocía la EM por su profesión, ya que es enfermera, aunque refiere que sabía de su existencia desde que ella era una niña cuando su madre asistió, a lo que denominaba preparación al parto, cuando estaba embarazada de su hermano nueve años menor que ella. Esta mujer por su formación profesional conocía muchos aspectos de los que se tratarían en las clases de EM y las ideas previas que tenía antes del inicio de las clases se ajustaban a la realidad, por ello apenas se contará con su testimonio al investigar el conocimiento o ideas previas que las mujeres tienen antes de asistir a los cursos de EM. Respecto a las primíparas hay que señalar que aunque habían asistido en el mismo Centro y ambas con la misma matrona que no es la actual, sus recuerdos eran muy distintos en ambas; una de ellas apenas sabía explicar en qué había consistido la vez anterior.

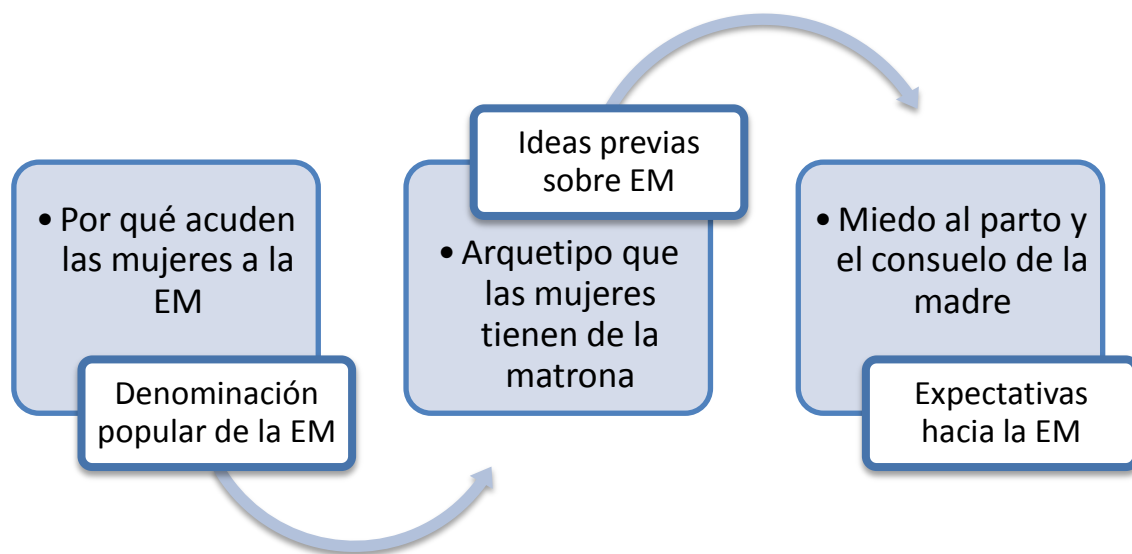


Figura 11. Esquema sobre aspectos relacionados con la educación maternal

## 1. RAZONES DE LAS MUJERES PARA ASISTIR A LAS CLASES DE EDUCACIÓN MATERNAL

Respecto a la pregunta de por qué acuden las mujeres a la EM queda claro al analizar sus relatos que es porque **las derivan otros profesionales sanitarios**, principalmente el médico de cabecera (MC) o la matrona de atención especializada. Sorprende que se repita en las primíparas, ya que éstas por su experiencia previa debían de haber tomado la iniciativa de acudir a la matrona de atención primaria ya que era conocida para ellas, sin embargo mantenían las mismas dudas. Este es el testimonio de una de ellas:

*L: Ahora, ya lo conocías por la vez anterior, Pero la vez anterior ¿Por qué viniste...?*

*Est: Vine porque cuando fui al **médico de cabecera**, me da los volantes y para que vinieses a este centro para **las clases de preparación al parto**. Estaba de 8 semanas o así y vine y me cité. No me acuerdo ahora como se llamaba la matrona que nos daba las clases.... Y cuando me vio me dijo: te queda muchísimo, ya te llamaré y tal. Y fue así como entre en contacto con este centro. **A través del médico de cabecera***

*L: Y ahora?*

*Est: pues igual. El **médico de cabecera** me dio el número de teléfono para llamar aquí. Y como entonces llamé muy pronto, esta vez, creo que pequé porque llamé muy tarde. Creo que fue **la matrona de F. D.**, que me dijo: todavía no has ido a Puerta Madrid? y yo le dije: no, ¿por qué?...Pero si ya estas de 17 semanas. Tienes que llamar ya.*

A través de estas palabras podemos comprobar que las particularidades y el escaso seguimiento de los protocolos por parte de los profesionales crean una enorme confusión en las mujeres. En el primer embarazo, **Est** no tarda en coger cita con la matrona y ésta con un criterio equivocado de lo que es la EM, ya que solo realizaba grupos del tercer trimestre o lo que denominaríamos preparación al parto, ahuyenta a la embarazada para que no vuelva hasta casi el final de su gestación.

Características similares tiene el relato de **Mjo**, que también había acudido a EM en la gestación anterior. En ambos casos queda de manifiesto que no se está hablando de EM, sino de preparación al parto, ya que el momento de incluirlas en el programa es casi el tercer trimestre de gestación. Se irá viendo a lo largo del trabajo y a través del discurso de estas dos mujeres cómo han surgido bastantes cambios en el enfoque de la EM. Desde el año 2007 que me encuentro desempeñando mi trabajo en esta plaza, es un empeño constante por transmitir que la EM se inicia con el embarazo o incluso antes.

*L: ¿Esta vez cuando viniste,...*

*Mjo: Vamos a ver, a mi quien me lo dijo fue la..., **bueno me lo dijeron al principio**, me lo dijeron en **el médico**, cuando fui a la primera, porque tampoco te lo puedo explicar muy*

*bien, que la que te tiene luego que mandar, es la matrona de allí, y ya cuando llegue allí pues efectivamente yo le comente es que yo todavía no he ido a lo de la **preparación al parto**, y me dijo pues tienes que ir ya ¿sabes? O sea, que yo me pensaba que era ella la que me tenía que decir tal día o no sé, cuándo tienes que ir, pero no. Y yo se lo comente y le dije:” yo es que no he ido todavía”. Y me dijo “pues ya es hora de que vayas”.*

*L: Esperabas que fuese, que a lo mejor era la misma matrona o...*

*Mjo: No, no, yo sabía que tenía que ser aquí, lo que pasa que esperas como que ellos sean los que te manden*

*L: Ya, que cuando te lo dijo el médico de cabecera no te creías mucho que ya tenías que empezar.*

*Mjo: No, claro me dijo pues luego...me dijo: “el tiempo”. Me dice:” te tienes que acercar”. Pero claro no me dijo vete ya, sabes porque no sé si sería al cuarto o al quinto mes cuando me dijo que tenía que ir, o sea no me dijo vete ya*

*L: ¿A ti cuando te parece que es mejor venir?*

*Mjo: Hombre yo creo que antes*

*L: Desde el principio*

*M: Claro, desde el principio, o sea lo que es desde el principio, y también creo que es bueno que te lleven cuando tu ya decides quedarte, porque yo hable con mi médica, bueno yo tenía unos medicamentos, y nada, tampoco me dijeron...me dijeron tomate el ácido fólico.*

Una vez más podemos comprobar que tanto médicos de cabecera como matronas cometemos los mismos errores no tener claro cuándo comienza la EM, así que no debemos extrañarnos que la población esté tan desinformada y confundida ya que somos colaboradores de dicho desconcierto.

El itinerario que sigue una mujer cuando detecta que está embarazada es, en primer lugar, acudir a la consulta del MC, aunque también podría consultar desde el principio con la matrona de atención primaria (AP) y eso sería lo esperado de una mujer que ya estuvo en un programa de EM en la gestación anterior como son los casos de *Est* y *Mjo*. En algunas situaciones el MC la deriva a la matrona de AP, como indica el protocolo, pero no siempre es así. Posteriormente cuando la mujer es atendida por la matrona de atención especializada (AE), en torno a las 18 semanas de gestación, esta profesional comprueba si está incluida en el programa de EM, en el caso que no lo esté, le informa sobre la posibilidad de asistir y la forma de acceder a dicho programa. Así lo ponen de manifiesto la cita que sigue:

*An: “Pues yo cuando vine a la consulta fue por mandato de la de cabecera porque me informaran y vine un poquito... Dijo:” pide cita con la matrona, que es la que te va a llevar tu embarazo”. Es lo que me dijo. ...y yo dije pues nada me informará acerca de cómo va a seguir mi embarazo como van a ir pasando los meses, me orientará un poquito, es lo que pensé y luego cuando llegue aquí, vi que era lo contrario, que más o menos la matrona es la que te va a aconsejar, cómo tienes que alimentarte....y te aconseja más o*



*menos cómo va a ser el embarazo cómo va a ser el niño, ahora, cómo vas a cambiar psicológicamente tú y físicamente lo que te aconsejan...*

Vemos como las mujeres “obedientes” siguen “el mandato” de su médico, aún en el caso de las secundigestas, que sorprendentemente siguen igual de indefensas que las primigestas sin saber la razón por la que deben acudir. Con frecuencia nos asombra cuando llega la mujer a la consulta de la matrona de atención primaria y al comprobar que se trata de realizar el curso de EM y que a ella no le interesa hacerlo, se siente engañada y frustrada porque ha perdido su tiempo acudiendo a una consulta que no le aporta ningún rédito. En otras ocasiones mantienen su actitud de obediencia sin manifestar su desencanto al comprobar que no es lo que esperaba, pero nunca más acude a las citas que se les facilitan.

Si los profesionales dedicáramos un poco de nuestro tiempo en advertir las posibilidades de los distintos itinerarios a seguir, muchas de nuestras consultas no estarían tan masificadas y el beneficio redundaría tanto para usuarios como para sanitarios.

*Cir: Porque la otra (la del centro de especialidades) matrona me dijo que cogiera cita para la EM*

*L: En tu centro de salud ¿Te habían dicho algo?*

*Cir: No, nadie, ni el tocólogo, ni mi médico.*

De nuevo constatamos que los profesionales sanitarios y fundamentalmente los médicos se olvidan con frecuencia de indicar que existen otros profesionales a los que acudir para recibir atención específica. En muchas ocasiones se desconoce o se omite el protocolo a seguir, sobre todo cuando se trata de derivar a otros sanitarios para recibir educación para la salud. Da la impresión que los protocolos se cumplen de manera desigual dependiendo del aspecto que estimemos. Cuando se trata de cumplir con pruebas diagnósticas, como analíticas o ecografías, parece que son más diligentes, pero si se trata de aspectos relacionados con la educación para la salud, no se considera tan necesaria y se tiene poco en cuenta. Además cuando un protocolo no es muy riguroso en el cumplimiento de técnicas o fármacos es susceptible de sanción, mientras que si se trata de educación para la salud probablemente no se cuestione tanto. Así lo demuestra el estudio de Duro (2002, 2005) en el que se señala que el desarrollo de los grupos de educación para la salud en atención primaria en Madrid está considerado como una actividad marginal, mediatizado por el escepticismo de sus profesionales, sobre todo por

los médicos que defienden más un modelo clínico-asistencial. Además, demuestra que la mayoría de las veces las actividades que denominan educación para la salud en la mayoría de los casos son *charlas* que casi siempre imparten las enfermeras o trabajadoras sociales (Duro, 2003).

Sin embargo podemos comprobar a través de los discursos de las mujeres de nuestro estudio que son los médicos de cabecera los que más derivan a los grupos de EM, ya que los ginecólogos casi nunca lo hacen.

*Mj: Me derivaron de mi médico de cabecera*

*L: Si no te manda el médico de cabecera MC ¿Quizás no hubieras venido?*

*Mj: Pues probablemente. A lo mejor a la hora de informarme, si hubiese encontrado algo, hubiese preguntado, pero así, sin tener la idea clara,.. No, no hubiese venido. Luego en el momento que me hubiese enterado me hubiese arrepentido de no haberme informado anteriormente para poder hacerlo.*

A partir de esta observación extraemos que **los programas de EM son muy desconocidos para un conjunto de mujeres gestantes y de la población en general.**

Resulta sorprendente que a pesar de tantos medios y recursos de información gran parte de las candidatas a beneficiarse de estos cursos no asistan por desinformación. Todavía asombra más si mencionamos el perfil de *Mj*, como una mujer de 37 años con formación universitaria y que había estado ocupando un puesto de trabajo de categoría profesional intermedia según la BRG (Álvarez, 1995, p.64) es decir perteneciente a un estrato socioeconómico medio, (aunque desde hace seis meses estaba desempleada). Y a pesar de ser una mujer con recursos personales suficientes para acceder a todas fuentes de información no hubiese accedido al programa de EM.

Dentro de la bibliografía consultada, sólo en el trabajo de Cabrera (2009) se cuestiona quién remite a las clases de EM a las mujeres gestantes. Según los resultados de su estudio, cuando las mujeres embarazadas se controlan el embarazo en consulta de ginecólogo sólo son derivadas el 31,9%; si la gestante acude al MC cuando reconoce su estado de gestación el porcentaje de mujeres que son derivadas a las clases de EM por el MC es del 57,8%; por recomendación de familiares o amigos acuden un 16,4%; por iniciativa propia un 2,7%; porque algún profesional de su centro de salud la remite 1,5% y por experiencia propia un 1,3%.

En el grupo de mujeres que estamos estudiando, una de ellas se controlaba el embarazo en consulta de ginecólogo (*Est*), quien no la derivó; todas ellas habían acudido en primera instancia al MC, cuatro de ellas (*An, Mj, Est, Mjo*) habían sido derivadas por este profesional, una (*Van*) acude por iniciativa propia, porque es enfermera y conoce perfectamente el protocolo y dos (*Ele y Cir*) son remitidas por la matrona que realiza el control del embarazo en atención especializada. Hay que destacar que en el caso de las secundigestas (*Est y Mjo*), aunque habían sido derivadas por el MC en la primera consulta de su gestación, no cogen cita con la matrona de AP, hasta que la matrona de AE vuelve a insistir en el tema. En nuestro estudio como en el de Cabrera (2009), se comprueba que si en el itinerario que recorre una mujer gestante se encuentra con una matrona tiene más posibilidades que acuda a las clases de EM que si se encuentra con un ginecólogo. Cabrera nos revela que el 51,8 % de las mujeres que acuden a las clases de EM es porque una matrona le habló del tema. Esto coincide totalmente con nuestros datos, ya que de las siete mujeres estudiadas, cuatro fueron derivadas por la matrona de AE es decir más del 50%, ya que aunque el MC les había indicado acudir a la matrona de atención primaria, hasta que esta indicación no la repite la matrona de atención especializada ellas no acuden a esta profesional de primaria, aun siendo su segunda experiencia y dos por el MC. Recordemos que *Van*, es enfermera y conocía perfectamente el modo de acceder al programa.

Al señalar los datos estadísticos de los estudios cuantitativos, tratamos de ofrecer un marco descriptivo general que sirva de trasfondo para dar mayor significado a lo que sucede a las mujeres concretas con las que podemos construir patrones cualitativos con dimensiones personales e individuales (Valles, 2009).

## **2.ARQUETIPO QUE LAS MUJERES TIENEN DE LA MATRONA**

De las intervenciones que las mujeres generan en el apartado anterior podemos concluir que ellas no demandan la EM, la mayoría no acude si no hay otro profesional que las remite, esto demuestra **la poca visibilidad de la matrona** de atención primaria en la sociedad y lo inaccesible que resulta a las mujeres contactar con la matrona. Ninguna de las mujeres del estudio sabía que podía acudir a la consulta de la matrona sin ser

derivada por otro profesional. También se observa que el arquetipo que las mujeres tienen formado de la matrona es el de una profesional auxiliar y dependiente del ginecólogo y se sorprende cuando comprueban que sus competencias las realiza de modo independiente como se pone de manifiesto en el siguiente discurso:

*An: "Sabía por mi cuñada... que son las que te ayudan a dar a luz, es lo que sabía, son las que están contigo en el quirófano... yo siempre he pensao que era el ginecólogo el que te ayudaba a dar a luz, no las matronas... y ahora veo que estoy más en la matrona que en el ginecólogo...yo estaba confundida, pensaba lo contrario, pues a lo mejor serán las que digan pues pásame el bisturí o pásame tal o ayúdame con el suero o mira si está dilatada, pero nunca pensaba que eran las matronas las que nos ayudaban, estaba confundida, yo cuando empecé mi embarazo dije pues todo con el ginecólogo y ahora veo que estoy más en la matrona que en el ginecólogo. Que me enterao por usted, de que es la que te lleva la matrona. Y ahora ya, cuando ya llevo seis meses y medio y dije vaya... si he tenido ya cuatro consultas de matrona, y de ginecólogo una. "*

Según este discurso, se deduce que las mujeres esperan que el profesional que lleva su embarazo y quien asiste en el parto es el ginecólogo, pasando la matrona a ser un profesional subordinado del médico como se refleja en palabras que utiliza **An** para describir lo que ella suponía que era la relación que se establece entre matrona-ginecólogo de total jerarquía y verticalidad, como *pásame o ayúdame,... mira si está dilatada*. Además, **An** se encuentra muy sorprendida de que la matrona realice el control del embarazo de forma autónoma e incluso que sea visitada en mayor número de consultas por ella que por el ginecólogo.

Aunque, tal vez esto se debe a que las mujeres que no han tenido hijos anteriormente, desconocen la figura de la matrona, puesto que cuando ya han sido madres y el parto ha sido asistido por una matrona el grado de satisfacción de las mujeres con respecto a los cuidados y el apoyo emocional que las matronas prestan en el paritorio es muy elevado (Ortega, 2001). Sin embargo después de varios años sin contacto con matronas olvidan cómo acudir a ellas. Así se desprende, como vemos a continuación, de los relatos de **Est** y **Mjo**, que aunque habían realizado los cursos de EM en la gestación anterior y teniendo el deseo de volver a repetir, en ningún momento tomaron la iniciativa para recurrir a la profesional que impartió las clases de EM y que según manifiestan resultaron efectivas.

*L: Volveremos a tocar todos estos temas. ... Luego ya me contarás lo que te ha parecido.*  
*Est: Me parece fenomenal, como me fue bien en su momento, y seguro que me va a venir bien ahora. yo creo que sí, que el compartir y la relajación que sientes cuando sales de que has expuesto tus dudas de gente que está en tu misma situación y que no eres la única persona que tiene esas dudas o que le está pasando eso yo creo que es lo*

*mejor, lo que le da más seguridad y más tranquilidad. Por supuesto la figura vuestra (la matrona) que te dicen mira esto es así que no pasa nada, que si no existiera esa figura no nos sentiríamos seguras, sería un bloc pero en vivo. Que siempre se necesita a alguien que sepa de la materia y te diga, mira que es así o no es así.*

Aquí **Est** manifiesta su satisfacción con la experiencia de EM del embarazo anterior y su esperanza en que en esta ocasión se repita.

*L: ¿Tú fuiste a la educación maternal con el otro niño?*

*Mjo: Si*

*L: ¿También la hiciste aquí?*

*Mjo: Si, también la hice aquí*

*L: ¿Y qué tal te fue?*

*Mjo: Muy bien, la verdad es que muy bien*

Se espera que en el futuro este desconocimiento del rol de la matrona cambie, ya que cada vez surgen más iniciativas profesionales para realizar tareas de forma más autónoma en relación al médico ginecólogo, como es el caso de la implantación del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo en el hospital de Fuenlabrada (Pérez, 2010; Limia, 2012a.), que se suman a las realizadas hasta ahora, como los ingresos hospitalarios de gestantes de bajo riesgo en el hospital Costa del Sol de Marbella en Málaga (Higuero, 2008), así como el control de embarazo de bajo riesgo que se viene desarrollando desde hace años en casi toda España en la Sanidad Pública.

En el VIII Foro Salud y Género, celebrado en Madrid el 14 de diciembre de 2011 se reconoce que las matronas realizan casi la totalidad de funciones del programa del seguimiento del embarazo y de la atención al parto normal, pero sus tareas son socialmente menos valoradas que las de los obstetras. Sin embargo cuando se comparan modelos en los que la asistencia al parto de bajo riesgo la realizan matronas u obstetras, como en un estudio realizado en Reino Unido relacionando el coste de la asistencia a los partos y la calidad obtenida, parece que resulta más económica cuando la asistencia es realiza por matronas que cuando es realizada por obstetras, manteniendo el mismo nivel de calidad. Aunque se recomienda realizar más estudios de este tipo, es una línea de investigación que cada vez interesa más debido a la necesidad de optimizar los recursos que siempre son escasos (Ryan, 2013).

Veamos entonces cuál es el papel de la matrona a partir de la Confederación Internacional de Matronas (CIM) en su reunión en 2005 en Brisbane (Australia) donde la definió como:

*“una persona que habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería.*

*La Matrona está reconocida como un profesional responsable, que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos en el embarazo, parto y puerperio, dirigir los nacimientos, en la propia responsabilidad de la matrona, y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción del nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso al cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.*

*La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y **la preparación para la maternidad**, y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.*

*Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud” (FAME, 2010)*

Teniendo en cuenta esta concepción observamos que acumula todos los aspectos respecto a las competencias que puede desarrollar una matrona en cualquier lugar del mundo, ya sea un país con grandes medios y tecnología puntera o se trate de países con escasos recursos. Así mismo, se contempla que la matrona es competente para actuar tanto en el ámbito hospitalario como, en el de atención primaria o en el domicilio de la mujer. Este dictamen es una manifestación muy exhaustiva y universal dado el carácter internacional de la organización que la adoptó.

Destacan algunos aspectos relevantes en esta definición como el uso del término partería, al referirse a la formación donde se muestra un poco restrictiva, pues sólo significa atender al parto. Este término está muy extendido y es muy común su uso en América Latina aunque no tanto en España. En nuestro contexto es más significativo expresarlo como obstetricia y ginecología, de hecho en España la matrona es titulada como *Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrona)*, esta denominación esclarece el concepto de matrona de manera más precisa puesto que la ginecología es la rama de las ciencias de la salud que estudia a la mujer y las enfermedades que le son propias y la obstetricia cuando se trata de la mujer en la gestación, parto y puerperio. Tal vez por eso, la conceptualización de la CIM en los párrafos siguientes se amplía al tiempo que concreta al enumerar las competencias que

pueden desempeñar las matronas, que no quedan recogidas cuando se refiere a la formación.

Otro elemento a resaltar es la frase *...trabaja en asociación con las mujeres...* donde se declara a la matrona como un profesional que está al mismo nivel que la mujer, sin establecer una jerarquía. Esta afirmación queda acorde con el paradigma de la transformación cuya orientación en el cuidado enfermero es determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad de la persona cuidada. Desde este paradigma la matrona es la consejera experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a cada mujer, siendo la mujer, la responsable y participe de sus cuidados (Kérouac et al., 1996).

De todos modos resulta muy complejo elaborar una concepción que pueda mostrarse útil para todos los países del mundo dadas sus considerables diferencias en los respectivos sistemas educativos y sanitarios.

Según Odent (2009) el origen de la comadrona o matrona fue la madre o sustituta de la madre que principalmente desempeñaba una función protectora, que acompañaba pero no dirigía y que sólo actuaba en situaciones difíciles e inesperadas. En relación a cómo deberían ser las comadronas del futuro, su respuesta es: *se necesitará a una mujer capaz de ofrecer apoyo emocional (especialmente en América) o capaz de preocuparse por las parturientas (especialmente en Inglaterra). Se tiende a confirmar de nuevo la profunda creencia de que nadie puede dar a luz sin algún tipo de energía misteriosa que le venga de fuera* (2009, p.140).

Llegados a este punto nos gustaría hacer algún comentario sobre la figura de la “Doula”. Aunque ninguna de las mujeres del estudio la mencionó, sí que existen artículos sobre este personaje en las revistas divulgativas de temas maternos que acostumbran a leer las mujeres embarazadas y en otros grupos de EM las mujeres hacen alusión a esta figura. Una *doula* es una mujer que ha sido madre, que no ostenta ningún título del ámbito de la salud, pero que ha experimentado buenos partos vaginales y que acompaña y asesora a las mujeres en su embarazo, parto y puerperio. Tal vez podríamos denominar a esto educación maternal individualizada y dirigida por una persona que no es un profesional. Pero son algo diferente ya que dan apoyo emocional y físico sin seguir ninguna estructura de contenidos, y sin conocimientos científicos, sino adaptándose a las exigencias de cada mujer y en el momento en el que la mujer las demanda.

Kennell y Klaus (Odent 2009, p.142) en Guatemala en la década de los 70 descubrieron que la presencia de las *doulas* en los partos reducía drásticamente las intervenciones y el uso de fármacos en los partos, mejorando el resultado de los mismos. Estos estudios se replicaron en Houston con similares resultados (Odent, 2009).

Estas revelaciones prueban que caminamos hacia el paradigma de la transformación en el que la intervención de la matrona, en este fenómeno tan complejo como es la maternidad, es *ESTAR CON*, es decir, acompañar a las mujeres en sus experiencias maternas, individualizando sus cuidados, sin establecer jerarquías ni relaciones de dependencia y sólo interviniendo en situaciones de anormalidad ¿Será que el futuro de la matrona pasa por ser una profesional que tome algunas cualidades de la *doula*? En un estudio sobre el perfil de las residentes de matrona se pone de manifiesto que son en su mayor parte mujeres jóvenes, solteras que se forman fuera de la ciudad en la que tiene su domicilio principal y que el motivo que les impulsa a ser especialista es alcanzar una mejora laboral y por vocación. Les motiva aprender y desean ser buenas matronas, además no llegar a serlo es su principal miedo. La mayoría de ellas no han realizado ningún trabajo de investigación y valoran de forma positiva a sus tutores (Márquez, 2013)

En el testimonio siguiente podemos ver que no se distingue de manera específica a la figura de la matrona, sino que forma parte del magma sanitario, pero a través del contacto que vayan teniendo las mujeres a lo largo del proceso maternal irán identificando su perfil y sus funciones

*Cir: Lo que pasa es que te quedas embarazada y vas haciendo lo que te van marcando. Porque claro a lo mejor preguntas y te dicen quédate ahí porque te tengo que dar cita. Porque a mi todas las citas, mes las van dando según,... entonces, sabes, a lo mejor pregunto y me dicen que dónde voy tan rápido,... que yo me dejo llevar por un poco de la gente que entiende que supone que lleva muchos embarazos y que supongo que tendrá su orden. Por eso yo, me dijeron ese día y ese día vine.*

*L: (...) ¿crees que a la matrona se viene sólo si un sanitario os deriva?*

*Cir: O sea, ¿qué puedo venir antes sin que nadie me lo diga? Yo pensaba que te van marcando un poco y me dejaba llevar un poco por lo que me van marcando.*

En este *verbatim*, se comprueba que siguen los preceptos sin cuestionar nada, aunque no tengan muy claro de qué se trata. Depositán toda su confianza en los profesionales que se encuentran durante el itinerario. Su actitud parece siempre de sumisión y da la impresión que a la matrona sólo se acude si previamente otro profesional la deriva.



Encontramos un escasísimo número de mujeres que por iniciativa propia acuden a consultar sus problemas de salud a la matrona. Cuando las mujeres ya han pasado por los programas de EM y han establecido una relación de confianza con la matrona, es fácil observar cómo acuden en ocasiones posteriores para resolver sus problemas de salud de ámbito ginecológico. Pero sigue siendo el médico de atención primaria al que más acuden. Sin embargo en nuestro caso ninguna de las dos mujeres que habían sido atendidas por la matrona tomó la iniciativa de acudir a la consulta de la matrona de atención primaria. Por el contrario tienen la misma actitud que las primigestas, así se desprende del siguiente relato:

*Mjo: ..., bueno me lo dijeron al principio, me lo dijeron en el médico, cuando fui a la primera, lo que pasa que yo pensaba, porque tampoco te lo puedo explicar muy bien, que **la que te tiene luego que mandar, es la matrona de allí**, y ya cuando llegue allí pues efectivamente yo le comente es que yo todavía no he ido a lo de la **preparación al parto**, y me dijo: **pues tienes que ir**. Ya sabes? o sea que yo me pensaba que era ella la que me tenía que decir tal día o no sé cuando tienes que ir, pero no. ...*

*L: Esperabas que fuese, que a lo mejor era la misma matrona o...*

*Mjo: No, no, yo sabía que tenía que ser aquí, lo que pasa que esperas como que ellos sean los que te manden*

Entre las razones por las que no escogen a la matrona se apunta la falta de proximidad por la distancia geográfica entre el domicilio de la usuaria y el centro de salud. Téngase en cuenta que en Alcalá de Henares cada matrona asiste a las mujeres de tres centros de salud y son las mujeres las que se desplazan al centro de salud donde se ubica la matrona y no al contrario como en otras poblaciones. Esto incrementa su escasa visibilidad, puesto que las mujeres que más acuden a la consulta son las del centro en el que se encuentra ubicada la consulta de la matrona. Además entre los profesionales sanitarios también existe un cierto desconocimiento de la matrona como enfermera especialista en obstetricia y ginecología tanto de su formación como de sus competencias (Saiz et al., 2003).

*L: ¿Te resultó útil la primera charla?*

*Mj: Sí algunas cosas (...) y sobre todo a la hora de las consultas que si la primera es con la matrona, con el ginecólogo (...) que **lo que más me llamó la atención fue lo del seguimiento**. Que si lo hace la matrona es que va todo bien, o que va mejor.*

*Entonces, **me da tranquilidad, saber que me lo llevo más por la matrona que con el ginecólogo** (...).*

*L: (...) cuando les dices que vienes aquí ¿Cómo llamas tú a esta consulta?*

*Mj: A la matrona*

*L: ¿No haces distinción entre la matrona en AP y la matrona del Centro de especialidades?*

*Mj: No, de hecho mi hermana no ha hecho las clases y le cuento yo tengo dos matronas. Y me dijo: es que vas a hacer lo de las clases preparatorias”.*

Este testimonio también pone de manifiesto que las mujeres engloban en un todo el parto y el control del embarazo. Una vez más tenemos que hacer hincapié en el limitado conocimiento de la estructura sanitaria y de las competencias profesionales del personal sanitario, por parte de las mujeres. En el caso que nos atañe, que es el de la matrona, sorprende cómo a pesar de que estas mujeres deberían conocerla por su actividad en relación a la prevención del cáncer de cérvix que debe realizar la matrona a todas las mujeres después del inicio de las relaciones sexuales y que se plasma con la realización de una citología cada tres o cinco años. Es llamativo como ninguna de las mujeres gestantes que participaron en el estudio se había realizado una citología en dicha consulta.

Otro asunto controvertido es que la matrona que realiza el control de la gestación sea la misma que imparta la EM. Esto es algo que sucede en algunas localidades de nuestro entorno como Meco o Torres de la Alameda pero que por razones que se nos escapan no ocurre en Alcalá de Henares. Es razonable pensar que cuando una mujer acude a una misma profesional la satisfacción y la calidad aumenta tanto para la usuaria como para la profesional, optimizando los recursos ya que disminuye el número de consultas y el tiempo que se dedica a ellas. Por otra parte al centralizar más las actividades en una misma profesional da un mayor control del proceso maternal, evitando la dispersión y la falta de atención que se produce en algunas mujeres, especialmente las más desfavorecidas desde la perspectiva del nivel social. Así mismo la figura de la matrona aparecería como una profesional con más entidad como sucede en las localidades que hemos señalado anteriormente. Además las mujeres manifiestan mayor satisfacción cuando les atienden durante la gestación en atención primaria que cuando lo hacen en atención especializada (hospital o centro de especialidades) (Maderuelo, 2006). También se sienten mejor atendidas en atención primaria las mujeres con discapacidad, a pesar de necesitar mayor número de pruebas y de controles (Ballesteros, 2011).

Por último, pensamos que estos testimonios ponen de manifiesto el desconocimiento que existe en las mujeres respecto a la matrona como profesional, así como lo alejadas que se encuentran de posicionamientos en los que ellas quieran empoderarse y ser las protagonistas de su parto y maternidad. Parece que todavía se encuentran en el

paradigma de la categorización en el que el modelo de intervención de la matrona es “hacer para”, donde la profesional es la experta que posee los conocimientos y habilidades para eliminar los problemas que se pueda plantear en la mujer y su proceso reproductivo. Bajo este paradigma se produce una relación de jerarquía y poder en el que la profesional está en un nivel superior a la mujer, ejerciendo un papel paternalista (Kérouac et al., 1996).

Para concluir con este apartado, señalar que en un reciente estudio realizado en Suecia, similar al nuestro, ya que se trata de analizar la percepción que las mujeres tienen de la EM a través de un estudio cualitativo, también aparece la categoría de *la matrona* como una profesional respetable por su nivel en cuanto a conocimientos biofisiológicos, pero la consideraban con déficit en cuanto a conocimientos en cuestiones de género (Andersson, 2012).

### 3. DENOMINACIÓN POPULAR DE LA EM

Respecto a cómo **denominan** o cuál es el término que utilizan las mujeres, cuando se refieren a la EM, cuatro de ellas la denominaban preparación al parto y sólo una de ellas (*Ele*) que había leído un folleto que le había sido entregado en la primera cita en la consulta de la investigadora, la denominaba EM. Otra mujer (*Van*), por ser profesional sanitario también conocía el término EM pero le parecía más familiar la expresión *preparación al parto*. Las secundigestas que ya habían pasado por la EM en la gestación anterior también la denominaban preparación al parto y una de ellas (*Est*) además razonaba adecuadamente porqué utilizada esta expresión.

*L: ... la EM. Tú ¿cómo la denominas, cómo llamas a esto? ¿Cuál es el término que te resulta más familiar?*

*Est: Yo lo que recibí en el otro curso no era EM, era más bien preparación para el parto (PP).*

*L: Y cuándo hablas con la gente ¿Qué término suelen utilizar?*

*Est: Clases de preparación para el parto. Pero yo creo que debería ser...porque no se hablaba mucho de los cuidados del bebé sino que estaba todo enfocado a cómo enfrentarte al momento del parto, de la gimnasia. Pero no se habló nada del posparto o por lo menos no lo recuerdo bien. Pero yo lo llamaría PP si el contenido fuera el mismo.*

En la segunda entrevista y después de finalizar las clases de EM sí que era capaz de apreciar las diferencias entre las clases de hacía 4 años y las actuales.

*L: Preparación al parto o EM? ahora le podríamos llamar EM?*

*Est: EM. Si, si cuando tratamos el tema de estamos en el hospital (se refiere a los primeros días de hospitalización después del parto) de no hay que molestar,... .. Creo que le **has dado más importancia a la lactancia**. En este curso o yo recuerdo que se la ha hecho más hincapié en este tema, lo importante que es **estar tranquila y estar segura de que tú puedes dar el pecho**. Yo creo que sí, que este sí, **que lo podríamos llamar así**. ... que este he visto que el parto es un tema muy importante, pero también se han visto otros temas en los que también se ha hecho mucho hincapié como.... la lactancia,.... me parece nuevo o yo no lo recuerdo..., en **la seguridad de la madre**,...Todas podemos parir, todas podemos dar el pecho,... **los cuidados del puerperio**, Lo de venir antes de los 10 días, no lo sabía. Yo la otra vez viene más tarde. Es nuevo."*

Para **Mjo** otra de las secundigestas, siempre lo denomina preparación al parto y cuando recordaba la EM en la gestación anterior decía:

*L: ¿Te acuerdas de todas las cosas que tratabais aquí en la educación maternal?*

*Mjo: De lo que nos pusieron el **video de como era el parto**, eh..., luego que mas...luego ya fue pues lo que era **la relajación, la gimnasia**, eso...y bueno, las charlas con todas las futuras madres...*

*L: ¿Qué era lo que más te...*

*Mjo: ¿Me gustaba?, **Hombre a mí me gustaba cuando hablábamos todas** (Risas), pues por las experiencia de otras,.. sabes, la relajación también mucho*

*L: Y de los temas ¿qué tratabais...?*

*Mjo: Pues tratábamos...es que ya como hace tanto...pero vamos yo creo que eran, es que yo tampoco te puedo decir mucho, porque es que ya no me acuerdo casi, a ver es que hace ya tanto...pero **hablábamos mucho pues del parto**, de... eso, **más bien de lo que era el parto, luego nos enseñaron lo que era la respiración, o sea que bien***

*L: ¿Te resulto agradable?*

*Mjo: Si a mí me gusto mucho, y yo tenía claro que a esta también iba a venir, sí, sí, yo tengo amigas que, yo no voy a ir, yo ah, pues no vayas, digo pero yo voy a ir, digo por lo menos sabes es eso, pues **hablas con la gente, tienes más información, te despejas, o sea es otra historia**, digo yo quiero ir, digo yo voy a ir (Risas)*

Con este discurso se confirma que las mujeres solo recuerdan haber tratado el tema del parto. Esta mujer que sufrió depresión posparto echaba de menos que en las clases de EM, no se hubiese tratado el tema del puerperio. A pesar de todo tenía claro que quería volver a compartir la experiencia con otras mujeres y ya se apunta la razón por la que es valorada la EM: **el encuentro con las otras mujeres**.

Actualmente, el objetivo de la EM es ayudar a las parejas a afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida que el embarazo, el parto y el puerperio conllevan y que lo logren de forma sana y satisfactoria (Generalitat, 2009). Parece que a las matronas nos ha costado actualizarnos y adaptarnos a las exigencias de la población que desea mayor información y conocimiento respecto *al después del parto* y a temas más transversales como el género (Andersson, 2012).

Que se siga nombrando preparación al parto a la EM, está en total sintonía con el nacimiento de la EM, que como se vio cuando tratábamos la historia de la EM, se la denominó en aquel momento preparación al parto. Éste es el término con el que las mujeres están más familiarizadas aunque desde hace varios años algunos profesionales, fundamentalmente las matronas, que son quien la imparte de forma exclusiva y las verdaderas expertas en el tema, junto con las instituciones sanitarias, se esfuerzan por darle la denominación de Educación Maternal para expresar que no sólo se van a tratar aspectos relacionados con el parto, sino que es un concepto mucho más amplio que abarca el posparto y los aspectos relacionados con las necesidades emocionales y físicas de la mujer puérpera, la relación de pareja, así como el cuidado y relación con la criatura recién nacida. Vamos a conocer qué dicen las mujeres embarazadas al respecto.

*L: "¿y no te dijeron acude en tal fecha o para qué era la consulta?"*

*Cir: No, te hablan como preparación al parto y ya está (se refiere a lo que le dijo la matrona de atención especializada).*

*L: ¿Qué idea tienes tú de lo que vamos a tratar aquí?"*

*Cir: A mí lo que me han dicho, si pues lo que te decía antes, no, que te enseñan a respirar, que te enseñan a alguna postura, que cogen alguna postura para relajarte, y es que no me han contado nada más y la idea que tengo es que no tengo ninguna idea. No sé lo que vamos a hacer. Es que no podemos estar 8 sesiones haciendo lo mismo. Entonces es la única idea que tengo.*

Contemplamos cómo las mujeres y los sanitarios aún siendo matronas, cuando las derivan se refieren a la EM como *preparación al parto*. Se supone que es más sencillo decirlo de esta manera para no emplear más tiempo en aclarar lo que significa EM y así se aseguran que la mujer entiende de qué se trata. Parece que lo que se comenta entre la población en general es que las clases consisten en aprender técnicas de relajación, de respiración, *posturas*, que al interpretar el vocablo *posturas* pensamos que se estará refiriendo a gimnasia. Sorprende como a pesar de haber evolucionado los programas de EM y no estar tan centrados como hace unas décadas en técnicas dirigidas al logro de un parto menos doloroso, siga manteniendo el nombre de preparación al parto. Y así lo

muestra el estudio de Gallardo (2007) en el que se analiza la adaptación de los programas de EM a las nuevas demandas sociales en la Comunidad de Madrid. Concluye que la mayoría de las matronas manifiestan que se ha producido un cambio en la exigencia de los contenidos por parte de las usuarias y que las matronas han realizado un cambio sustancial en la forma de desempeñar su labor, ya que no sólo se han visto obligadas a modificar los contenidos sino que también han tenido que adaptar la metodología utilizada en las clases.

En las manifestaciones de *Cir*, se deja entrever que a ella también le parece insuficiente, y escaso el contenido del curso, pues pone de manifiesto que algo más habrá ya que ocho sesiones dan mucho de sí y no puede ser sólo gimnasia y respiración. Más adelante cuando comentemos las expectativas podremos comprobar que, aunque en un primer momento de la entrevista dijera que no tenía ni idea de lo que iba a ser la EM, más tarde expresaría de manera contundente qué esperaba del curso.

*Mj:(...)Y me dijo un compañero de trabajo: <<es que vas a hacer lo de la preparación al parto>> (...) y me dijo :<< pues te va a venir muy bien, porque (...)>>*

Aunque la cita que acabamos de leer, la analizaremos también en el apartado siguiente, cuando exploremos *las ideas previas*, y que será estudiada desde otra perspectiva, aquí queremos dejar constancia de que siempre que las mujeres reciben mensajes referentes a la EM, bien sea procedente de personal sanitario o de la población en general como en el caso que nos ocupa que es un compañero de trabajo, varón, la denominan preparación al parto. Y señalamos el sexo porque no es muy común que los hombres comenten estos temas, es más parece que vienen poco motivados a los cursos. En las últimas encuestas de satisfacción recogidas en el centro de salud los hombres apuntaban los siguientes comentarios: *Más concreción y menos hablar de partos pasados. Todas las posibilidades que puedan suceder*. Se interpreta con esta frase que cuando la matrona pone ejemplos para realizar sobre ellos técnicas de investigación en el aula o de análisis, los hombres no alcanzan a entender que es un ejercicio de reflexión para que ellos elaboren sus propias conclusiones. Parece que los hombres acuden a recibir una serie de datos para resolver *todas las posibilidades que puedan suceder*. Y nos preguntamos ¿Sabe alguien todas las posibilidades que pueden suceder? Otro comentario en la misma línea era: *Más preparación al parto y cuidados del RN. Menos asuntos menos*

*relevantes*. Entendemos que los asuntos relevantes son *los partos pasados* del comentario anterior. Otra sugerencia era *Mejorar instalaciones, mobiliario, medios audiovisuales, informáticos, horarios*. Este parece que reclamaba mejoras en infraestructura. Nunca una mujer ha hecho comentarios de este tipo. Los hombres, futuros padres, parece que esperan que las clases sean más expositivas donde se formulen una serie de normas o conductas a seguir como si se tratase de dogmas, sin llegar a entender que la paternidad es algo más complejo que sólo ellos deben averiguar. Siguen demandando la preparación al parto tal como se estructuró en los inicios.

Sin embargo cuando se pretende estudiar cómo se siente el padre en el paritorio cuando acompaña a la parturienta, parece que el apoyo, la información y la ayuda que ofrece la matrona, durante el proceso es fundamental para que el padre pueda vivir el nacimiento de su hijo como una experiencia satisfactoria, así lo demuestra el estudio de Hildingsson, (2011) realizado en Suecia con 595 padres a los que se les pasó un cuestionario para conocer como se habían sentido en el parto de sus parejas.

Una encuesta realizada a hombres en Montreal interrogaba sobre las razones de acudir a los cursos de EM y los hombres mencionaban que dentro de las razones principales para asistir a las clases eran las de satisfacer los deseos de su pareja y aprender acerca de los cuidados del recién nacido (Gagnon et al., 2008). Pero incluso los hombres denominan la EM como preparación al parto y no educación para la maternidad y la paternidad como se la empieza a nombrar ya desde algunos foros.

Otras mujeres como *Ele* o *Van* tenían madres más jóvenes que sí conocían la EM

*Ele:* " **Mi madre siempre ha dado por hecho que hay clases de **preparación al parto** (...)**  
**Más que EM, **preparación al parto** gimnasia, respiración, (...)**"

Tanto esta cita como la siguiente nos señalan a las madres que aunque no acudieron a las clases de EM sí que han sabido de su existencia y como es propio del momento histórico en el que lo vivieron, en sus inicios, cuando se centraba en el proceso del parto única y exclusivamente. Eran clases muy expositivas por parte del profesional en las que se relataba las fases del parto como si se tratase de formar a los asistentes en materia de obstetricia, enfatizando en la fisiología del parto y en el mantenimiento de un buen estado de salud físico, con escasos espacios para la participación de las usuarias. Además la mayor parte del tiempo, las clases se destinaban a las técnicas de relajación,

respiración y gimnasia que facilitarían el parto y evitarían el dolor. Al preguntar a una de las secundigesta por la experiencia anterior, respondía

*L: Y la relación con las otras madres, ¿se creó un vínculo?*

*Est: No, no. Además yo no he vuelto a ver a ninguna de ellas. No, no. Llegábamos a las clases y luego nos íbamos.*

*L: ¿No hablabais mucho en las clases? ¿no participabais?*

*Est: No, no. No eran clases participativas....*

Ante la expectativa de la anestesia epidural que evitará el dolor, es sencillo interpretar que muchas mujeres que no conozcan mucho más sobre los programas de EM se muestren reticentes a acudir a los grupos, ya que para ellas la única finalidad de las clases es evitar el dolor, y actualmente lo más eficaz parece que es la anestesia epidural (Cabrera, 2009). Bajo esta apariencia, el parto se presenta como un acto médico más, a través del cual *nuestro hijo nacerá o nos harán el parto*, en el que la mujer deja de tener protagonismo, influencia y responsabilidad ya que pasa a ser el acto de otros. Nos gustaría diferenciar entre dos aspectos **parir** o **que nos hagan el parto**. Cada mujer lo siente de una manera.

*Van: “Pues hombre, mi madre la llama **preparación al parto**, y lo que se oye es **preparación al parto**, pero ahora ya es otro nombre, educación maternal, aprendemos técnicas (...) y también para después del parto, cuidar al niño y esas cosas”*

Recordemos que **Van**, es enfermera y conoce la terminología actual y el contenido del curso, aunque no sabía exactamente qué enfoque se daría, su expectativa parece que iba hacia *el después*. Pero es probable que cuando se establece intercambio de comunicación con la población general y también con muchos profesionales sanitarios siguen utilizando el término **preparación al parto**. El personal de administración que es quien facilita las citas en el centro de salud siempre utiliza la expresión *preparación al parto*. Téngase en cuenta que estos profesionales son los que en mayor medida ponen en conexión el término con el concepto entre lo sanitario y lo popular, ya que transforman las preguntas de los usuarios, que en muchas ocasiones cuesta descifrar, en citas para los distintos profesiones del centro y en ocasiones de los especialistas de atención especializada.



Otra particularidad que se comienza a apreciar en las anteriores intervenciones es la presencia de **la madre** en los discursos. Poco a poco nos fuimos dando cuenta que ante cualquier faceta relacionada con su maternidad, la madre era nombrada. Aunque después de analizar los datos de las entrevistas nos parece obvio, que la madre de la madre juegue un papel tan trascendente, al inicio del trabajo solo contábamos con la figura de la pareja que es la que se presenta en la bibliografía como acompañante del proceso maternal en este modelo nuclear de familia, de madre, padre e hijo. Pero este es un aspecto que matizaremos más adelante.

#### 4. IDEAS PREVIAS Y EXPECTATIVAS

Al explorar sobre **conocimiento o ideas previas** sobre lo que son o se espera de las clases de EM en sus respuestas, las mujeres destacan los aspectos relacionados con el momento del parto, la respiración y los pujos como podemos ver a continuación:

*L: [...] ¿alguien te había hablado de la EM? o es...*

*Cir: Sí, amigas, mi cuñada, gente así cercana, pero vamos no me han dicho ni que se hace, ni que no se hace. **Que te enseñan a respirar, a cómo tienes que empujar y ya está.***

Las mujeres tienen incluso la percepción de que la EM les va a ayudar en el parto o a entender su propio embarazo. Es sorprendente cómo depositan todo o casi todo el proceso del parto en manos de los sanitarios. ¿No es respirar un acto involuntario? y empujar ¿No es algo inevitable? Todas las mujeres que han parido saben que la sensación de pujo es irresistible cuando la cabeza desciende provocando la distensión de los músculos del suelo pélvico a lo que Michel Odent (2009) denomina *el reflejo de eyección del feto*. Sin embargo, parece que algunas parturientas acaban pensando que sólo han sido capaces de hacerlo porque acudieron a las clases de EM. Pero tal vez tanta intervención y tanta medicalización en el parto, sólo han conseguido despojar a las mujeres de sus saberes más recónditos e insondables y a la vez más valiosos para la reproducción. Los partos tan intervenidos las han dejado a merced del entorno como seres fácilmente manipulables y lo que es peor, cargadas de inseguridad y angustia (Paniagua, 2013). La anestesia epidural ha sido un gran avance en cuanto a la eliminación del dolor en el parto, aunque también tiene sus efectos no deseables como

es la anulación en muchos casos del impulso involuntario de realizar los pujos, tan necesarios para concluir en un parto normal. Así se muestra en la siguiente mención:

*Mj: “Pues no lo tenía nada claro, porque cuando fui al MC me dijo te tienes que citar con la matrona y... Y dije **me pido las citas a ver lo que me cuentan**”....y un compañero de trabajo me dijo << pues te va a venir muy bien porque **a la hora de empujar, el haber hecho las clases te va ayudar al parto**>>...Pues un poco sería de la **preparación al parto**..... y las sensaciones que se sienten durante el embarazo. Un poco la evolución o por qué te sientes así... Entonces es un poco el interpretar, **lo que sientes**.”*

A través de los relatos, podemos comprobar que la idea que las mujeres y también su entorno tienen sobre la EM es que las clases están dirigidas única y exclusivamente al parto. Especialmente sobre cómo realizar los pujos o simulación de las contracciones, además de ejercicios de gimnasia y relajación. Es totalmente coherente que denominen preparación al parto a la experiencia vivida ya que es lo que recuerdan y transmiten. Pero ante la última frase de esta cita parece que lo que se espera es: *el interpretar lo que se siente*. Y nos preguntamos, ¿quiere decir exactamente eso que le interpretemos lo que siente o sin embargo se está refiriendo a expresar lo que siente o, compartir lo que se siente, o escuchar a otras embarazadas lo que sienten, para acabar entendiendo lo que siente. Como veremos más adelante, ese *interpretar lo que se siente*, en el sentido de participar, intervenir, exteriorizar, opinar; así como en atender y prestar oídos a lo que las otras mujeres dicen, y se hace hincapié a lo que otras mujeres dicen y no al discurso profesional de la matrona. A partir de los datos de esta investigación podemos decir que lo que más satisfacción proporcionó a las embarazadas que acudieron al programa de EM fue el encuentro con las otras mujeres gestantes, el sentimiento de pertenencia (Maslow, 1983), sentirse grupo de embarazadas. Las que todavía no eran madres disfrutaban escuchando las experiencias de sus compañeras ya veteranas, cuando comentaban su vivencia previa en el parto o puerperio. Y las madres expertas encontraban en la EM el oasis donde sentirse embarazadas.

En cuanto a las mujeres que ya habían acudido en la gestación anterior a las clases de EM, cabe destacar que recordaban haber tratado el tema del parto y sesiones de respiración y relajación. Sin embargo esperaban que esta vez las cosas fueran diferentes.

*L: ¿Qué te imaginas que ha cambiado?*

*Mjo: Vamos a ver la otra vez cuando eso me iba a meter...mmm...**mi marido nada más que paso a una, luego ya no paso a ninguna mas***

*L: Pero,¿ porque él no quería?*

*Mjo: No, **porque ya no...Dijeron que ya no** ... Vino, vino una vez.... Es que ya no vino*

*nadie más, ya no vino ningún marido más.*

A **Mjo** le asombra que hace siete años a los hombres solo les permitieran acudir a una de las sesiones de EM. Es sorprendente porque en esa época ya se intentaba implicar al padre en el proceso. Desde las instituciones se hace mucho hincapié en intentar atraer a los padres a los programas, y prueba de ello es la iniciativa que ha surgido en el ayuntamiento de Alcalá de Henares de organizar talleres solo para padres. Este proyecto se inició el año 2012 pero la afluencia de padres fue tan escasa que en el año 2013 se modificó el espacio, trasladando el lugar donde se imparte, desde el ayuntamiento al centro de salud. Parece que ha tenido mayor acogida, aunque la participación aun es muy escasa, pues aunque la captación la realizamos las matronas a partir de los asistentes a las clases de EM, todavía el número de padres que asisten al taller es muy inferior al que participa en EM. Hay que señalar que dicho taller solo consta de tres sesiones y es impartido por un psicólogo hombre.

Pero siguiendo con las expectativas que tenían las madres que ya habían pasado por la experiencia previa cabe señalar que **Mjo** echo mucho de menos que no hablaran del puerperio y su dificultades.

*L: Y... ahora, esta vez ¿qué temas te gustaría tratar a ti?*

***Mjo:** Que de que...del después*

*L: No recuerdas que en el otro parto se te hablase del después, del cuidado supongo que te refieres...*

***Mjo:** Si, del cuidado y de nosotras, sabes yo creo que el problema es mas nosotras, es que yo creo que **queremos abarcar todo**, y **creo que nos tienen que enseñar a decir no o sea, tranquila, o sea que esto...es que es muy duro, o sea porque bueno si ahora hablamos y nos informan** y todo el rollo ese pero luego como dicen, o sea luego es **yo me quedo con mi hijo y me quedo en mi casa y no sé cómo reaccionar, entonces creo que tienen que enseñar un poquito...***

*L: No se trato ese tema*

***Mjo:** No*

*L: ¿No recuerdas una clase que se llamaba el puerperio y cuidados del recién nacido?*

***Mjo:** De lo de cuidados del recién nacido, sí, lo que es eso sí pero... ahí queda,... ahí queda tampoco te creas que...que te dice...que no te dijeran nada mas sabes o sea que...*

*L: Qué echas de menos, a ver, de cómo te vas a sentir después, o como organizarte, o como cuidarte que echas de menos, que te hubiese gustado saber antes que ahora quieres que hablemos de eso, de qué, de qué exactamente?*

***Mjo :** Pues eso de que...**que si pasa cualquier cosa que no te sientas culpable** que es una cosa que, bueno pues yo claro, yo como tuve lo de la depresión o sea era como que **yo me sentía la culpable de todo, entonces no te explican eso.***

*L: ¿Tuviste depresión postparto?*

*Mjo : Sí, sí, sí, entonces claro no te explican ni te dicen bueno, no pasa nada porque tú...porque claro tu quieres acapararlo todo sabes y te crees que eres peor que otras. Entonces no te explican y te dicen no tu tranquila que no pasa nada. Si necesitas ayuda o no necesitas ayuda....Lo que pasa, que siempre, si alguien te aconseja o te dice o te ayuda o te dice no pasa nada porque no puedas. Si dices a tu hijo o a tu madre o a tu hermana o a quien sea: no va a pasar nada. Nadie te avisa de eso, o sea todo es el antes el ahora, vale, sí, pero y el después, y yo ya tengo experiencia, pero es que las que vienen nuevas, es muy complicado.*

Es desgarrador este discurso. Manifiesta la soledad y la culpabilidad que sentía ante la impotencia de cuidar a su hijo. Durante muchos años, se ha tratado de transmitir que la maternidad es un momento precioso en la vida de una mujer, sin explicar las dificultades que entraña. Actualmente, todos los programas de EM deben tener al menos una sesión dedicada al puerperio en el que no solo se traten los cambios fisiológicos y los cuidados sanitarios. Sobre todo hay que tratar los cambios emocionales en los que se originan sentimientos de ambivalencia de felicidad y tristeza, de alegría y apatía, de tranquilidad y angustia, que se ven favorecidos por la impotencia que surge ante el cuidado del recién nacido. La necesidad de intimidad y de ayuda es fundamental para estar a la altura de la exigencia que requiere la adaptación a los nuevos roles de padre y madre (Gutman, 2007, 2009).

Otra de las mujeres que ya tenía experiencia en la EM, tampoco recordaba haber tratado el tema del puerperio.

*L: Me decías que habías echado de menos tratar temas...del puerperio,...o la cuarentena, o cómo os ibais a sentir después del parto*

*Est: Si lo tratamos, no lo tratamos con,...a mí no se me quedo tanto. Yo lo que te he dicho de preparación al parto es porque yo todo eso no lo recuerdo. Todo el tema de la cuarentena y que todo se vuelve a colocar. Los dolores. Yo tuve así los dolores de...entueros y eso. Y sobre todo, la cura de los puntos. Pasé unas semanas muy malas,...lo de la lactancia, muchas cosas de ver los primeros días. Si se trató, no sé si falté a esa clase o no sé enfatizó tanto. Pero eso sí que me gustaría que se hablase y eso. Y ejercicios para después del parto.*

A raíz de esto nos surge una reflexión y es que las personas que hablan de cómo son los cursos de EM parece que sólo recuerdan los aspectos relacionados con el parto (pujo, gimnasia, etc.) y nos cuestionamos si esto sucede porque todo lo que está vinculado o conectado al parto es considerado más significativo y por ello más recordado o porque es el único aspecto que se trató en las clases a las que acudieron.

Como indicábamos en el apartado de *contexto actual*, al exponer el programa que se realiza en Alcalá de Henares, se determina qué temas hay que tratar en el programa de EM. Pero, desde una perspectiva general no existe consenso acerca de la estructura de los programas. Cada Comunidad Autónoma elabora sus propios programas y dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid, cada antigua Área de Salud (se recuerda que dicha estructura organizativa se modificó en octubre de 2010, con la creación del Área Única, aunque en muchos aspectos seguimos actuando como cuando éramos Área III) presenta diferentes programas, con contenidos similares pero diferente número de sesiones. Si comparamos el programa del antigua Área II, Área XIX y la de nuestro estudio, que recordemos es el Área III, encontramos que en el primer ciclo constan de dos sesiones en las Áreas II y XIX, y en el Área III solo una sesión. En el segundo ciclo 13 sesiones en el Área II, 8 sesiones en el Área XIX, y 7 sesiones en el Área III. En el tercer ciclo o posparto 4 sesiones en el Área II y en el Área XIX, y una en el Área III. Atendiendo a los contenidos, se puede afirmar que existen tantos programas de EM como profesionales que los imparten, ya que cada cual da el matiz que considera más idóneo y que no deja de estar cargado de la ideología del profesional. No solo en la Comunidad de Madrid existe esta disparidad sino también a nivel internacional. Una de las dificultades que se encontraron al realizar el metanálisis de la Biblioteca Cochrane Plus fue la disparidad que se producía en los estudios que evalúan los programas estructurados de EM, respecto a los diferentes enfoques teóricos, los objetivos y la forma en que se ofrecen las clases, desde la metodología hasta los lugares de reunión donde se ofrece la actividad. Dado que se pueden proponer desde centros comunitarios, hospitales o incluso los hogares de los profesionales que imparten los cursos (Fernández, 2009; Gagnon et al., 2008).

Con respecto a las desigualdades en el número de sesiones de los distintos Centros de la Comunidad de Madrid podemos señalar que entre otras razones, se debe a que no existe un número de mujeres determinado asignado a cada matrona. Existen zonas donde una matrona tiene asignada 7.796 mujeres, como es el caso de Torres de la Alameda y otras como es nuestro caso en el que tenemos asignadas 18.953 (Población Unidades de Apoyo Atención Primaria. Enero 2014) Es evidente que no se pueden organizar igual los programas en un caso que en otro.

Ante la disparidad de los programas que existen en los distintos Centros, desde la Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid se ha elaborado un

documento que sirva de referencia y guía, para que las matronas puedan ajustar sus sesiones a los contenidos de este documento. Además de contenidos teóricos viene acompañado de técnicas de educación para la salud, así como, material de trabajo (casos, cuestionarios, videos, enlaces a páginas web, etc.). Dicho documento se denomina: Taller de Educación Maternal (Sillero, 2012). Es importante destacar que los profesionales siguen organizando el programa de EM y realizando las sesiones como consideren más adecuado sin ningún tipo de evaluación por parte de la institución.

Al indagar sobre las **expectativas** que las mujeres tenían respecto a las clases de EM, utilizamos el término indagar porque durante la entrevista que nos sirvió para la toma de datos, profundizábamos y reformulábamos las preguntas sobre lo que esperaban encontrar en las clases de EM, partimos del significado de la comunicación.

Según el modelo teórico de comunicación e interacción de Gorden (1975), citado por Valles (2009, p.48) el proceso de comunicación e interacción que se produce en las entrevistas es similar al que se produce en la vida cotidiana, diferenciándose únicamente en que el propósito de la entrevista cualitativa es encontrar información pertinente para la demanda de nuestro estudio. Para lograr el mayor proceso comunicativo y maximizar el flujo informativo tras una primera intervención de la entrevistadora y las respuestas de las mujeres, pasábamos a una segunda fase donde la mujer se sentía más libre y motivada, entregándose de una manera más espontánea y sincera, donde nos proporcionaba información más relevante, que es la que recogemos bajo este epígrafe.

En esta segunda parte de la entrevista ya se atrevían a verbalizar qué esperaban que *se haría, diría u oiría*, dos de ellas (**Van, Mj**) sobre todo querían que se aclararan **dudas respecto al embarazo**. Todas las primigestas querían saber los **signos de inicio del parto** y qué actitud y comportamiento debían adoptar para facilitar dicho proceso. Mientras que las secundigestas estaban mucho más interesadas en el después del parto, el puerperio y sobre todo venir era recordar y encontrar un espacio solo para ellas, ya que teniendo otro hijo, es difícil aislarse y encontrar espacio para sentirse embarazadas y fantasear sobre la futura criatura, por ello buscaban la EM donde podían refugiarse y centrarse en ellas. También deseaban que se hablase de los **cuidados del recién nacido y de la lactancia** y sólo dos de ellas (**Ele, Mjo**) confiaban en que se trataría el tema de **la depresión posparto**. Es extraño que despierte interés este tema, en esta ocasión era

porque **Mjo** la había padecido en el puerperio anterior y porque la madre de **Ele** la había sufrido tras su primer parto.

Comenzaremos con el discurso de **Mj** que es muy representativo de una de las mayores dudas: ¿Cómo comienza el parto?

*Mj: “(...) para que pueda tener lugar **el nacimiento con mayor facilidad** y (...) Pero lo que vaya a ser lo mejor para el bebé. Yo creo que ese sería el enfoque, (...) pero que el bebé a ser posible esté perfecto, es que es mi obsesión, la verdad (...) Yo creo que sí el describir, un poco, cómo en el momento que empieza (el parto), cómo se va a ir produciendo y cuál es la mejor forma de actuar para no ponerte muy nerviosa que al final no seas tú mismo quien generar un problema.”*

Las mujeres advierten que son responsables del proceso, pero no se dan cuenta que también tienen recursos para saber actuar de forma adecuada y acuden a las clases para *aprender lo que facilitará el parto* y beneficiará la salud de su criatura. Tal vez si conocieran este aforismo de la tribu africana de los Yoruba, sus incertidumbres y miedos se atenuarían:

*“Las cabras no tienen comadronas. Las ovejas no tienen comadronas.  
Cuando una cabra está embarazada, da a luz con facilidad.  
Cuando una oveja está embarazada, da a luz con facilidad.  
Tú, que estás embarazada, darás a luz con facilidad”  
(Odent 2009, p.137)*

Resulta sorprendente que las mujeres duden de ser capaces de reconocer los **signos de inicio del parto** o cómo actuar para favorecer el proceso. Tal vez estamos tan alejados de la naturaleza que no nos creemos que seamos parte de ella, y como tal podemos reconocer perfectamente todos los procesos vitales. Se reconoce la primera menstruación, también es sencillo diagnosticar la sospecha de embarazo sin ser profesional sanitario. Cabría preguntarse por qué no van a reconocer que se está poniendo de parto. De hecho hay un gran número de mujeres que no acuden a las clases de EM y advierten cuando se inicia su parto sin ninguna dificultad.

Pero las mujeres que asisten a los curso, probablemente creen no sentirse capaces de reconocer los signos de inicio de parto, se sienten responsables del proceso pero no saben cómo actuar para que se cumpla su deseo de *que el bebé sea perfecto*. Estos deseos de las mujeres se transforman en los objetivos propuestos de la EM como son: proporcionar información para que los futuros padres tomen decisiones respecto a cuándo acudir al hospital, aprender habilidades para el trabajo de parto o la atención al

recién nacido (Gagnon et al., 2008). El objetivo que no se incluye es *el deseo de bebé perfecto*, que por otra parte es el deseo más profundo de cualquier madre y el inalcanzable porque no existe y así se trata de transmitir en las clases (Brazelton, 2001).

*An: “A mí la verdad, de lo que quiero que se hable es **pues del parto, que a mí es lo que más miedo me está dando** y más ansiedad, porque cada persona te cuenta una cosa y tienes el miedo”.*

Por supuesto que disminuir la ansiedad también es otro de los objetivos que se proponen en la EM pero no sabemos si se logra. Son tantos los factores que influyen en la sensación de ansiedad de una mujer que dependerá de las características personales de la mujer, del enfoque o metodología utilizada en las sesiones o del tipo de personas que acuden al grupo y cómo le afecta a cada una de las asistentes que resulta difícil de valorar. Parece que a *An*, sí que le beneficiaron las clases, puesto que en la segunda entrevista, una de las apreciaciones de la investigadora que se recogía en los sumarios tras la entrevista era: *Me parece una persona influenciable, fácil de convencer y dócil que ha sido como una esponja capaz de absorber todo lo que se ha tratado y que tras la EM está más serena y más segura de sí misma. Ha dejado de ser tan sensible a los comentarios de sus conocidos. Se siente satisfecha.*

Pasamos a ver como *Ele* esperaba más de las clases:

*Ele:(...) Un poco enfocado al parto, **reconocer los signos de inicio de parto**. Cuando ir al hospital. Yo no tengo ni idea de esas cosas. Cosas de **cuidados del RN (recién nacido)**, cambiarles pañales y comidas, la **lactancia**, cosas así. Y a lo mejor también se puede tratar este tema de la **depresión posparto**, un enfoque más psicológico de cómo nos sentimos. No lo sé. Me gustaría tratarlo pero no lo sé... Pero tengo **mucho miedo por el dolor** (al parto), y quiero estar informada y eso también me genera mucha ansiedad. Pienso en todas las posibilidades.*

En esta intervención se muestra una vez más el interés por reconocer el inicio del parto, adquirir habilidades para los cuidados del recién nacido, la lactancia, la depresión posparto, la ansiedad y el dolor. *Ele*, apunta dos aspectos nuevos respecto a las intervenciones anteriores, la lactancia y la depresión posparto.

Con respecto a la **lactancia** señalaremos que es uno de los objetivos propuestos en todos los programas *éxito en la lactancia* (Gagnon et al., 2008) y hay que aclarar que se encontró una relación directa entre las mujeres que manifestaron un interés especial por la lactancia como es *Ele o Van* que posteriormente tuvieron un éxito rotundo en



lactancia frente a **An**, que en la primera entrevista no se interesó por el tema y que fracasó, terminando con lactancia artificial en las primeras semanas después del parto.

En cuanto a la **depresión posparto** no es un tema que les inquiete habitualmente antes del parto, salvo en excepciones como la de **Ele**, cuya madre la padeció cuando tuvo a su primer hijo. Y como se ha puesto de manifiesto en varias de sus intervenciones su madre era la persona más cercana en este momento para ella y por otra parte como señalan las investigaciones psicoanalíticas (Brazelton et al., 2001; Gutman, 2009 y Olza et al., 2012), tras el parto se produce una *fase fusional* entre la madre y aquella madre que nos crió, que se inicia con el embarazo. Cada embarazada necesita revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse con su hijo. Estos autores señalan que cada mujer lleva una madre dentro que es en gran parte la madre que tuvimos, *es la madre que hemos experimentado, es la que resuena en nuestro interior, la que hemos construido, la que reside en nuestra alma* (Gutman, 2009, p.33). Esta proximidad le hacía sentir que ella era candidata a sufrirla. También **Mjo** que había padecido depresión posparto en el puerperio de su primer hijo, quería que se hablase más de como se sienten las mujeres después del parto, deseaba conocer estrategias para poder afrontar esa etapa. Gracias a estas dos mujeres se trabajó este asunto en las sesiones con más profundidad que en otras ocasiones y fue muy beneficioso para todo el grupo. **Mjo** al ser preguntada por lo que le interesaba conocer ahora decía:

*L: Te gustaría saber qué hacemos después con ellos, ¿no?... como que te diésemos estrategias o...*

*Mjo: No ya estrategias sino...pues eso decir que...que bueno que **porque tu dejas a tu hijo porque está llorando no vas a ser una mala madre**, sabes porque es que lo que como que lo que...la gente...te hace ver...o sea tu a lo mejor estás haciendo más cosas de la casa y está el niño llorando y si tú has ido y el niño está bien, el niño esta comido, esta...todo perfecto tampoco creo que le pase nada por estar cinco minutos llorando, si yo estoy...es que **no podía ir ni al servicio!** O sea es que con eso te lo digo todo, o sea es **que era tremendo!** entonces que tampoco debo...*

*L: Y por la noche, ¿tampoco dormía?*

*Mjo: Buah...tampoco, nada! muy poquito, muy poquito, **dormía a intervalos**, muy poco, pero vamos que **no le pasaba nada**, pero yo me asuste tanto con eso, o sea yo le lleve al médico le tuve ingresao y le hicieron unas pruebas, pero no tenía nada, **había que reeducarlo**, yo decía pero si tiene tres meses! como le voy a reeducar! explícame, cuéntame, cómo tengo que hacerlo con un bebe!... Aun así...pero es que **ya no es tu sola, sino que es que la sociedad te hace verte culpable**, sabes, no eres ya tú, hombre la culpa la tienes tu porque eres tú la que cree eso, pero como que la gente también te hace un poco...*

Y respecto a la lactancia señalaba:

*L: ¿Te gustaría que ahora hablásemos de la lactancia?*

*Mjo: Si, Ah, yo se lo voy a dar, lo tengo más claro que el agua*

*L: Aunque te salgan las grietas*

*M: Bueno...*

*L: (risas) A lo mejor no a lo mejor hay técnicas para que no te salgan las grietas*

*Mjo: Espérate si me salen las grietas va a ser querer...*

*L: Es posible que no salgan grietas ¿no?*

*Mjo: Espero, pero yo también me quede con muchas ganas*

*L: De haberle dado*

*Mjo: Si*

*L: Que echaste de menos, ¿podría haber habido algo que te hubiese ayudado a darle de mamar?*

*M: No...: No, porque yo probé con las pezoneras pero es que no había manera, o sea es que no, es que no, y luego ya te digo cuando fui al hospital y el médico me lo vio porque claro allí en el hospital me dijeron, que me lleve un susto tremendo, **que mi niño vomitaba sangre, claro, de lo que eso,... pues el niño, y me lleve un susto tremendo,** y luego ya claro, pues eso, yo volví a casa, yo seguía dándole con la pezonera, y con las pezoneras todavía fíjate, y claro me vomito y me vomito la sangre, tu sabes lo que es eso?(risas), que llegues a casa y oigas huh!, porque te lo habían dicho! pero bueno...**fue corriendo, corriendo, al hospital, y ya el médico me dijo olvídате, olvídате porque están...y ya te digo en dos días, dos tres días se me destrozaron...y unos dolores***

*L: Claro...bueno pues a ver si...*

*Mjo: Pero vamos, me encantaría dar el pecho, me encantaría, o sea me encantaría, si, si,...*

Aunque manifiesta su deseo de volver a las sesiones de EM, parece que no espera nada de ellas respecto a poder enfrentar mejor los problemas que tuvo, tanto para la depresión o la lactancia ¿Qué sentido tenía para ella venir? Ya lo vimos al principio, estar con las otras mujeres

*Mjo: Si a mí me gusto mucho, y yo tenía claro que a esta también iba a venir, sí, sí, yo tengo amigas que, yo no voy a ir, yo ah, pues no voyas, digo pero yo voy a ir, digo por lo menos sabes es eso, pues **hablas con la gente, tienes más información, te despejas, o sea es otra historia,** digo yo quiero ir, digo yo voy a ir (Risas)*

En párrafos anteriores considerábamos la variedad de programas de EM que existen, y concluíamos en que cada profesional elabora su propio programa, pero aún podemos particularizar más. No sólo cada profesional imparte un programa diferente, cada grupo es diferente y singular, ya que cada mujer demanda distintos aspectos de los temas tratados y eso genera debates diferentes que el grupo hace que los asuntos discurren en sentidos distintos, dependiendo del interés de los participantes. Existen grupos muy cohesionados y homogéneos que crean lazos que permanecen aún después de terminar el programa y otros que no tienen ninguna continuidad, porque la disparidad entre sus miembros es abismal. También hay grupos muy fructíferos, donde la participación de

sus miembros es constante y otros tremendamente desinteresados y estériles, con escasa participación donde los usuarios se benefician menos de la actividad.

En general, las mujeres se presentan ante el embarazo y el parto con unas perspectivas que vienen determinadas por cada sociedad, por cada momento histórico y también por sus características personales. En la sociedad actual y en nuestro entorno, dos tercios (66%) de las mujeres según Cabrera (2010) o menos según Blázquez (2009, p. 274) que estima entre un 40% y un 50%, acuden a los cursos de EM. En nuestro centro en el año 2010 el porcentaje de mujeres que acudieron a los curso fue de 52,17% y en el año 2013 el porcentaje se eleva a 87,5% (datos de la Unidad de Apoyo Técnico de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). Son estas mujeres las que más miedo tienen y menos recursos personales y familiares para afrontar el proceso o son las más socializadas, entendiéndose por socializada, aquellas mujeres que más siguen los dictados de la cultura occidental a la que pertenecen. Gagnon et al. (2008) en su metanálisis las describe como *mujeres típicas; mujeres bien educadas de estrato socioeconómico medio a alto*. Puesto que son los sistemas sanitarios del mundo occidental los que promueven que las mujeres necesitan un tipo de preparación especial cuando se acercan a la maternidad, aun sin haber verificado su eficacia (Gagnon et al., 2008).

Aunque la vivencia del proceso puede ser diferente en cada una de ellas, se podría señalar, que viven su embarazo con sensaciones ambivalentes de cambio y adaptación. En ellas se producen grandes cambios físicos (en ocasiones no muy agradables como los vómitos, el incremento de peso o molestias en distintas zonas del cuerpo) por la presencia de su hijo dentro de su propio organismo y les cuesta reconocer y discernir si son síntomas de que algo no va bien o simplemente es la evolución normal del embarazo. Esto provoca sentimientos paradójicos como el temor a lo desconocido, al dolor, a complicaciones en el parto y a que el recién nacido presente algún problema, así como la alegría y esperanza por la llegada de su hijo (Brazelton et al., 2001; Alemany et al., 2005).

Su mayor interés es saber de qué modo deben actuar para que los resultados sean favorables ya que su deseo más potente es el bienestar de la criatura que está por llegar. Quizás perciben de modo exagerado que son las responsables del futuro de su hijo. Aunque sienten desasosiego frente al dolor y sufrimiento propio, su mayor

preocupación reside en que su comportamiento pueda tener consecuencias desfavorables para el recién nacido.

La madre a lo largo de la gestación sufre una serie de cambios hormonales que afectan a su sistema neuroendocrino provocando una serie de transformaciones que culminan en el nacimiento. Si esta transformación se realiza con normalidad, dejará a la madre preparada para adaptarse a la nueva etapa pudiéndose ocupar del cuidado, defensa y protección de su criatura sin que esto resulte una carga excesiva. Estos cambios en los neurotransmisores han sido menos conocidos que los que se producen en el resto de su organismo. Y ha sido gracias a la teoría de Neurobiología del Apego que demuestra que las neurohormonas cerebrales del embarazo, parto y puerperio de las madres generan un estado anímico y psicológico diferente. Las hormonas responsables de estas transformaciones son la prolactina, la oxitocina y la progesterona (Alba, et al. 2012).

**La prolactina**, es una hormona que aumenta sus niveles en sangre unas quince veces a lo largo del embarazo. Además de ser la responsable de los cambios mamarios y de la producción de leche, también está relacionada con el incremento del apetito que se produce en la mayoría de las embarazadas para poder satisfacer las necesidades nutricionales del feto y que la madre haga acopio de reservas de grasa para la lactancia. Además, también tiene un efecto antiestrés al actuar en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HAA), a la vez que inhibe la ovulación. Parece que es la responsable de las conductas maternas.

**La progesterona** y las hormonas esteroides tienen una función importantísima en el desarrollo neuronal del feto, en especial el estradiol y la progesterona, que son las responsables de preparar los circuitos neuronales que generen la conducta materna tras el parto. Además, la alopregnenolona, de la progesterona, actúa inhibiendo la respuesta al estrés del eje HHA protegiendo el desarrollo del feto y evita la liberación de oxitocina antes del parto. También se ha demostrado que la alteración en la producción de neuroesteroides desencadena el parto prematuro.

**La oxitocina** y la vasopresina, ambas muy similares, son decisivas en el cambio que supone pasar a cuidar del recién nacido, ya que provoca cambios en expresión de genes en el cerebro materno. La oxitocina es producida en la hipófisis por dos tipos de neuronas, unas que la secretan a la hipófisis posterior y pasa a la circulación sistémica y otras que secretan dentro del cerebro y que tiene la función de regular algunas conductas

del comportamiento materno, además también es responsable de funciones homeostáticas. La mayor producción de oxitocina se produce en el cerebro, pero también es producida por el útero, los ovarios, los testículos, el corazón y el timo. Existen receptores de oxitocina en todo el tronco cerebral, y tanto la oxitocina como la vasopresina juegan un importante papel en los comportamientos sociales, reproductivos, y adaptativos. La oxitocina activa el sistema parasimpático contrarrestando el estrés y bajando los niveles de ansiedad y obsesión en las madres.

Parece que todas las medidas de vigilancia maternofetal y control durante el embarazo que han hecho disminuir de una manera tan sustancial la morbimortalidad perinatal en los últimos años no han sido capaces de disminuir los miedos y los temores hacia el futuro, no sólo no lo disminuye sino que parece que los aumenta, como podemos ver en el siguiente ejemplo.

*Ele: “Pero tengo mucho miedo por el dolor, y quiero estar informada y eso también me genera mucha ansiedad. Pienso en todas las posibilidades. Estoy leyendo mucho...mi madre y mi marido me dicen que no lea tanto.”*

En este sentido, Odent (2010) cuestiona si tanto control durante la gestación, beneficia o perjudica. En muchas ocasiones cada consulta que realiza la mujer con los profesionales sanitarios en el control del embarazo, se convierte en una oportunidad para que la embarazada reconozca todos los riesgos asociados al embarazo y parto, que le acaba provocando estrés y ansiedad. Se ha demostrado que el mantenimiento crónico de estados emocionales como la depresión, la ansiedad y el estrés originan un incremento del cortisol en la sangre materna y sus consecuencias son la predisposición a padecer psicopatologías en la infancia y adolescencia, así como alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales (Odent, 2010 y Olza et al., 2012). Los profesionales de la obstetricia junto con las nuevas tecnologías han centrado sus esfuerzos en el control del bienestar fetal olvidándose de los aspectos psicológicos del embarazo, este exceso de medicalización parece que acaba provocando ansiedad iatrogénica.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME, 2007) define al parto normal: *”como el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no*

*implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”* (Vélez, Málaga, 10 de junio de 2006).

Es difícil conocer las cifras reales de los partos normales en España. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2009, en la Comunidad Autónoma de Madrid el 87,8% de los partos fueron normales (INE, 2009). En el año 2013 presenta sus datos con otras características con lo cual es difícil saber que se considera parto normal. Desde el Ministerio de Sanidad, los datos que se ofrecen en diciembre de 2013 es la evolución en la tasa de cesáreas en los últimos 11 años donde se ve un incremento hasta el año 2008, a partir del cual se aprecia un discreto descenso. La cifra de cesáreas en la Comunidad de Madrid en el año 2011 fue 10.601 (21,65%); el número de partos instrumentales y de nalgas fue de 6178 (12,61%) y el número de partos normales 32.186 (65,71%) (MSSI, 2013). Según estos datos ¿Por qué nuestras mujeres están preocupadas? Y por qué les preocupa tener un nivel adecuado de preparación. Ta vez la cita de Odent (2009, p. 23) nos aclare algo: *“Comprender que el parto es un proceso involuntario que pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas del cerebro nos lleva a rechazar esta idea preconcebida según la cual la mujer aprender a dar a luz. No se puede ayudar a un proceso involuntario; solo se puede procurar no perturbarlo”*.

Quizás si las mujeres conocieran y confiaran en estas teorías no sentirían tanto temor hacia el parto. Sin embargo desde la teoría psicoanalítica se explica el miedo al contemplar que en el nacimiento la pulsión de vida y muerte está en juego y hace de ese momento un instante cargado de emoción y un tiempo vital suspendido y totalmente alejado de la vida cotidiana. Además dada la violencia somática que se presenta en el parto, algunas mujeres pueden sentir la experiencia de la muerte inminente y queda reflejado en la expresión que con frecuencia se les oye en el momento del expulsivo: *que me muero* (Bydlowski, 2007).

Por último señalar que para *Est*, que había tenido una buena experiencia en su adaptación a la maternidad con su primera hija, acudir por segunda vez era para recordar y sobre todo para encontrar un lugar donde le refuercen aspectos que le den tranquilidad y seguridad, además de tener ese espacio para fantasear con el objeto de sus entrañas que es ese hijo imaginario:

*Est: A mí me va muy bien que se vuelva a repetir. Vengo con la misma ilusión que vine en el primero. Con muchas ganas de aprender, de absorber cosas, de crear otra vez esa rutina de hacer mis ejercicios, sobre todo a mi me transmite seguridad y tranquilidad y*

*sobre todo el dedicarme un tiempo a mí. A mí y al bebé que si no, no lo encuentro....Yo creo que venir a clase recordaba que debías hacerlo. Si no vienes, yo creo que tampoco lo haces en casa. Aunque tengas el tiempo, la tabla de ejercicios, la colchoneta. Si no vienes todas las semanas y alguien te recuerda que es importante, no creo que lo hubiese hecho.*

## 5. EL MIEDO AL PARTO Y EL CONSUELO DE LA MADRE

Como vemos en sus testimonios, el **miedo al parto** también es una emoción que se presenta en todas ellas. Parece que es algo que ha sucedido a lo largo de la historia y que generación tras generación se transmite (Gala 1993). En la antigüedad lo achacaban a lo misterioso e inexplicable que implicaba el nacimiento de una nueva vida y al elevado índice de mortalidad materno-infantil. Pero ¿por qué, ahora con los excelentes resultados en los índices de morbi-mortalidad perinatal y materna, siguen existiendo tantos temores? Parece que las mujeres más sensibles no han olvidado que a principios del siglo XX, la mortalidad materna y fetal estaba en torno al 25%. Ellas siguen presintiendo que al dar vida están en riesgo de perderla, además las pruebas diagnósticas como las ecografías o los registros cadiotocográficos de los fetos, recuerdan la idea de riesgo de muerte, de anomalía y de discapacidad que puede presentarse en el neonato. Por eso en las unidades de obstetricia se centra la actividad en la protección de la vida, lo que demuestra el peligro omnipresente de la muerte (Bydlowski, 2007).

Cuando en sus relatos, las mujeres hablaban del trato y conversaciones que mantenían con **sus madres**, todas ellas sentían que sus madres intentaban protegerlas y por ello dulcifican el tema, tratando de convencerlas de que no es tan duro como otras personas del entorno lo cuentan. Tal vez las madres en su conocimiento intuitivo advierten, que sus hijas no deben sentir miedo, parece que tienen el mismo efecto que las hormonas que se producen durante la gestación (Alba et al., 2012). Esta emoción nos protege en tantas ocasiones porque al sentir miedo evitamos conductas de alto riesgo para nuestra vida. Quizás en las mujeres embarazadas debía de ser un aviso de precaución frente a determinados comportamientos inapropiados para sus criaturas y se convierte de forma exagerada en un miedo patológico que no les deja disfrutar de ese *estado de buena esperanza*, término con el que era denominado antaño al embarazo. A continuación vamos a ver algunos discursos en el que se pone de manifiesto que los consejos y apoyos de las madres son un consuelo para las mujeres gestantes.

*Cir: Y ella me decía: <<No te preocupes, cada embarazo y cada mujer es un mundo>>. En ese sentido, la verdad es que **mi madre me tranquiliza mucho**, (...), así que cada uno es un mundo que cada uno te va contando (...) Y del parto dice que (...) lo que a ella le dijeron que para ayudar al parto es **andar mucho**. Es el único consejo que me ha dado a la hora del parto.*

Es interesante señalar cómo las madres saben de la diversidad y de la individualidad biológica. No existen dos partos iguales, ni dos embarazos iguales, ni dos personas iguales. También nos gustaría resaltar el sabio consejo de la madre al decirle que camine, frente a otros miembros del entorno de algunas embarazadas, que el movimiento, el ejercicio o el mínimo esfuerzo les resulta contraproducente para una embarazada y no dejan de atormentarlas con la típicas frases: *cuidado con...*, *no hagas esfuerzos* o *no cojas la bolsa de la compra* entre otras recomendaciones.

*Ele: Mi madre y yo hablamos mucho ahora le cuento todo, todo. Cuando estoy agobiada. Y ella me dice:<< no te estreses, no pasa nada, tu tranquila, tranquila>> (...) Yo le digo a mi marido que (...) pero él no lo ve y a quien llamo siempre es a mi madre (...) Es con la única persona que hablo de estos temas. (...) me viene mucho mejor lo que me dice **mi madre**. No es que confíe que diga mi madre es la voz de la verdad, pero **porque ella también ha pasado por esto**. (...)También me preocupa por si nace mal, (...).*

En esta intervención destaca la importancia de la madre frente a la pareja. Resulta paradójico, cómo en todos los programas de educación maternal (MSC, 2007; Generalitat, 2009; Blázquez, 2009) y en la bibliografía consultada se distingue a la pareja como la persona más próxima y que más apoyos ofrece o debe ofrecer a la mujer embarazada, así como, a la que nos debemos dirigir en la EM. Autores como Gagnon et al., (2008) que siempre se está refiriendo a *padres* para nombrar a la madre o el padre; así mismo menciona *...educación estructurada para el parto y la paternidad* para referirse a la maternidad y paternidad, en este caso quizás fuera un problema de la traducción, pero consultando fuentes españolas llegamos a la misma conclusión. Gallardo (2007 et al., p.10) dice que *muchos varones empiezan a plantearse la reivindicación de la paternidad y una revalorización de su papel durante el embarazo, el nacimiento y la crianza de los hijos*. Con este argumento justifica la necesidad de adaptar los programas de educación maternal a los varones. Sin embargo en nuestras entrevistas son las madres las que más aparecen en los discursos como sostén y amparo. En el testimonio de *Ele* nombra a la pareja para comparar y enfrentar con la madre, dejando claro que la que más cobijo le da es su madre.



*An: “Mi madre lo que me ha dicho es que en el momento en el que nazca el niño se te quita todo, es lo que me ha dicho, <<se te va a quitar toda la tontería, todo hija, ya en el momento en que lo veas en brazos vas a decir ya acabo el disgusto y ya no te vas a comer tanto la cabeza y no te vas a volver con lo de dormir porque vas a estar atenta a él y ya vas a estar distraída>>, la única que me va a animar mucho es mi madre... me dice que hombre doler va a doler, pero que no es tanto como la gente dice,... las madres siempre van a proteger, siempre, aunque sea negro va a ser blanco ... mi madre siempre creo que me va a quitar el miedo me va a quitar las dudas, para que me vea tranquila, pero luego oyes tanta gente que dice es doloroso,... todo el mundo te dice que es dolor y sufrimiento, y luego te dicen en cuanto nazca se te quita el dolor, vale pero es que me lo dices y me ves con el miedo de que lo estoy pasando mal...”*

Como señala **An**, las madres siempre van a proteger, pero a la vez aquí se aprecia que sienten el infantilismo y la ingenuidad que a veces se exagera en algunas embarazadas y que hay que atajar para no perder el sentido de la realidad, y que se manifiesta en la frase: *se te va a quitar toda la tontería*. Una vez más vemos lo vulnerables que son las mujeres ante los comentarios y cómo parece confirmarse que generación tras generación sigue transmitiendo el miedo al dolor, a pesar de estar en la época de la anestesia epidural.

También cabe destacar, aunque ya lo hemos señalado anteriormente, que en la bibliografía consultada, cuando se hace referencia a las personas del entorno de la mujer embarazada se presenta a la pareja, como personaje más relevante y en un amplio, distante y segundo término a la familia en general como parte del entorno social, sin mencionar de manera explícita a la madre de la embarazada. Nos produjo una gran sorpresa, al realizar las entrevistas, que una de las primeras ideas que surgían era la presencia de la madre en todos los discursos, posteriormente al transcribirlas y finalmente al analizarlas en profundidad, se pone de manifiesto que la persona de más peso en la mujer embarazada es la madre. Este apoyo de la madre continúa siendo muy importante en el puerperio, aunque pierde un poco de relieve en algunas mujeres que lo transfieren a la pareja. Aunque para otras, como se verá en el siguiente capítulo, sigue siendo su piedra angular.

En nuestro centro de salud las mujeres vienen acompañadas en muchas ocasiones por sus madres a las clases de EM y se puede señalar que enriquecen mucho al grupo con sus comentarios de madre experta y madura. También se ha observado que los grupos de la mañana, donde el número de hombres es muy escaso o nulo, la participación de las mujeres en el debate es mayor que en los grupos de la tarde donde el número de hombres aumenta. Tras esta observación en los últimos meses se ha instaurado que las

dos primeras sesiones de EM en las que se realizan ejercicios físicos y por razones de espacio en la sala, las mujeres acuden solas y en ambas sesiones la intervención y participación del grupo es mucho mayor, aun a pesar de que son los primeros días y apenas se conocen. Incluso alguna mujer en cierta ocasión ha manifestado su vergüenza al intentar explicar algún aspecto íntimo de sus vivencias o sensaciones por estar presentes los hombres. De estos resultados, nos planteamos que quizás sea interesante, en trabajos posteriores, el estudio en profundidad de la presencia de los padres en la EM.

Cabe señalar que la relación de las mujeres secundigestas con sus madres era diferente. En el caso de *Est*, aunque parece que tienen una buena comunicación y se encuentran muy unidas en cuanto a proximidad física y colaboración en tareas domésticas, podríamos denominar que tenía toda la ayuda material posible, incluso cuidado a su nieta durante el primer año de vida, pero desde lo afectivo, emocional y valores de la crianza, parece que discrepaban bastante

*Est:... **Porque las madres intentan ayudar pero no lo consiguen**... Yo creo que **no he discutido tanto con mi madre como cuando nació mi hija**. Fue una etapa. Yo adoro a mi madre, estamos siempre juntas. Pero fue una etapa muy mala. Porque no sé, **a mi no me transmitía seguridad**, sino que me la quitaba y a no estaba dispuesta. Es que me decía: "es que no sabes no sé que" "es que no sabes no sé cuantos". (Sonrisas)*

***En el embarazo era buena, muy buena**. La relación con mi madre siempre ha sido estupenda. Solo que tuvimos ahí una pequeña discusión. Antes no, me acompañaba a todas partes, y **superprotectora**. Como todas las madres.*

*L: Y tú, recurrías a ella con frecuencia cuando te surgían dudas,.....*

*Est: No, porque **si le hubiese consultado a mi madre**. Es que me duele no sé qué o siento no sé cuantos, mi madre, no me hubiese preguntado nada más **me hubiese montado en el coche y me hubiese llevado a urgencias**.*

*L: O sea, que los consejos de tu madre los ves muy protectores o...*

*Est: Si, es que **me criticaba mucho**. Yo por ejemplo, creo que si un niño llora hay que cogerlo, y no eso de mi madre de: << no lo cojas porque se acostumbra >>. Pues si se acostumbra pues que se acostumbre. Vamos a ver, si está llorando mi hija no la voy a dejar que llore. Porque será que tiene hambre o porque le pasa algo, o... Ese tipo de cosas que yo he leído otros libros, **mi madre es de la vieja escuela**... Cosas así, en eso si **que chocamos**. Y mi madre se enfadaba mucho conmigo porque cogía a la niña, o porque la malacostumbraba o por esas cosas.*

Es curioso como refiere que la relación con su madre siempre fue buena hasta que nace su hija. Según las investigaciones psicoanalíticas es en el puerperio cuando se produce esa fusión entre la madre y la madre que nos crio y cuando se despierta en las mujeres la

vivencia que tuvieron cuando fueron bebés, es decir, como se sintieron tratadas. Y surgen las diferencias como en este caso, porque *Est* ha elaborado otra manera diferente de acercarse y relacionarse con su hija y que la distancia y enfrenta de su madre. Es una gran avance y un signo de madurez que obedece a las características personales de *Est*, que esto se produjera, ya que en la mayoría de los caso los patrones se vuelven a repetir y las madres se quedan atrapadas en el trato recibido sin poder ayudar al recién nacido, dejándole llorar hasta que se agota (Gutman, 2009). *Est* es una mujer muy reflexiva, con un alto sentido de la responsabilidad que trataba de cuestionar todo y encontrar la respuesta más favorable en cada momento, que es producto de un trabajo de búsqueda personal en el que se llega a alcanzar un alto desarrollo interior. Los psicólogos del desarrollo encuentran en el embarazo una crisis que ofrece la posibilidad de resolver conflictos no resueltos y ofrecer soluciones mediante una nueva organización de la personalidad (Olza et al., 2012).

Una relación más tortuosa fue la que surgió entre *Mjo*, también secundigesta y su madre. Entre ellas nunca hubo entendimiento después del parto y la madre de *Mjo* parece que se vio obligada en un momento (a los 3 meses del nacimiento del nieto) a atender a su hija, más desde el punto de vista doméstico que emocional, cuando tras ser diagnosticada de depresión posparto, la alternativa era estar ingresada en el hospital o que alguien se hiciera cargo de ella en su domicilio.

*L: ¿Cómo fue tu madre en el embarazo y...?*

*Mjo: Si, fue muy positiva*

*L: Después*

*Mjo: Uy, después...después ha sido una guerra. Lo que pasa que bueno, claro, ella era como que venir a casa (suspiros, sollozos).... Bueno pues eso, tu madre te ve mal y tu madre lo que intenta es venga hija, reacciona porque, yo es que llegue a rechazar mi hijo, o sea yo llegue a decir mira no puedo y...entonces para mi madre era muy duro! sabes solo el decir... es que no quería! y entonces mi madre claro era venir a casa y buuf todo el mundo para arriba y porque claro yo lo que decía mi madre, ... pues bueno también es un poco depresiva, somos todos y entonces claro ella sabía lo que pasaba, que yo me metía en la cama y yo me quedaba en la cama e iba ir a peor, o sea lo que tenía era que espabilarme! sabes, entonces era una lucha con mi madre era una lucha, una lucha. ... la gente te está diciendo estas mal y tu todavía cabezona, yo no, si yo estoy bien, si a mí no me pasa nada, ..., porque es que llega un momento en que... yo cuando llegue al psiquiatra, el psiquiatra me quería internar, o sea...fatal, es que era un extremo que...y lo que pasa que bueno yo dije que no, mis hermanos dijeron que no, que ellos se ocupaban de mi y ya...*

Cabe destacar que quien decide que la cuidaran en su domicilio son sus hermanos, y aunque en esta primera entrevista no lo expresa, en la tercera dirá que como sus hermanos trabajaban era su madre la que iba cada día a ayudarle en las tareas domésticas y sus hermanos los fines de semana. Aunque no se percibe una relación muy favorable entre madre e hija, sin embargo en otro momento nos dice:

*L: Bueno, sobre todo te apetece que hablemos del después, ¿no?*

*Mjo: Por mi experiencia, hombre, hay que hablar de todo, pero...es que es eso, que luego ya una vez que te ves sola en casa, y la que tenga a su madre, y la que tenga alguien al lado bien, pero la que no tiene a nadie...*

Nos preguntamos si ella tuvo a alguien a su lado, aunque estaba su madre. Menciona a la madre como la figura protectora que nos protegerá, pero ¿ella la tuvo? Siguiendo con Gutman (2009), que señala que las mujeres necesitan compañía en el abismo que les sucede después del parto y justo esa soledad e incompreensión del exterior es la que las aboca a caer en la depresión posparto. Es muy sorprendente que su marido no sea mencionado en el episodio de la depresión, cuando en otro momento de la entrevista es preguntada por él, señala que se comportó como un niño. Según Brazelton et al. (2001) la presencia y el compromiso del padre son un apoyo y una ayuda en el vínculo de la madre con el hijo y un factor favorecedor del desarrollo del rol materno.

*L: Y tú marido ¿cómo reacciono?*

*Mjo: Como un niño grande, si, mucho. Y yo lo entiendo, pues será eso, es eso, ver tu mujer mal, ver el ambiente, es que era tremendo, porque claro, yo estaba mal y yo iba a por él, o sea yo iba a por él, o sea yo es que muchas veces hablaba y yo decía búa, es que si yo fuera él, vamos, le había pegado la patada y le había dicho anda y tira, a ti que te aguante tu madre!*

*L: O sea que fue muy comprensivo contigo*

*Mjo: Mucho, mucho, y yo no me puedo quejar o sea yo tenía que ir al médico, pues eso, yo iba tres veces al psicólogo, luego a Madrid, o sea y si hubiera sido él le hubiese dicho apáñatelas tú y vete, porque ya ves tu aquí en Alcalá perfectamente podía coger mi autobús e irme al..., no, no, el llegaba, pum, me llevaba a todos los sitios, o sea no me puedo quejar de él, lo que pasa que como que se metió mucho en su mundo, o sea mientras que yo estábamos en casa y eso, mi madre se tuvo que venir, porque yo deje de comer y todo... , el se metía en su ordenador, como yo digo su mundo es su ordenador, y ya está, pero claro hay que entenderlo...*

Es difícil de valorar esta situación, cabría pensar que perdona la incapacidad de su marido para acompañarla en el abismo, ya que acepta que no tiene ni habilidades ni

conocimientos para entender lo que a ella le sucedía, pero estaba ahí para hacer lo único que sabía, que era hacer de taxista, a lo cual ella le da un valor.

Aunque **Mjo** tuvo casi todos los factores personales, psicológicos y sociales para que se desencadenara la depresión posparto, hay que señalar que también en ella acontecieron factores biológicos como la cesárea programada y la lactancia artificial. Respecto a la influencia de la cesárea programada, un estudio reciente de Rauh et al. (2012) señala que las mujeres que la han experimentado tienen las puntuaciones del test de Edimburgo, que mide la depresión posparto, más altas que el resto de las mujeres y que esa diferencia desaparece a los seis meses del parto. Otra publicación realizada a través de valoraciones de neuroimagen funcional, concluía que las madres que habían padecido una cesárea programada tenían una respuesta menor al llanto de su criatura que las que habían tenido un parto vaginal (Swain et al., 2008). Siguiendo la misma línea, la investigadora española, (Olza et al., 2011) apunta que en los nacimientos que se producen tras cesárea programada no existe la liberación previa de oxitocina como en los partos normales, con lo cual, desaparece el escenario neurohormonal específico que facilita el inicio del vínculo maternofilial.

Una característica que nos sorprende al analizar las entrevistas de las dos mujeres secundigestas es que en ambos casos consideraban el segundo embarazo con más dificultades y contratiempos, pequeñas desviaciones de lo normal, como el caso de amenaza de parto pretérmino en **Est** y con más molestias y malestares **Mjo**

*L: Y ahora ¿cómo llevas este embarazo?*

*Mjo: Bueno...*

*L: ¿Peor que el otro?*

*Mjo: Uff...Fatal... en todo, yo con el otro no me entere de nada y ahora que si muchos dolores aquí abajo, o sea, asco me da casi todo...muy mal, muy mal, o sea en el sentido emocional quizá más o menos ¿sabes? o sea...yo con el otro como tarde tantísimo en quedarme pues luego estaba como mas depresiva mas cuando me quede, y ahora pues estoy más o menos, de ánimo estoy más o menos, pero bueno...*

En **Est**, además de las molestias, que con tanta frecuencia se producen en el embarazo se sumaba el riesgo de un aborto añadido a su edad que eran 40 años y después de un año de intentar quedarse embarazada. Es muy razonable encontrar el miedo detrás de esta situación.

*Est: Yo creo que cada embarazo es distinto. Este embarazo no tiene nada que ver con el de mi primera hija. Con el anterior no me enteré de nada, sin embargo con éste, he*

*tenido muchísimas náuseas, lo he pasado fatal los primeros 4 meses. Ahora estoy de baja por amenaza de aborto. O sea, no tiene nada que ver.*

*L: Pero a pesar de todo ¿no lo vives con más tranquilidad?*

*Est: No, tengo más miedo. Porque cuando no sabes, eres más valiente. Ahora tengo miedo de todo, además estoy más cansada, soy más mayor. Tengo una niña que cuando llego a casa me reclama y no me puedo tumbar en el sofá, como me tumbaba en el anterior embarazo. No sé. Yo creo que viví con más intensidad el otro embarazo. Que este lo estoy aparcando un poco a que me encuentro mal, que tengo que atender a la niña, a otras cosas. Yo creo que el otro lo viví más intensamente que este.*

*L: ¿Y si hablamos de disfrutarlos?*

*Est: El otro sin lugar a dudas. Este ha sido un poco tortura. Muy deseado desde hace un año, pero ha sido un embarazo muy malo*

*L: Por el malestar*

*Est: Si por el malestar y por circunstancias, por el miedo. Cuando me dieron hace 15 días la baja por amenaza de aborto, no sabía dónde meterme. Estaba con medicación. Ahora ya se me ha pasado el susto, porque ya me han quitado la medicación y ya me han dicho que si todo sigue así dentro de una semana podré volver al trabajo y hacer una vida más normal. Pero claro, te plantas con 21 semanas pensando que lo puedes perder y es muy duro.*

El proceso psicológico del embarazo está lleno de ambivalencias, frente a la euforia del primer momento cuando se enteran de que están embarazadas, en ambos casos, embarazos muy deseados. La perspectiva de una nueva responsabilidad provoca confusión y ansiedad. Las nueva progenitoras saben la necesidad de energía que van a requerir para adaptarse a la nueva situación y eso les asusta. Muchas veces las náuseas matinales y otros malestares y síntomas son manifestaciones de esas contradicciones y paradojas del embarazo de querer y no querer. Será el mismo deseo de tener el primer hijo que el segundo. Brazelton et al. (2001) identifica siete motivos, razones o impulsos diferentes por los que una mujer siente el deseo de tener un hijo: la *identificación*. Se refiere a la necesidad de cuidar, ya que ella se sintió cuidada por su propia madre y ella quiere cuidar a su nuevo hijo; el deseo de *ser completa y onnipresente*. Logra el objetivo de duplicarse y cumplir los propios ideales; el deseo de *fusión y unidad con otro*. Logra la fantasía de la simbiosis entre ella y su propio hijo; el deseo de *reflejarse en el hijo*, manteniendo una sensación de inmortalidad; el *cumplimiento de ideales y oportunidades perdidos*. Imaginan que su hijo logrará el éxito en todo lo que ella ha fracasado; *el deseo de renovar viejas relaciones*. Se le adjudica al hijo características y atributos de personas que han sido significativas para ellas a lo largo de su vida, un ejemplo es como le ponen el nombre de esa persona; y *la oportunidad de reemplazar como de separarse de la propia madre*. Experimenta una doble identificación, por una

parte se identifica con su madre, siendo tan poderosa como ella la recuerda y a la vez como se sentía ella como bebé.

Nos preguntamos si estos sentimientos y deseos serán igual de potentes con el segundo embarazo o por el contrario aparecerán otros distintos que harán vivir este otro embarazo de forma más molesta, pesada y a veces con más complicaciones.





# Capítulo VI.

## Cómo influye la educación maternal en las mujeres participantes



Imagen: *La Visitación de la Virgen a Santa Isabel*, Anónimo, Siglo XV.

## CAPÍTULO VI. CÓMO INFLUYE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN LAS MUJERES PARTICIPANTES

Para dar respuesta a este interrogante se utilizaron las grabaciones de la segunda y tercera entrevista de las mismas mujeres que señalamos al inicio, es decir: *An, Van, Cir, Mj, Ele, Mjo* y *Est* y siguiendo la metodología detallada en dicho apartado obtuvimos las categorías que ahora vamos a desarrollar.

Al evaluar el efecto que provocan las clases de EM en el fenómeno de la maternidad, y después del estudio de los datos de nuestra investigación, podemos establecer cuatro grandes bloques de dimensiones:

- Compartir la experiencia con otras mujeres
- Conocimiento del proceso
- Personas del entorno
- Salvaguardar la intimidad

**Compartir la experiencia con otras mujeres y el conocimiento del proceso** del parto y posparto, fue adquiriendo significado a lo largo del curso de EM. Mientras que las **personas del entorno** forma parte de la individualidad de cada una de las mujeres, de sus familias, y de las redes sociales que han establecido a lo largo de sus vidas: compañeros de trabajo, amigos o conocidos que en el momento de la maternidad, como ocurre en otros procesos de transición en las personas, se aproximan más por razones a veces desconocidas.

Las personas del entorno no son objeto de nuestro análisis puesto que no son un elemento que forme parte de los programas de EM sino que las analizamos porque son decisivas en el proceso de la maternidad, tal y como se desprende de los discursos de las mujeres. **Por lo tanto será interesante, a partir de este hallazgo, que en los programas de EM se incluya como un tema a tratar *personas del entorno*.** Ya que esto ayudará a que cada mujer reflexione acerca de qué tipo de red social tiene y a partir de esa reflexión sea capaz de decidir de quien debe rodearse o alejarse en función del beneficio o perjuicio que se obtenga de cada relación.

El compartir y el conocer **aporta a las mujeres seguridad, autoridad<sup>24</sup> y tranquilidad**, que pasa a ser otra categoría de nuestro estudio. Se pudo comprobar cómo la seguridad, autoridad y tranquilidad hacía disminuir el miedo y la ansiedad en el proceso maternal que, recuérdese, es uno de los objetivos de los programas de EM. Pero también las personas del entorno serán decisivas para fomentar o dificultar la seguridad, autoridad y tranquilidad y se verá cómo estas personas están presentes en todo el proceso maternal.

A su vez, la seguridad, autoridad y tranquilidad les proporcionó **capacidad de decisión o empoderamiento**. Es decir, les hizo sentirse dueñas y protagonistas de su maternidad, con distintos niveles de dominio y protagonismo dependiendo de cada mujer y sus circunstancias personales. Dentro de sus circunstancias personales incluiremos las personas del entorno y la capacidad intrínseca de cada mujer para establecer relaciones con ellas. Por lo tanto la capacidad de decisión fue otra de las categorías que adquirió significado.

Finalmente se observó que en función de los distintos niveles de capacidad de decisión que cada una de las mujeres ejerció, siempre en relación con sus características personales y ambientales (personas del entorno), fueron capaces de conseguir un mayor o menor grado de intimidad. **Salvaguardar la intimidad** fue otra de las categorías que se cosechó en el estudio y que fue decisiva para que las mujeres lograran el descanso

---

<sup>24</sup> En el sentido de empoderar a la mujer en las tres dimensiones del concepto: Personal, de las relaciones próximas y colectivas. Según emana de la Conferencia de Beijing en 1995 como *aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder, así como la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de la propia dignidad de las mujeres, y el fortalecimiento de sus propias potencialidades y capacidades* (García, 2009).

necesario para un adecuado vínculo y apego con sus criaturas. Una vez más señalamos que no se logró conseguir un adecuado grado de intimidad en todas las madres y fruto de ello fueron los diferentes niveles de satisfacción que se alcanzaron en el proceso maternal, que iremos desarrollando a lo largo del capítulo. También hacemos hincapié al destacar en esta categoría la influencia que las personas del entorno ejercían en las mujeres del estudio.

Pasamos a exponer los resultados que se obtuvieron del análisis de cada una de estas dimensiones.

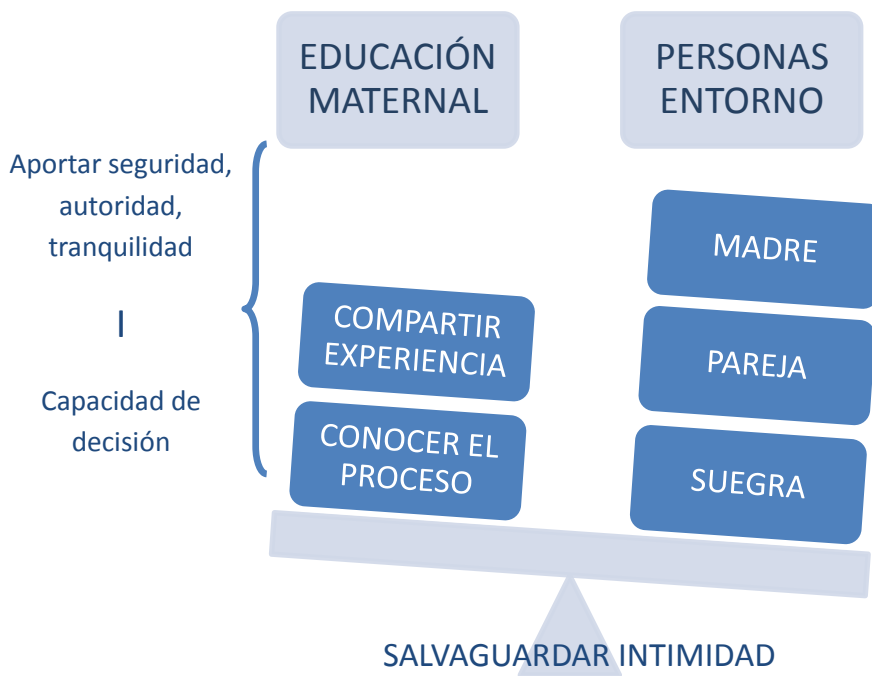


Figura 12. Cómo influye la EM en un grupo de mujeres

## 1. COMPARTIR LA EXPERIENCIA CON OTRAS MUJERES

Para todas las mujeres de nuestra investigación y no sólo para las mujeres que forman parte de la muestra de nuestro estudio, lo más importante fue el compartir con otras mujeres sus temores, sus sensaciones, y de una manera singular escuchar a las mujeres veteranas en la maternidad, es decir las que ya habían sido madres. Lo que las madres explicaban de su experiencia anterior es lo que más interés despertó al resto de las mujeres, como veremos a continuación.

### *2ª entrevista; antes del parto*

*Van: ... (Utilidad de EM)Y bueno también mucho la experiencia de las demás, de las que ya han tenido hijos también, con todo te quedas, claro.(...). Porque claro te cuentan y los miedos de una los miedos de otra y claro, si, si. Los que ya han tenido un niño te cuentan la experiencia. Luego hay experiencias peores,...Todo lo que le pasó a Mjo (depresión posparto) y aun así quiere tener otro, y esas cosas. Que está muy bien.(...). Es muy importante, **porque ella está en la misma situación que tú. ...Est que contaba muy bien su experiencia, cuando tuvo a su niña y eso que le fue muy bien y encima lo explicaba muy bien. Y todas esas cosas...Éramos muchas primerizas (...). Porque **hablábamos mucho**. Bueno, había algunas que no hablaban, pero porque serán así. Yo si estoy en un grupo, yo sí hablo. Normalmente hablaban más las que habían tenido niños, sobre todo. .. Porque tenían experiencia y sabían de lo que estaban hablando....Había gente que hablaba poquito, pero decías que pena porque podía haber hablado más, porque decía cosas interesantes, cosas bien...***

Podemos comprobar cómo resultaba útil escuchar las experiencias de las demás mujeres y especialmente de las que ya habían tenido hijos. Parece que las mujeres encuentran en el grupo apoyo, comprensión, escucha, solidaridad, y compañía que les ayuda a construir su identidad de madres. Entre algunas se establece un vínculo mayor, e incluso de admiración como es el caso de **Van** con **Est**.

**Est** era una mujer que ya había tenido una hija y expresaba con mucha claridad cómo se había sentido y qué había pasado en su parto anterior. Era una líder en el grupo, sus buenos resultados tanto en el parto como en lactancia o crianza eran la admiración del resto de madres. Relacionando este aspecto con la figura de la doula que se trató en el capítulo anterior, hacemos hincapié en cómo Odent (2009) indica que para ser una doula es preciso que la mujer *haya experimentado buenos partos vaginales*. Así mismo, se recuerda cómo en alguna sesión de la EM, alguna madre le planteó preguntas directamente a ella, algo infrecuente ya que casi siempre las formulan dirigiéndolas a la matrona. Fue muy enriquecedor contar con su presencia en el grupo.

También se aprecia cómo las experiencias negativas de algunas mujeres como **Mjo** tampoco eran perjudiciales, ya que comprobaban cómo las dificultades se superan y no impiden afrontar un nuevo proceso maternal.

En la entrevista que se realizaba después del parto el tema del grupo pasó a un segundo plano, ya que su necesidad era expresar cómo había sido el parto y puerperio, cómo se habían sentido y lo que habían vivido. Aun así al pensar en la futura incorporación al trabajo **Van** todavía se acordaba de lo que **Est** comentó al respecto en alguna de las sesiones de EM. Así se comprueba el interés que despierta en las mujeres *primerizas* el discurso de las otras mujeres expertas y el alto grado de significación que alcanza, cuando esas madres han resuelto favorablemente los retos de la crianza.

*3ª entrevista; después del parto*

**Van:** Pero bueno, **Est** nos contaba que ella se fue a trabajar y luego estaba con su niña lo máximo posible,...

Otro discurso en el mismo sentido es el de **An** que era una mujer que llegó manifestando un gran temor por lo que se avecinaba, además de un gran desconocimiento del proceso maternal así como de cuidados básicos y hábitos saludables.

*2ª entrevista; antes del parto*

**An:** Ahora no tengo **tanto** miedo. (...) No, que fue un grupo muy majo. Aquí hablamos mucho todas,.... Me gustó mucho porque eran unas mujeres muy abiertas se comunicaban. Por la mañana antes de entrar a clase estábamos afuera, las dudas de una, las dudas de otra. Contábamos nuestras dudas y luego decíamos ahora se lo preguntamos a Lourdes pero primero nosotras... **Mira pues a mí también me pasa lo del calostro, pues yo tengo como gases, como dolor,.... pues a mí se me escapa un poco la orina...**

A partir del discurso de **An**, comprobamos cómo el compartir, sentir que a la otra mujer le están pasando las mismas cosas que a una misma, parece que quita el miedo a lo desconocido. Laura Gutman (2009, p.98) define a los grupos de EM como los lugares específicos donde las mujeres acuden para *hacer preguntas, informarse sobre el embarazo y la calidad del parto, relacionarse con otras embarazadas y vivir grupalmente un proceso fisiológico particular*. Puesto que el embarazo requiere un apoyo específico, ya que se trata de transitar un momento de crisis vital en el que la mujer debe encontrar su identidad. Este encuentro con una misma lo consiguen a través de encontrarse con sus iguales. En épocas anteriores o en el momento actual en otras

culturas, como por ejemplo en África Subsahariana, la identidad se la proporcionaba la tribu a la que pertenecían o el grupo social del que forman parte, (Francisco, 2002). En este tipo de culturas varias generaciones comparten un espacio común, lo que promueve que todas ellas tengan una participación activa en la maternidad y no precisan recibir una EM estructurada (Gagnon et al., 2008). Tal vez un ejemplo de este tipo de comportamiento es la que actualmente se presenta en la etnia gitana. En la zona donde está ubicado el centro de salud donde se realiza el estudio es una zona donde habita un importante número de personas de etnia gitana. Ya señalábamos en apartados anteriores que muchas de ellas acuden a la primera consulta de EM pero luego nunca vuelven cuando son convocadas para participar en el grupo. Sin embargo siempre vienen acompañadas a la consulta por sus madres y sus suegras cuando se trata del primer embarazo. Lo habitual en estas mujeres es casarse muy jóvenes e irse a vivir a la casa del marido por lo que están más bajo la influencia de la suegra que de la madre. En los embarazos sucesivos son acompañadas por sus maridos, solas, o con alguna hermana. Esto no quiere decir que no utilicen los servicios que presta la matrona, ya que cuando tienen algún problema de salud solicitan cita sin ninguna dificultad. También hay que señalar que siguen el itinerario asistencial del embarazo según queda establecido. Con este testimonio queremos aclarar que estas mujeres están muy apoyadas por su comunidad y probablemente por eso no hagan uso de las clases de EM.

Otra intervención que añade significado a lo que venimos exponiendo es la siguiente:

*2ª entrevista: antes del parto*

*Cir: Las experiencias de las demás lo mejor. Cada una, una historia diferente. Te abre mucho más la mente. Las experiencias buenas, desdramatizando. Lo que se oye fuera es más alarmante. Lo positivo no lo recalca tanto como lo negativo. Lo mejor es que haya mujeres que ya son madres.*

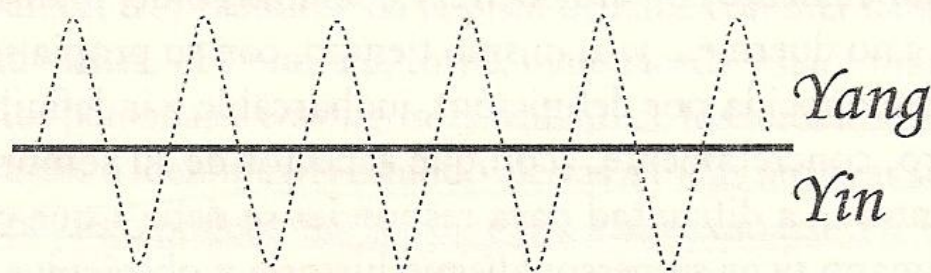
A través de los comentarios de *Cir* comprobamos la importancia de **estar con mujeres que ya han pasado por la situación a la que ellas se enfrentan por primera vez**. Las mujeres a lo largo de la historia han construido apoyos y redes que les garantizaban la contención suficiente para vivir su embarazo, parto y crianza con cierta confianza (Jordan-Desgain, 2005). En el siglo XXI, las mujeres exitosas, profesionales, independientes se creen que pueden asumir la maternidad como otra situación más de sus vidas. Pero en la maternidad se produce una crisis vital que no se puede explicar solo a través de la fisiología, sucede algo más de lo que no somos capaces de demostrar



con la razón y que pertenece al submundo femenino a lo invisible y oculto que es el mundo Yin, según Gutman (2009). Recorrer este periodo para la mujer requiere preparación emocional, apoyo, acompañamiento, amor, comprensión y coraje por parte de las mujeres y de quien las asisten y acompañan en el proceso. Y esto es lo que las mujeres reciben en los grupos de EM de las otras madres expertas.



*Yang - masculino - brillante - concreto - consciente - luz  
- recto activo - rojo - salado - Marte - Sol - pensamiento -  
animal - duro - fuego*



*Yin - femenino - opaco - sutil - inconsciente - sombra -  
curvo pasivo - azul - dulce - Venus - Luna - sentimiento -  
vegetal - blando - agua*

Figura 13. Fuente: La totalidad dividida en dos polos complementarios: Yin y Yang (Gutman, 2009, p.24)

A través de la siguiente intervención se comprueba la solidaridad de las mujeres y la generosidad al ofrecerse para participar en un hipotético grupo en el que ella sería una mujer que con su experiencia ayudaría a otras mujeres, del mismo modo que a ella le resultó útil lo que otras le contaron.

*3ª entrevista: después del parto*

*L: ¿Vendrías de nuevo en el segundo embarazo a la EM?*

*Cir: Sí, claro,... pero vendría (a EM), además así como a mí me ha ayudado que haya mamás yo creo que ayudaré también al resto. Es que es así,... Es que no es para tanto. Duele que tontería,... pero, no sé,...*

Aunque esta mujer hacia ese propósito, al año siguiente volvió a la consulta con su segundo embarazo y cuando fue avisada para el inicio del curso de EM no cogió el teléfono en las repetidas veces en las que se le llamó, ni acudió aun dejándole mensaje en el contestador. Además no solicitó la revisión posparto. Esto nos hace reflexionar sobre cómo se sienten algunas mujeres después de haber sido tan sinceras y espontáneas en las entrevistas. Tal vez el haber abierto su alma tan desnuda a la matrona le impide volver a enfrentarse a ella.

La importancia del encuentro con la otra mujer se deja ver en el pasaje evangélico de la visitación: *Unos días después, María se puso en camino y fue aprisa a la montaña, a un pueblo de Judá; entró en la casa de María, saltó la criatura en su vientre. Se llenó Isabel del Espíritu Santo y dijo a voz en grito: << ¡Bendita tú entre las mujeres, y bendito el fruto de tu vientre! ¿Quién soy yo para que me visite la madre de mi Señor? En cuanto tu saludo llegó a mis oídos, la criatura saltó de alegría en mi vientre. Dichosa tú, que has creído, porque lo que te ha dicho el Señor se cumplirá>>. En el Evangelio de San Lucas (1,39-45) podemos ver como María va a comunicar su embarazo a Isabel, su prima, que además es una mujer más mayor, que también está embarazada y que confirma dicha gestación con el movimiento intenso que siente en sus entrañas ante la presencia de María. Parece que es necesario el encuentro, la Visitación, la imagen reflejada en otra mujer, para que el cuerpo materno se represente (Bydlowsky, 2007).*

Una vez más y con la intervención de *Ele* se demuestra que lo realmente importante es la manera en la que otras mujeres manifiestan su vivencia maternal pudiendo profundizar en ella y a partir de ella llegar a entender un poco más el proceso maternal.

*3ª entrevista; después del parto*

*Ele: Las experiencias de las demás mujeres, lo más importante. Y también lo que tú dices. Me gustó el planteamiento.*

Aunque es un mensaje corto y repetitivo, queremos dejar constancia de que absolutamente todas las mujeres expresaban que lo más importante de la EM había sido lo que les habían transmitido las demás mujeres. Respecto al planteamiento del curso, se supone que tal vez su expectativa era de clases mucho más expositivas con escaso margen para la participación.

*3ª entrevista; después del parto*

**Ele:** *..Siempre estaría mejor que hubiera más clases, pero no por falta de información sino por charlar, porque compartes experiencias, por estar con las demás embarazadas,...*

Una vez más comprobamos como en el discurso de todas las mujeres aparece la frase: *Las experiencias de las demás mujeres, lo más importante*. Pero en esta ocasión **Ele** aun apunta más; no es por información sino por *estar* y por *charlar*. Odent (2010) en sus múltiples estudios con mujeres gestantes, durante un tiempo organizó un grupo de canto con las mujeres embarazadas. Las convocaba una vez a la semana en el hospital donde trabajaba en Pithiviers (Francia) donde se reunían para cantar junto a un piano. Con el grupo, sólo pretendía establecer lazos entre las mujeres gestantes. Comprobó como poco a poco se iban acercando los profesionales de la maternidad y también las mujeres puérperas que estaban ingresadas. Pensó que la alegría que experimentaban estas mujeres mientras cantaban rodeadas de otras mujeres en su misma situación era más beneficiosa para ellas y las criaturas que albergaban en sus vientres, que yendo de consulta a consulta realizándose pruebas para el control del embarazo. Odent destaca la alegría como una emoción que potencia el bienestar y que esta actividad proporcionaba a las mujeres un estado que contrarrestaba otras emociones que las invaden como el miedo, la ansiedad o el estrés. Recordemos como también **An** en su anterior intervención manifestaba que asistir al grupo de EM le hacía sentir menos miedo. Una vez más vemos como el sentido de pertenencia al grupo, descrito por Malow (1983), es lo que más beneficios les reporta.

Dentro de las nulíparas vemos como también **Mj** confirma la tesis de que **las mujeres del grupo fueron lo mejor**.

*2ª entrevista; antes del parto*

**Mj:** *Lo que más me gusta, Las mujeres con experiencia son las que más aportan, no entiendo por qué vienen si ya lo saben todo. Sus experiencias es lo mejor. La seguridad que da decir que puedes opinar y ser escuchada.*

**Las experiencias que se relatan aquí, no parecen tan negativas. Lo que se cuenta aquí, parece hasta fácil si te lo tomas con tranquilidad.**

Una aportación más en esta línea es la que señala **Mj** sobre el interés que despierta en las mujeres lo que les ha pasado a otras y cómo lo han vivido. A través del relato de las otras mujeres, cada una se va viendo a si misma de otra forma y van tomando una actitud de protagonismo con su propia vida fortaleciendo su autoestima. Afrontar de

forma adecuada este periodo que denominamos la maternidad en el que cada mujer debe procurarse el cuidado oportuno para ella y su criatura requiere altos niveles de autoestima que los servicios sanitarios deben procurar y en ese área de intervención se presentan los programas de EM (Blázquez, 2009).

3ª entrevista; después del parto

*Mj: (...) si que desde el punto de vista de que yo opino de **que las que dieron a luz antes fueron las que más ayudaron a las que no hemos tenido. A lo mejor si sigo en paro, ... Para ayudar a las nuevas. Porque para mí fue lo más importante, lo que más me ayudo porque claro estás escuchando su versión y claro sobre su historia puedes hacerte una idea, pero si no que vas a decir. Si estoy notando que me crece algo aquí, tú también...***

Otro elemento a destacar es cómo las mujeres cada vez más integradas en el mundo laboral (**Mj** apunta que volvería a un grupo de EM si no encuentra trabajo y continua en paro), fruto de nuestro modelo cultural y que aporta grandes ventajas a las mujeres, sin embargo las aleja de saberes más sutiles que ya no comparten con sus abuelas y madres por la nueva estructura social, ya que hijas, madres y abuelas en la mayoría de los casos viven alejadas unas de otras y por tanto con dificultades para manifestar y exteriorizar y cuestionar lo que les sucede. Por ello, las actuales mujeres huérfanas de abuelas parece que buscan el espacio que ofrece el grupo de EM que sustituye a la antigua tribu o familia (Jordan-Desgain, 2005; Gagnon 2008).

También en las secundigestas lo más importante y valioso de la EM fueron las otras mujeres, a pesar de que ellas eran las que más aportaban al grupo, así **Mjo**, cuya segunda entrevista no fue muy enriquecedora, ya que parecía algo tensa, sin muchas ganas de profundizar, con deseos de terminar pronto y casi todo su discurso versaba sobre la depresión posparto del primer parto. Sin embargo, para ella, lo más satisfactorio eran los relatos de las otras mujeres:

2ª entrevista; antes del parto

*Mjo: Lo que más me gusta, **Lo que más me gusta es eso pues que hay más gente, contando sus experiencias,...La gente, que...las madres primerizas,...las dudas que tienen,...y luego que luego tampoco es...o sea que cuando ya lo tienes ya se te olvidan todos los problemas. ...Siempre estás con los miedos que si no sabes cogerlo. Porque yo me acuerdo que yo tenía amigas que me decían pero cógelo, y yo decía pero que no. que me da miedo..... Luego ya cuando son tuyos, pues es como otra cosa distinta. Entonces,..Pues eso el hablar. El hablar es lo que más me ha gustado.***

Para *Mjo* después del parto seguía sintiendo lo mismo: la necesidad de hablar. Es curioso como sigue interesando igual que a las primigestas. Aunque la necesidad de compartir no es igual en las que tienen su primer hijo que en las que ya han tenido otros. El número de multigestas en los grupos de EM es muy inferior al de primigestas. Es lógico ya que la experiencia les ha dado seguridad y a la vez sus obligaciones han aumentado con el cuidado de su primer hijo, por lo que asistir a las clases de EM les supone un sobreesfuerzo; si a ello añadimos la carga laboral que supone trabajar fuera de casa, es casi milagroso que las mujeres con hijos previos acudan a los cursos. Sin embargo en el caso de *Mjo*, que no trabajaba fuera de casa y que su hijo ya era mayor (siete años), puesto que estaba en el colegio mientras ella acudía a las clases y además había pasado por una experiencia previa tan traumática, cabe esperar que encontrará consuelo con las clases. Hasta podía resultar terapéutico. Ella pudo manifestar en varias ocasiones cómo había sido su primer puerperio. Lo relataba con gran sinceridad y grandes dosis de emotividad, pero sin embargo no asusto a sus compañeras sino que pudieron comprobar que aun las dificultades extremas se superan, así lo veíamos en el relato de *Van* al inicio de este epígrafe.

En los grupos de EM la tarea del grupo no está muy bien definida, más bien se deja llevar por impulsos emocionales muchas veces irracionales en su contenido, es lo que Bion en 1985 denominó **supuestos básicos** que los clasificó en tres tipos: *dependencia*, en la que los miembros se comportan de manera pasiva, como personas inmaduras y necesitadas que dejan todo en manos del responsable del grupo; *apareamiento*, el clima del grupo en este caso es de optimismo y esperanza; *ataque y fuga*, en este caso el grupo se plantea enfrentarse a algo o intenta huir de algo. A lo largo de las sesiones se van alternando estos supuestos. En el caso que nos ocupa, era frecuente encontrar la dependencia en las mujeres sin experiencia, como señala *Mjo*, pero enseguida aparecen las intervenciones de las expertas y surge el *apareamiento* u optimismo. Este supuesto, era fácilmente reconocible en *Est*. En otras ocasiones también aparecían comentarios críticos hacia la organización de los servicios sanitarios que lo clasificaríamos de *ataque y fuga*, pero tras analizarlos se reconducía el grupo hacia el supuesto de *apareamiento*. Podemos comprobar que en las relaciones humanas se produce un descubrimiento del otro y que los fenómenos afectivos que surgen en él son colectivos (Castell, 1988).

*3ª entrevista; después del parto*

*Mjo:..Venir aquí, el rato de estar, el conoceros a todas. Es como desconectar un poco.*

*Vengo aquí, oigo comentarios de otras. Es distinto yo.... hay gente. Tengo una amiga que va a tener el segundo y le digo: "yo iba a la preparación" y me dice:" y por qué has ido si ya fuiste a una" y digo:" pues porque hay que ir, yo te recomendaría que fueras". Y ya solamente el hecho de el salir y el hablar con otra y una te cuenta una cosa y otra... aunque ya tengas uno, pero no es lo mismo. No es lo mismo la experiencia de las demás personas que la que tienes tú. Y el estar allí. Y el ratico. Era muy agradable. Me gustaría verlas.*

Pero también hay otro perfil de mujer secundigesta, con todas las características para no acudir a EM y que sin embargo participó y sus aportaciones enriquecieron el grupo. **Est**, tenía una niña de cinco años un trabajo productivo además del reproductivo, es más, con un horario que coincidía con el de las sesiones de EM y en la primera cita, comentó que ella solo asistiría a algunas clases ya que sus obligaciones laborales no le permitirían asistir a todas. Finalmente trató de compaginar ambas actividades y asistir a todas las sesiones, incluso una, que no pudo realizar con el grupo de estudio la recuperó con otro grupo y por eso señalaba:

3ª entrevista: después del parto

*Est: no, claro que no,...no es lo mismo. Es importante estar siempre en el mismo grupo. Muchísimo, porque si no, no hablas tanto no participas,...a lo mejor te quedas con alguna duda.*

Aquí podemos ver la importancia de que las integrantes del grupo sean siempre las mismas, porque se generan una serie de premisas y alianzas inconscientes entre ellas que hacen que el grupo deje de ser el medio de lograr conocimiento y aprendizaje para convertirse en un fin, en sí mismo.

Al comparar con la actividad desarrollada cinco años antes, señalaba los cambios que había notado, tanto en el grupo como en ella misma, era capaz de reconocer que sus intereses eran más ambiciosos en este caso y por ello sabía aprovechar mejor aspectos que la primera vez no había tenido en cuenta. Con ella se comprueba que el interés de superación personal en cualquier faceta de la vida es infinito. Sus características personales mujer tranquila, serena, reflexiva, inteligente, afectiva y con un alto grado de sentido común, además de ser capaz de resolver sus dudas en otras fuentes de información, le hacía ser candidata al perfil de mujer que no asiste al grupo de EM, sin embargo le atrapó el grupo al sentirse líder, su participación era muy valorada por las otras mujeres. Las anotaciones de la investigadora, que aparecen en el cuaderno de campo, al terminar la segunda entrevista sobre ella eran: *mujer de fuerte personalidad y con alto grado de autoestima. Se siente capaz de afrontar su parto con decisiones*

*propias. Estimulo en ella algo que ya posee, ya que nuestro discurso coincide, por ello es tan productivo.*

Vemos como **Est** destaca que ser la segunda vez que asiste y la segunda vez que es madre le ayuda a encontrar más matices que se perdió en su primera experiencia:

2ª entrevista; antes del parto

**Est:** *La participación en la clase que fue muy buena, el cambio de experiencias con otra gente con otras mamás **compartir y cambiar experiencias** con otras mamás, y cosas que yo no había oído... **A parte de que ya tienes una experiencia, oyes las cosas. Cuando escuchas interiorizas las cosas de otra manera, te fijas más en los detalles. A lo mejor cuando vienes en el 1ª vez, tenía tanto miedo en el parto que solo quería escuchar cosas que me iban a pasar en el parto** y cosas así y me perdí muchos detalles seguramente y **creo que este lo he aprovechado como muchísimo más. Y que sí, que he escuchado cosas nuevas,...***

*Yo creo que **lo mejor son las otras mujeres**. El no sentir que te está pasando a ti, eso y que no lo puedes compartir, **porque tu pareja no sabe**, si te pones en Internet, te puedes acabar fatal porque lees cosas que no deberías leer, porque lo escribe gente en bloc y cosas de esas. Y yo creo que sí, que el **compartir y la relajación que sientes cuando sales de que has expuesto tus dudas** de gente que está en tu misma situación y **que no eres la única persona que tiene esas dudas** o que le está pasando eso yo creo que es lo mejor; **lo que le da más seguridad y más tranquilidad.***

La palabra tranquilidad y seguridad nos acompaña en todos los relatos, así como el momento de dedicarse solo a ellas. Cuando hace referencia a **Be** señala que le llama la atención que esta mujer hubiera parido su primer hijo sola en casa con su madre. Seguramente sentiría que pasar por una situación así, exigía un alto grado de fortaleza y madurez.

3ª entrevista; después del parto

**Est:** *eso ha sido genial (el grupo),... está **Be** (mujer del grupo), ahí que lo había tenido sola, y todo. Pero si ha sido una experiencia muy bonita. Eh...yo me lo he pasado muy bien y **he estado genial...tu tiempo, un tiempo que te dedicas a ti. ...sí, aquí era el momento de tratar de ello (embarazo).***

A través de estos relatos podemos comprobar que la educación maternal, enmarcada dentro de la educación para la salud (EpS) y entendiéndola como: *Un proceso de comunicación interpersonal dirigido a facilitar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud, y a responsabilizar a las personas y grupos sociales con respecto al comportamiento que tiene un efecto directo o indirecto sobre la*

*salud física, psíquica y social de las personas y la comunidad.* (A. Seppilli, en Colomer et al., 2000, p.62). Sin embargo encontramos características más de grupos de ayuda mutua (GAM) que de EpS. Aunque las clases de EM están indicadas para conseguir instruir y capacitar a las mujeres para hacerlas autónomas en la toma de decisiones en el proceso de su maternidad y conseguir que se impliquen en el proceso educativo, siempre desde la orientación de un profesional. Sin embargo en estos relatos son ellas, *las iguales*, las que se quieren ayudar contándose sus experiencias y logrando satisfacer su necesidad común de vivir estos momentos de una manera más intensa en el grupo, prescindiendo del profesional orientador. A partir de los grupos de EM se intenta animar y movilizar a las mujeres a generar sus propios grupos. Han surgido GAM como son los grupos de apoyo a la lactancia, que son recomendados y legitimados por los profesionales del ámbito sanitario a todas las madres, siguiendo las directrices de la OMS.

La diferencia entre un grupo de EpS y los GAM estriba en que los segundos son estructuras voluntarias mientras que los de EpS surgen a partir de las instituciones. Además los GAM tienen conciencia de que sus demandas no son resueltas por las instituciones (Colomer et al., 2000).

## **2. CONOCIMIENTO DEL PROCESO**

Todas las mujeres manifestaron que conocer el proceso del parto, saber qué protocolos se seguían en el hospital, ver en vídeo cómo era el paritorio del hospital y saber de qué modo podían participar para favorecer el proceso les hacía acercarse al día del parto con menos ansiedad y miedo.

El objetivo fundamental de la educación es el aprendizaje. La consecución del aprendizaje se realiza a través de procesos de enseñanza-aprendizaje en la modalidad inductiva, donde en primer lugar se enseña a conocer la situación hablando de ella, de este modo se permite que las mujeres reflexionen (Castell, 1988; Sánchez, 2008). En nuestro caso para llegar a la realidad siempre se inicia el tema preguntando sobre su experiencia a las mujeres del grupo que ya han parido. A través del relato que ellas



cuentan, y que se percibe como algo muy real y cercano, se van analizando desde distintas perspectivas, cada uno de los temas que conforman el programa de EM. De este modo se abordan las habilidades cognitivas o lo que podríamos denominar conocimientos concretos y tangibles como por ejemplo los signos de inicio del parto. Pero también tratamos de acceder a las habilidades del área afectiva trabajando actitudes, valores y sentimientos que son menos tangibles y por tanto más difíciles de transmitir y de recibir al estar en el ámbito de lo sutil como diría Gutman (2009). A través de las opiniones o las vivencias que cada una de ellas emite, se intenta generar conocimiento significativo que fomenten actitudes de paciencia, calma, serenidad, y tranquilidad que son las que finalmente logran el éxito de una vivencia positiva del proceso (Generaltat, 2009).

Las técnicas de relajación practicadas en las clases de EM también fueron capaces de ponerlas en práctica casi todas las mujeres y reconocen el beneficio que supuso para ellas controlar los momentos duros del periodo de dilatación o sobrellevar mejor cualquier situación estresante, haciendo uso de dicha técnica. Aunque a seis de ellas se les practicó la anestesia epidural, ejercer la relajación les permitió resistir un elevado número de horas el dolor de las contracciones. También recurrían a esta técnica a la hora de tranquilizarse ante el llanto de su criatura y para afrontar momentos que les desbordaban.

Vamos a pasar al análisis de sus discursos. En primer lugar indicamos lo que decían antes del parto, es decir la valoración de lo que creían que había sido más útil de lo tratado en la EM, desde la perspectiva previa o desde la sensación que se percibe aún sin haber vivido la realidad del parto y el puerperio. Estas dimensiones se extraían de los discursos emitidos en la segunda entrevista. En segundo lugar exponemos las expresiones que manifestaron en la tercera entrevista donde queda reflejado de una manera más real, ya que se manifiesta por la vivencia y el modo en el que lo relatan, cuáles son los verdaderos efectos de la EM en las mujeres.

2ª entrevista; antes del parto

*An: Muy bien, me ha ido de maravilla. Sobre todo, para ver la **alimentación**. Porque me alimentaba mal hasta que vine aquí, los ejercicios que cada vez que los hago me veo hasta más ágil, más flexible y todo (...) y luego me gusta mucho **la relajación** y me he dado cuenta que **me relajo y me duermo**, el cerebro ya se vuela (...). Por las noches me da ansiedad y comienzo a respirar y me tranquilizo. Te concentras en la respiración y entonces te relajas. Que todo está en la cabeza....De la otra manera **al no hacer la respiración, te***

*lías te lías. Los miedos uso la respiración.....empiezo a pensar en sus cejas, sus manitas,... en eso que decías tú. Es lo que más me ha gustado*

*El parto, me han gustado los videos. Anda y yo no sabía que era más larga la dilatación que parir. Que yo estaba confundida. Es más duro dilatar que parir (...) Yo no sabía que la placenta salía sola, pensaba que te la tenían que sacar (...). Al niño, yo creía que ya se calmaría él solo. No sabía que habría que cogerle.*

*En casa que nos llamen antes de venir. Porque nos... Pero que tengo que recuperarme yo. Eso yo no lo sabía. Si no me das ese consejo, a mí se me colocan ciento y la madre en casa.*

A través del relato de **An**, se observa que hubo un número importante de contenidos que se trataron en las clases de EM y que le resultaron valiosas en su trayectoria del embarazo, parto y posparto. **An**, fue una mujer que acudió a las clases de EM con muy pocos conocimientos previos, incluso desconocía cuestiones esenciales respecto a **la alimentación**, algo inusual en la mayoría de las mujeres, que aunque no tengan buenos hábitos relacionados con la comida no es por desconocimiento sino por falta de disciplina e interés. Pero **An** fue capaz de modificar sus malos hábitos alimenticios y aunque siempre estuvo con sobrepeso, apenas si aumentó a lo largo del embarazo. Aunque aquí no recogemos todo su discurso, en otros tramos de la entrevista era capaz de ver cómo eso afectaba a su hijo que se estaba desarrollando dentro de su organismo, pero también, cómo para preservar la buena salud de su hijo en el futuro, éste debía haber visto el ejemplo adecuado en la alimentación de sus padres.

También expresaba de forma clara cómo realizaba la **relajación** aprendida en el curso de EM, que la ponía en práctica tanto antes como después del parto, en los momentos en los que sentía estrés o angustia. Esta técnica había mejorado su calidad de vida, ayudándole a conciliar el sueño y por lo tanto a lograr un descanso reparador, que mejoró notablemente el insomnio que llevaba sufriendo a lo largo del embarazo. Del mismo modo resultó ser también muy útil para tranquilizarse ante el llanto de su hijo y ser capaz de transmitirle esa paz al niño y calmarlo. Con la frase *al niño, yo creía que ya se calmaría él solo, no sabía que habría que cogerle* deja patente el gran desconocimiento que tenía de lo que es y necesita un bebé.

*3ª entrevista; después del parto*

*L: La relajación ¿la sigues haciendo?*

*An: Cuando estoy muy estresada sí.... Cuando el niño se pone por la noche muy estresado yo empiezo a respirar, venga cálmate, como decías tú, mira su carita, mira su sonrisita,... noto que se va calmando. Cuando yo estoy más nerviosa noto que el niño respira más agitado. Y al rato pienso mira lo que me dijo Lourdes mira su carita, sus ojitos, como decías tú... Y me voy fijando en mi hijo y me voy calmando y al rato a los 10 minutos se calma...*

*Empecé con goteo, al día siguiente como... Yo le dije: B. (marido), esto será lo que dijo Lourdes una fisura. Y él... Yo me quedo más tranquilo si voy al hospital...Me dijeron que me quedaba ingresada por RB...Y dije: no, la oxitocina no,...Si no llego a venir a los cursos, no me voy al hospital porque no me entero de que había roto la bolsa. Y me quedo en casa. Se lo pregunte a mi madre y a mi suegra y las dos me dijeron que era la orina. Y gracias a que vine a los cursillos....Y me dejaron todo el rato sentada y yo diciendo que me quería levantar,...Me levantaba me agarraba a los pies de la cama como decías tu, y a respirar.. Y mi marido me decía: pero que haces,...y de repente le dije cállate, cállate.....Y me masajeo los riñones. Y dije: Gracias. Y dijo es que dijo Lourdes que era bueno...Pedí la pelota así*

*L: ¿Te acordabas de lo que habíamos dicho?*

*An: Sí, es que es todo....Si me tranquilizaba porque yo sabía a lo que venía. Cuando me metieron en dilatación dije: Seguro que vienen con el enema....*

Resulta muy esclarecedor su discurso para comprobar que sí fue útil lo que aprendió en el curso. Así manifiesta cómo **reconoció el inicio del parto** porque lo había aprendido en las clases de EM y aunque tanto su madre como su suegra le decían que lo que le estaba sucediendo no era signo de bolsa rota, ella supo imponerse y **acertar en la decisión** de acudir al hospital. Por otra parte lo que aprendió en las clases le proporcionó **seguridad a la hora de decidir** que no quería que le administraran oxitocina y fue capaz de decírselo al personal sanitario que la estaba atendiendo. También pudo solicitar otras herramientas (la pelota) o tomar iniciativas como vemos en su relato. Se sintió cómoda al ir viendo cómo el proceso se desarrollaba del mismo modo que se había transmitido en las clases, y lo demuestra con esta frase: *Cuando me metieron en dilatación dije: Seguro que vienen con el enema.*

Para **Van** también fue muy beneficioso y clarificador acudir a las clases y así lo expresa:

2ª entrevista; antes del parto

*Van: He estado muy bien en la EM, esperaba algo así, ha sido útil. Hay muchas cosas que nos has contado: cómo tenemos que hacer cuando vayamos al hospital, que es lo que tenemos que pedir y todas esas cosas.... Esperemos que sea útil cuando lleguemos.*

*Lo que más me ha aportado es lo que nos has contado del hospital de que tenemos que pedir que nos dejen andar, tenemos que pedir una cosa u otra, que nos van a hacer caso de lo que digamos, pues eso tenemos que ir diciendo, lo que queremos (...) Pues depende, porque hay veces, es verdad, que yo me dejo hacer, como decía Cir. Pero,... así como lo contaste tú es como muy diferente. O también eso de que tienes que estar activa, tienes que estar haciendo cosas, cuando empieces de parto, distraerte, terminar de hacer las cosas, que lo mejor es estar bien, ...a gusto, comiendo, bebiendo, haciendo las cosas así,... que todo eso yo no lo sabía (...) Sí, porque lo de la lactancia o lo del niño, lo tenía mucho más claro (por su profesión) (...) Pues que tienes que tener claro que no venga gente a casa, que estés tranquila,... que estés tú sola con tu hijo, si es necesario para todo, que en el hospital tampoco te agobies, todas esas cosas pues, sí. Creo que lo que hablábamos era más aprovechado. La relajación sí que la hacíamos todos los días. ...Relajarse, es más difícil.*

Como hemos comentado en apartados anteriores **Van** es enfermera y algunos aspectos de los asuntos tratados en las clases de EM los conocía bien, como los temas relacionados con el recién nacido. Para ella lo más útil fue despertar la idea de que las usuarias son dueñas de su parto y como tal pueden optar por diferentes formas de ser asistidas. Resulta paradójico como ella conociendo el sistema sanitario desde dentro no sea consciente de la autonomía que hay que ofertar a los usuarios. Sigue resultando sorprendente que por muchas leyes que favorezcan la responsabilidad de cada persona sobre su salud y la capacidad de elección que cada ciudadano tiene sobre las prácticas que los sanitarios ejercemos sobre ellos, las mujeres siguen sin querer ejercer ese acto de elección y dejan que el personal sanitario practique una función paternalista sobre ellas. Parece que seguimos instalados en el paradigma de la categorización que aunque en teoría se debía haber superado o manifestarse menos en este contexto histórico, sigue predominando la idea jerárquica del profesional hacia el usuario.

Como se viene poniendo de manifiesto, uno de los objetivos de los programas de la EM es el empoderamiento de las mujeres que supone que después de haber participado en dichos programas, sean capaces de vivir su proceso de parto como protagonistas del mismo. Para que las mujeres puedan participar y tomar decisiones en este proceso tan importante de sus vidas tienen que estar bien informadas. El acceso a la información es un derecho respaldado por el marco legal vigente que se pone de manifiesto con Ley 41/2002, de autonomía del paciente. Según esta ley la información debe ser: a) completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; b) oportuna a las necesidades de las mujeres; c) comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información; y d) disponible en el formato adecuado (MSC, 2007).

*3ª entrevista; después del parto*

**Van:** *Pues en saber lo que iba a pasar (en el parto), lo que te iban a hacer o lo que iba más o menos,...lo que te podrían estar haciendo (...). Cuando se me rompió la bolsa yo me di cuenta, llegué allí y tampoco sabía lo que iba a pasar, no pero bueno estuve allí 24h. Dando vueltas, por el hospital. Al final fueron 27 me lo indujeron más tarde. **Tenía mucho más claro lo que iba a pasar, que si te exploran, que si te ponen el monitor, que si te ponen otro, que si...Muchas cosas que a lo mejor yo no sabía yo antes. Sí, sí que ayuda,..., me tuvieron que explorar un montón de veces,...eso ya era diferente. No me esperaba tanta exploración, la sonda tantas veces. Pero tampoco lo pasé muy mal, Porque como la epidural me hizo efecto, yo estaba tranquila ya. Yo pienso que no aguanté mucho en el sentido de las horas. Porque fueron 7 horas y luego estuve 10 más. Igual podía haber aguantado más. Luego cuando lo piensas dices a lo mejor,...pero yo sí, lo de la pelota, lo de las respiraciones, lo de estar levantándote, que no estés sentada o tumbada***

*en la cama; todas estas cosas, pues lo dijimos aquí, claro. ...Y yo sí que estuve todo el tiempo levantada o en la pelota. Y eso lo hice porque lo hicimos aquí, claro.*

*Pues en eso en hacer hincapié en lo más importante (lactancia), en eso, que tienes que darle siempre, y a demanda y que el darle precozmente. ...Yo la primera mañana me saque el pecho,...La enfermera me dijo que lo había aprendido muy bien y que le diera la enhorabuena a mi matrona. Eso me dijo.*

*Tampoco lo dije tanto pero pues bien. Resulto útil porque a lo mejor la familia tampoco es muy grande...Yo no sé si mi madre no viene porque le dije al principio que no tenía que venir mucha gente,... Pues por eso no viene. Pero sí que es verdad que siempre llama la gente cuando viene. Y bien no me he encontrado agobiada con mucha gente en mi casa.*

A través del discurso de **Van** y comparando la segunda y tercera entrevista se verifica que cuando las mujeres partían de conocimientos previos sobre lactancia o cuidados del recién nacido fue más sencillo y tuvo mayor éxito tanto la lactancia como en la seguridad de proteger y cuidar al recién nacido. La disposición de esta mujer a aceptar el parto tal como fue es extraordinaria. No es frecuente encontrar a mujeres que digan: *tampoco lo pasé muy mal*. Después de 17 horas de dilatación y una cesárea cuya cicatrización se complicó, y que además su hijo estuvo ingresado en la unidad de neonatos del hospital diez días. Saber de antemano cómo iban a desarrollarse los acontecimientos y comprobar que los protocolos se estaban cumpliendo como se comentaron en el curso, favorece la vivencia del parto aun en las situaciones menos propicias (MSC, 2007).

Una vez más los sanitarios no estamos a la altura de las circunstancias. Parece muy desafortunada la frase: *que le diera la enhorabuena a mi matrona*. En esta frase se valora más al profesional que lo único que ha hecho es cumplir con su obligación de trabajador transmitiendo a las usuarias las habilidades que deben utilizar en el amamantamiento, que aprobar, estimular y potenciar la actitud de mujer haciendo que se sienta segura de cómo logra exitosamente la técnica de amamantar.

Respecto a preservar su intimidad parece que lo logró pero se percibe que la madre no forma parte de ese mundo exterior que molesta y obstaculiza la creación del vínculo madre-hijo, sino todo lo contrario. Ya en comentarios anteriores hemos visto que echó de menos más apoyo de la madre y seguimos viendo que a la menor alusión se manifiesta esa necesidad de madre que sigue requiriendo la nueva madre (Miller, 2005; Bydlowski, 2007; Gutman, 2009).

Seguimos viendo cómo las clases de EM **aportaron nuevos puntos de vista e hicieron que en ocasiones les hiciera cuestionarse e incluso cambiar la opinión que tenían formada sobre determinados aspectos**, así es como lo ve *Cir*:

*2ª entrevista: antes del parto*

*Cir: No conocía los efectos secundarios de la epidural. La idea general es "ponte la epidural". Parece que es peor la recuperación, cefaleas,...me ha hecho pensar que es una cosa más seria. La gente en general no quiere escuchar los efectos secundarios. Le llama la atención que tú digas que cojamos al niño. Nunca lo había pensado. Todo el mundo te dice no lo cojas, darle el pecho en la cama, que le aplaste. Ha sido un cambio, antes de venir pensaba que lo dejaría más en la cuna.*

A través del discurso *Cir* se detecta que la información proporcionada a las mujeres en las clases de EM permite la posibilidad de comentar con el personal sanitario las opciones existentes. Con la información adecuada, **las usuarias adquieren autonomía** para decidir los tratamientos o las prácticas que consideran mejores para ellas. Como señala esta mujer, respecto a la epidural u otras técnicas complejas como la cesárea, la población en general desconoce los efectos secundarios y aunque antes de cualquier tipo de intervención las usuarias deben de firmar el documento de consentimiento informado en el cual se advierte de los riesgos y efectos secundarios que la técnica puede causar, es escasísimo el número de pacientes que lee estos documentos con sentido crítico. Perciben que es un trámite burocrático más y apenas reflexionan sobre los posibles resultados adversos y así queda reflejado en esta frase: *La idea general es ponte la epidural* (Simón, 2006; Jiménez, 2009).

Las mujeres embarazadas que carecen de información, a veces ven limitada la capacidad de opinar, discutir y decidir conjuntamente con los profesionales de la salud que las atienden. Esta capacidad de las usuarias contribuye a generar una relación más igualitaria, donde el debate se establece basándose en los conocimientos y expectativas de ambas partes, es decir profesionales y mujeres gestantes, pero con la aceptación de las necesidades y deseos de las usuarias. De este modo, las decisiones sobre las prácticas a utilizarse serán compartidas, consensuadas y asumidas con responsabilidad (MSC, 2007; Blázquez, 2009). *Cir*, tuvo un parto con anestesia epidural pero su decisión fue analizada y reflexionada.

*3ª entrevista; después del parto*

**Cir:** *Sí, sí,...y lo de los cables...ese se lo pondrán en la cabecita del niño, y yo me acordaba de todo, vamos igual. Mucha seguridad, muy bien, muy bien. Yo el parto lo recuerdo bien. Peor el post.....Me pasaron al quirófano, queremos que notes las ganas de empujar...Luego me pusieron medicación. Yo me encontraba supertranquila, lo tenía que tranquilizar a él (su marido).....Él sufría más mis contracciones. Yo le tenía que decir a él, esto tiene un principio y un final. Yo, ya se pasaba y me tranquilizaba y respiraba...y muy bien lo que pasa es que él estaba muy nervioso (...).No me pusieron oxitocina...Nació a las 11,25 h. de la mañana (desde las 7 de la tarde en dilatación)...Y menos mal que no me hicieron la cesárea...Y les dije: “lo siento que no he podido ayudar todo lo que debía haber ayudado”. Es que me lo sacaron ellas.....La verdad es que estuvieron genial. Y se lo dije...También es cansancio psicológico. Porque se juntó todo....les dije gracias porque me lo habéis sacado vosotras al niño....*

*Sí, y se engancho fenomenal. De hecho me decía I. (el marido) no hacía más que buscar..Y muy bien, muy bien. Hasta hoy genial. Lo que es el pecho genial*

*(Expulsivo) Te guían mucho, y luego allí te lo recuerdan,...la guía de lo que te han dicho aquí. Que no te viene de nuevo.*

*Si no hubiera venido aquí, pues que estás perdida, y qué me harán ahora, y qué son estos cables. Te orienta. Peor es en la planta, La gente no te guía nada. Ni pecho,...tuve que ir yo a decir que el niño no había hecho caca...En planta he visto como más dejado todo...Yo me hubiese ido antes.*

Esa capacidad de reflexión y análisis que se advierte en la segunda entrevista deja sus frutos en el discurso de **Cir** de la tercera entrevista, donde pone de manifiesto **la sensación de seguridad y tranquilidad** que ocasiona comprobar que el proceso se está desarrollando según lo descrito en las sesiones de EM. Podemos verlo en frases como **la guía de lo que te han dicho aquí** o **Si no hubieras venido aquí, pues que estás perdida** son lo suficientemente rotundas para expresar los efectos beneficiosos para las mujeres gestantes del conocimiento de los protocolos y su seguimiento según lo previsto.

Su intervención también hace plantearnos si es todo lo beneficioso que parece que la pareja sea la persona que mejor acompaña en el nacimiento del nuevo hijo. Odent (2010) señala al respecto que una mujer necesita seguridad y parece que el hombre, aunque sea el padre del niño o de la niña que va a nacer, no está en condiciones de transmitir esa seguridad y acompañamiento tan necesarios para mantener a la mujer con bajos niveles de adrenalina que le permitan liberar la oxitocina adecuada para que el parto se desarrolle de un modo natural. En el caso que nos ocupa, la madre **lo tenía que tranquilizar a él**. Es decir, la parturienta además de soportar su parto tenía que tranquilizar a su pareja. Quizás haya que cuestionarse si la persona adecuada para acompañar a una mujer en su parto es aquella a la que ella tiene que tranquilizar<sup>25</sup>. No

<sup>25</sup> En experiencias como las de los indios Huicholes de México (Gelty, 1996) o la de los Vaqueiros de Alzada de Asturias (Cátedra, 1989), se pone de manifiesto la *vivencia* del parto por

es ya suficientemente duro para la parturienta soportar este proceso como para derrochar energías en quién debe de proporcionárselas a ella.

Veamos ahora cómo influyó lo aprendido en las clases a una mujer tan metódica y organizada como **Mj**.

*2ª entrevista; antes del parto*

**Mj:** *A mí la EM me ha hecho cambiar en muchas cosas, ahora estoy más tranquila con la relajación (...) Yo que quería parir con epidural, ahora me ha hecho pensar (...) Yo no sé si seré capaz de saber cuando estoy de parto. Yo es que siempre creía que empezabas rompiendo la bolsa (...) Y yo ya estoy pensando o me imagino cómo quiero que sea el parto. (...) Yo es que se lo cuento todo a J. (su marido).*

Una vez más comprobamos que la información recibida en las clases de EM les ha hecho cuestionarse otras informaciones que circulan en su entorno y que daban como válidas. El tema más controvertido parece que es la anestesia epidural para evitar el dolor del parto.

El **dolor** es una experiencia humana universal y es lo que frecuentemente motiva la petición de cuidados de salud. El dolor no se experimenta sólo físicamente, sino también emocional y cognitivamente. Así, se distinguen tres aspectos del dolor (Generalitat, 2009): el sensitivo o la percepción física del mismo; el afectivo, al que se asocian emociones y sentimientos; y el cognitivo que es la forma en que se conoce y se comprende. La disminución del dolor durante el parto ha sido una preocupación constante de todas las sociedades, recuérdese que fue el origen de los programas de EM. Progresivamente, los profesionales de la salud se han ido planteando cómo reducir el dolor y actualmente la técnica más extendida es la anestesia epidural.

La percepción, la expresión y la reacción ante el dolor están influidos por variables genéticas, de desarrollo, familiares, psicológicas, sociales y culturales. Los factores psicológicos acostumbran a ser factores situacionales y emocionales, es decir el aspecto afectivo del dolor, que en el parto es la ansiedad frente al dolor del parto y en general ante lo desconocido. Por otra parte el aspecto cognitivo del dolor, es decir, la atención, la comprensión, el control, las expectativas y el significado adverso que afecta a la percepción dolorosa. También puede ser modificado a través del conocimiento del proceso que se oferta en el curso. Estas son las razones para proporcionar información

---

parte del padre, momento en que llega a experimentar dolores que hacen que requiera de atenciones.



suficiente a las gestantes sobre los métodos no farmacológicos y farmacológicos disponibles, ya que la atenuación del dolor durante el parto contribuye a aumentar su bienestar físico y emocional (Pérez, 2006; Lobo, 2013).

Cuando se suministra información a las gestantes sobre los métodos utilizados para mitigar el dolor en el parto, es necesario incluir, no sólo las ventajas y desventajas de la anestesia epidural, sino otras opciones existentes, con el fin de ofrecer a las mujeres una información amplia y completa que les dé la oportunidad de elegir.

Parece que en **Mj** fue muy efectivo el aprendizaje respecto a este tema, ya que ella que en principio pensaba que elegiría la epidural, finalmente siguiendo las pautas indicadas en las clases y después de interiorizar y reflexionar sobre lo tratado veremos cómo le fue.

*3ª entrevista; después del parto*

**Mj:** *Lo de la relajación, la tranquilidad, por lo que..... Si no llego a conseguir relajarme y seguir las pautas para relajarme. Hay cosas que se olvidan. Si no hubiera seguido las pautas no hubiera sido un parto tan corto, porque eso 2-3h. y hubiese sido más complicado.... A la hora de empujar, lo mismo, yo hubiese empujado cuando me hubiera parecido,... y no intentando con la respiración, (...) También a posterior, las cosas que aquí aprendimos a hacer, las aplico. La lactancia, si tienes que estar 1h., como si tienes que estar 2h. de hecho ayer estuve casi 3 h. (...) yo le digo: a mí me han dicho que tiene que estar el tiempo que haga falta que yo el reloj ni lo miro". Es otra cosa que también la he aprendido aquí sino es lo de siempre tiene que estar de 15-20 minutos en.... pues no yo la dejo que esté en uno hasta que ella se cansa y.... Pero yo sé que está satisfecha y que está bien. Y las pruebas me lo están demostrando que ya ha cogido más de medio kg.*

*Yo, he intentado seguir todas las pautas, porque había cosas que no te apetecían hacer pero es por la niña. Yo estoy contenta porque además, ahora de lo que aprendí puedo seguir aplicándolo,(...)los ejercicios de gimnasia y todo esto,(...)Yo tengo allí todo esto, los libritos para ir repasándolo, y seguir con la preparación, ...*

El parto fue muy corto y se desarrolló de manera espontánea y natural sin precisar el uso de epidural y ella lo achaca a poner en práctica las técnicas de relajación aprendidas en las clases de EM. Fue la única mujer del grupo que lo logró. También hay que señalar que su parto se inició de manera espontánea con contracciones y no tuvo que ser una inducción como en el caso de las otras mujeres.

Otra frase que nos gustaría analizar es: ***Y yo ya estoy pensando o me imagino como quiero que sea el parto.*** Pero para ello, primero tenemos que aclarar las técnicas de relajación que se utilizan en el curso.

Dentro de las diferentes técnicas de relajación existentes, en nuestro programa utilizamos la sofronización de Caycedo adaptada a la embarazada, que consta de tres

etapas: 1) **Sofronización simple**, que consiste en ir tomando conciencia de la respiración haciendo las espiraciones más largas que las inspiraciones y realizando una relajación muscular secuencial, a la vez que se va realizando un repaso mental de todas las partes del cuerpo; 2) **Sofroaceptación progresiva**, consiste en anticipar situaciones futuras relacionadas con la maternidad dentro de la relajación. Es decir, en el nivel sofroliminal de conciencia, se van sugiriendo imágenes del feto en la cavidad uterina, representaciones del parto asociadas a las sensaciones que se pueden presentar en ese estado, y escenas cuidando al recién nacido. De este modo se perciben sensaciones presentes de seguridad y tranquilidad respecto al parto, al bienestar fetal, o al cuidado del recién nacido que facilitarán la adaptación a los cambios y a las nuevas situaciones; y 3) **Activación intrasofrónica**, siguiendo en el nivel sofroliminal, se realizan movimientos de los distintos miembros del cuerpo, cuello, suelo pélvico y simulación de contracciones (Sebastiá, 2000; Generalitat 2009).

Retomando la frase de *Mj*: *Y yo ya estoy pensando o me imagino como quiero que sea el parto*. Se pone de manifiesto que ella sí que continuó practicando dicha técnica a lo largo del embarazo y parece que le resultó eficaz ya que como hemos señalado su parto fue natural. Comenzó de manera espontánea y se desarrolló sin intervención médica.

**Este ejemplo revela que cuando las mujeres son disciplinadas y constantes pueden tener más eficacia los conocimientos y habilidades aprendidos en los cursos.**

*Mj* no hizo muchas alusiones a las personas del entorno pero parece que con la que más compartió su vivencia maternal fue su pareja, como relata en esta frase “*Yo es que se lo cuento todo a J (su pareja)*”. El varón da la impresión que ofreció el soporte adecuado, puesto que la mujer nunca dio muestras de desamparo o soledad. Además fue la mujer del grupo de estudio que parió de forma más natural y que no sufrió ninguna dificultad en el puerperio. Branzelton et al. (2001) y Mercer (2010) señala que la actitud del padre influye decisivamente en el proceso del embarazo, parto y el vínculo temprano que se establece entre la madre y el recién nacido. También es determinante en la competencia de la madre para amantar. Actualmente donde la familia extensa casi ha desaparecido, el apoyo afectuoso del padre es fundamental para que la mujer pueda desarrollar su rol materno de forma exitosa. Y así se demuestra en el caso de *Mj*.

De su relato también se desprende que fue una mujer muy disciplinada que seguía con rigor los consejos de las clases de EM y que la información que se adjuntaba en forma de folletos la mantiene y la revisa. Esto es algo bastante inusual, ya que con frecuencia al indicar a las mujeres puérperas donde está la información que puede resolverles dudas, es muy común escuchar: *Ah, aquellos papeles, no sé dónde están.*

Otra de las mujeres, **Ele** señala lo siguiente respecto a los temas tratados en el curso de EM y lo que significó para ella.

*2ª entrevista; antes del parto*

**Ele: Me tranquiliza ver el vídeo del hospital. Yo no conozco ningún hospital (...): "A ver si puedo dárselo"(le dijo a una amiga)". Tengo mucha más seguridad en darle el pecho. Antes lo veía como algo como que el niño no sabe y ahora sé que si dejo a la niña sola ella sola se enganchará. (...).tú nos has fomentado la posibilidad de elegir y decidir. Yo estaba convencida que sería algo mecánico. A la llegar al potro y ahí a empujar, con un foco así apuntándote. No sé, lo veía como algo muy feo, como algo, con mucha gente pendiente, como algo muy desagradable, y claro ya viendo que hay otras opciones pues claro....Que lo mismo termino así pero el hecho de saber que hay otras opciones a mi me tranquiliza muchísimo. Me ha dado mucha más seguridad. Vamos hasta el punto que me planteo no ponerme la epidural.**

Una vez más se observa que aunque a través de un vídeo, ver las instalaciones donde se va a desarrollar el parto hace que las mujeres se familiaricen con el lugar donde sucederá el acontecimiento del nacimiento de su hijo y les proporciona seguridad y tranquilidad. Las maternidades de los hospitales son la fórmula moderna de una costumbre universal que es tener un lugar dedicado al nacimiento. Así, Las antiguas hebreas parían en los ladrillos de parto, que eran unas piedras consagradas sobre las que se apoyaban las parturientas. En la época romana, las casas de los patricios tenían una habitación destinada a los nacimientos que solo se utilizaba en esas ocasiones y que después permanecía cerrada hasta el siguiente parto. Podríamos seguir haciendo el recorrido hasta nuestros días pero nuestro interés no está en centrarnos en la historia de los lugares del nacimiento, sino en transmitir que el lugar siempre ha sido algo significativo que tenía que ser distante y distinto a los lugares de la vida cotidiana. También cabe destacar que es necesario un mobiliario específico, aun cuando los partos se producen en el domicilio, se realizan sobre la silla de parto, elemento específico de cada época y región geográfica. Esto se debe a que el parto no tiene que producirse en la cama, escenario de la relación sexual y la concepción. Parece que debe de existir un distanciamiento, a través del mobiliario, entre el nacimiento y el coito fecundante (Saiz et al., 2003; Bydlowski, 2007).

A **Ele**, además de la información sobre las distintas opciones de parto dependiendo de cómo se presente y la posibilidad de elegir, decidir junto a los profesionales que le atiendan le tranquilizaba, ya que la idea previa que tenía era de una atención fría y masificada. Le resultó esperanzador saber que recibiría un trato personal y respetado.

Aunque el parto no fue el deseado, ya que fue una cesárea y ella sentía cierta decepción. No deja de reconocer que el haber anticipado de forma teórica el recorrido al que se iba a enfrentar le ayudó:

*3ª entrevista; después del parto*

**Ele:** *Ella me decía (su madre), hay qué pena que en mi época no había tanta información...que si hubiera habido tanta información a mí no me da la depresión, Ella estaba más asustada que yo, además venían mis suegros,..Que es más estresante, por mucho que quieras no es lo mismo, estar tú sola que estar con (...) Además como son de Argentina en realidad los he visto 3 veces...*

*Ella lo sabía por instinto pero también por lo que le había contado.(...) Como yo le había dicho lo importante que era la tranquilidad,...ella me dijo que no avisáramos a nadie, como ella lo pasó tan mal, porque te ves con una responsabilidad tan grande, con una cosilla tan chica que depende de ti,...con toda la habitación llena de gente,.....nadie te entiende.(...) Pero como yo estaba tan mal de toda la operación, de las expectativas que yo tenía y un poco decepcionada con todo lo que había pasado (cesárea y no parto). Si no llega a estar me hubiera puesto peor.*

**L:** *¿Qué te ha favorecido más (de la EM)?*

**Ele:** *A mí me ha favorecido todo, en realidad, todo. Pese a que no ha sido un parto que yo esperaba que no he podido poner en práctica, pues eso (...) a mí, tanta información de cómo puede ser, o cómo va a ser, sí me ha ayudado. Me ha ayudado mucho... la visita al hospital, cómo es el proceso cuando llegas,(...) cuando llegué allí dije: Es que está igual ...que nos explicaste todo como es (...) la matrona me decía, todo pero yo ya sabía lo que estaba pasando pese a que fue un parto que yo no controlaba. Pero en general todo. Lo de la lactancia que nos dijiste de que es muy importante que se enganche al principio... Cuando lo empezó a coger yo que tengo el pezón más plano me hacía moratones... llegué a pensar no le voy a poder dar. Pero me acordaba de ti que tenía que tener paciencia,(...) y efectivamente cuando me puse las pezoneras.....Lo que nos dijiste que es muy importante que tú estés tranquila, que si tú estás tranquila pues ella está tranquila también. Porque yo me he controlado más mi....con las respiraciones.... por todo eso porque nos habías dicho que lo transmitimos..... Por eso en general todo.*

En la primera parte del discurso de **Ele** se comprueba que resulta muy beneficioso lo comentado en los cursos de EM no sólo para ella sino también para las personas que la acompañaron que eran su marido y su madre y con las que compartió la información que ella obtenía en el curso. Aunque el primer párrafo parece que expresa la influencia de las personas que la rodeaban, tema que se trata en el apartado anterior, una vez más se demuestra que se pregunte sobre lo que se pregunte las mujeres siempre responden en la dirección de lo que para ellas resultó más importante; y se ve que es la presencia de la

madre. En las entrevistas con **Ele** su madre siempre está presente en cualquiera de las frases, independientemente del aspecto del que se hable.

Para las mujeres que ya habían tenido otro hijo la valoración de los conocimientos adquiridos en la EM era diferente, ellas ya habían pasado por esa situación y sabían a lo que se enfrentaban, además el parto se iba a producir en el mismo escenario que el anterior, sería el mismo hospital y las mismas instalaciones. **Est** lo manifiesta así:

*2ª entrevista; antes del parto*

**Est:** ..., a pesar de eso (amenaza de parto prematuro) con más tranquilidad, porque **haber vivido esto otra vez... Siempre cuando haces una cosa por segunda vez lo haces más tranquila**. La experiencia es un grado, dicen, y yo creo que tienen razón. ...--yo creo que si me hubieran venido las contracciones en el 1ª me hubiera venido abajo y no hubiese sido capaz. Como te dije la otra vez, mira Lourdes que yo no quiero seguir así que estoy pensando que estoy mala y me voy a trabajar, **NO ME HUBIESE ATREVIDO, NO ME HUBIESE ATREVIDO** y ahora me fui a trabajar. no me hubiese atrevido,... y yo creo que me fue bien irme, y despreocuparme un poco, porque yo sola me estaba comiendo la cabeza con qué le estaba pasando a la niña,.. y eso en el anterior no lo hubiese hecho, ni loca. Si me hubiesen dicho te quedas ahí, me hubiera quedado ahí. Sin rechistar. ...aunque tuviera las ganas y la fuerza interior para haberme movido me hubiese quedado. Me hubiese quedado y sin embargo este segundo pues no, esto no me puede superar y no, no me puede hundir, no me puede pensar que le puede pasar algo a mi hija, yo estoy bien, no tengo contracciones, me voy a trabajar y voy a llevar una vida más o menos normal porque el embarazo no es una enfermedad, es un estado y ya está... son completamente distintos ---con la experiencia hay cosas que no te asustan porque como lo has vivido sabes lo que está pasando.

**Est**, además de tener la experiencia, tenía algo más importante, la seguridad en sí misma. Es muy difícil encontrar mujeres con esa capacidad para tomar sus decisiones, a pesar de las indicaciones del personal sanitario. Casi todas las personas delegan esta responsabilidad y si los facultativos recomiendan descanso laboral, las pacientes obedecen sin reflexionar lo que es más beneficioso para ellas (Allue, 2013). **Est** se daba cuenta que eso le iba a perjudicar. Quedarse en casa para ella era sentirse enferma, romper con su rutina y aumentar su preocupación respecto a la pérdida de su criatura. La mayoría de las mujeres se hubieran quedado en casa, aislándose y evitando hacer cualquier tarea y rumiando la idea del bienestar fetal.

**Est** encontró algunos aspectos novedosos como:

*2ª entrevista; antes del parto*

**Est:** Yo en el primer embarazo como no había oído como se podía detectar el perder líquido amniótico. ...subí como 2 o 3 veces a urgencias y luego era tan fácil como que alguien me hubiera explicado lo de las braguitas blancas y negras que sí que creo que lo

*he aprovechado más.)*

*... la gimnasia menos que la vez anterior. Ha estado en un segundo plano pero a cambio de eso, pues ha sido muy enriquecedora y **hemos tenido la puesta en escena de dudas. La otra era como más teórica** o yo la recuerdo como más teórica, con menos tiempo a lo mejor no **había el ambiente adecuado para que ese diálogo se produjese** ...que a lo mejor sí que se planteaban dudas que se planteaban a la salida cuando ya nadie las oía.... y entonces el resto no participaba de eso... entonces yo creo que ha sido menos dedicados a ejercicios que los puedes hacer en casa y la respiración que una vez que aprendes la puedes practicar, pero que ha sido muchísimo más enriquecedora por eso por el intercambio de dudas de puntos de vista.*

*Lo del parto, que ahora se plantea que la mujer tiene más protagonismo. **Que hay otro tipo de forma de parir que no tiene que ser ahí tumbada en la cama y todo eso ha sido completamente nuevo, en el otro curso ni se planteaba, ha sido completamente nuevo. La Responsabilidad de lo que tú puedes hacer respecto de tu propio parto. De hecho aunque yo llevo el embarazo en la privada no voy a parir en la privada porque mi ginecóloga quiere que quedemos un día para ir a la clínica privada y finiquitar el tema y yo no estoy por la labor. Si a ella le viene bien el tema a mí me parece muy bien pero a mí no me parece, yo no voy a quedar un día con ella para dar a luz.***

*Est* Señala como novedad, el haber aprendido a diferenciar la presencia de líquido amniótico en la braga signo de rotura prematura de membranas. Algo en ocasiones muy fácil de detectar, como se ve en este discurso y que evita sobrecarga en los servicios de urgencias de los hospitales. Entre los objetivos de la EM maternal, uno de ellos, es dar a conocer a la gestante los principales signos y síntomas de alarma que debe detectar para acudir a un servicio de urgencias. Si se consigue este objetivo, además del beneficio obtenido por la gestante, ya que alcanza más autonomía en el proceso, se logra una mayor eficiencia en el sistema sanitario (Fernández, 2009).

Como señalábamos en capítulos anteriores, la antigua preparación al parto se ha transformado en EM maternal y así lo manifiesta *Est* al decir que no hacíamos tanta gimnasia, pero que sin embargo destinamos más tiempo al intercambio de opiniones y a sembrar en las mujeres la capacidad de decisión para que se sientan las dueñas de sus partos. Una vez más esta mujer nos sorprende como esquivaba a la ginecóloga y logra parir como ella quiere. Esto se ve con muy pocas mujeres.

*3ª entrevista; después del parto*

*Est: yo creo que me dio mucha seguridad el saber que iba a llegar al hospital y que **esta vez sí que sabía lo que quería y que no tenía tanto miedo**. Que tú nos habías dicho que nos iban a preguntar que había habido un cambio. Eso a mí me daba más seguridad. Llegar allí y esta vez no va a ser la oxitocina y me voy a morir de dolor. Yo creo que.*

*...Me ha venido muy bien el curso.----- hubiese llegado más segura, pero no tan reforzada. Te lo puedo asegurar. Más segura porque a ver ...la experiencia es un grado... pero a ver, eh, el refuerzo de venir al curso de saber que había aires de cambio en el hospital y todo eso ...yo creo que no hubiese ido igual si no hubiese venido aquí. ----.Es que ayuda, tu lurdas no le quieres dar importancia a tus clases pero ayuda mucho, porque es mucho el refuerzo , sabes, el refuerzo de decir, mira tú cuando vas allí tienes que intentar, con educación como se va a todas partes, pero tienes que intentar que se te respete, como mujer, como madre, que tu opinión valga, como tal,----- entiendes. **Porque tu a lo mejor lo tienes claro pero si no tienes a nadie que te respalde te haces pequeño, sabes. Si estas en un grupo que ya los has interiorizado de que tu opinión vale y que tu opinión la vas a tener que hacer prevalecer eso va, eso va a misa. ...yo creo que vale mucho, las clases, los refuerzos el trabajar,...para que la madre se haga oír y todo eso vale un montón y que es lo que va a hacer que cambie.... eso y las ganas de los profesionales de cambiar.***

Al leer este discurso parece que la EM es agente transformador para las madres, por supuesto que lo es para algunas de ellas, pero no para la mayoría. Es alentador como en pocos años se ha producido un gran cambio. Un elemento transformador fue la publicación del documento Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, en el año 2007 por parte del Ministerio de Sanidad y las publicaciones sucesivas como: Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones (2009); Guía de Práctica Clínica Sobre la Atención al Parto Normal (2010); Cuidados desde el Nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas de Buenas prácticas (2010); Maternidad y Salud: ciencia, conciencia y Experiencia (2012). Todos estos documentos recogen recomendaciones sobre las buenas prácticas clínicas, derechos y seguridad del paciente, además de criterios de organización y de gestión de las maternidades hospitalarias. Estos documentos han sido elaborados por la Agencia de Calidad de Sistema Nacional de Salud en materia de Salud Sexual y Reproductiva y con el apoyo de expertos y asociaciones científicas y profesionales. Estas recomendaciones no son de carácter normativo, pero ponen al alcance de los profesionales, gestores y administraciones sanitarias públicas y privadas criterios para basar su buena práctica y homogenizar la asistencia en el embarazo, parto y posparto (MSSSI, s.f.).

Dentro de este proceso de cambio se encuentra el proceso de transformación en el que se encuentran muchas de los hospitales y centros de salud para ser acreditados por la OMS y UNICEF con Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Ser un Centro IHAN supone adoptar una serie de prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento, pero además de esto, se genera un ambiente propicio para que el inicio de la vida sea mejor

no solo por la lactancia materna sino porque se propician las relaciones de vínculo y de apego entre los padres con sus recién nacidos (IHAN, s.f.).

La acreditación de un Centro IHAN, no es un proceso sencillo, ya que exige una gran transformación en las prácticas que se aplican en los centros sanitarios y conlleva la implicación de todos los profesionales relacionados con la atención al embarazo, parto y puerperio, que tienen que cambiar muchas de las actuaciones y protocolos que se realizaban hasta la puesta en marcha de esta acreditación. Ésta es la transformación y *los aires de cambio* a los que se refería *Est* en su intervención.

En la Comunidad de Madrid el número de hospitales que están acreditados IHAN son Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda y el Hospital Universitario de Fuenlabrada, y en distintas fases de acreditación 16 más tanto de titularidad pública como privada. Además seis centros de salud en fase D1 de acreditación. Es todo un avance si pensamos que estas iniciativas se iniciaron en el año 2010. Desde luego esta transformación se debe fundamentalmente a la presión social, al empeño de unos cuantos profesionales y al apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como señalábamos antes. El surgimiento de nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid ha generado una intensa competencia entre ellos y ha despertado la mejora de los servicios. Esto se ha visto de una manera evidente en la zona en la que se realiza el estudio de esta tesis con la apertura del Hospital Universitario de Torrejón que ha hecho mejorar la asistencia maternal y adecuarse a las nuevas tendencias en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá.

Es curioso observar como el número de centros de salud en fase de acreditación es muy escaso, a pesar de lo sencillo que en principio parece, ya que los requisitos son los siguientes (IHAN, s.f.):

- Disponer de una **normativa escrita** relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
- **Capacitar** a todo el personal para llevar a cabo esa política.
- **Informar** a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y cómo llevarlo a cabo.



- **Ayudar** a las madres al **inicio de la lactancia** y asegurarse de que son atendidas en las **primeras 72 h. tras el alta** hospitalaria.
- **Ofrecer apoyo** a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
- Proporcionar una **atmósfera receptiva y de acogida** a las madres y familias de los lactantes.
- Fomentar la **colaboración** entre los profesionales de la salud y la **Comunidad** a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

Cabe reflexionar sobre la escasez de centros de salud que aspiran a acreditarse. Podríamos señalar la poca implicación de los profesionales de los centros, poca competencia entre centros de salud y, quizás, poca implicación de la Consejería de Sanidad.

Finalmente pasamos a analizar como influyeron los conocimientos adquiridos por las mujeres en las clases de EM a **Mjo**.

*2ª entrevista; antes del parto*

*Mjo: fatal,... Ya he subido 2 veces a urgencias...Además siempre me pilla en fin de semana. Pues estuve con muchas molestias y...me note que estaba como húmeda....Y como tu dijiste que a veces se puede romper (la bosa de LA) por otro lado....Y ya (mi marido) me dijo subimos y nos quitamos de dudas.... y luego este jueves en el ginecólogo es, o tocólogo...y el viernes me toco subir porque también estaba muy incómoda. Además que ya me daban como contracciones y además fatal,.. Porque además... Me dijeron que eran como contracciones que me vigilara y ya está.*

*Me ha gustado más ésta porque ha habido más...pues eso, más el hablar, pues más las dudas que teníamos que tu nos dijeras... La otra (EM) era más pues eso,...pues eso mucha gimnasia, y que la gimnasia quieras o no pues si vas a andar o cualquier cosa, pues ya digo, ya creo que haces. Creo que es más importante pues creo que eso, que nos informen que nos digan las cosas eso y la relajación. La relajación creo que encantada.*

Podemos comprobar que la información se recibe de forma desigual. En la intervención de **Est** se ponía de manifiesto que había quedado claro qué signos y síntomas aparecen cuando se rompe la membrana amniótica, sin embargo esa información no tiene el mismo efecto en **Mjo** que ha tenido que acudir a urgencias en dos ocasiones por no

diferenciar los signos de inicio del parto. Se confirma la teoría de la comunicación humana, en el que los contenidos de la comunicación y las relaciones pueden tener significados distintos, además las personas crean las propias versiones de la realidad basándose en experiencias vitales anteriores. Por todo ello cada mujer construye su propia realidad y a la vez es distinta en cada una de ellas (Watzlawick, 1985; Clèreies, 2006 y Cinabal 2006). Como vemos la individualidad de cada mujer y su entorno son determinantes en cómo se enfrentan al proceso maternal. Para **MJo** no solo eran las dudas que ella tenía sobre el tema, también al comentarlo con su marido, que siempre estaba más alarmado que ella, ya que a lo largo de la entrevista siempre manifestaba extremada inseguridad incluso pánico ante lo que se le avecinaba. Por lo tanto sus dudas e inseguridades eran incrementadas por su pareja.

Respecto al segundo párrafo de su intervención se vislumbra la misma percepción que había tenido **Est**, la transformación y cambio en el planteamiento de las sesiones de EM, en el que los ejercicios de gimnasia eran diarios y ocupaban un gran número de horas, tiempo que ahora se destina a la participación de las mujeres. También apreciamos en su intervención que le resultó muy positivo los ejercicios de relajación. Es curioso que una mujer que ha estado tres años en terapia con psicólogos y psiquiatras no haya sido adiestrada en las técnicas de relajación y las descubra por primera vez en las clases de EM.

*3ª entrevista; después del parto*

**Mjo:** *A ver, es que **tú decías es que les puedes decir....No le puedes decir nada**, porque es que, tú allí llegas te ponen la oxitocina esa y ya no te puedes menear... por la noche pues te la quitan a las 12 pa ver si por la noche te pones y yo decía pues voy a pasear porque yo siempre he oído que paseando y andando... digo vamos a bajar escaleras. Y digo: "puedo salir a pasear" y dicen es que...es que...y yo ya, pero es que necesito salir de aquí, porque era un agobio...porque yo me encontraba bien y la verdad que las muchachas de al lado estaban Ay! Ay! y la otra ay! ...yo decía madre mía, yo necesitaba que me diera el aire, y necesitaba pues... que estaban allí todos, porque se quedaron allí casi todos (su familia) porque no hacía fatal pero... esa noche, no... Y yo decía pues necesito ver, el chico (su hijo mayor), con quién se ha quedado, cómo está, a ver...bueno vale (le dijeron) bueno vale, pero un ratito eh, un ratito. No estuve 5 minutos.*

Como se aprecia en este relato, el perfil de mujer es totalmente distinto al de **Est** y parece que el trato recibido, también lo fue. Al comparar la frase de **Est: tu opinión vale y que tu opinión la vas a tener que hacer prevalecer**. Frente a la de **Mjo: es que tú decías, es que les puedes decir....No les puedes decir nada**. Esta variabilidad se produce en las usuarias y también en los profesionales. Tal vez **Est** se enfrentó a

profesionales que respetaron sus deseos frente a *Mjo* que no tuvo la misma suerte y la imposición de los criterios profesionales prevaleció. Además también influye el estilo de comunicación que se establece entre profesional y usuario. Cuando la persona es más pasiva no es capaz de influir en el profesional que se sitúa en un estilo más impositivo y la combinación de ambos estilos comunicacionales es la que parece acaba dando unos resultados u otros, es decir que prevalezca la opinión y los deseos de las madres o de los profesionales. La actitud de los profesionales frente a las usuarias depende del grado de madurez de éstas. Entendiendo la madurez del paciente como la capacidad de la persona para alcanzar sus metas y su disposición y habilidad para asumir responsabilidad frente a su proceso; y teniendo en cuenta que las personas no son maduras e inmaduras en un sentido global sino ante determinados aspectos de su vida, y es justamente en aspectos de salud donde más inmaduros se manifiestan. Por todo esto, la influencia de los profesionales varía en función de la madurez del paciente, así, cuando la madurez del paciente aumenta, el estilo del profesional evoluciona pasando de ser muy directivo a un papel más asesor y orientador (Clèries, 2006).

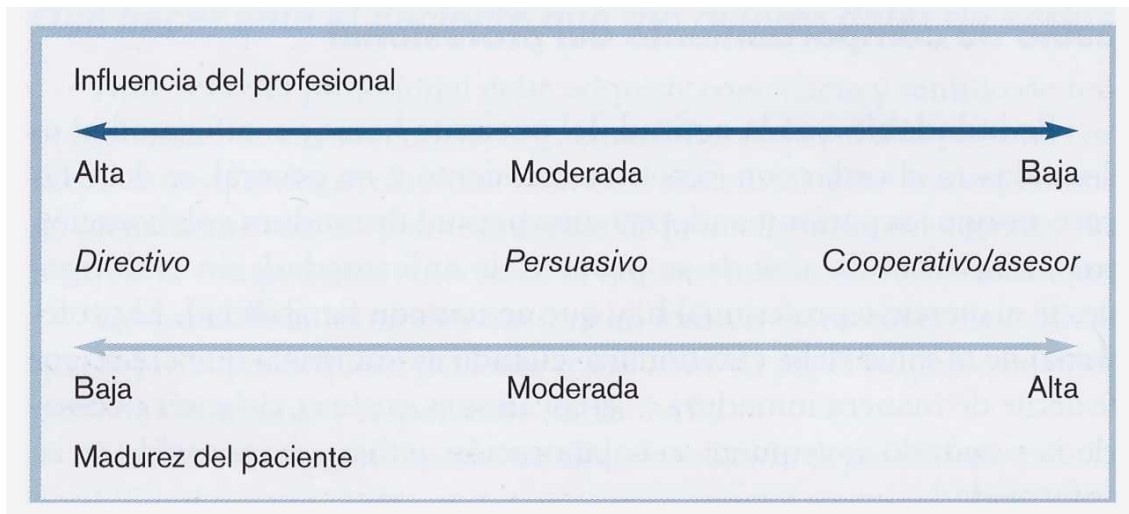


Figura 14. Estilo de comportamiento del profesional. Fuente: (Clèries, 2006. P. 54).

Se percibe la frustración de *Mjo* al ver que la realidad no se adecúa a las expectativas que se habían generado en la EM. Según un estudio cualitativo realizado en el hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga), en el que se valora las expectativas y el nivel de satisfacción de las mujeres que habían diseñado su plan de parto frente a las que no lo habían hecho, el resultado fue que las que lo habían diseñado sentían niveles más bajos de satisfacción y mayores sentimientos de decepción y frustración, frente a las mujeres

que no habían elaborado el plan de parto. Esto obedece a que las que no lo habían hecho eran menos exigentes y se dejaron llevar por las decisiones que tomaban los profesionales (Higuero et al., 2013). Esto confirma el sentimiento de frustración expresado por **Mjo**. A pesar de todo impuso su voluntad y pudo salir a ver su familia, aunque solo fueron cinco minutos. También es relevante el hecho de que como ella salió, también tuvieron que dejar salir a otras de sus compañeras de sala.

*3ª entrevista; después del parto*

**Mjo**:.. Pero es que **las mujeres de al lado** después cuando entre yo, **también dijeron, perdona puedo salir también yo**. Y dijeron: Vas a salir porque a tu compañera también la hemos dejado eh, si no, no salías. Pobre muchacha también salió 5 minutos.

Vemos como el efecto dominó se produce y los usuarios van haciendo más uso de su autonomía y derechos imitando a otros usuarios. Tal vez, si **Mjo** no hubiese asistido a las clases de EM tampoco se hubiera atrevido a pedir que la dejaran salir. La comunicación entre los usuarios y los profesionales de la salud ha sido pobre y muy técnica a lo largo de la historia, y aunque estamos en una época y un contexto social más horizontal y humanista, siguen quedando muchas reminiscencias del pasado, que solo con el *descaro* de los usuarios y el impulso de sanitarios que fomentan y propician las decisiones de los usuarios, como viene recogido en la normativa vigente, donde el respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual es una premisa (Ley 41/2002).

*3ª entrevista; después del parto*

**Mjo**: Es que yo, como **la otra matrona, ...la vi tan eso con tanta ilusión**. Que yo dije: **esta me lo va a sacar como sea**. Y creo que no va a consentir que eso ni, y ni consintió las espátulas ni eso. .. es que **decía que yo no me lo merecía**.....Después de lo que está pasando la muchacha. ... porque la médica es que estaba allí y la matrona me miraba entre las piernas y me decía: **Mjo haz lo que yo te he dicho**. Y yo vale. Y la otra (la médica): las espátulas y yo empujaba. Y discutían y.... y me decía: ¡sí otra vez empuja!. .. **Era lo que ellas dijeran y ya está. ...porque a veces era lo que tú decías que les podías decir**. Pero no cuando ya te ponen lo de .... Porque cuando llevas lo del tapón como que también puedes andar más y te puedes poner de otra manera....pero con la oxitocina es que te tumban allí y es que no hay manera y luego ya cuando ponen la epidural esa, es que ya... olvídate, ya es olvídate...y yo es que ya no sé si me pusieron antes o después. Lo de. ----si lo que te meten...sí, sí, **me acordaba de lo que habías dicho**. Luego también me acordaba de la **chiquita esta**, y decía es que luego llegas allí y no te dejan hacer nada---...y la médica era una **chiquita, joven**...yo una de las veces que había ido a urgencias me toco con ella y dije buah...malo porque **estúpida como ella sola** ...porque es jovencita eh. Yo creo que cuanto más mayores mejor eh. Y...era como si tú ya tienes que saber...y ya claro. Ya te digo **cuanto más mayores mejor**. ..Si es otra historia. Pues eso la experiencia

*y todo. Eso es todo...la jovencita si ...*

En el párrafo anterior se señalan varias veces *tú decías que les podías decir* o *de lo que habías dicho*, para explicar que no se había cumplido lo que desde los cursos se había potenciado. Por mucho que se había repetido que sus deseos serían escuchados y que los profesionales se adaptarían a las necesidades de las usuarias, luego la realidad había sido muy distinta. Una vez más vemos la disparidad entre unos profesionales y otros en la atención que reciben los pacientes. Más que equipos asistenciales somos individuos asistenciales que en una situación tan crítica solo fomentamos la inseguridad y la incertidumbre en las personas atendidas. Para *Mjo* la decepción con la asistencia recibida era importante y la confianza en la matrona de primaria también había quedado en entre dicho, ya que la garantía de respeto a las decisiones de la madre que tanto se había publicitado en las clases había fracasado. Sin embargo las recomendaciones que se recogen en el documento sobre **Estrategia de Atención al Parto Normal** son las siguientes (MCS 2007, p.50-51):

- Asegurar y garantizar el acceso y comprensión de la información a las mujeres sobre el proceso fisiológico del parto y sobre el conocimiento disponible acerca de las diferentes prácticas clínicas en la atención al parto.
- Esta información debe ser: completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; oportuna a las necesidades de las mujeres; comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información; y disponible en el formato adecuado.
- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo a sus necesidades y expectativas.
- Respetar las decisiones que tome la mujer acerca de las actuaciones de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo) dentro del marco de seguridad y calidad en su atención.
- Garantizar el reconocimiento del derecho de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación a la criatura recién nacida

- Facilitar y garantizar que las mujeres y asociaciones de mujeres participen en la evaluación de la atención al parto y nacimiento, teniendo en cuenta la evidencia científica
- Facilitar a las embarazadas y sus parejas el conocimiento de la maternidad y de su personal antes del parto y la existencia de grupos de apoyo madre-madre en el hospital.
- Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a participar activamente en la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y postparto.
- Investigar estrategias de diseminación efectivas que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y consistente a sus valores y creencias.
- Establecer los mecanismos para garantizar a todas las usuarias hacer uso de su derecho a tomar decisiones informadas en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud.
- Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (videos, testimonios de mujeres...)
- Establecer programas de educación sanitaria que propicien la activa participación de la comunidad en temas sanitarios. Fomentar y estimular las asociaciones de usuarias como contribución importante para lograr la participación de las mismas.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante el proceso de toma de decisión.
- Facilitar a las personas con dificultades de comunicación los mecanismos adecuados que les permitan acceder a la información adecuada y ejercer su derecho a participar activamente de acuerdo a sus posibilidades.
- Comprometer a las y los profesionales y capacitar a la ciudadanía para promover un ámbito propicio que favorezca la participación efectiva y la toma de decisiones compartida sobre asistencia sanitaria.

- Elaborar un modelo de toma de decisiones médicas y diseñar instrumentos que permitan la cuantificación de la participación de la población usuaria.

El objetivo de la EM es precisamente capacitar a la mujer para que sea capaz de ejercer su derecho a tomar las decisiones correspondientes según sus deseos y necesidades, pero como vemos cuando los profesionales asistenciales están comprometidos en dar un servicio y asistencia estándar y orientada estrictamente al proceso del parto, es muy difícil que una mujer plantee elecciones distintas a las de quien la está atendiendo.

Cabe señalar la distinción que hace *Mjo* entre la matrona y la ginecóloga. Para ella su profesional favorita es la matrona, ya que siente que está totalmente implicada en su parto y que pone todo su empeño y profesionalidad para que ese parto se produzca de forma espontánea y no requiera el uso de un instrumento como las espátulas, tan traumático para la madre por el riesgo de desgarros que produce. En un estudio cualitativo realizado en el hospital de Húercal-Overa (Almería), en el que trataban de analizar cómo perciben las mujeres primíparas la comunicación con los profesionales sanitarios los resultados ponen de manifiesto que las madres que se encuentran en una situación muy sensible y expectantes hacia todo, con sentimientos de miedo y angustia no mejoran estos sentimientos con la intervención de los profesionales, incluso éstos contribuyen a aumentarlos con sus escasas y en ocasiones contradictorias informaciones. Además la profesional más valorada fue la matrona que les acompañó en el parto por establecer con ella una relación *estrecha, individual, íntima e intensa*. Ya que este es el tipo de relación que demandan las usuarias (Díaz et al., 2011).

### 3. PERSONAS DEL ENTORNO

A través de los relatos de las mujeres de nuestro estudio se pudo establecer que tres miembros de la familia influían decisivamente en el proceso maternal. Todas las mujeres hablaban de ellos en algún momento del proceso y todos estos personajes aparecieron en todas las narrativas. Se trata de la **pareja**, algo que resulta completamente esperado; **la madre** que ya en el capítulo anterior ha sido mencionada; y

por último y muy sorprendente en el ámbito científico, aunque no en el popular<sup>26</sup>, la **suegra**.

La suegra parece estar condenada al enfrentamiento permanente con la nuera pero parece que la relación se recrudece con el nacimiento del nieto. En alguna ocasión se había observado que las mujeres puérperas que acuden a la consulta tras el parto, habían hecho alusión a cómo comportamientos o conductas de algunas suegras eran vividas con exagerado desagrado y disgusto. Pero nunca había sido materia de análisis hasta este trabajo.

Pasamos a estudiar los discursos y comenzamos con el de **An**, que parece que tuvo la peor experiencia con su suegra:

*2ª entrevista; antes del parto*

**An:** (...) y a casa que nos llamen antes de venir. (...) Pero que **tengo que recuperarme yo. Eso yo no lo sabía. Si no me das ese consejo, a mí se me colocan ciento y la madre en casa. Como son familia numerosa, y hubiese sido un agobio atroz. Y que él (marido) haya venido también a clase se ha enterado también de eso y que no sólo son cosas mías. Si no hubiera venido se hubiera puesto cabezón mi madre, mi madre... Me da pena ha sido muy corto el curso. Pero muy bien muy bien te enteras de muchas cosas.**

En primer lugar hay que señalar como varía el discurso antes y después del proceso. En la segunda entrevista **An** se sentía totalmente segura de enfrentarse al acoso de las visitas. Aunque intuía que se colocarían *ciento y la madre* en su casa, pensó que sería capaz de evitarlo. Al leer la tercera entrevista observaremos que no lo logró. Por eso nos preguntamos de qué manera podemos ayudar a las mujeres para que sean capaces de protegerse en este periodo. Hubo mujeres en el grupo que sí que fueron capaces de hacerlo. Pero ¿de qué depende que unas lo logren y otras no? Como veremos posteriormente existen otros factores que influyen en la capacidad de una mujer puérpera para establecer límites con el exterior y que no sólo consiste en el conocimiento previo de qué va a suceder.

*3ª entrevista; después del parto*

---

<sup>26</sup> Como bien es conocido a través de refranes como: “una suegra y una nuera no caben en una era, y una madre y una hija caben en una camisa”; “acuérdate, suegra, que fuiste nuera”; “si quieres ser suegra amada ten la boca bien cerrada”. Otro refrán que aunque no menciona a la suegra sí que hace referencia a lo que supone la incorporación de un hijo a la familia y con ello la intersección de dos familias y el sufrimiento que supone para ambas partes: “No sabrás lo que es pena hasta que no juntes tu sangre con la ajena”.



**An:** *A él lo veo más inmaduro (el marido). No lo veo responsable, Muchas veces. ...Yo, fue un bebé muy deseado. Yo le he dicho: **que el niño está antes que tú, que lo he parido y a ti te conocí en la calle. Él es el primero.... Yo he cambiado....Yo me he dado cuenta de que el niño es muy cariñoso....Me dice que cuando me vaya a trabajar lo dejará llorar.... Su madre dice que no lo tenemos que coger, que no lo tenemos que meter en la cama... que es bueno que el niño lllore para abrir los bronquios***

**L:** *Y tu madre ¿Qué te dice?*

**An:** *que haga lo que yo quiera. Porque a mi madre también le gustan mucho los brazos (...). Pero a **mi marido también le sienta mal. Porque mi suegra no quiere que le cojamos** (...) Lo que me sorprende es que haya venido aquí (el marido) y no se dé cuenta, es lo que me extraña.*

**L:** *Tuviste muchos **problemas de visitas?***

**An:** *Sí, **mi casa siempre estaba llena de gente. Hasta que ya empecé a hablar con mi marido** (...) Porque **hablas con la familia y no te hacen caso** (...). Hasta que ya he puesto unos horarios, pero ha pasado un mes y medio. (...)Pero mi marido no entraba (...) **Mi marido mira mucho por su familia** (...) Vino mi suegra para que le pusiera alcohol de 70° y le dije: no, no. A mí me han dicho que se seca solo....**Vienen y no te preguntan cómo estás** (...) **Mi suegra me dijo que me habían quedado pezones de negra.... Me sentó fatal...***

**L:** *En la lactancia... ¿Qué te faltó?*

**An:** ***El apoyo de mi marido**, lo tengo muy claro muy claro. Yo ahora mismo hubiese seguido con la lactancia, si hubiera tenido su apoyo.... todo el día en la calle paseando... me arrastraba...*

Por otra parte también resultó paradójica la relación de **An** y su marido después del parto que fue muy tortuosa. La pareja de **An** fue la única que acudió a todas las sesiones de EM, y sin embargo parecía ser la que menos apoyo ofreció a su mujer. No sólo no apoyó sino que fue un obstáculo en la creación del vínculo madre-hijo y en el fracaso de la lactancia como ella misma reconoce en la última frase. Esta pareja fue vista en la consulta después del parto en varias ocasiones. Unas veces se trabajó sólo con **An** y otras veces con la pareja. Desde el principio se detectó que el marido no era capaz de asumir su papel de padre y de protector del vínculo madre-hijo, sino todo lo contrario. Los celos hacia el hijo por verse desplazado en la relación fueron un obstáculo permanente que hizo que **An** pasará un puerperio lleno de dificultades. Con el ejemplo de esta pareja se pone de manifiesto la cuestionada utilidad de los programas de EM. Por una parte y en la segunda entrevista se aprecia como **An** se siente muy segura de poner freno a la invasión de visitas que va a sufrir después del parto, pero en la tercera entrevista se comprueba que ni ella ni su marido fueron capaces de parar el aluvión de personas que iban a visitarles y su necesidad de intimidad quedó frustrada. Por otra parte se ve cómo lo tratado en el curso hizo poca mella en el varón como dice **An: Lo que me sorprende es que haya venido aquí (el marido) y no se dé cuenta, es lo que me extraña.**

Gutman (2009) señala que los problemas que aparecen en las parejas tras el nacimiento de los hijos ya estaban presentes en los acuerdos que cada pareja pacta previamente, casi siempre de forma implícita e inconsciente cuando se forma la pareja y que depende de la madurez emocional de sus miembros. Para construir un vínculo de pareja equilibrado cada miembro de ésta se ocupa de sí mismo y además satisface las necesidades y deseos del otro. Así al nacer el hijo, la madre puede desviar la atención de sí misma y del padre hacia el niño, mientras que el hombre continúa apoyando a la mujer. De este modo los tres permanecerán unidos, garantizando una maternidad feliz a través de esta cadena de apoyos emocionales.

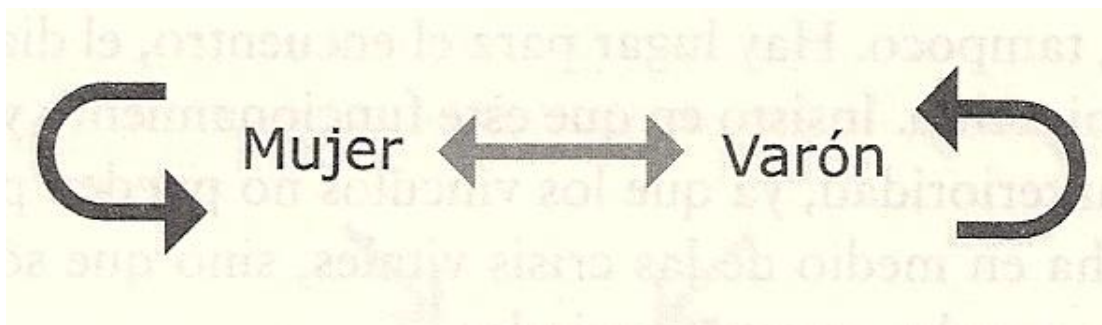


Figura 15. Vínculo de pareja equilibrado. Fuente: Gutman (2009, p.127)

El puerperio es un periodo en la vida de la mujer en el que se produce un gran desequilibrio emocional y que sólo se puede superar con éxito si la mujer encuentra apoyos en las personas que la rodean. En el modelo de familias nucleares es del hombre del que se espera que surja este soporte. Pero algunos de ellos, como en el caso que nos ocupa, era incapaz de satisfacer esta necesidad ya que el marido de *An* se encuentra ubicado en un lugar infantil en el que se siente abandonado tras el nacimiento de su hijo (Brazelton 2001) y así lo refiere *An* cuando dice: *A él lo veo más inmaduro.*

Siguiendo la tesis de Gutman (2009), en las relaciones de algunas parejas, las mujeres suelen hacerse cargo de las necesidades emocionales, afectivas, vinculares e incluso económicas de los hombres (también se da en este caso donde el marido de *An* está en el paro, siendo ella la única que cuenta con un trabajo remunerado. Este tipo de relación puede ir bien hasta el momento en el que nace el hijo, cuando la mujer retira todo su apoyo al hombre y hacia sí misma ya que toda su energía la destina al niño. De este modo, el padre queda excluido de la díada y la madre subsiste sola sin apoyo para criar

al hijo. Este funcionamiento provoca insatisfacción e infelicidad para todos ya que el padre se siente solo, celoso y abandonado. Una frase que delata estos sentimientos son las amenazas que el hombre y padre de la criatura hace a la madre de que él no atenderá a su hijo cuando ella se incorporé al trabajo: ***Me dice que cuando me vaya a trabajar lo dejará llorar.*** Pero la madre también se siente sola además de desamparada, agotada y ocupada con los quehaceres de la maternidad.

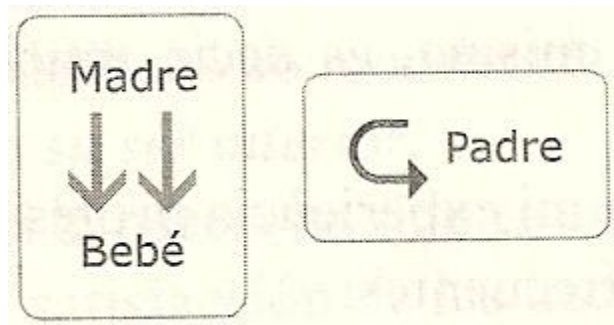


Figura 16. Padre excluido de la diada y madre sola para criar al bebé. Fuente: Gutman (2009, p.82)

Se puede observar también la incidencia negativa de la suegra a lo largo de este discurso. Por una parte por su influencia para infantilizar al hombre. **An** ve constantemente la amenaza de la suegra sobre las decisiones que toma el hombre, lo intuía incluso antes del nacimiento del hijo, como lo manifiesta en esta frase de la segunda entrevista: ***Si no hubiera venido, se hubiera puesto cabezón mi madre, mi madre.*** Pero también se observa que el criterio de la suegra también le influye a ella cuando se refiere a si debe o no coger al niño cuando llora y parece que la información recibida en la EM contrarresta la de la suegra respecto a los cuidados del RN (cura del cordón umbilical). Lo que resultó muy humillante para **An** fue el comentario sobre sus pezones: ***Mi suegra me dijo que me habían quedado pezones de negra.*** Se recuerda con que tristeza relataba ese episodio.

A la vez se aprecia como ganó más protagonismo la suegra que la madre de **An** que se mantiene al margen del acontecimiento, expectante a lo que la hija le pida. Pero **An** no quiso que su madre conociera la realidad para evitar enfrentamientos con el hombre-hermano. De este modo pasó un puerperio muy duro al no contar con ningún apoyo.

A continuación vamos a conocer el discurso de **Ele** que afortunadamente tuvo más apoyos con las personas de su entorno.

*2ª entrevista; antes del parto*

**Ele:** *Que nadie se moleste si quiero estar encerrada. Lo que yo no sé si me adaptaré porque como viene su familia, yo con mi familia sí que tengo mucha confianza para decirles no vengáis, y sé que no se van a molestar pero con su familia que vienen desde Argentina,... sabes, es como decir...Y yo a él ya se lo estoy diciendo yo no sé cómo voy a estar pero que tú no te molestes ni nadie se moleste si yo pillo la puerta y me voy y me tiro 7 horas en el cuarto encerrá porque a lo mejor no me apetezca ...*

En el relato de **Ele** se puede comprobar que ya presentía antes del parto que la relación con los suegros no es fácil y que el puerperio requiere cierta intimidad. **Ele** tuvo una cesárea con complicaciones por lo que precisó más cuidados de lo habitual, pero tuvo en todo momento el apoyo de su madre y, aunque con suegros incluidos en el domicilio, pudo salir a flote de la profunda crisis que para determinadas mujeres es el puerperio.

*3ª entrevista; después del parto*

**Ele:** *Así que muy desagradable, muy desagradable, porque me dijo la cirujana que me operó me dijo, que sepas que tú puedes tener un parto vaginal, (...) **Mi suegra cuando vino me dijo: Ya sabes que los otros también son con cesárea. Y yo dije: No me dijo a mí eso la médica que me operó, pero en fin....***

*no podía ....Claro, mi madre se quedaba conmigo por las noches ella se quedaba con la niña la relajaba mucho, ..Si lloraba la cogía y la calmaba para que yo no me pusiera nerviosa, entonces,*

**L:** *¿Han coincidido tus padres y tus suegros?*

**M:** *Sí, pero yo les dije que se quedarán...Yo no me encontraba bien....y yo como con mi madre no estoy con nadie (...) **Que mi suegra son muy simpáticas, todo lo que quieras, pero...mi madre me entiende mejor y la entiende mucho mejor a ella.** A lo mejor también porque como es mi madre, tiene más confianza para coger a la niña y mi suegra al ser yo la madre de la niña, o sea al no ser su hija. Pues a lo mejor se anda con más cuidado. Yo lo entiendo... Ya ves tú, que la coja a mí me da igual.*

*Ese día que se fue (su madre), yo estaba más nerviosa, estuvo todo el día llorando... Yo no me encontraba bien. **Mi madre me ha ayudado muchísimo, muchísimo. G (el marido) también, se ha portado, vamos,... Me lo esperaba... pero mucho más de lo que yo me esperaba.***

***Pero mi madre, que yo estoy dando la teta, pues... mientras ya ha hecho la comida, ya ha hecho... me ha facilitado tanto la cosa, (el sexto sentido de la mujer, dice E) Si que el hombre no lo tiene de ninguna manera, entonces claro (...)** Si no hubiera estado mi madre,... No te digo que me dé depresión, pero sí que **lo hubiera pasado peor.** Porque me ha quitado toda la carga exterior me la ha quitado ella para que yo esté solo con la niña. De hecho me decía:(...) me encargo yo. Ella se ha encargado de todo....Incluso al principio que lloraba y estaba yo con le herida que no (...), **además venían mis suegros,... Que es más estresante, por mucho que quieras no es lo mismo, estar tú sola que estar con...***

La pareja de **Ele** también parece que se implicó y recibió de él más de lo esperado pero sin lugar a dudas fue su madre la piedra angular. Siguiendo las teorías de Gutman (2009) parece que es imprescindible comprender con qué apoyos emocionales se cuenta en el puerperio para saber qué es lo que se puede pedir, acordar o construir. Las mujeres que acaban de dar a luz, pasan por una situación que es difícil de comprender, están en

una posición en la que se encuentran muy sometidas a la influencia de la energía *yin*. Esta energía *yin*, como hemos visto en el gráfico anterior, guarda muy poca relación con el mundo racional y sin embargo va a depender mucho de la historia personal de cada mujer. Por eso es tan distinta en cada una de ellas. La función de las personas que rodean a la puérpera es sostenerlas, comprenderlas y apoyarlas. En ocasiones se cuentan con apoyos que no son los deseables o los socialmente reconocidos pero son los válidos. Aunque desde todos los foros se trate de fomentar la familia nuclear y que el padre de la criatura sea el soporte de la puérpera nosotros a través de este trabajo comprobamos que son más las mujeres que encuentran los apoyos en sus madres que en sus parejas. En el discurso de *Ele* se refleja de una manera contundente, la madre es nombrada continuamente como la persona que realizaba todas aquellas tareas que le facilitaban el descanso y le proporcionaban la paz necesaria para recuperarse. Parece que la madre adivina en cada momento cuáles son las necesidades de la puérpera mejor que el marido.

Respecto a la familia política en general, y luego ya centrándolo en la suegra, se observa que es una amenaza que se presenta ya desde el embarazo. Lo veíamos también en el caso de *An*. Y se comprueba que se hace realidad tras el parto. En este testimonio se deja ver la presencia de la suegra con comentarios poco afortunados, con la sentencia de que volverá a tener otra cesárea, algo que es totalmente desconocido e incierto y aunque no sabemos si se dice en tono peyorativo. Lo que sí queda claro es que es un comentario innecesario y mal recibido por la mujer puérpera. Como vemos los suegros son un factor de estrés añadido en el puerperio.

Otra situación diferente es la vivida por *Mj*, que además de ser la de mayor edad, dentro de las primíparas, parece que era la más independiente del grupo estudiado. A través de sus comentarios da la impresión de que siempre había delimitado muy bien su propio espacio.

2ª entrevista; antes del parto

*Mj*: "A la familia va a estar ahí porque **la familia se emociona mucho** y sabes que va a estar ahí porque **no los puedes controlar mucho....** A los amigos les puedes decir que vengan más tarde. Y a la familia yo estoy **mandándolos a todos de vacaciones....** Por no decirles directamente **no me molestéis que os voy a echar de casa...** Esa idea sí que la tenía pero me la has reforzado....**Tienes que adaptarte, es un cambio, van a venir y no los vas a hacer ni caso,...** Tú estás pendiente de que si respira....que si llora, **bastante tienes en adaptarte a todo eso y comprenderlo, como para preocuparte de lo que hay al-**

*rededor (...) Yo es que se lo cuento todo a J. A mí lo que me dice José (pareja) es si hay algo que te molesta que se lo puedes decir igual a mi madre como a la tuya. Pero yo le digo que no es lo mismo. Tú a tu madre se lo puedes decir y puedes decir cualquier barbaridad y a los 2 minutos no pasa nada pero lo digo yo y ya va a pensar que se lo estás diciendo con mala intención y no es lo mismo. Ahora ya esa idea ya he conseguido que la cambie. Además como los míos son muy pasotillas que vienen... enseguida se cansan y dicen vámonos. Yo sé que con los míos no voy a tener muchos problemas. Lo malo son los suyos porque son muy de meterse, de estar ahí...*

A través del discurso de **Mj** se puede observar cómo la mujer gestante va presintiendo esa necesidad de intimidad que pueden interrumpir los amigos y familiares. También sabe que no es lo mismo la familia propia que la del consorte, se consideran generalmente mejor los propios, es decir los de la mujer. Además tiene claro que quien debe aclarar las situaciones es cada miembro de la pareja con la familia de su propia sangre.

3ª Entrevista; después del parto

*Además...estaban ahí mi madre, las dos abuelas y ellas diciendo "que hay que hacerle..." y miré a mi madre que hay más confianza y no pasa nada como diciendo...mmm tú déjame a mí en paz que no sabes cómo me apaño.*

*L: Tú siempre te has protegido mucho del entorno*

*Mj: Yo, siempre he marcado mucho las diferencias y mi territorio yo escucharte te escucho, pero luego ya veremos lo que hago... Me conocen más los de mi casa que los otros.*

**Mj** tuvo un parto fácil y rápido sin ninguna intervención. Ni tan siquiera hizo uso de la anestesia epidural. Vivió un puerperio muy sereno y sin complicaciones y podríamos justificar el éxito a varios factores pero uno de ellos fue esa barrera que supo establecer entre ella y *los otros*. En su relato no menciona a su madre ni a ningún otro miembro de la familia como soporte, aunque parece que fue su pareja (pero tampoco la menciona) quién le acompañó en todo momento y quizás sea la mujer del grupo de estudio que mejor adaptación tuvo a la nueva situación. Por ello vamos a analizar qué diferencia a **Mj** de las otras mujeres.

Su mayor valor radica en lo realista que es con las personas del entorno. Según se desprende de su discurso parece que es más fácil librarse de los amigos y de la familia de la madre, que de la familia del padre. Y deja claro que cada parte de la pareja debe pactar con los suyos los límites de incursión, es decir el tiempo del que pueden disponer los familiares para acercarse a la madre-hijo, sin perjuicio de alterar este vínculo. Fue tan protectora de ese vínculo que aunque no se ha transcrito, reconocía que había desconectado los teléfonos y no cogía las llamadas. Ésta es una acción extraordinaria e

infrecuente en la sociedad actual. A las mujeres les cuesta mucho cortar con el entorno tan intercomunicado que les tiene pendientes del exterior restándoles la energía que precisan para mantener de forma adecuada su interior. El sufrimiento de la puérpera se debe a no permitirse la introspección femenina y el camino hacia sí misma, sin distracciones externas (Brazelton et al., 2001; Jordan-Desgain, 2005; Winnicott, 2006; Gutman, 2009).

Con respecto a la pareja no ofrece información concreta, tan sólo hay una frase a destacar *Yo es que se lo cuento todo a J.* A partir de ella y porque tampoco en ninguna otra parte del discurso hace ninguna alusión negativa hacia él, podemos interpretar que su relación era equilibrada y que el tipo de relación que se estableció en el puerperio fue el del hombre que apoya a la mujer.

Gutman (2009) y Brazelton et al. (2001) apuntan que cuando el padre está unido a la díada a través del apoyo emocional a la madre, queda involucrado constituyendo de esa forma la triada garantizando una cadena de apoyos para una maternidad feliz.

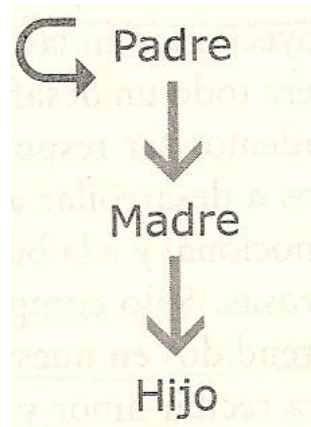


Figura 17. Triada: vínculo familiar equilibrado en el posparto. Fuente: Gutman (2009, p.74)

Una vez más se observa que la suegra no es la madre, pero que cuando se han establecido los límites nadie los atraviesa, ni siquiera la suegra, y de este modo no permite que le agrede.

Otra situación diferente fue la vivida por *Van* que aunque su pareja la protegió, ella echó de menos la presencia y colaboración de su madre.

*2ª entrevista; antes del parto*

**Van:** *Creo que mi madre me ayudará un tiempcito, pero bueno, no creo que se quede a dormir en mi casa,... Yo le he dicho que me tiene que ayudar, por lo menos a hacerme las cosas en casa,...Se irán unos días de vacaciones,...Pero como mi chico también va a tener un mes pues ya no es lo mismo, que cuando se iban a los 3 días a trabajar. **Supongo que también él podrá ocuparse de las cosas de la casa, la comida la puede hacer mi suegra. Yo, ya les he dicho que yo sólo me tengo que ocupar del niño,** y cuando él duerma yo dormir y ya está. Y me dicen y te vas a estar levantando todo el tiempo. Y yo digo, pues claro si llora tendré que levantarme para darle el pecho, por la noche o cuando sea. Eso me ha quedado claro. (...) A veces, mi madre no te lo dice pero... **cómo que no vas a poder hacer nada más que cuidar al bebé (reproche). Como que ellas a parte de estar con nosotros hacían el resto de las cosas.** ...o mi suegra, que como es que voy a estar todo el rato con el niño, que también hay que hacer el resto de las cosas, ....Yo les he dicho que me ayuden que la 1ª semana o el 1º mes pues que tengo que estar cuidando al niño siempre (...) Mi marido lo peor es con las comidas, las limpiezas y eso bien.*

***El mayor apoyo y confianza con mi chico y con mi madre, supongo que mi madre estará conmigo el tiempo que yo necesite.***

En **Van** podemos apreciar que también había planificado bastante su puerperio. Durante el embarazo tenía pensado quienes iban a ser sus apoyos: pareja, madre, y suegra. Además a cada uno de ellos les tenía destinado una tarea y parece que lo logró.

*3ª entrevista; después del parto*

*L: ¿Cómo ha ido tu relación con tu madre?*

**Van:** *Bueno, ahora estoy un poco, así,...Porque **no me hace mucho caso.** Mi padre está de vacaciones y se han ido. Esta semana están pero tampoco ha bajado mucho... Se van a ir otra vez y se van a quedar toda la semana en el pueblo, y **yo me encuentro sola.** Es que **decía ella que ya estaba mi marido conmigo** que para qué iba a quedarse ella.*

*L: Y tú ¿le has dicho que te gustaría que se quedase?*

**Van:** *Sí, pero...Yo ya no se lo voy a decir más.... A lo mejor solo se piensa que yo solo quiero que me haga las cosas, y ya está.*

*L: Y a ti qué te gustaría? No solo eso?*

**Van:** *No claro, yo quiero que por lo menos, **que me acompañe.** Aunque, como solo llevo 2 días sola tampoco me encontrado sola, Pero yo que sé.*

*L: te gustaría que te viniera a ver un par de horas cada día?*

**Van:** *Sí, pero yo que sé. Es que ella está muy ocupada. Quiero decir, mi familia es muy complicada. Tiene muchas cosas.... y **ella es la cuidadora de todos,** siempre.*

*L: y tú tienes más apoyos? Amistades tienes cerca?*

**Van:** *Bueno aquí en el barrio tengo menos. Tengo una amiga en Madrid...pero las demás están más lejos, porque yo vivía en... mi suegra está cerca también. Y bien, ayer fuimos a su casa y nos dio la comida de hoy, y esas cosas.*

*L: Con quien te sientes más cómoda?*

**Van:** *Hombre, **con mi madre.** Si fuera mi.... **Mi madre me está llamando todo el día.** Bueno que si fuera en otro mes que mi padre no estuviera de vacaciones, pues eso, a lo mejor se quedaba conmigo, pero ahora se va con mi padre, claro... Así se libra de mis hermanos y se queda más tranquila.*

El día que se realizó la 3ª entrevista, manifestaba un poco de decepción con la actitud de la madre. Daba la impresión de que experimentaba una sensación de abandono y soledad. Tan solo hacía dos días que su pareja se había incorporado al trabajo y parece



que él le había propiciado los apoyos requeridos, sin embargo ese día se sentía sola. No solo necesitaba la ayuda doméstica sino también *la compañía*. Pero como ella misma reconoce su madre tiene una vida muy complicada y parece que es el soporte de casi todos los miembros de la familia, por lo que ya no está disponible para **Van**.

Desde antes del parto, la madre y la suegra no entendían muy bien que ella solo pudiera estar disponible para el niño. Resulta paradójico, cómo las que ya han sido madres y pasaron por el puerperio no comprendan el momento que le toca vivir a la nueva puérpera. Gutman (2009) señala que *cuando pasamos a ser madres, contamos, consciente o inconscientemente, con la madre que hemos tenido. Este es otro aspecto oculto que se pone en juego durante el puerperio. Por eso sorprende. Sobre todo cuando nos hemos identificado polarizadamente con aspectos opuestos a las características molestas de nuestra propia madre* (2009, p.34). *Por eso los padres tendríamos que trabajar sobre nuestros aspectos más ocultos; de lo contrario, los hijos quedan atrapados en el torbellino de nuestras sombras proyectadas* (2009, p.70). Según esta teoría probablemente la madre y suegra de **Van** no tuvieron muchos apoyos en sus puerperios tal como se desprende de la frase: ***cómo que no vas a poder hacer nada más que cuidar al bebé. Como que ellas a parte de estar con nosotros hacían el resto de las cosas*** Y tal vez **Van** sufrió algún tipo de abandono en su etapa de recién nacida. No siempre las madres están en condiciones de aceptar y vivir el puerperio como se debe. Es más, se podría decir que muchas de ellas no tienen los apoyos suficientes para poder establecer el vínculo adecuado con su criatura y que ésta no sufra el abandono al que nos estamos refiriendo. Buscar en los recuerdos y las emociones de la infancia proporciona a las mujeres recursos para comprender la gama de sensaciones contradictorias y sorprendentes que las invaden (Brazelton et al., 2001; Miller, 2005; Gutman, 2009).

Y por último vamos a conocer como **Cir** contó con el apoyo incondicional de su madre, aunque también se vio invadida por las visitas:

2ª entrevista; antes del parto

**Cir:** *Yo es que mi familia no vive en Alcalá y mi madre me ha dicho que cuando nazca el niño ella se vendrá para cuidarme, y yo a atender al niño. Yo, tú no te preocupes que el niño para ti que te tiene que conocer el niño, yo voy a estar contigo para comprar, hacer comidas, limpiar, la compra y tal... pero tú a estar con el niño porque tienes que conocerlo yo te lo cogeré de vez en cuando ..... para que tu no estés pendiente de ello yo iré y me quedará una temporada, lo que necesites.*

La madre de **Cir** tenía muy claro cuál era su papel ya antes del nacimiento del nieto. Se trata de atender las necesidades básicas de su hija, para que se sienta cómoda con todas las tareas domésticas cubiertas y así poder cuidar a su criatura, libre de otras preocupaciones. En este caso fueron promesas cumplidas que dejaron satisfechas a todas las partes como se ve en la siguiente entrevista

3ª entrevista; después del parto

**Cir:** *Ahora estoy bien pero ha habido unas semanas que han sido horribles, muy duras. La gente, y yo con fiebre en casa. Y **menos mal que estaba mi madre en casa que ha sido la que se ha estado moviendo, pero mi madre se ha ido ya. Que puede poner y quitar cafés I. (la pareja), pero que no me da la gana...***

*El otro día fuimos a casa de los suegros y le dice el hermano <<¿te vienes con la bici?>> yo no le dije ni mu. Él sabrá lo que tiene que hacer y lo que no. y dijo: “no porque no puedo... <<¿Y por qué no puedes?>>. **dijo la madre(...)** me miraron con cara de ya le ha cortado las alas a éste. No le he cortado las alas a nadie. Pero tú te crees la madre diciéndole <<¿Y por qué no puedes?>> ...*

***Pero bastante agobio tienes que poner al pecho al niño que ya es suficiente,... Menos mal que él contesta...Yo creo que por eso muchas madres se pasan al biberón. Yo he llegado a la conclusión.***

Una vez más se confirma la eficacia del apoyo de la madre. **Cir** también recibe la ayuda que precisa por parte de su pareja que sabe hacer frente a su familia ante la tentación que le tienden para que retome sus actividades deportivas. Y por último se comprueba una vez más, cómo la suegra no comprende o no quiere comprender las necesidades de apoyo de la puérpera. Además trata de restar apoyos y alejar al padre del rol que le corresponde como acompañante y facilitador de las necesidades que tiene una mujer que a su vez debe utilizar todas sus energías y recursos a la crianza de su hijo. También, resulta paradójico que una mujer, en este caso la suegra, que ha experimentado en su propia persona una experiencia tan intensa como el periodo de puerperio, sea capaz de generar en otra mujer esa emoción de malestar y desagrado.

A **Est** le costaba mucho mencionar a las personas que están en su entorno, había que preguntarle con mucha intención para que manifestara algo sobre ellas. En la primera entrevista al mencionarle a la madre decía:

2ª entrevista; antes del parto

**Est:** *Mi madre era más el empeño de tener un nieto que de compartir la experiencia que ella vivió con la maternidad o de las sensaciones, no eso no.*

Ya mencionamos en apartados anteriores que era muy independiente y autosuficiente. Parece que compartir sus emociones con otras personas no es una de sus necesidades. En la segunda entrevista solo menciona a sus amigas con las cuales no comparte modelos de maternidad y crianza, pero no afecta en que sean personas muy próximas. Es admirable como aun estando en total desacuerdo con el planteamiento de aspectos tan esenciales en la vida, el respeto mutuo sea tan alto que les permite compartir una amistad.

*2ª entrevista; antes del parto*

**Est:** *sí, sí porque tengo muchísimas amigas que han dado a luz por la privada y tengo muchísimas amigas que tienen una cicatriz aquí (se señala el abdomen) pues porque quedan un día (con el ginecólogo) la cosa no va bien, es un parto que te lo provocan no empiezan en dilatar y al final acaban en una cesárea.*

**L:** *¿Y estas amigas no se dan cuenta de esto?*

**Est:** *yo creo que valoran otras cosas que yo no valoro. Valoran a lo mejor tener una habitación para ellas solas y poder descansar que yo digo si la cosa sale bien son 2 días compartiendo habitación con otra persona. Valoro mucho mas el... ponerme de parto de manera natural y llevar otro ritmo que no el seguir la agenda de un médico. ...No sé también la gente se vuelve muy tonta con determinados... No es que voy a dar a luz en un hospital, en determinado círculo (social) como que está muy mal visto. Pues que tienes que ir a la privada porque son clínicas más preparadas, como más monas,...mas...chorradas...para mi, chorradas. Para mí que no se valora lo importante....*

**Prejuicios de pertenencia a una clase social.** *Para mi chorradas, creo que no se valora lo importante"*

Este discurso invita a la reflexión sobre el tipo de asistencia que se da en las distintas instituciones, pero no olvidemos que es la exigencia de las mujeres que demandan *quedar un día a una hora para que nazca su hijo*. No vamos a entrar en esta cuestión. Tan solo señalar que la fortaleza de algunas personas manteniendo sus ideales frente al grupo, en algunas ocasiones, es poderosísima y admirable ver cómo la libertad individual prevalece frente al grupo.

En la entrevista del puerperio sí que nos habló de las personas que le estaban ayudando y cómo lo hacían.

*3ª entrevista; después del parto*

**L:** *y con tu madre ¿qué tal?*

**Est:** *muy bien muy bien. Ella se ocupa de la casa, yo me ocupo de la niña. Siempre me ha ayudado. Mi madre no le gusta...siempre me dice es que la estas mal acostumbrando porque me ve con ella en brazos y que la meto en la cama y cosas de esas, pero de ahí no pasa. Y lo que siempre ha hecho es ayudar. O sea ella no es de las típicas que va a casa y está...paseando el cubo. Te recoge la cocina te prepara....te pone una lavadora, te la recoge, que está haciendo cosas, cosas que a ti te vienen muy bien porque tú te dedicas a la niña y todo eso que está recogido cuando viene la otra del cole. Mi hermana también, yo tengo mucha suerte. Esta toda mi familia aquí. Pues si hoy no te encuentras bien voy a*

*buscar a la niña al cole y tú te quedas tranquilamente en casa durmiendo. Que en ese sentido tengo mucha ayuda y claro eso también se nota. Mi hermana no tiene hijos y estas son sus niñas. Porque mi hija Silvia, ha pasado. La recoge en el cole desde que tiene 3 años la va a buscar al cole y se la queda hasta que yo salgo de trabajar. la lleva a inglés, la trae, juega con ella, cocina con ella,...se quedan a dormir muchas veces que es como si fuera su segunda mama, es mucho más estricta que yo.*

*L: ¿Hablabas mucho del parto con ellas (madre y hermana)?*

*Est: No, no. Hemos estado muy unidas,....así que lo pasamos muy bien juntas, pero de temas de partos, no, no...No hemos hablado´.*

*....con A. (pareja) también comparto cosas, A. **también se ha preocupado de que yo descanse, colabora en casa**, bueno, no te quiero decir,...debe hacer el 70% de las cosas, cuando bien a casa, prepara la cena, si yo estoy bañando a una u otra se ocupa del resto, o sea, colabora muchísimo y siempre está preocupado porque descanse. Porque me dice, tienes mala cara, tienes ojeras, trabajas demasiado, te preocupas demasiado,...por esto, por lo otro, tienes que ser más egoísta,...en ese sentido **la verdad es que tengo mucha suerte, tengo a la familia, tengo a la pareja y todos se preocupan porque descanse. Con lo cual es muy, muy fácil.***

*(La pareja)... él vino en la otra EM a un par de clases, pero,... no vino a más porque dijo **es que no hacemos más que estorbar**, y esta vez no ha venido a ninguna. A parte porque esta vez ha sido por la mañana y el trabaja por la mañana.... Y en el parto, me ayudo muchísimo. Me dijo quieres que te cuente algo para que te distraigas y tal y yo le decía si, o no, o ahora déjame, ....sabes...en ese sentido muy, muy bien... **Tengo mucha suerte, Lourdes.***

En efecto, tiene mucha suerte. *Est* ha podido disfrutar de su hija, sin tener que estar desgastándose en otras tareas. Ha sido una mujer muy cuidada por la madre, la hermana y la pareja. Cada uno de los miembros de su familia hace lo que puede y logran mantener cubiertas todas sus necesidades ¿Por qué otras mujeres no consiguen esa misma atención? Cabe destacar que está mujer no menciona a ningún miembro de la familia de su pareja. Solo en una ocasión mencionó a la suegra para comentar que se desplazó hasta Alcalá desde su lugar de origen, cuando nació su primera hija, y para mantener mayor intimidad se instaló en la casa de sus padres (en casa de los consuegros). Para ella todo han sido ventajas, estar rodeada de los suyos y no malgastar energías con los ajenos.

Otra experiencia no tan afortunada es la que manifiesta *Mjo*, que aunque también era su segundo hijo, no por ello estuvo cargado de ventajas.

*2ª entrevista; antes del parto*

*Mjo: Yo el verano lo llevo falta, siempre. Yo el verano es que... y **además es que me da pena, porque se me acerca (el marido) y me toca y me da tantísimo calor que es que.. ¿sabes?...y me da pena,.. Y es que no lo puedo remediar, no lo puedo remediar. Luego es que ni me toca, ni me abraza y pa alla y pa aca y es que me tiene ...y luego es que es muy cobardica ....***

*L: ¿Y con tu familia?*

*M: Si, sí,... eso, eso, **es otro tema muy complicado** -----si pero no entienden, porque yo se lo he hablao y claro yo he estado yendo a las sesiones que tenia a **las terapias y***

*siempre era: Mjo y tienes que decirles ...Y yo siempre iba y les decía es que esto es así, sobretodo mi madre, mi madre, como que....., si pero ella es de las antiguas, antiguas uuuuh. Uuuuh.... Es lo que le digo yo muchas veces, mama si es que las cosas hay que verlas como son. Porque no es que no va a pasar,...porque sí, sí que pasa y las cosas hay que afrontarlas como son. De que me sirve a mí el decir que no hay nada ahí, cuando está ahí.*

*...Bueno, yo la verdad es que mi madre se vino ya... a mi casa por lo menos a los 3 meses. Bueno cuando ya me dijeron que... que me querían dejar ingresá. O sea yo ya estaba para ingresar y ya me querían ingresar... Y entonces mis hermanos dijeron que no que no. bueno ellos dieron la opción de ingresarme o de que alguien se hiciera cargo de mí. Y entonces mis hermanos dijeron que no, que ellos se hacían cargo y entonces claro pues mi madre,...Porque claro porque mis hermanos por el trabajo, pues tampoco podían estar todo, todo el día. Y entonces mi madre dijo pues no os preocupéis que yo puedo estar ahí y cuando los fines de semana y cuando eso pues que se vaya para allá. Entonces se vio que yo, ya no podía, y por lo menos como dijo mi madre, por lo menos que coma.*

Parece que con la pareja no hay una buena relación, aunque se siente culpable de rechazarlo hay algo en él que le desagrada y lo achaca al calor. Aunque también echa de menos en él, algo más fuerte en quién poder refugiarse. Brazelton et al. (2001) señala que la transición de la madre en el embarazo, parto y puerperio se ve muy afectado por la actitud del padre. El apoyo emocional que éste ejerza sobre la mujer se manifiesta en una mejor adaptación de la madre en sus competencias para sobrellevar todo el proceso, incluso influye en la capacidad para amamantar. Cuando el padre participa activamente en el embarazo, además de mantener un vínculo más estrecho con su pareja, se está preparando a la vez para desarrollar el rol de padre. Como vemos en este caso el padre parece ausente, con sensación de estar desplazado, rol que da la impresión, fomenta la madre. La sensación de exclusión que experimenta el padre también se ve favorecida porque la madre pasa a ser la protagonista durante el embarazo para el resto de las personas, pasando el padre a desempeñar un papel más secundario. Todos se interesan por la mujer embarazada y quieren complacerla y cuidarla. La mujer también espera lo mismo de su marido. Esta sensación de exclusión también se ve acentuada por la responsabilidad irracional que siente el padre como causante de dicho embarazo y se culpa de los malestares que experimenta la mujer, tales como náuseas, calores o fatiga.

La familia, especialmente los hermanos, de *Mjo*, fueron los que tuvieron que hacerse cargo de su cuidado o los que asumieron la mayor responsabilidad, cuando los profesionales sanitarios consideraron necesario su ingreso hospitalario. Es sorprendente como el marido no aparece en este episodio, ni interviene en la decisión de que no sea ingresada, ni aporte apoyo para que los cuidados los reciba en su propia casa. También

parece que la madre asume la tarea de cuidarla por imposición de sus hijos, sin ser un deseo sentido por ella. En este caso no son los personajes habituales, madre y pareja, los que han acompañado y cuidado a las mujeres puérperas, sino los hermanos. Hay que agradecer la presencia de familias extensas para que las necesidades de las madres sean cubiertas.

*3ª entrevista; después del parto*

**Mjo:** yo ya decía no puedo más. ...yo no dije nada...pero lo tuvieron que ver. lo tuvieron que ver. ...además que **con mi madre medio discutí allí**. Sabes...una **rivalidad con mi suegra tremenda**, pero tremenda....sí, sí, sí. O sea tremenda. Porque mi madre es de las que llega...y allí era que se sentaba allí y ... y **mi suegra llegaba y unas voces que ehhsahh ...eeeh, ...ahahah**. Y **luego fotos** y no sé cuantas...y ya una de las veces vino más gente y **ya le dije: mama haz el favor** digo que es que aquí hay mucha gente y es que la voy a echar. Dije haz el favor. ...es como yo la dije. **Vino mi amiga y le deje a la niña con ell.**, Como la dije. Porque es a la única que yo le puedo decir: por favor salte es a ti. Que es con la única que tengo confianza y a la que se lo puedo decir. ---hombre se tuvieron que dar por aludidos porque cuando yo llegué después de hablar con mi madre, ...llegué con una cara que dije como me digáis algo..... jejeje como al que sea. **Porque claro luego te sientes mal**....yo decía la pobre. Que ella no se menea de ahí de una silla. ...pero era con la que yo tenía confianza. **Con mi hermano, mi hermana, ...Con mis cuñados por parte de mi gente que yo sí que puedo decir: oye, oye,...que me veis agobiá.**

...yo, a mi cuñada por la parte de mi hermano **le había dicho:** "Esto no va a ser como la otra vez". Y me dijo: "Además que me parece perfecto". Además que **mi cuñada es la que me empezó a llevar al psicólogo y al psiquiatra** o sea que ella fue la que me dijo me parece perfecto Mjo. Y ella llegó allí y **fue la que se puso en un rinconcito allí. La miro así dos veces y se fueron....** al día siguiente, **que a mí me daba pena**. Todo el mundo era. Y yo a mi cuñada que era ....que ni siquiera la ha podido coger. ....(se emociona y llora). A mí lo que me molesta es eso que ella se ha portado y aquí todo el mundo la cogió. Porque yo les dije: "Cogerla aquí porque en casa se ha acabado"... Y claro me sentí mal por ella... **Si en casa me han dejado vivir.**

...**La verdad es que yo tengo mucha confianza con ella (la cuñada). Yo tengo una hermana y tengo más confianza con ella casi que con mi hermana, eh...** Y mi hermano igual. Es que son los 2 como,....porque al día siguiente no fue y me mando un mensaje. Y me mando un mensaje y yo dije, madre mía, no me mandéis estas cosas que yo me emociono,...

L: ¿y con tu madre?

**Mjo:** bueno es que yo **con mi madre es que siempre hemos chocado**. Siempre, siempre,...bueno el otro día discutí también en casa, , **discuto...pero luego me siento mal**.....porque si le tengo que decir que es blanco, es blanco y punto y ya está.

L: ¿y los consortes?

**Mjo:** bien, **los consortes no vienen por casa**. ...

L: y con tu marido?

**Mjo:** bueno, **estamos ahí un poco....fastidias,..Por su ...Está muy deprimido**, está muy...pero, es que ya lleva tiempo así, Lourdes. ...y estamos....El en cuanto le digo algo se piensa que lo estoy atacando. Muy mal. Llevamos una temporadita de aquella manera....Y yo muchas veces le digo: vas al psicólogo, al psiquiatra y se lo he dicho millones de veces...pero no quiere ir. Qué hago yo. ...Me da coraje. Tremendo. Si fuera un niño le llevas de una oreja, pero,...Así no hay nada que hacer...pero es que N. (el marido) **ya lleva desde que yo me quede embarazada.**

Después del segundo parto las cosas fueron mejor, aunque las personas del entorno no respondieron como esperaba esta mujer. Vemos la rivalidad de la madre y la suegra en los primeros momentos tras el nacimiento queriendo ganar protagonismo. El marido deprimido. Y salvando la situación como en el primer hijo, son sus hermanos y de una manera especial la cuñada donde encuentra amparo y apoyo. Afortunadamente ha tenido coraje para adaptarse a la nueva situación, aun con un ambiente tan desfavorable como el proporcionado por las visitas en el hospital o la presencia de un marido deprimido en la casa. Está deprimido desde que ella se quedó embarazada. Podría ser el desencadenante de su depresión el embarazo. Como señalan Brazelton et al. (2001) y Gutman (2009), existen dos perfiles de padres, aquellos que se sienten solidarios con sus mujeres y desean complacerlas y nutrir las y los que muestran tener poca conciencia de sus sentimientos y no tienen capacidad para nutrirse por ellos mismos y sienten celos de su mujer y su recién nacido. En ciertas tribus primitivas este segundo perfil de padre se ve representado por el síndrome de *Couvade*, en el que el varón simula el proceso del parto, metiéndose en la cama y dejando que los que lo rodean lo cuiden y atiendan. O como señalábamos anteriormente los indios Huichoes de México o los vaqueiros de Alzada. En todos estos casos los hombres escenifican su envidia hacia la mujer y su malestar por no ser los protagonistas. En nuestra sociedad se dan otras formas como trastornos digestivos o dolores musculares o tal vez depresión como en este caso. Brazelton et al. (2001) señala que cuando llegan a superar estos conflictos pueden llegar a desarrollar una relación adecuada con sus mujeres.

Como señalábamos al principio las personas presentes en los relatos de todas las mujeres son sus madres, sus parejas y sus suegras. Para cada una de ellas la relación fue diferente. En casi todos los casos **la madre** fue un personaje de influencia positiva, su apoyo y comprensión de la situación; hacía que las mujeres se sintieran a salvo. Esto se ve claramente en *Ele y Cir* sus madres estuvieron presentes en algunas de las sesiones de EM. *Van* no la tuvo y la echó de menos. *Mj y An* ni siquiera la echaban de menos; da la impresión que no sentían mucha proximidad en esa relación. **La pareja** fue un elemento positivo para todas excepto para *An y Mjo*. Y a pesar de ser positivo no lo nombraban con la misma intensidad que a la madre. Parece que la que de verdad las comprendía y adivinaba sus necesidades era la madre. Respecto a **la suegra** podemos ver que en todos los casos es un elemento perturbador.

*Mj* y *Est* son las mujeres que aparentan ser más independientes y que apenas mencionan a las personas que las rodean. Parecen muy maduras y seguras de sí mismas y casi nunca pierden el control de la realidad. Planifican todo y hacen que los demás las respeten.

#### **4.SALVAGUARDAR LA INTIMIDAD**

El éxito de la maternidad, puede consistir en que se produzca **una adecuada adaptación de la madre a la nueva situación**. Como dice Gutman (2009) en el título de su libro *la familia surge con la llegada del primer hijo* cada uno hace lo que puede respondiendo a modelos vinculares arcaicos como la experiencia lo viene demostrando. Quizás la cultura actual no ha sabido transmitir lo que significa la llegada de un hijo, parece que éste llega para completar el colofón de una trayectoria profesional brillante, o cuando la hipoteca ya está pagada, o porque la pareja se está haciendo mayor y la edad de procrear se escapa, especialmente en el caso de las mujeres; u otras razones que poco tienen que ver con un deseo íntimo de entrega y amor que es la maternidad (Brazelton et al., 2001). Gutman (2009) señala que existe una falta de pensamiento sobre el nacimiento y parto tal como lo atravesamos en el momento actual que se hace extensivo también a la crianza. Además la maternidad remueve los cimientos en los que se asienta la personalidad y aparecen *los dragones* que tanto los varones como las mujeres desconocen de sí mismos y que se sorprenden al ver cómo afloran. Las situaciones que se presentan a veces no son tan visibles, ni tan concretas, pero no por ello van a ser menos reales. Además la relación de pareja sufre también una transformación donde situaciones complejas que estaban latentes se quedan al descubierto y lo que parecía que iba a ser un motivo de dicha y alegría se transforma en una decepción y desencanto en ambas partes y los conflictos son continuos.

Las relaciones sanas y adultas serán capaces de salvar la prueba con éxito, pero aquellas cuyos miembros son infantiles, en las que no queda claro el papel que cada uno desempeña, sufren una profunda crisis que a veces no se supera. Por ello los programas de EM maternal deben de hacer hincapié en esa transformación que se va a producir en la pareja y en la familia en general (véase el apartado sobre la influencia de la suegra).



Para que una mujer logre una satisfactoria maternidad es necesario que se establezca un adecuado vínculo con su hijo que le dé la posibilidad de sentirse capaz de satisfacer las necesidades de la criatura recién nacida, es decir, calmar el llanto del bebé independientemente de las razones que lo provoquen, ya sean de alimentación, de miedo o de cualquier tipo de molestia que las ocasione.

La primera crisis emocional que sufre la puérpera se origina en el parto al permitir una ruptura del cuerpo físico para dejar pasar el cuerpo del bebé. Pero esta ruptura no se produce sólo a nivel físico sino también a nivel emocional, hay algo que se quiebra para pasar de ser uno a ser dos.

Bydlowski (2007) y Gutman (2009) comparan el parto a la erupción de un volcán y en esta similitud relacionan la destrucción de la aparente solidez y la creación de una estructura caótica y desenfrenada después de la erupción del volcán. También la mujer puérpera siente que todo en ella se ha transformado en algo caótico y desconocido hasta ahora. Para afrontar este momento la mujer necesita de mucha preparación emocional, apoyo, acompañamiento, amor, comprensión y coraje por parte de la mujer y de quien la asiste, para que la mujer se adapte y encuentre poco a poco la nueva estabilidad.

Gutman (2009, p.21) señala que en la mujer puérpera aparecen cuatro fenómenos desconcertantes: *1) el brutal encuentro con la propia sombra; 2) la fusión emocional mamá-bebe; 3) la madre interior que nos habita; y 4) el fenómeno unión vida-muerte (puerperio y duelo)*

- **La sombra** es todo lo que hemos relegado a nuestra conciencia, lo que pertenece a nuestro mundo energético, pero no reconocemos como propio. O como la define en otra parte del libro es el rincón de nosotros mismos que nos resulta impresentable, es decir, cualquier aspecto vital que cada mujer no reconoce como propio a causa del dolor, el desconocimiento o el temor (Gutman 2009, p.22). Los seres humanos debemos aprender a identificarla y nuestra tarea es la de conocerla a través de nuestras señales para aproximarla a nuestra conciencia y de este modo ser capaces de ser los protagonistas de nuestro destino y no las víctimas. Ayudar a las mujeres puérperas en este proceso es muy complejo

porque cada una tiene una historia individual con obstáculos que recorrer y que solo pueden ser considerados de forma individual.

- **La fusión mamá-bebe.** Los bebés están ubicados en el nivel yin, es un ser sutil que viene de la sombra. Tras el parto el cuerpo físico se ha separado pero el cuerpo sutil permanece unido y la madre se completa a sí misma en la medida en que permanece unida, fusionada a su hijo y el hijo es en la medida en que está relacionado y unido emocionalmente con su madre. La fusión emocional es el fenómeno por el cual madre e hijo comparten el mismo campo emocional. Toda vivencia, feliz o traumática, vivida por la madre, el niño la vive como propia y a la inversa. Para que se produzca la fusión emocional es imprescindible que exista contacto físico por eso el bebé debe permanecer en los brazos de la madre. Por otra parte la fusión emocional con el bebé nos facilitará el encuentro con la propia sombra (Winnicott, 2006; Gutman, 2009).
  
- **La madre interior que nos habita.** Además de la fusión mamá-bebe se produce otra fusión entre la madre y la madre que crió a la madre (la abuela). Es decir se actualiza la vivencia del momento que se vivió en el nacimiento cuando la actual madre era el bebé. De este modo la madre interior es la madre que cada mujer ha construido y que es la que reside en el alma de cada mujer. Por eso cuando se pasa a ser madre se tiene la herencia consciente o inconscientemente que la propia madre dejó. Por esa razón se debe hacer un esfuerzo para conocer esa madre que emerge y si existió un abandono transmutarlo con la comprensión del ser adulto que es la nueva madre. Esto se realiza a través de buscar en los recuerdos de la infancia para comprender lo que nos está sucediendo en el presente. (Miller, 2005; Gutman, 2009)
  
- **El fenómeno unión vida-muerte.** Desde la perspectiva de que la vida es intrínseca a la muerte. Pero lo sorprendente es sentir la muerte en el instante previo al expulsivo<sup>27</sup>. Porque el nacimiento y la muerte son el mismo fenómeno, así mismo el puerperio y el duelo son periodos con características similares. Ser puerpera significa acompañar al ser que acaba de pasar el umbral hacia el más

---

<sup>27</sup> En un gran número de partos fue escuchada esa frase: *que me muero* y siempre se había achacado al dolor intenso que se producía, pero parece ser que es otra cosa, que realmente se siente la muerte pero es un instante tan escaso que pronto dejamos de darle importancia

acá. En el duelo está permitida la tristeza pero no la alegría y al contrario con el nacimiento está permitida la alegría pero no la tristeza. Por eso la función de las personas que acompañan a una mujer puérpera es dejarla experimentar esa tristeza que le hará descubrir y comprender aspectos muy profundos de ella misma que le ayudarán a alcanzar un mayor grado de madurez sin presionarla para que abandone esa actitud y vuelva a la realidad sin haber recorrido el duelo correspondiente. En general las personas del entorno y el personal sanitario no son capaz de entender esa emoción y la interrumpen acabando en ocasiones en situaciones que se diagnostican como depresiones posparto y que sólo son etapas vitales que las mujeres deben pasar.

Quizás después de la exposición de la teoría de Gutman y el puerperio seamos capaces de interpretar mejor el beneficio que supone mantener un alto grado de intimidad en el período de puerperio de una mujer.

Analizando el caso de la madre de **Ele** que sufrió depresión posparto cuando nació su primer hijo. Al preguntarle cómo se había resuelto contestaba que sin tratamiento y con el transcurso del tiempo, ya que después de un mes comenzó a sentirse mejor. Esto nos ayuda a pensar que tal vez se diagnostiquen de forma excesiva las depresiones posparto cuando a lo mejor solo sean periodos críticos de readaptación que con la comprensión y el cuidado adecuado se resuelvan solos y no precisen tratamiento médico alguno. Quizás la madre de **Ele** tenía un conocimiento tan profundo del puerperio que era capaz de entender y acompañar de un modo tan eficaz a su hija y esa sea la razón por la cual esa madre esté presente en todo momento en el relato que **Ele** nos regaló en su entrevista .

*2ª entrevista; antes del parto*

*Ele: (respecto al puerperio) me preocupa cómo me voy a sentir, si tengo mi espacio y mi intimidad*

A través de esta frase se percibe la inquietud que **Ele** sentía y manifestaba ya antes de parto. Se recuerda que sabía que su casa iba a ser invadida por los suegros que vendrían desde Argentina.

*3ª entrevista; después del parto*

*Ele: Ella (su madre) se ha encargado de todo...Incluso al principio que lloraba y estaba yo con la herida que no...Se la llevó mi madre y cuando tenía que comer me la traía. O sea que genial. Mi madre, como ella tuvo depresión posparto con el mayor, yo creo que ella tenía más miedo que yo a que a mí me diera la depresión...Además como yo le conté todo lo de la EM. Ella me decía, hay que pena que en mi época no había tanta información...que si hubiera habido tanta información a mi no me da la depresión,..Ella estaba más asustada que yo, además venían mis suegros,..Que es más estresante, por mucho que quieras no es lo mismo, estar tu sola que estar con.....Además como son de Argentina en realidad los he visto 3 veces.(...) Ella lo sabía por instinto pero también por lo que le había contado,..Como yo le había dicho lo importante que era la tranquilidad,..ella me dijo que no avisáramos a nadie, como ella lo pasó tan mal, porque te ves con una responsabilidad tan grande, con una cosilla tan chica que depende de ti,...con toda la habitación llena de gente,.....nadie te entiende.*

*Pero como yo estaba tan mal de toda la operación, de las expectativas que yo tenía y un poco decepcionada con todo lo que había pasado. Si no llega a estar me hubiera puesto peor.*

*(...)Yo creo que sí, que la cogió (su marido a su hija porque se propuso desde la EM). Yo siempre le decía que era importantísimo el primer contacto, de hecho le dije: sería bueno hasta que estuviéramos solos... porque la niña cuando nazca.....Puede que sí. No le he preguntado. Pero como estaba mi madre, y ella también se lo había dicho, y porque es mujer, yo creo que el ser mujer, madre, en fin. Pues mi madre también la tuvo mucho rato en brazos, pegadilla,...pero G. también porque dice que le chupaba los brazos,.....G la coge, pero no la calma...ni él, ni mi padre, ni mi hermano, a lo mejor es casualidad. La coge mi madre, la cojo yo, o mi cuñada. Mi cuñada también tiene mano, y si. ..Bueno conmigo es normal que se relaje la niña, pero p...mi madre también tiene mucha mano y yo creo que el instinto sí que está.(...) A lo mejor es casualidad porque mi suegra la coge y no ...no sé no la calma, no la relaja, pero G mira que lo intenta y la coge, pero,..No sé no termina. Que a mí me pone nerviosa, porque está llorando y la coge pero no la mueve....pero él se queda así inmóvil. Mi madre para eso...*

La madre de *Ele* sabía y recordaba lo que era un mal puerperio y además conocía la forma de facilitárselo a su hija para que no pasara por la mala experiencia que ella había sufrido. Sabía perfectamente que proporcionarle tranquilidad evitándole tener que estar pendiente de cualquier tarea doméstica y desconectarla del mundo exterior le proporcionaría el reposo necesario para su recuperación. Había sufrido un parto largo que concluyó en cesárea con algunas complicaciones de las que resultó más dolorosa la recuperación, los dolores le limitaban el movimiento y a su vez dificultaban el contacto con su hija. Por eso su madre en ocasiones le cogía a la niña para que ella pudiera descansar. Pero ella también dice esta frase: *nadie te entiende*. La madre no fue suficiente para que en algunos momentos la habitación estuviera llena de gente y ella sintiera esa presión y tristeza de ver que nadie alrededor es capaz de percibir lo que una mujer puerpera necesita, que es soledad, para encontrarse aislada con su hijo mirándole y acariciándole.

Parece que las sugerencias que se realizaban desde la EM por si el parto terminaba en cesárea y la niña iba al nido, el padre se ocupara de suplantar la figura de la madre y la cogiera en brazos fueron seguidas por el marido de **Ele**. Por otra parte vemos cómo vuelve a aflorar la suegra como la única figura femenina que no es capaz de calmar a la niña, a pesar de que **Ele**, considera que el instinto femenino favorece el bienestar de la criatura recién nacida y ésta se siente más a gusto en manos femeninas que masculinas, o tal vez las mujeres son capaces de transmitir a los niños más protección que los varones (Brazelton et al., 2001). Se sigue manifestando que la suegra es un elemento perturbador en la vida de una mujer puérpera. Pero esto sería tema de estudio por otra disciplina como la psicología.

Al profundizar en el discurso de **An** vemos, tal como señalamos en apartados anteriores, que fue una mujer que no disfrutó de esa intimidad ni tuvo los apoyos necesarios para afrontar este periodo. Acudió a la consulta de la matrona en varias ocasiones solicitando apoyo y consejo pero no supo o no pudo ponerlos en práctica. La consulta de la matrona fue el lugar donde **An** manifestaba sus emociones de manera sincera sin sentirse extraña ni juzgada. El acompañamiento que se ejerció durante esta travesía resultó fructífero ya que finalmente superó el periodo sin intervención médica ni secuelas aparentes.

3ª entrevista; después del parto

*L: Y tu madre ¿Qué te dice?*

*An: Que haga lo que yo quiera. Porque a mi madre también le gustan mucho los brazos. Es llegar a mi casa y ya está cogiendo al niño. **Pero a mi marido también le sienta mal. Porque mi suegra no quiere.** (...)El (niño) busca el contacto. Si tú no le das cariño con el tiempo me va a buscar a mí no a ti. Así que tú verás (es lo que ella le dice a su marido). (...)Lo que me sorprende es que haya venido aquí y no se dé cuenta, es lo que me extraña...*

*L: Tuviste muchos problemas de visitas?*

*An: Sí, mi casa siempre estaba llena de gente. Hasta que ya empecé a hablar con mi marido....*

*L: y en el Hospital*

*An: Siempre*

*L: Y todo lo que habíamos hablado...*

*An: Sí, pero hablas con la familia y no te hacen caso. Hasta que ya he puesto unos horarios.*

*L: Pero ha pasado un mes*

*An: Ha pasado mes y medio. Porque mi marido ha visto las orejas al lobo ha...Me afeerrado a **que yo tengo que tener una intimidad con mi hijo y hay unos horarios y si quieren que vengan y si no no...**El niño tiene que estar en casa...para bañarlo tranquilamente...y dormir...Pero mi marido no entraba...Mi marido mira mucho por su familia.*

*Luego a mi marido le gusta mucho salir...no tenía tiempo para la lactancia. (...). Yo estaba muy de bajón. **No he tenido nada de apoyo por ningún lado.** ... cuando vengan a las clases puntuarles muy claro que...**ante todo son ellas y el niño ...y antes de traer el niño***

*al mundo que hablen con su pareja y digan: oye, cuando el niño esté en casa voy a dar el pecho y si hay que darlo cada 2 horas ten claro que **mi intimidad** va a ser con el niño, sino vas a jorobar la lactancia. Porque a mí me ha ocurrido eso...Ten claro que la vida de antes no se puede hacer...puedes ir un ratito a la calle pero no todo el día. (...) El problema siempre es tu pareja, ellos no lo han pasado, no saben lo que es...ellos no viven como lo vive la mujer, El bajón, el cansancio,.. **Los demás sobran**. Ellos quieren enseñárselo a todo el mundo y nosotras queremos **estar solas con el niño**. ..Yo soy pudorosa... quieres estar sola dando el pecho...Pero el marido no se daba cuenta.*

*L: ¿Sirve para algo decir las cosas?*

*An: para algunas personas sí, para otras no. A mí cuando me lo dijiste, los horarios se lo dije a mi marido.... (Problemas con el marido).... (Problemas con la suegra). **Tú me has ayudado mucho**.*

*Los cuidados del RN, (...).Sí que me acordaba. **Vino mi suegra** para que le pusiera alcohol de 70º y **le dije: no, no**. A mí me han dicho que se seca solo (...).Vienen y **no te preguntan cómo estás**....sólo una amiga me preguntó: <<¿Cómo estás?(ella es soltera, no madre)...sólo preguntan por el niño (...) **Ber (el marido) estaba tan contento que no se daba cuenta de que quería estar tranquila**.(...) **Mi madre estuvo mientras la cesárea y luego se marchó** y no vino hasta el día siguiente. (...) **Estás muy mal, deseando descansar** (...). **Mi suegra me dijo que me habían quedado pezones de negra**....**Me sentó fatal**...*

*L: En la lactancia... ¿Qué te faltó?*

*An: **El apoyo de mi marido**, lo tengo muy claro muy claro. Yo ahora mismo hubiese seguido con la lactancia, si hubiera tenido su apoyo....todo el día en la calle paseando...me arrastraba...*

Es extraordinario este relato, y a la vez totalmente certero, al expresar lo que sienten un gran número de mujeres que no cuentan con el ambiente necesario para poderse fundir con su criatura. En primer lugar resalta la importancia del contacto físico para que a partir de él surja el cariño, apego o vínculo. Bowlby (2006, p.90) señalaba en 1968: *se sabe que ni el amor, ni la pena se siente por cualquier ser humano, sino tan sólo por un ser humano particular, individual, o bien por unos pocos. El núcleo de lo que yo designo como **vínculo afectivo** es la atracción que un individuo siente por otro individuo.*

Para que la atracción madre-hijo se produzca, tiene que potenciarse un ambiente en el domicilio que lo propicie. Querer estar en la calle todo el día, llevando el mismo tipo de vida que cuando no eran padres es incompatible con los cuidados que requiere una criatura recién nacida. Esa ambivalencia ocasiono un fuerte sufrimiento a **An**, que no deja de reclamar su derecho a la intimidad para relacionarse con su criatura según sus deseos y no ante los imperativos de su pareja. Para su marido, como para tantos otros padres, el nacimiento es sólo un motivo de celebración, de fiesta, de extroversión cuando para la madre es de recogimiento e introversión.

Antes de continuar vamos a exponer nuestro posicionamiento sobre el concepto de apego. El apego supone la conexión afectiva más fuerte que siente el ser humano hacia

otros semejantes, y que produce placer cuando se producen interacciones y además se busca la cercanía de las personas con las que se siente apego en momentos de ansiedad e inseguridad (Bowlby, 2006). Esto responde a una de las necesidades más básicas y fundamentales del ser humano de sentirse seguro, protegido y ayudado. Dentro de las teorías del apego podemos encontrarnos las de corte conductista como **el modelo de reducción del impulso y el modelo del condicionamiento operante**, que no son muy concluyentes para explicarlo. Sin embargo las teorías psicoanalistas son mucho más enriquecedoras ya que defienden que la calidad de la interacción madre-hijo tiene un efecto esencial en el desarrollo posterior de la personalidad del individuo y que por otra parte le proporcionará la seguridad emocional necesaria para la exploración del medio ambiente y su dominio cognitivo. Actualmente la teoría más aceptada es la de Bowlby, en el que se reitera el principio fundamental de la etología que sostiene que un fuerte vínculo entre madre-hijo es esencial para la supervivencia de la criatura. Así los niños que permanecen cerca de sus madres pueden recibir el alimento y la protección para adaptarse y sobrevivir al medio. Además este desarrollo del vínculo de apego se produce en un periodo de tiempo determinado o crítico y que una vez ha pasado dicho período puede llegar a ser imposible formar una relación íntima y emoción (Herranz, 2002). De ahí la importancia de que madre e hijo permanezcan juntos desde el nacimiento y la necesidad de que estén piel con piel en el primer instante de vida. Los autores que se citan en este trabajo como Odent, Miller, Gómez o Gutman son seguidores de esta corriente de pensamiento.

En este discurso podemos analizar lo que significa el establecimiento de un buen **vínculo**, en el caso de *An* no se produjo y que es tan necesario para la madre y el hijo. El vínculo afectivo de apego madre-hijo es el lazo emocional que se establece entre ambos. Se trata de un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie, por lo tanto no es algo consciente sino inconsciente. Además no es algo que se provoca, sino que ocurre de forma espontánea cuando la madre y el hijo permanecen unidos y es lo que capacita a la madre para que se sacrifique y cuide de su hijo. Para que se establezca dicho vínculo es necesario que se permita un contacto precoz entre ambos, que es el que se produce en la primera hora de vida. De este modo se facilita el despertar del sentimiento de amor de la madre hacia el hijo (Kennell, 1998, citado por Gómez, 2011, p.1). Gutman (2009) denomina fusión emocional a lo que Gómez denomina vínculo o Miller *bonding al contacto ocular* y

*epidémico entre la madre y el recién nacido después del parto* (2005, p.56). Pero los diferentes autores coinciden en recomendar el contacto casi permanente entre madre e hijo para que dicho vínculo o fusión se logre de forma adecuada. Por eso es tan beneficioso fomentar en los cursos de EM el contacto precoz, insistiendo que deben tener a sus hijos en brazos sin escuchar los extendidos consejos de: *que los niños se acostumbren; déjale llorar; si le coges en brazos, le vas a malcriar; que no duerma contigo en la cama, que luego no sabrá dormir solo; déjale llorar, que no es malo que llore.*

Pero no debemos extrañarnos de todos estos comentarios, ya que a lo largo de la historia, los niños no han tenido mucho interés ni han sido objeto de estudio para la comunidad científica. En casi todas las culturas las madres que podían permitirselo, dejaban a sus hijos en manos de las nodrizas y no los recuperaban hasta que no cumplían los tres años. Solo a finales de la Edad Media se comienza a prestar cierto interés, la imagen del niño comienza a aparecer en el arte y adquiere cierto protagonismo en la familia. En el siglo XVII, es la primera vez que se tratará el tema de los deberes de los padres para con los hijos, en el siglo XVIII se cuestiona por primera vez el respeto y el deber filial, a la vez que aparece algo tan significativo como la literatura infantil. En el siglo XIX los niños ya se sitúan en pie de igualdad respecto a los padres y esta situación irá creciendo hasta llegar al momento actual en el que los niños son el centro de las familias (Hernaíz, 2010).

Como vemos la historia de la humanidad ha sido muy injusta con los niños. Por eso todos estos comentarios que están muy arraigados a la sabiduría popular, van totalmente en contra del instinto maternal y obstaculizan el establecimiento de una relación de apego seguro del bebé con su madre. Pero a pesar de las presiones que la rodeaban, **An** sentía un fuerte deseo de cogerle y percibía el bienestar de su hijo en sus brazos y así lo manifestaba: *Él (niño) busca el contacto*. Sin embargo su marido ejercía continuamente el efecto contrario al censurar esa actitud y lo hacía por influencia de su madre, o sea, la suegra. Seguimos apreciando cómo las suegras se cuelan en el discurso de forma muy negativa. Al final del relato de **An** también vemos que el último comentario: ***Mi suegra me dijo que me habían quedado pezones de negra.... Me sentó fatal.*** Es demoledor y ella lo recibió como un gran insulto. Ya que el tono de su voz y la forma como lo contó expresaban un intenso dolor por ese comentario.



Su relato está cuajado de expresiones en las que acusa a su marido como el responsable que obstaculizó la intimidad que ella necesitaba para descansar y establecer el vínculo, lograr una lactancia materna satisfactoria y en definitiva pasar un puerperio tranquila y sosegada sin protegerla del bullicio y las personas que ejercían un efecto negativo sobre ella. Resulta paradójico cómo a pesar de no lograr el entorno necesario para un desarrollo adecuado del puerperio es capaz de identificar todos los aspectos que lo facilitan: la soledad con el niño, el contacto físico, la tranquilidad, y el descanso. Los recién nacidos tienen la necesidad de ser observados, comprendidos y respetados por sus madres. Si el niño puede disponer de su madre en los primeros días y meses de su vida ese contacto le dará seguridad y protección para que pueda confiar en su madre. A la vez la madre generara una seguridad instintiva que le ayudará a entender y dar la respuesta adecuada a las necesidades del bebé (Miller, 2005).

A continuación vamos a analizar cómo vivió **Van** los momentos de intimidad en el puerperio. Las clases de EM le ayudaron mucho porque logró poner en práctica casi todos los consejos que le proporcionaron dichas clases. Reconoce que hacer tanto hincapié en cómo conseguir un buen **apego** hizo posible que ella lo lograra aún a pesar de sus dificultades ya que el niño estuvo ingresado diez días en el servicio de neonatos del hospital. La relación de apego son los lazos emocionales que la criatura recién nacida desarrolla con su madre y que en una fase posterior realizará con su padre (Bowlby, 2006). Esta relación se va forjando día a día a lo largo de la infancia. Los bebés son sociables por naturaleza y dependen de los demás para sobrevivir. Winnicott (citado por Gómez 2010, p.77) afirmó: *Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación.* El bebé no sabe controlar ni regular sus emociones, desconoce qué es lo que siente o la emoción que experimenta. Solo a través de las respuestas de su madre a sus necesidades, el bebé aprende a autorregularse. Dependiendo de cómo haya sido su crianza, así irá forjando su carácter. El llanto de un hijo provoca en la madre una respuesta innata de cogerle en brazos, de calmarle y de atenderle. Sólo si está permanentemente en contacto con él, se verá libre de sus llantos (Jové, 2009). Además la madre es la verdadera experta en satisfacer las necesidades del bebé y cómo llevar a cabo los cuidados para que su criatura inicie una relación emocional adecuada con ella (Winnicott, 2006).

El cerebro de los seres humanos crece principalmente durante los dos primeros años de vida, ya que es durante el primer año de vida cuando se produce el mayor número de

conexiones entre sus 100.000 millones de neuronas. Las conexiones que han sido activadas repetidamente son las que permanecen. La formación y destrucción de las conexiones que tienen que ver con las emociones dependen de la experiencia del bebé durante el primer año de edad. Por eso las comunicaciones de apego inducen cambios importantes en el desarrollo del cerebro, principalmente en el hemisferio derecho, que es el que regula las emociones, y que es el que predomina durante los dos primeros años. Cuando un niño ha tenido un apego seguro con su madre será una persona más cálida y más estable desde el punto de vista emocional, con relaciones íntimas más satisfactorias, más positivas, más integradas socialmente y con perspectivas coherentes de sí mismos, porque se han activado y por lo tanto han permanecido con frecuencia las conexiones nerviosas de la empatía y la estabilidad emocional. Una buena relación de apego proporciona a los seres humanos las herramientas emocionales adecuadas para una buena adaptación y relación social. El adulto independiente y pacífico ha sido un bebé totalmente dependiente y, posteriormente, un niño autónomo. (Bowlby, 2006; Winnicott, 2006; Jové, 2009; Odent, 2010; Verny, 2010; Gómez, 2011).

Así manifestaba **Van** su vivencia en el parto y puerperio:

*3ª entrevista; después del parto*

**Van:** *Ha resultado útil EM (largo silencio) lo del parto, lo del hospital, lo de la lactancia, de...que tiene que ser a demanda y siempre, lo más importante que hay que estar desde el principio. Que yo lloré mucho, porque me hicieron la cesárea. ...Del apego que es lo más importante, que el afecto que le des que es lo más importante, pues esas cosas...Porque mi madre estaba allí y me decía pues no lo cojas, y mi suegra depende. Bueno mucha gente, pero bueno.*

*..Yo lo que pensé es que lo había hecho muy bien. Porque pues había sido cesárea, había estado allí todo el tiempo y había conseguido darle el pecho nada más. Como siempre decían que eso,..no conseguí,.. no lo tuve al principio conmigo con la cesárea, luego los 10 días que le estaban dando los biberones por la noche, (...). Si no hubiera venido pues probablemente hubiera venido más gente y hubieran estado más encima, o más pendiente. Hubiera sido más agobiante. A lo mejor también, porque como ya había pasado tiempo la gente...aunque sí venían porque no habían visto al niño. Pero sí, hubiera más gente o más a menudo, yo creo que sí.*

*Lo dije (que no vinieran visitas), tampoco lo dije tanto pero pues bien. Resulto útil porque a lo mejor la familia tampoco es muy grande. Cuando estábamos en el hospital no vino mucha gente porque no podían ver al niño. ...Y sí que podía atender a la gente, pero bueno,..Yo no sé si mi madre no vine porque le dije al principio que no tenía que venir mucha gente,... Pues por eso no viene. Pero sí que es verdad que siempre llama la gente cuando viene. Mis suegros tampoco están todos los días en mi casa... Se lo dije a todo el mundo. Y bien, no me he encontrado agobiada con mucha gente en mi casa.*

Con este relato comprobamos que **Van** logró mantener un equilibrio satisfactorio con las visitas, sin permitir que le invadieran su espacio íntimo. Hubo circunstancias que le

beneficiaron y otras que le perjudicaron. Por una parte, que su hijo permaneciera ingresado diez días en la unidad de neonatos del hospital le ayudó a que las visitas no interrumpieran los momentos de relación con su hijo, ya que estos se producían con la máxima intimidad en el servicio de neonatos donde las madres están aisladas con sus hijos y sólo reciben el apoyo del personal sanitario cuando lo solicitan. Esto les permite conservar la paz y tranquilidad cuando permanecen en contacto con sus criaturas. De ese modo, las emociones que les transmiten son de calma y serenidad que como hemos visto anteriormente son las emociones que facilitan el apego. Sin embargo, el no haber disfrutado de los primeros instantes de la vida de su hijo piel con piel o al menos con mayor proximidad, podrían haber obstaculizado la creación del vínculo. Puesto que, como se menciona en párrafos anteriores, ese primer contacto precoz inmediatamente después del nacimiento de la criatura con su madre es el fundamental para generar dicho vínculo. Pero **Van** había interiorizado de tal modo este concepto que fue capaz de superar todas las dificultades y como ella misma dice: ***Yo lo que pensé es que lo había hecho muy bien.***

Podemos constatar que aunque no se den las circunstancias favorables para fomentar el vínculo y el apego, las mujeres como mamíferas humanas, son capaces de sobreponerse a la adversidad y ejerciendo su voluntad, comportarse como corresponde a la etapa de su ciclo vital. Este comportamiento no es gratuito, exige grandes dosis de sacrificio. **Van** a pesar de sus molestias tras la intervención quirúrgica de la cesárea, se pasaba el día entero en el hospital esperando los momentos que le permitían estar con su hijo. De este modo consiguió que con la llegada del niño a la casa no fuera necesaria la administración de ningún biberón.

Otra manera, quizás más enérgica de expresar esa necesidad de intimidad, es tal vez la de **Cri**. Que lo manifestaba de la siguiente manera.

*2ª entrevista; antes del parto*

**Cri: es mejor parar los pies a la gente, que pasarlo mal.**

*3ª entrevista; después del parto*

*...Lo más así son las visitas. Cuando mejor estábamos era por la mañana que se van hasta los padres.... Una paz en la planta. Lo notaba mucho con el niño. <<Habéis tenido muchas vistas>> (le decían las enfermeras en la planta).*

*(Estrategias para mantener las visitas) cuando quieren venir a ver al niño les digo: yo voy a ir a veros a vosotros y no me molestan los otros niños por la casa. Al niño te lo estresan, al niño te lo estresan y luego la noche la pasas tú. Y no me da la gana, ... yo corto la visita cuando me da la gana. Pero en mi casa me da más cosa decir que os vayáis. Que*

*el baño es un momento de relax para el papa la mama y el niño. Que no que si se quedan todos ay déjamele que quiero verle, déjamele,...No entienden que el niño no está a gusto cuando la gente le coge. Si llora cuando le coge el padre. Y yo ya pongo cara de no sé qué. Ya me lo han notado claro. Saben que es que no porque. Porque yo sé que los niños tienen que llorar pero qué necesidad.... Me cuesta mucho cuando dicen ¿me lo dejas? Pongo una cara de decir. Es que no va a estar a gusto. ...Y qué manía con las fotos, con los flases...y el niño venga hacer así (como que le molestan) dije si me queda a mi grabado lo del flas. Y ya dije: basta, ya basta. Yo me he vuelto muy borde, será esto de... No sé. Será esto de protección y tal que me ha salido a flor de piel (...) El día que llegué a la casa... La casa llena de gente, me meto en la habitación y se quedó dormido... Y me dicen: se tiene que acostumbrar a los ruidos... Y yo dije: pero ya se acostumbrará. Que te miran como diciendo mira la loca esta... Mira, la gente tiene una manía de darte consejos o mirarte como diciendo ¡mira ésta!...*

**Cir** es una mujer muy segura de sí misma, que se sentía feliz cuando estaba a solas con el niño. Pero a pesar de sentirse segura antes del parto para protegerse de la gente, se puede comprobar, a través de su discurso, que no fue tan fácil y que en ocasiones se sintió incomoda y molesta. Como podemos constatar le *sobraba* incluso el marido. Odent (2010) es muy crítico en este aspecto de la presencia de los hombres en la maternidad. Él ha observado que algunos padres son un obstáculo en los partos ya que ha podido comprobar cómo con la presencia del padre las horas de dilatación aumentan. Por otra parte ha cotejado que las madres después de parir quedan fascinadas con la mirada de sus hijos y el padre o cualquier otro elemento perturbador, interfiere en la relación intentando tocar al niño o a la madre. Así mismo la hormona que desarrolla un papel fundamental en la lactancia y que es la prolactina hace que el amor de la madre se dirija al niño en detrimento del que recibe la pareja, es conocido el efecto de la prolactina en la sequedad vaginal que dificulta las relaciones sexuales y la disminución del deseo sexual durante la lactancia (Martín, 2001; Ortiz, 2010). También Gutman (2009) defiende esta misma tesis al afirmar que la madre tras el parto vuelca toda su atención hacia su criatura perdiendo interés sobre su pareja.

Desde la etología se pone de manifiesto que los mamíferos necesitan intimidad en el puerperio. Todos se apartan y paren en soledad y tienen a sus crías protegidas sin permitir que nadie se acerque. Odent (2009) no deja de recordarnos que las mujeres también son mamíferas y como tal tienden a ese comportamiento evitando que otros toquen o se acerquen demasiado a sus hijos y los cojan en brazos. Las palabras de **Cir** son muy esclarecedoras en ese sentido: *Me cuesta mucho cuando dicen ¿me lo dejas?. Pongo una cara de decir. Es que no va a estar a gusto (...) Yo me he vuelto muy borde, será esto de... No sé. Será esto de protección y tal...*

Otro aspecto que expresa la necesidad de intimidad es la molestia de las fotos y el flash. ¿Existe algo que invada más la intimidad que las fotos? Las cámaras representan la captación de algo para visualizarlo. Son un ojo muy potente mirando y observando que viola la intimidad y que por lo tanto perturba la soledad y el recogimiento que precisa la crianza. Por otra parte las luces, los ruidos o cualquier estímulo agudo hacia los sentidos interrumpen la paz y el descanso y como dice **Cir** *estresa* y genera ansiedad y malestar a la madre y su criatura.

Seguimos analizando lo beneficioso que fue para **Mj** mantener su intimidad.

2ª entrevista; antes del parto

**Mj:**(...) *Y también eso de ver en el vídeo que estaremos solos en la dilatación me tranquiliza. (...)*

Ya, antes del parto sabía que la soledad le beneficiaría. **Mj** es una mujer que siempre manifestó su distancia con las demás personas. Se apreciaba en ella a una mujer un poco solitaria, que no participaba mucho del grupo. Ya en la segunda entrevista apuntaba a la tranquilidad y el beneficio que se obtiene con la posibilidad de mantener un espacio aislado donde parir, en el que sea preservada la intimidad.

3ª entrevista; después del parto

**Mj:** *Además... Estaban ahí mi madre, las dos abuelas y ellas diciendo "que hay que hacerle..." y miré a mi madre que hay más confianza y no pasa nada como diciendo...mmm tú dejame a mí en paz que no sabes cómo me apaño. (...) Y yo les digo es que yo tengo que estar cómoda, tengo que estar bien y nos irá mejor así. Y ya la ven y dicen qué bonita ya se callan .que le dije,....tú déjame en paz,...*

**L:** *Tú ¿siempre te has protegido mucho del entorno?*

**Mj:** *Yo, siempre he marcado mucho las diferencias y mi territorio. Yo escucharte te escucho, pero luego ya veremos lo que hago.... Me conocen más los de mi casa que los otros (...)*

**Sí, porque si no (hubiera venido a EM), yo no estaría manteniendo tanto tiempo en brazos... Por la cosa de que dices: "Como no se tiene que acostumbrar"...Ahí sí que la hubiera intentado dejar más....sola. Con todo el dolor de mi corazón, La hubiese dejado intentar sola. Así que, si lo siento y además me lo han dicho piensas: estoy en el camino. Además no llora mucho, es más de hacer ruiditos.... muchas veces que me he quedado dormidita con ella (...)***Yo ya necesito ir a ver a mi niña ya. No sé si estará llorando.*

**Mj** no realizó muchas intervenciones en relación a su intimidad. Tal vez como la tuvo no la echó de menos. Pero quizás mantuvo esa intimidad porque ella a lo largo de su vida siempre la ha buscado. Cuando intentaban invadir su espacio, parece que fue capaz de poner límites como señala en el encuentro que tiene con las abuelas, en el que intenta explicar que ella tiene sus propios métodos para ocuparse de su hija y que le funcionan.

De todos modos la frase *yo, siempre he marcado mucho las diferencias y mi territorio*, deja claras sus características personales. Se trata de una mujer muy autónoma, segura de sí misma, y con un alto grado de autoestima, que medita y analiza bastante lo que vive y cómo lo hace y mira hacia el futuro con realismo y responsabilidad. Desde la primera entrevista se percibía cómo se estaba planteando la maternidad con las distintas posibilidades que se pueden dar. Comentaba que su maternidad había sido muy madurada, porque sabía que a partir de entonces nada iba a ser igual y además ser madre suponía grandes dosis de sacrificio. Y desde luego esa es una forma adecuada de acercarse a la maternidad.

Winnicott (2009), definió *la preocupación maternal primaria* en 1956 como una condición psicológica de la madre que se inicia al final del embarazo y se caracteriza por: un estado de sensibilidad exaltado; que dura unas cuantas semanas después del nacimiento de la criatura; que no es fácilmente recordado por la madre cuando ya se ha recuperado de dicho estado; y que dicho estado tiende a ser reprimido y por ello, no recordado. Este estado que sería una enfermedad si no fuera por darse en torno al parto, podría compararse con un estado de replegamiento o disociación. Pero solo desde esta postura la madre puede dedicarse de una manera exclusiva, delicada y sensible a las necesidades de su recién nacido, evitando manifestar interés en cualquier otro aspecto de su vida. En la misma línea se pronuncia Gutman (2009) al afirmar que cuando la mujer aspira a que después del parto pueda volver a ser la de antes, es uno de los mayores obstáculos para la fusión emocional con la criatura recién nacida o dicho con otras palabras para que se genere el vínculo con su hijo. Y añade: *Desear ser como antes equivale a pretender ser solo una parte de lo que una es* (2009, p.33).

A través de las palabras de *Mj* se comprueba que lograr la soledad, la tranquilidad y el recogimiento es un éxito, para que la madre pueda estar a solas con su hija en brazos, observándola y sintiéndola. Además de ser lo más satisfactorio para el recién nacido comprobamos que también lo es para la madre. Y que gracias a las recomendaciones aportadas en las clases sobre la importancia de adoptar este tipo de comportamientos la vivencia de la maternidad es muy positiva. (Miller, 2005; Winnicott, 2009; Gutman, 2009; Odent, 2009; Gómez, 2011).

No queremos finalizar sin hacer alusión a la frase: *Yo ya necesito ir a ver a mi niña ya. No sé si estará llorando*. La pronunció mientras estaba en la tercera entrevista porque

tenía prisa por terminar. Era la primera vez que se había separado de ella desde que había nacido y necesitaba ya su contacto. Con esta expresión, se pone de manifiesto lo que es el vínculo y el apego. Cada vez que la madre y su criatura disfrutaban del contacto mutuo la madre segregaba oxitocina (la hormona que Odent denomina del amor) y el bebé pone en marcha todas sus habilidades para agarrarse al pecho y mirar a su madre a los ojos (Gómez, 2010).

A continuación pasamos a analizar las entrevistas de las mujeres secundarias en las que la experiencia también fue desigual. En primer lugar presentamos el discurso de *Est* que siguiendo su línea fue capaz de procurarse la intimidad ya en su primer puerperio.

*2ª entrevista; antes del parto*

*Est: Las conocía (recomendaciones de intimidad en EM) aun sin que nadie me lo hubiese explicado. Porque eso lo teníamos muy claro mi pareja y yo. Pero a ver, nosotros lo teníamos muy claro. Que teníamos nuestra hija y que nuestra hija no era el juguete de feria de nadie. Ni de las abuelas, ni de las suegras, ni de las tías, ni de los amigos. Lo importante éramos nosotros y desde el principio. A los amigos les mandamos una foto desde el hospital, que estamos todos bien y ya nos veremos. Conocieron a mi hija un mes más tarde de nacer. Cuando yo ya me encontraba bien. Que me hicieron una episiotomía tan grande que tenía que comer tumbada. ....y sobre todo, pues lo hablamos, que lo importante era la niña y que yo me hubiera recuperado. Cuando eso estuviese superado pues,....-----yo he tenido muchas amigas que han dado a luz antes que yo. Yo era de las últimas. Y Nunca he ido a ver a mis amigas al hospital porque he pensado que en su lugar no me gustaría. Porque después de estar sin dormir un día para poder dar a luz. Un trasiego de gente...como que vas a molestar. Yo no lo hice, porque me imaginaba que les molestaría. Y siempre lo hemos hecho así. Y ellos ya ni siquiera.....no se lo tuvimos que advertir. Porque ellos ya sabían cómo pensábamos. Porque nos habíamos comportado de esa manera cuando ellos tuvieron a sus hijos. Y a la familia se lo dijimos. A mi madre le dije: el primer día que llegue con mi hija a casa no quiero ver a nadie en mi casa porque es un momento que quiero vivir con mi pareja, porque es el primer día que vamos a pasar juntos los 3 y no quiero nadie allí. Si yo te necesito te voy a llamar. La mujer vino al día siguiente y se puso a recoger. Y él (su pareja) habló con su madre y no se lo tomo mal. Su madre de hecho, vive fuera y se fue a dormir a casa de mis padres. Y no se lo tomo mal. Hablándolo no tiene que haber problemas al contrario.*

Es alentador escuchar este discurso. Por fin una mujer y su pareja son capaces de poner las cosas en su sitio aun sin que nadie se lo sugiera. Es muy difícil encontrar a parejas con este perfil. Después de siete años acompañando a madres en su puerperio, no se recuerda a ninguna que lo haya hecho tan certeramente y hay que resaltar que planificaron su puerperio sin que nadie les hubiera puesto en esa situación previamente. El objetivo fundamental de las clases, cuando se trata el tema de cuidados del recién nacido y de la mujer puerpera, es que las mujeres y sus parejas planifiquen ese momento

evitando la intrusión de familiares y amigos. Es lo que Matilde Fernández (2012) define como aumentar la sensación de control sobre el puerperio.

A pesar de lo que se insiste en el tema y de los comentarios tan certeros de mujeres ya veteranas, que pasaron por ese calvario, y que relatan en las clases sus traumáticas vivencias por verse invadidas por las visitas, son escasísimas las parejas que aprenden a protegerse de la avalancha de conocidos y familiares que acuden al hospital o la casa en los primeros días tras el nacimiento. Es admirable como **Est** y su pareja pusieron límite a las personas del entorno: A la familia, expresándolo de forma clara y sin ambivalencias: ***el primer día que llegue con mi hija a casa no quiero ver a nadie en mi casa, porque es un momento que quiero vivir con mi pareja, porque es el primer día que vamos a pasar juntos los tres y no quiero nadie allí;*** Y a los amigos, con la actitud que ella había mostrado cuando ellos habían sido padres. En la tercera entrevista después del parto no surgió el tema de la intimidad. La experiencia había sido muy satisfactoria y se daba por sentado que no había surgido ningún conflicto al respecto

Por último, pasamos a analizar el relato de **Mjo**, que a pesar de haber asistido y haber escuchado la experiencia de **Est**, no pudo frenar las avalanchas de visitas en el hospital pero sí lo logró en su domicilio:

*2ª entrevista; antes del parto*

*L: Y en el después. Crees que lo hemos tratado bastante bien?*

*Mjo: Sí,...yo creo que sí...*

*L: ¿te ves más...con más recursos...que hacer en el después?*

*Mjo: Esta un poco fastidiado.*

*L: ¿sí?*

*Mjo: está fastididado....está fastidiado,... intentaremos, intentaremos. Pero bueno ya veremos a ver lo que pasa.*

*L: Te preocupa mucho eso?*

*Mjo: uha, ....*

*L: Te veo que has cogido arrestos*

*Mjo: Espérate, espérate. **Que luego me pongo sensible** y luego ya ....---Yo creo sí, yo creo que esta vez no va a ser como la otra, o por lo menos yo... yo no voy. El que no lo tenga claro allá apenas. **Lo que yo he dicho que esto no va ser un circo**, que esto no va a ser cuando aquí queramos, venga, venga. Yo ya lo he dicho yo ya lo he avisado. **Ahora ya veremos a ver.***

*L: ¿Les has dicho que tiene mucho que ver todo lo que te pasó con el achuceo que tenias de todo el mundo?*

*Mjo: ....lo que es por parte de mi casa todo el mundo lo sabe, pero por el otro lado es muy complicao. Es que es muy complicao. Yo ahora ya se lo he avisado a él, el día que nazca, si el día que nazca y yo vaya a casa **si tengo que decir hasta aquí hemos llegado,... pues lo siento mucho pero hasta aquí hemos llegado.** Eso es así. Porque una*



*cosa sí que tengo muy clara. Porque aquel fue el primero. Pero claro como ahora es una niña, si, vale, si, vale, pero y si la próxima vez traigo yo que sé qué, pues yo que sé qué. Menos mal que no va a haber más veces. ... que los circos se han acabado ya en casa.*

La experiencia de **Mjo** es muy distinta a pesar de ser su segunda hija. Las secuelas que le habían dejado el primer puerperio eran difíciles de olvidar y el temor a que se repitieran las mismas circunstancias estaba latente. Costaba mucho que hablara de cómo se sentía y el temor a la invasión se percibe de forma clara. Aunque ella ya ha avisado que no quiere que se repita *el circo* de la vez anterior, existen muchas dudas de que los demás se hayan dado por enterados, en especial la familia del marido. Además parece que la que va a tener que enfrentar el problema es ella. Una vez más se comprueba que la pareja escurre continuamente sus responsabilidades.

También cabe destacar que se sobreentiende que es lógico que la llegada del primer varón permita una intromisión por parte de la familia, pero ahora que se trata de la primera mujer, también requiere el mismo comportamiento. Menos mal que no existen posibilidades de un tercer hijo. Es triste comprobar la impotencia de esta mujer para hacerse entender por los que la rodean y fundamentalmente por su pareja.

*3ª entrevista; después del parto*

**Mjo:** *..., esta vez se han portado muy bien. ...-la verdad que el hospital fue un poco agobio. eh, en el hospital había veces que yo ya a la gente ni la miraba la cara. En hospital, yo ya decía dejarme en paz, o sea. Por la mañana no venia nadie. Y a las 3h 3,30h después de comer ..uh venia todo el mundo. Yo decía: no os podéis espaciar un poquito. ....-la verdad que puedes pasar a primera hora. Luego ya pasa el médico y el pediatra y ya nada. O sea ya no pasa ahí nadie. Pero bueno yo aunque fuera mi madre, por la mañana tempranito. Por lo menos que me diera tiempo a ducharme...pero bueno, ya te digo en casa muy bien. En casa las visitas como que muy bien. Pero porque ya me vieron como muy agobiada en el hospital.*

**L:** *¿Te ha hecho reflexionar estar aquí con otras mujeres?*

**Mjo:** *Es que eso es cuando llegas a casa y ves la realidad, dices esto es lo que hay. O sea tengo que amoldarme a unas cosas porque la gente te dice unas cosas y otras pero eso es lo que hay. Yo tengo que amoldarme a lo que tengo en casa y punto. Aunque tu llegas y me digas, pues no...aunque yo pueda coger ese consejo pero, no. habrá ciertas cosas que sí que pueda hacer pero no ....es el llegar a casa, pero bueno siempre te viene bien saberlo y decir pues a lo mejor lo puedo intentar, si esta persona me lo está diciendo pues a lo mejor es que si se puede, pero hay que verte en la realidad.*

Por fin pudo tener momentos de intimidad en su casa, aunque no fue así en el hospital, sí logró controlar la situación en su domicilio. Parece que la experiencia anterior sirvió para algo. Sin embargo cuando tratamos de indagar sobre la influencia del grupo, deja

claro que las circunstancias individuales de su familia hacen que no sirvan las fórmulas que sí han sido válidas en otras mujeres.

Podemos concluir diciendo que tanto *An*, *Van* y *Ele* experimentaron un parto muy duro, en los tres casos el inicio se desarrolló a través de una inducción y que tras un elevado número de horas de parto finalizó en cesárea; *Cir* también sufrió una inducción de parto que después de varias horas de evolución concluyó con un parto instrumental con espátulas; el inicio de parto para *Mjo*, igualmente fue inducción, y estuvo a punto de terminar en espátulas, pero parece que la intervención de la matrona hizo que acabara en parto normal; *Est* tuvo más suerte e inició el parto de forma espontánea y parecía que todo iba a desarrollarse de forma natural hasta que le dijeron que debían monitorizarle de forma permanente e interna y que para ello debería permanecer acostada. Ante la falta de libertad de movimiento decidió que le pusieran la anestesia epidural, pero antes de salir el anestesista de la sala ella ya sentía deseos de empujar e inmediatamente alumbró a su hija. Así pues, Las seis recibieron anestesia epidural, aunque a *Est* no llegó a surtir efecto, por lo que podríamos incorporarla al grupo de los partos no intervenidos junto con *Mj*. Por último *Mj* fue la única del grupo de estudio que tuvo un parto espontáneo sin anestesia, ni intervención alguna y su vivencia del parto y puerperio fue la más satisfactoria junto con *Est*. De las siete mujeres analizadas, solo dos disfrutaron de lo que denominaríamos *buenos partos*. Para las otras cinco mujeres, la experiencia no fue tan satisfactoria, sus partos fueron muy medicalizados e intervenidos y alguna de ellas como *Ele* experimentaba una intensa decepción y frustración ya que la realidad se alejaba mucho de lo que ella había soñado.

Siguiendo la teoría de Gutman (2009), el puerperio y el parto de una mujer siguen el mismo paralelismo. Parece que la anestesia duerme rincones ocultos del ser de las mujeres que de este modo no fluye a sus conciencias y que aparecen bajo otras formas incomprensibles para su experiencia alejándolas de lo trascendente. Gutman distingue entre dolor y sufrimiento. Y encuentra el beneficio del dolor en que aísla a las mujeres y las lleva hacia el silencio, la meditación y la búsqueda de la trascendencia. Así las mujeres que logran una compañía amorosa y atenta en el parto atraviesan el parto sin enloquecer. Sin embargo el sufrimiento se manifiesta cuando los partos son medicalizados e intervenidos, infantilizando a las mujeres y tratándolas como un cuerpo funcional que tiene la obligación de responder al resultado esperado. Y termino con un párrafo textual (Gutman, p.65): *La confusión entre dolor y sufrimiento hace que las*

*mujeres pidamos anestesia, en lugar de ayuda; pidamos calmantes, en lugar de abrazos y miradas compasivas; pidamos maquinarias electrónicas de control, en lugar de escucha y recogimiento; pidamos bullicio, en lugar de silencio.*

Siguiendo a esta autora se señala que el tipo de parto determinará la calidad de vínculo que se establecerá entre la madre y el recién nacido. En nuestro estudio parece que fue mucho más fácil establecer el vínculo cuando el parto fue natural y espontáneo. Determinar la calidad del vínculo es muy difícil y aunque da la impresión que en todas ellas se produjo esta relación, lo que las diferenció fue el nivel de satisfacción alcanzado en cada una de ellas. Si pudiéramos establecer una jerarquía quizás **Mj** fue la que mayor nivel de satisfacción logró.



# Capítulo VII. Conclusiones



Imagen: *La familia*, León-Augustin Lhermitte, 1908.

## **CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES**

**En este trabajo se ha analizado la utilidad que tiene para las mujeres el programa de educación maternal** en el embarazo, parto y puerperio, situando el estudio en un centro de salud de Alcalá de Henares dentro de la Comunidad de Madrid. En este apartado se exponen los principales resultados y las conclusiones de nuestra investigación.

Las conclusiones se estructuran relacionadas con los objetivos propuestos en el trabajo. En primer lugar tratamos de dar respuesta a **por qué acuden las mujeres a los cursos de EM** y en segundo lugar veremos **de qué manera influye** en ellas el programa de EM. Finalizaremos con una serie de ideas, a modo de propuesta, para mejorar los cursos.

### **1. CONOCER POR QUÉ ACUDEN LAS MUJERES A LOS CURSOS DE EM**

Tal y como se desprende del análisis de los discursos de las mujeres que han participado en el estudio, se ha visto que ellas acuden a los cursos porque son derivadas por un profesional sanitario, principalmente por la matrona de atención especializada y el médico de atención primaria. De todos modos dependiendo de cuál sea el itinerario asistencial que realicen y el profesional que siga el control del embarazo, la mujer tendrá más o menos posibilidades de acudir a la consulta para realizar el programa de EM, ya que no todos los profesionales siguen el protocolo de ofertar a la mujer embarazada la opción de realizar los cursos de EM y por lo tanto hay un grupo de mujeres que no asisten porque lo desconocen. Además dentro del grupo de mujeres que ya han tenido un embarazo previo, en el que asistieron a las sesiones de EM, y por lo

tanto conocen el sistema para acceder directamente a la consulta de la matrona, siguen sin tomar la iniciativa, y hasta que no se encuentran con un profesional que las deriva no acuden a la matrona para demandar los cursos. En sus discursos a la vez que expresan por qué realizan la formación, también se pueden observar una serie de aspectos relacionados con la maternidad:

- Que los programas de EM no son tan conocidos o están tan extendidos entre determinadas mujeres, como podemos pensar desde el ámbito sanitario, y de no ser porque los profesionales sanitarios las invitan a asistir ellas no acudirían. Tal vez podamos establecer un paralelismo entre la importancia que le dan las mujeres a los cursos de EM y lo que manifiestan los profesionales de la salud, que según Duro (2005), y especialmente los profesionales médicos, ven con cierto escepticismo la Educación para la Salud, relegándola siempre a un segundo plano frente al modelo clínico-asistencial.
- Todas las mujeres que forman parte del estudio saben que la matrona es la profesional que imparte los cursos de EM, pero no tienen muy claro cuáles son sus competencias. En general las matronas son menos reconocidas que los obstetras en el proceso, ya que a ellos les otorgan más autoridad. Blázquez (2009) en su tesis postula que las matronas son reconocidas, pero sólo de forma subalterna a los obstetras, quienes ocupan un lugar central en el proceso. De los datos de nuestro estudio se desprende que después de vivir la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio toman conciencia sobre el papel de la matrona como la profesional por quien son atendidas mayor número de veces en el proceso y con la que experimentan mayor complicidad sintiéndose más comprendidas y apoyadas. Además aprecian que las matronas actúan de forma autónoma e independiente del ginecólogo y otros profesionales, aunque lo hagan en colaboración. Pero parece que todavía, las mujeres encuentran dificultades para acceder a sus servicios, ya que a pesar de prestarlos en el primer nivel asistencial de la organización sanitaria, les resulta complicado contactar con la matrona, ya que ninguna de las mujeres del estudio sabía que podía solicitar cita con ésta de forma voluntaria sin ser derivada por otro profesional sanitario.
- Los cursos de EM son denominados por la población en general y por la mayoría de los profesionales de la salud, como *cursos de preparación al parto*.



Aunque abarcan muchas más facetas que el parto, todavía hoy son conocidos y nombrados tal y como surgieron hace varias décadas. En ellos se formulaban una serie de normas o conductas a seguir pero en la actualidad se trata de buscar entre todos cuál es la mejor forma de enfrentarse a la maternidad y paternidad. Algunas mujeres siguen demandando la preparación al parto tal como se estructuró en los inicios, pero sin embargo otras esperan y agradecen las nuevas formas de participar en las sesiones, además de admitir que son *algo más que preparación al parto*. Lo más novedoso respecto a la denominación de estos cursos ha surgido en la comunidad andaluza bajo el nombre de *Preparación al Nacimiento y la Crianza* (Junta de Andalucía, 2014) que expone de manera más inclusiva el tema que tratamos.

- Las mujeres que han asistido por segunda vez al programa de EM, manifiestan que han apreciado un cambio en el planteamiento y en el enfoque de las clases, además de las técnicas empleadas en el desarrollo de dicho programa, en las que se potencia la participación de las mujeres en las sesiones y en las que el grupo acaba dando respuesta a las dudas e inquietudes que se plantean.
- Las nociones previas que manifiestan las mujeres al inicio del curso se corresponden con los temas que van a ser tratados, como el parto y los cuidados del RN; además esperan realizar ejercicios de gimnasia y relajación. En el caso de las primíparas esperaban tratar sólo aspectos relacionados con el parto ya que esta es la información que habían recibido de las personas de su entorno. Las mujeres que ya habían participado en los cursos en su gestación anterior también manifestaban que estos se centraban en el parto, los ejercicios de gimnasia y la relajación.
- Las mujeres esperan algo más y no sólo considerar el tema del parto. Sus expectativas eran aclarar las dudas respecto a su embarazo, saber reconocer los signos de inicio del parto, averiguar los protocolos que se van a seguir en el hospital, conocer los cuidados que deben ofrecer a su hijo, recibir información sobre lactancia materna y también sobre la depresión posparto.
- Por último destacar nuestro hallazgo, que se trata de la importancia que adquiere la presencia de la madre en todos los discursos, en los que se pone de manifiesto que la persona más significativa para la mujer embarazada es la madre,

especialmente en las mujeres que no han tenido hijos previos. Este apoyo de la madre continúa siendo muy importante en el puerperio, aunque pierde un poco de relieve en algunas mujeres que lo transfieren a la pareja. Mientras que para otras, sigue siendo su piedra angular. En cuanto a las mujeres que ya han tenido otro hijo, parece que la madre no es tan importante. Tal vez pudiera ser que ellas ya se sienten más seguras y no requieren de su apoyo o que estas abuelas son más mayores y ya no ocupan ese lugar de sostén y relevancia en la familia.

Con ello podemos concluir que las expectativas de las mujeres se asemejan a los objetivos propuestos en los programas de EM que en general van encaminados a proporcionar información respecto al proceso maternal de embarazo, parto y puerperio, para que logren una vivencia satisfactoria de la maternidad. Así podemos comprobar que los temas propuestos son del interés de las mujeres gestantes y que aunque abarcan muchos más aspectos que el parto ellas los siguen denominando de *preparación al parto*. Por otra parte tenemos que destacar que las mujeres no tienen un conocimiento claro de cuáles son las competencias de la matrona, ni tampoco saben cómo y cuándo acceder a su consulta. Lo más novedoso es comprobar que la madre de la gestante es la persona con la que más comparten sus sentimientos y dudas en este período y que en la mayoría de los casos es más importante su apoyo y comprensión que incluso el de sus parejas.

## **2. CÓMO INFLUYE LA EM EN EL GRUPO DE MUJERES**

Para cada una de las mujeres que participaron en el estudio, las clases influyeron de manera distinta. Pensemos que las características psicológicas y personales de cada mujer hicieron que vivieran, interpretaran e incorporaran a su proceso maternal de forma particular los contenidos desarrollados en las clases de EM. En este sentido compartimos totalmente la teoría del *Rol Materno-Convertirse en Madre* de Mercer (2010), en la que postula, que la formación del rol materno depende del nivel de socialización que la mujer va adquiriendo a lo largo de su vida. Esto implica cómo percibe y define los sucesos que le acontecen en este proceso, es decir cómo percibe su

embarazo, su parto, la relación con su hijo, y también cómo siente la respuesta de las personas de su entorno frente al modo en que ella responde a su papel de madre. A pesar de las singularidades, se pueden destacar los siguientes aspectos como los más útiles y gratificantes del curso:

- Lo que más interés despertó en ellas fue el encuentro con otras mujeres embarazadas con las que podían compartir su experiencia. Para ellas la mejor lección fue conocer la vivencia de las mujeres que ya habían pasado por el proceso, y ver cómo otras mujeres la han enfrentado y han resuelto sus dificultades. Confesar, compartir y expresar lo que les preocupaba, así como manifestar cuáles eran sus incertidumbres, las aproximaba al resto de las compañeras y les permitía ser conscientes de que todas tienen las mismas molestias, parecidas preocupaciones y que están sometidas a similares circunstancias, lo cual les aliviaba. El estudio cualitativo de Linares (2002) también apuntaba hacia la misma dirección y señalaba que el programa de EM permite intercambiar experiencias y potencia la solidaridad y la cohesión del grupo.
- Las facetas más valoradas del curso fueron: reconocer los signos de inicio de parto; saber los efectos adversos que puede tener la anestesia epidural y sus consecuencias; comprender y adquirir habilidades para los cuidados del recién nacido y especialmente la toma de conciencia por parte de las madres de las necesidades que sus criaturas tienen de contacto materno; mecanismos para lograr una lactancia materna exitosa; conocer las instalaciones del hospital donde van a dar a luz y saber qué protocolos asistenciales les serán aplicados; así como aprender las técnicas de relajación y de pujos.
- El conocimiento de todos los aspectos mencionados anteriormente les proporcionó un aumento de la autoestima y elevó el nivel de seguridad en sí mismas, que les facilitó acercarse al parto con menos tensión y miedo. Este aspecto parece que también se ajusta a los objetivos planteados en la EM aunque en ningún caso parece que mejoró los resultados del parto, ya que tres de ellos terminaron en cesárea, uno fue vaginal con espátulas, dos partos normales con epidural y tan solo uno fue parto normal y espontáneo. Cabe destacar que los cuatro partos que no fueron normales, pudo ser debido a que su inicio fue la

inducción por distintas causas. Está probado que cuando el inicio de un parto no es espontáneo las posibilidades de que termine con distocia son mucho más elevadas que cuando el parto surge de forma espontánea. Al igual que en la revisión de Artieta et al. (2010) parece que la influencia de la EM sobre el desarrollo del parto es nula.

En el siguiente cuadro queda reflejado cómo los partos de las mujeres del estudio fueron muy intervenidos, por su inicio siendo inducciones la mayoría; por su desarrollo, con el empleo de anestesia epidural; y en su final, ya que más de la mitad terminaron siendo distócicos. Con los datos que mostramos, parece que el mayor éxito de la EM se cosechó en la lactancia, ya que la gran mayoría inició lactancia materna.

	Epidural	Inicio de parto	Tipo de parto	Lactancia
<b>1 An</b>	si	Inducción	Cesárea	Mixta
<b>2 Mjo</b>	si	Inducción	Normal	Artificial
<b>5 Va</b>	si	Inducción	Cesárea	Materna
<b>6 Cri</b>	si	Inducción	Espátulas	Materna
<b>7 Est</b>	si	Espontáneo	Normal	Materna
<b>11 Mj</b>	no	Espontáneo	Normal	Materna
<b>13 Ele</b>	si	Inducción	Cesárea	Materna

Tabla 11. Resumen de tipo de parto y lactancia

A la luz de estos datos, y entendiendo la investigación cualitativa como complementaria a la cuantitativa y viceversa, se llega a la conclusión de que las características de las informantes y los datos de los resultados biomédicos aportados en esta tabla los hacen muy similares a los registrados en los estudios cuantitativos y por lo tanto cerraríamos con la misma conclusión: *no hay resultados concluyentes sobre la utilidad de la EM* (Gagnon, et al., 2008). A pesar de ello, contamos con información para asegurar que hay aspectos más sutiles en los programas de EM de los que sí se benefician las mujeres y hacen que su tránsito por la maternidad se haga más llevadero y estos son:

- La seguridad y tranquilidad con que afrontaron el parto gracias a la información que tenían del proceso y a las técnicas que habían aprendido les dio la posibilidad de sentirse protagonistas de sus partos y tomar decisiones junto con los profesionales que les atendieron respecto a la atención que iban a recibir. El

nivel de empoderamiento de las mujeres fue diferente según sus características psicológicas y personales, así como el desarrollo del parto. También se apreció distinto grado de aprovechamiento del curso y de la práctica de las técnicas de forma individual en sus domicilios. Pero cabe destacar que la mujer que pareció más disciplinada y constante y que a la vez mejor interiorizó los contenidos del curso tuvo el mejor parto y puerperio. También hay que señalar que fue una de las que no hubo que inducir el parto. Tan solo dos de las siete mujeres del estudio iniciaron el parto de forma espontánea y casualmente son las que mejor habían desarrollado su autoconcepto.

- El conocimiento adquirido en los cursos las situó en posición de demandar a las personas de su entorno qué tipo de ayuda iban a requerir, para satisfacer sus necesidades y las de su criatura así como para crear una relación de vínculo y apego adecuadas. Una vez más se comprobó que las circunstancias personales que cada una de ellas tenía fue más decisiva que la influencia de lo aprendido en el curso, ya que hubo una gran diferencia entre las distintas mujeres; en cómo recibieron apoyo y ayuda de las personas que conformaban su entorno inmediato.
- Por último, un elemento determinante en todo el proceso, que no está relacionado con la EM pero que es rotundo y decisivo en cómo la mujer pasa su puerperio, es el tipo de personas que conforman su hábitat. En todas las mujeres existen tres personas que son muy significativas: la madre, la pareja y la suegra. La madre y la pareja pueden ejercer una influencia negativa o positiva en el proceso, pero la suegra siempre apareció como elemento perturbador.

A partir de lo expuesto podemos deducir que el programa de EM ejerció un efecto positivo en las mujeres por la posibilidad de encontrarse con sus iguales para compartir sus inquietudes y preocupaciones. Además lo más valorado fue el discurso de las mujeres que ya han pasado por el proceso maternal y cuentan cómo afrontaron su primera maternidad, ya que en su exposición realizaban un análisis de lo que había sido más o menos beneficioso en el proceso. Los conocimientos, técnicas y actitudes recomendadas en el curso influyeron de manera desigual, pero a todas ellas les hizo afrontar el proceso maternal con menos miedo y ansiedad, además de ser más

participativas en la toma de decisiones en la atención hospitalaria. La vivencia del puerperio también fue muy desigual dependiendo del tipo de parto que tuvieron, de las personas que las acompañaron y de la protección que ellas ejercieron sobre sí mismas.

Las razones que justificaron el iniciar este trabajo de investigación se fundamentaron en la controversia que se encontró en la literatura científica sobre la utilidad y beneficio que aportan los programas de EM, además de la sensación de escasa efectividad de los cursos que se percibe desde el ejercicio profesional. Así podemos concluir en que las características personales y psicológicas de las mujeres son mucho más poderosas que los cursos de EM y que son las que determinarán la vivencia de la maternidad, aunque los cursos puedan modular dichas características.

### **3. RELACIÓN ENTRE SALUD, DISCIPLINA ENFERMERA Y EDUCACIÓN MATERNAL**

Queremos señalar que, al relacionar cómo se sienten o viven las mujeres el proceso maternal, respecto a lo que ellas entienden que es la salud, y en el marco del sistema sanitario en el que se desarrolla, se ha visto en sus relatos que las mujeres se siguen sintiendo muy dependientes de los profesionales de la salud y pocas veces son capaces de tomar decisiones de forma autónoma. Se aprecia que existe una tendencia a que las mujeres depositen toda su fe en las pruebas diagnósticas médicas, independientemente de cómo se sienten ellas y qué perciben. Como describe Blázquez (2009) las mujeres viven el embarazo desde la perspectiva del riesgo y no desde la fisiológica. De este modo nos situamos más en el paradigma médico, racional-tecnológico o de la categorización que en el de los cuidados, sociocrítico o de la transformación (Kérouc, et al., 1996; Germán, et al., 2004; Siles, 2011). Cabe pensar que todavía continuamos en esa concepción más antigua en la que la salud es ausencia de enfermedad en contraposición a la más actual en la que la salud se relaciona con aspectos más perceptivos como el sentirse bien (Colomer, et al., 2000).

Por lo tanto nos encontramos en una travesía en la que el sistema sanitario sigue siendo muy paternalista, dado que en los últimos años se ha potenciado mucho más la medicina técnico-dependiente y la educación social ha estado más encaminada a hacia la biomedicina que al autocuidado. Incluso desde la atención primaria y los centros de salud que fueron creados con una finalidad orientada a la promoción y la prevención de

la salud, y sin embargo están convertidos en expendedores de pruebas diagnósticas y medicamentos. Por eso las mujeres embarazadas, como la población en general, son tan dependientes del sistema, aunque tienden a querer salir, pero no se atreven o solo se aventuran un poco las secundíparas, o las mujeres con un elevado nivel de autoestima y autoconcepto.

Por otra parte, la EM que forma parte de la nueva concepción de salud y cuya finalidad es mejorar el conocimiento de las personas para que desarrollen habilidades encaminadas a mejorar su salud y que les permitan tomar decisiones de forma más autónoma, parece que influye, pero solo de manera tangencial. Su efecto parece potenciarse cuando se ejerce sobre mujeres que ya han tenido experiencias previas, se sienten con más fortaleza para decidir y ser más autónomas. Además a través de los discursos de estas mujeres se comprueba que los programas de EM, se han ido modificando adaptándose a esta nueva perspectiva en que la mujer es el centro del proceso y no hay axiomas que hay que saber, sino que el saber está y se construye entre todas, a través de la participación y aportaciones de cada miembro del grupo.

Por ello abordar esta investigación desde la perspectiva cualitativa permite profundizar más y está en la línea del nuevo paradigma sociocrítico (Siles, 2011), donde además de los datos cuantitativos, lo subjetivo y la intuición personal cobra valor, pasando las mujeres a ser el centro y el eje del proceso.

#### **4. ALGUNAS SUGERENCIAS DE MEJORA PARA LA EM**

Ante los resultados obtenidos en nuestra investigación, pensamos qué para obtener mejores rendimientos en los cursos de EM, es fundamental realizar un análisis más exhaustivo de las necesidades y expectativas de las mujeres respecto a los objetivos que se plantean cuando acuden a los cursos de EM, previo al inicio del curso. Tras este análisis se deberían adaptar los programas de EM a las necesidades y expectativas de las mujeres, para así dar respuesta a sus inquietudes. En este aspecto coincidimos plenamente con Enkin et al. (2000), cuando plantea que los programas deben ofertarse a la población con una exposición clara de los contenidos y objetivos, para que de este modo puedan seleccionar el que más se adapte a sus expectativas. Además también coincidimos con Gagnon et al. (2008) en que los programas en muchas ocasiones se

ajustan más a los requisitos que los profesionales han considerado oportunos y relevantes que a las demandas reales expresadas por las gestantes.

También sería útil intentar crear grupos lo más homogéneos posibles atendiendo a sus intereses personales de formación, puesto que lo más valorado es el contacto con las otras mujeres y se ha comprobado que cuando los grupos son más homogéneos la participación de las mujeres aumenta y su relación continúa en el posparto bien a través de asociaciones formales o de pequeños grupos informales. Este aspecto está íntimamente ligado al que señalábamos anteriormente, puesto que las clases se orientan en gran medida hacia lo que las mujeres desean y cuando el grupo tiene las mismas inquietudes los miembros del grupo sienten que están encontrando explicaciones a sus dudas y resolviendo sus conflictos.

En cuanto a la importancia de las personas del entorno, hemos comprobado cómo puede resultar bastante frustrante, esperar que la pareja sea la persona más influyente en el desarrollo del rol materno, ya que no en todos los casos es del todo cierto. Tal vez en los modelos familiares nucleares sea así, pero no lo es en los de familias más extensas. Se puede comprobar que la madre de la gestante-madre sigue siendo un gran pilar. En este aspecto disentimos de lo manifestado por Mercer (2010) que mantiene que la influencia del padre es inigualable a la de ninguna otra persona del entorno. Esto tal vez se manifiesta así en sociedades como la de Estados Unidos donde el arraigo de la familia nuclear lleva una mayor trayectoria, es habitual la dispersión de la familia en miles de kilómetros de distancia y la familia se conforma por los padres e hijos hasta la primera juventud de éstos, que pasan a construir su propia familia. En nuestro contexto, también se comienza a perfilar ese patrón en algunas parejas, pero sigue siendo mayoritario el número de mujeres que siguen manteniendo una estrecha relación con sus madres. Por ello, nos parece adecuado animar a que también sean las madres o las personas más cercanas de las gestantes, las que asistan a los grupos de EM. Se ha visto en el estudio que en alguna ocasión ha sido una hermana o incluso una cuñada, la persona que más ha apoyado a la embarazada. Cuando la persona que acompaña a la gestante al curso comparte las mismas reflexiones, se potencian su efecto al tener posteriormente en la práctica el mismo enfoque y punto de vista.

Y por último destacar la importancia de plantear los temas desde la reflexión y no desde la adquisición de conocimientos para que cada una de las mujeres sea capaz de



comprender su singularidad, con qué apoyos puede contar y qué circunstancias la rodean, para que a partir de esa realidad, encuentre el mejor camino para recorrer y vivir su maternidad.

Por otra parte la visibilidad de la matrona como profesional sigue estando oculta y sería deseable que el acceso a ella fuera más sencillo. Serían muchas las propuestas que pueden hacerse desde distintos ámbitos. Aquí nos centramos en acciones que se pueden llevar a cabo de una manera sencilla e individual por parte de las matronas y sin coste alguno. Pensamos que una de las formas de lograr el acceso fácil a la consulta de la matrona es que ésta esté en el centro de salud al que pertenece la mujer. En nuestro caso la matrona está en un centro y las mujeres de los otros dos centros tienen que desplazarse. Hemos comprobado que las mujeres del centro Puerta de Madrid y El Pilar que están más cerca que las de María de Guzmán, asisten con más frecuencia y recurren a la matrona para solucionar problemas o resolver dudas. Por lo tanto siempre que sea posible hay que intentar diseñar la asistencia para que sea la matrona la que se desplace a los distintos centros, ya que además de facilitar el acceso de las mujeres, los profesionales de los centros de salud derivan más fácilmente cuando saben que la matrona está más cerca. Dentro de los profesionales es necesario contar también con el personal de recepción de los centros, ya que son la primera fuente de información para el usuario y que en ocasiones son los primeros en recibir las demandas de las mujeres y sugerir a quién acudir.



## Resumen

Esta tesis expone los resultados obtenidos de un estudio cuyo objetivo es profundizar en la experiencia que significa la Educación Maternal (EM) en un grupo de mujeres embarazadas, explorando sus expectativas y conocimientos antes del inicio de la actividad, a la vez que se identifican los temas de interés para tratar de crear programas más adaptados a sus necesidades y se evalúan los efectos de la actividad sobre la adquisición de conocimiento, control de ansiedad y miedo, el dolor, el parto, la lactancia, los cuidados del recién nacido y la adaptación psicológica y social al puerperio .

Se utiliza una metodología cualitativa fundamentada en una perspectiva ecológica y etnográfica, el análisis micro-etnográfico del discurso y el estudio de caso, a través del análisis de los discursos de 21 entrevistas (antes de EM, después y tras el parto). La muestra consistía en siete mujeres de entre 30 y 40 años; cinco de ellas eran primíparas y dos secundíparas. Todas eran españolas y asistieron a un programa de EM.

Las conclusiones muestran que los programas de EM y la forma de acceder a ellos no son tan conocidos por la población a la que van dirigidos como podemos pensar desde el ámbito sanitario; que la persona con más influencia en la mujer embarazada es su madre; que el programa de EM ejerció un efecto positivo en las mujeres por la posibilidad de encontrarse con sus iguales para compartir sus inquietudes y preocupaciones; que los conocimientos, técnicas y actitudes recomendadas en el curso influyeron de manera desigual dependiendo de las características personales y psicológicas de cada una, pero a todas ellas les hizo afrontar el proceso maternal con menos miedo y ansiedad, además de ser más participativas en la toma de decisiones. La vivencia del puerperio también fue muy desigual dependiendo del tipo de parto que tuvieron, de las personas que las acompañaron y de la protección que ellas ejercieron sobre sí mismas.

**IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:** realizar un análisis más exhaustivo de las necesidades y expectativas de las mujeres, previo al inicio del curso y adaptar los programas de EM a sus necesidades. Facilitar el acceso de las mujeres a las consultas de las matronas. Crear grupos lo más homogéneos posible y plantear los temas desde la reflexión y no desde la adquisición de conocimientos.

**Palabras clave:** Posición social de la mujer, Evolución de las sociedades, Educación de adultos, Salud pública, Ciencias clínicas, Ginecología

## **Abstract**

This thesis presents the results achieved from a study whose aim is to go deeper into the significance of Maternal Education (ME) in a group of pregnant women, by exploring their expectations and knowledge before the beginning of the activity. Besides, the study identifies those interesting issues for these women in order to create more adapted programs to their needs. Finally, the evaluation takes into account the effects of the activity related to knowledge acquire, control of anxiety, fear, pain, birth, breastfeeding, childbirth cares and psychological and social adaptation to puerperium.

The research uses a qualitative methodology based on an ethnographic and ecological perspective. From a total of 21 responses, each case and its micro-ethnographic speech (before and after of ME and after the birth) was analysed. The sample consisted of seven women between 30 and 40 years old, five first-time pregnant and two second-time. All of them were Spanish and attendance to ME program.

ME Programs show the following conclusions: These programs –and the access to them– are not as very well-known for people whom it is addressed to as it is thought by Health professionals; the most influential person for pregnant women is their mother;

ME program had a positive effect on women because of the opportunity of meeting with others in their same condition, and share their issues and worries.

Knowledge, techniques and attitudes that were recommended in the process influenced unevenly depending on personal and psychological characteristics of each woman, but all of them were helped to face the maternal process with less fear and anxiety. Moreover, they were more participatory in decision-making.

The postpartum experience was also very uneven depending on the type of childbirth they had, people who accompanied them and protection they had on themselves.

**IMPLICATIONS FOR PRACTICE:** A deep analysis of the needs and expectations of women should be considered, before the beginning of the process, in order to plan ME

programs to their needs. Facilitate access of women to consult midwives. Create groups as homogeneous as possible and raise the issues through reflection and not from knowledge acquisition view.

**Keywords:** Social Status of Woman, Societies Evolution, Adult Education, Public Health, Clinical Science, Gynecology



## BIBLIOGRAFÍA

1. Alba Romero, C., Aler Gay, I. & Olza Fernández, I. (2012). *Maternidad y Salud, Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. Alberdi, R. (1988). Sobre las concepciones de la enfermería. *Rol de Enfermería*, 11, 25-30.
3. Alberdi, R. (1992). La identidad profesional de la enfermería. *Rol de Enfermería*, 17, 39-44.
4. Alemany, J. & Velasco, J. (2005). Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas Profesión*, 6(4), 23-27.
5. Allué, M. (2013). *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
6. Álvarez Dardet, C., Alonso, J., & Domingo, A. (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.
7. Amezcua, M. & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
8. Amit, V. (Ed.). (2002). Constructing the field, *Ethnographic fieldwork in the contemporary world*. London: Routledge.
9. Andersson, E., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28(4), 502-508.

10. Andrés Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atención Primaria*, 25(1), 42-46.
11. Arnedillo-Sánchez, S., Romero-Martínez, J., Barberá-Rubini, N. & Ruiz-Ferrón, M.C. (2006). Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. *Matronas Profesión*, 7(2), 14-21.
12. Artieta Pinedo, M. I. & Paz -Pascual, C. (2006). Utilidad de la Educación Maternal: una revisión. *Rev ROL Enf.*, 29(12), 814-822.
13. Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandez de Gamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalup A, et al. (2010). The Benefits of Antenatal Education for the Childbirth Process in Spain. *Nursing Research*, 59(3), 194-202.
14. Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. & Lofland, L. (eds) (2001). *Handbook of ethnography*. London, Thousand Hoaks: Sage.
15. Ballesteros Meseguer, C., Marín N.T., Martínez-Espejo M.D. & Pina Roche, F. (2011). Percepción de la asistencia sanitaria al embarazo y parto en mujeres con discapacidad de la movilidad en la región de Murcia. *Enfermería Global*, 10(2), 1-15. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/123581>
16. Benavent, M.A., Ferrer, E. & Francisco, C. (2001). Modelos de cuidados. En Benavent, M.A., Ferrer, E. & Francisco, C., *Fundamentos de Enfermería* (pp. 147-160). Madrid: DAE.
17. Benavent Garcés, M. F, Ferrer Ferrandis, E. & Francisco del Rey, C. (2009). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: DAE.
18. Blasco Hernandez , T. & Otero García, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación*. (3). Recuperado de [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm)
19. Blázquez Rodríguez, M. I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del area 12 de la Comunidad de Madrid*. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
20. Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (5ª ed.). Madrid: Morata.



21. Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2001). *la relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
22. Buzzaqui Echevarrieta, A. & Uris Selles, J. (1997). El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. *FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria)*, 4(7), 421-433.
23. Bydlowski, M. (2007). *La deuda de Vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
24. Cabrera Sanz, T. (2009). *Estudio de las causas del desinterés de las mujeres por los cursos de preparación a la maternidad*. En: II Seminario Internacional. Asociación de Matronas. Madrid 15-17 de octubre de 2009.
25. Cabrera Sanz, T., (2009). *Estudio sobre la asistencia de las mujeres embarazadas a clases de educación maternal* [video]. En: II Seminario Internacional de Matronas organizado por la Asociación Española de Matronas. Madrid 15-17 oct. 2009. Recuperado de [www.matronababy.com](http://www.matronababy.com).
26. Calderón Gómez, C., (2003). El artículo original en la investigación cualitativa: aspectos que se deben tener en cuenta en su elaboración. *Matronas Profesión*, 4(12), 17-21.
27. Calvache, M. (1989). *La enfermería sistémica. Propuesta de un modelo ecológico*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
28. Camaño Puig, R., (2001). Desarrollo histórico del conocimiento. El conocimiento y el método científico. En Benavent, M.A., Ferrer, E. & Francisco, C., *Fundamentos de Enfermería*. (pp. 112-145). Madrid: DAE.
29. Camaño Puig, R. (2009). Desarrollo histórico del conocimiento y del método científico. En Benavent Garcés, M. F, Ferrer Ferrandis, E., Francisco del Rey, C., *Fundamentos de Enfermería* (pp. 130-142). Madrid: DAE.
30. Canguilhem, G., (1996). *La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica*. Toulouse: Sables.
31. Castell Rodríguez, E. (1988). *Grupos de formación y Educación para la Salud (Aprender a cambiar)*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
32. Cátedra Tomás, M. (1989). *La vida y el mundo de los vaqueiros de alzada*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

33. Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M.C., Carballal Balsa, M.C. (2006). *Técnicas de comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: ELSEVIER.
34. Clèries, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: MASSON.
35. Colomer Revuelta, C. & Álvarez-Dardet Díaz, C. (Eds.). (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: MASSON.
36. Conde Gutiérrez, F. & Pérez Andrés, C. (1995). La investigación cualitativa en Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*. 69(2), 145-149.
37. Conde Gutiérrez, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Revista Española de Salud Pública*. 76(5), 395-408.
38. Cuesta Benjumea, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25. Recuperado de [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm)
39. Díaz-Sáez, J., Catalán-Matamoros, D., Fernández-Martínez, M.M. & Granados-Gámez, G. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 483-489. doi:10.1016/j.gaceta.2011.03.010
40. Diccionario etimológico de la Lengua Española. (s.f.). Recuperado de <http://www.elcastellano.org/palabra.php>
41. Diccionario terminológico de ciencias médicas (11ª ed.) (1982). Barcelona: Salvat.
42. Duro Martínez, J. C., (2002). El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 545-559.
43. Duro Martínez, J.C. (2003). El discurso de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 611-623.

44. Duro Martínez, J.C. (2005). Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 36(2), 71-77.
45. Duro Martínez, J.C. (2008) Fases y diseño en la investigación cualitativa. *JANO*, 1709. Recuperado de [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1709/48/00480050\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1709/48/00480050_LR.pdf)
46. Duro Martínez, J.C. (2009). Análisis e interpretación en la investigación cualitativa. *JANO*, 1726. Recuperado de [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1726/31/00310033\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1726/31/00310033_LR.pdf)
47. Emmanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolas, F. & Quezada, A. (eds.), *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas* (pp. 83-95). Recuperado de [http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos\\_eticos\\_para\\_la\\_investigacion.pdf](http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos_eticos_para_la_investigacion.pdf)
48. Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Donet, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
49. FAME (2007). *Iniciativa parto normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de Española.
50. FAME (2010). Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) sobre competencias profesionales de las Matronas. Pamplona, 2010. Recuperado de: <http://www.federacionmatronas.org/documentos/i/14672/102/documentos>.
51. Fernández y Fernández-Arroyo, M. (2012). *Elaboración, validación y aplicación de una herramienta de evaluación para los programas de educación maternal, de los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid*. (Tesis doctoral) Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Recuperado de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=35737>
52. Fernández y Fernández-Arroyo, M. (2013). Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería*, 22 (1-2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100009>
53. Fernández y Fernández-Arroyo, M., Muñoz San Roque, I. & Torres Lucas, J. (2013). Estudio de validez y fiabilidad del cuestionario EDUMA2 para evaluar la calidad del segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación de los

- Programas de Educación Maternal. *Matronas Hoy*, 1(2), 14-26. Recuperado de [http://www.aesmatronas.com/descargas/REVISTA\\_ETAPA\\_3/MATRONAS\\_HOY\\_3E\\_2013\\_N02.pdf](http://www.aesmatronas.com/descargas/REVISTA_ETAPA_3/MATRONAS_HOY_3E_2013_N02.pdf)
54. Fernández y Fernández-Arroyo, M., Muñoz San Roque, I. & Torres Lucas, J. (2014). Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Profesión*, 15(1), 20-26. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17104/173/caracteristicas-de-los-programas-de-educacion-maternal-de-atencion-primaria-de-la-comunidad-de-madrid-espana-y-de-sus-as>
55. Fernández Idiago, M. (2009). Impacto de los programas de educación maternal. Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. *Reduca* (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos Fin de Master. 1(2), 383-399.
56. Fernández Martínez, M.A., Fernández, R., Pavón, I. & López, L. (2003). La calidad percibida por el usuario, su relación con la información y la presencia de acompañante en una unidad de paritorios. *Matronas Profesión*, 4 (13), 29-34.
57. Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
58. Francisco, C., Benavent, M.A. & Ferrer, E., (2001). Configuración y evolución de la enfermería. En Benavent, M.A., Ferrer, E. & C. Francisco, *Fundamentos de Enfermería* (pp. 18-20). Madrid: DAE.
59. Francisco del Rey, C. (2002). Prácticas, cuidados y rituales en torno al parto. Costumbres en la etnia fang de Guinea Ecuatorial. *Metas de Enfermería*, 41, 21-28.
60. Francisco del Rey, C. (2005). Reflexiones alrededor del objetivo de interés de la Enfermería. *Educare*, 21. Recuperado de <http://www.Enfermeria21.com/educare/>
61. Francisco del Rey, C. (2006). De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. (DEA inédito). Departamento de Psicopedagogía y Educación Física Universidad de Alcalá.
62. Francisco del Rey, C. (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. (Tesis doctoral) Universidad de Alcalá. Recuperado de <http://dspace.uah.es/jspui/handle/10017/2700>

63. Frías Osuna, A. (2004). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: MASSON.
64. Gagnon, A.J., & Sandall, J. (2008). Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. Oxford: Update Software Ltd. (4). Recuperado de <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002869>. (Traducida de The Cochrane Library. 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
65. Gagnon, A.J., & Bryanton, J. (2009). Educación posnatal de padres para la optimización de la salud infantil general y las relaciones entre padres e hijos. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. Oxford; Update Software Ltd.; (2). Recuperado de <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201962259&DocumentID=CD004068> (Traducida de The Cochrane Library. 2009 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
66. Gagnon, A. J., (2003). Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Review*. En: The Cochrane Library. Oxford: Update Software. (1).
67. Gala, F.J., Díaz, M. & Luliana, M., (1993). Los métodos de educación maternal. Una revisión histórica. *ROL de Enfermería*, (173), 41-44.
68. Galao Malo, R. (2009), Enfermería de práctica avanzada en España: ahora es el momento. *Index de Enfermería*, 18(4). Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>
69. Gallardo Díez .Y. & Sánchez Perruna, M.I. (2007). Opinión de las matronas de los centros de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. *Matronas Profesión*, 8 (1), 5-11.
70. García, A. (2009). Género y desarrollo humano: una relación imprescindible. Departamentos de Educación para el Desarrollo de Ayuda en Acción, Entreculturas e InterRed. Recuperado de [http://mueveteporlaigualdad.org/docs/genero\\_desarrollo\\_humano\\_castellano.pdf](http://mueveteporlaigualdad.org/docs/genero_desarrollo_humano_castellano.pdf)
71. García Fernández M.N. (2008). Paradigmas y modelos de Educación para la salud. En M.B. Sánchez Gómez, M.B., Gómez Salgado, J. & Duarte Clíments, G. (Coords.), *Educación para la Salud. Enfermería comunitaria* (pp.33-46). Madrid: Enfo Ediciones.

72. García Martínez, A., Sáez Carreras, J. & Escarbajal de Haro, A. (2000). *Educación para la Salud: la apuesta para la calidad de vida*. Madrid: Aran Ediciones.
73. Gee, J.P. & Green, J.L. (1998). *Discourse analysis, learning and social practice: A methodological study*. *Review of Research in Education*, 23, 119-71.
74. Gelty, A. (1996). *La diosa. Madre de la naturaleza viviente*. Madrid: Editorial Debate.
75. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2009). *Educación maternal: preparación para el nacimiento*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
76. Germán Bes, C. & Marcen Letosa, J. J. (2004). Nuevo paradigma de salud. En Frías Osuna, A., *Salud pública y educación para la salud* (pp.15-26) Barcelona: MASSON.
77. Gil Nebot, M. A., Estrada Ballesteros, C., Pires Alcalde, M. L., & Aguirre Martín-Gil, R. (2002). La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 451-459.
78. Goberna, J. (2002). La salud reproductiva en el umbral del siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 12(5), 281-285.
79. Goberna Tricas, J., Palacio Tauste, A., Banús Jiménez, M.R., Linares Sancho, S., & Salas Casas, D. (2008). Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Profesión*, 9 (1), 5-10.
80. Gómez Papí, A. (2011). *El poder de las caricias*. VI Congreso Español de Lactancia Materna. 3ª Reunión de Bancos de Leche Humana. 2011 abril 7-9, Ávila.
81. Gómez Papí, A. (2010). *El poder de las caricias*. Madrid: Espasa libros.
82. González Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Ética y formación universitaria*, 29. Recuperado de <http://www.rioei.org/rie29a04.htm>
83. González Gil, T. & Cano Arana, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características (I). *Nure Investigación*, 44. Recuperado de [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm)
84. González Gil, T. & Cano Arana, A.(2010) Introducción al análisis de datos en

- investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investigación*, 45, Recuperado de [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm)
85. Gutman, L. (2007). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Crisis vital y revolución emocional*. Barcelona: RBA Libros.
86. Gutman, L. (2009). *La familia nace con el primer hijo. Historias de parejas con niños pequeños* (3ª ed.). Barcelona: RBA libros.
87. Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
88. Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography. Principles in Practice*. London: Tavistock Publications.
89. Hernáiz Gómez, L., & Saiz Puente, M.S., *La Vida Láctea. Historia del amamantamiento*. Madrid: foren 21.
90. Hernández-Conesa, J., Moral, P. & Esteban-Albert, M. (2002). *Fundamentos de enfermería. Teoría y método* (2ª ed). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
91. Hernández Yáñez, J. F. (2010). *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Documento de trabajo 162. Fundación Alternativas. Recuperado de <http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades://>
92. Herranz Ybarra, P. (2002). El desarrollo del apego. En Herranz Ybarra, P. & Sierra García, P., *Psicología evolutiva I. vol. 2. Desarrollo Social*, (pp. 51-72). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
93. Higuero, J.C. (2008). Procedimientos de matronas para ingresos y egresos de gestantes de bajo riesgo. *Boletín informativo Asociación Andaluza de Matronas*. (30) 2-3. Recuperado de [http://www.aamatronas.org/web/htmls/boletines/matronas\\_30.pdf](http://www.aamatronas.org/web/htmls/boletines/matronas_30.pdf)
94. Higuero-Macías JC, Crespillo-García E, Mérida-Téllez JM, Martín-Martínez SR, Pérez-Trueba E & Mañón Di Leo JC. (2013). Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Profesión*, 14(3-4), 84-91.

95. Hildingsson, I., Cederlöf, L. & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care Women and Birth. *Women Birth*, 24 (3), 129-136.
96. Ibáñez, J. (1990). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En García Ferrando, M., Ibáñez, J. & Alvira, F. *El análisis de la realidad social*, (pp. 51-85). Madrid: Alianza.
97. Ibáñez Díaz, M B. (2004) Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden, sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Profesión*, 5(16), 25-31.
98. Iglesias Casas, S., Conde García, M., & González Salgado, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Profesión*, 10(2), 5-11.
99. IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) (s.f.). Recuperado de <https://www.ihan.es/ihan/index.php/sobreihan2/pasos/pasos-centros-de-salud>
100. INE, Instituto Nacional de Estadística (2009). *Indicadores sociales*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
101. INE (Instituto Nacional de Estadística). (s.f.). Dato de partos de 1988. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do>
102. Jiménez Hernández, J. A. (2009) Estudio etnográfico de las actividades de educación maternal. *Evidentia*, 6(25). Recuperado de <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/evidentia/n25/ev6818.php>
103. Jiménez Herrera, M. F. (2009). *Construcción de la ética asistencial del cuidar en urgencias y emergencias*. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/8434>
104. Jociles, M. (1999). Las técnicas de investigación en antropología. *Gazeta de Antropología*, 15. Recuperado de <http://www.ugr.es/~pwlac/Welcome1999.html>
105. Jové i Montanyola, R.M. (2011). *Crianza respetuosa y Feliz*. VI Congreso Español de Lactancia Materna. 3ª Reunión de Bancos de Leche Humana. 2011 abril 7-9. Ávila.
106. Jové i Montoya R.M. (2011). *La crianza feliz. Cómo cuidar y entender a tu hijo de 0 a 6 años*. Madrid: La Esfera de los Libros.



107. Jordan-Desgain, J. (2005). *La homeopatía prenatal y el futuro de los niños*. Madrid: Miraguano.
108. Junta de Andalucía (2014). Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Recuperado de: [http://www.enfermeriasoria.com/docs/descargas\\_alberca/PreparacionAlNacimiento\\_2014.pdf](http://www.enfermeriasoria.com/docs/descargas_alberca/PreparacionAlNacimiento_2014.pdf)
109. Karlsen, S., Say L., Souza, J. P., Hogue, C. J., Calles, D.L., Gülmezoglu, A.M. & Raine, R. (2011). The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health*. Jul 29; 11: 606. doi: 10.1186/1471-2458-11-606
110. Kennedy, H.P., Beck, C.T., & Driscoll, J.W. (2003). Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto, *Matronas Profesión*, 4 (13), 4-18.
111. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson S.A.
112. León Alonso, S. (coord.) (s. f.). El gobierno de la sanidad. Descentralización sanitaria y estructura organizativa. Recuperado de [https://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe\\_Anual\\_Anexo\\_I.pdf](https://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anual_Anexo_I.pdf). pg 17 autonomías y transferencias sanitarias.
113. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado Núm. 274 de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-40132. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
114. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado Núm. 240 de 5 de octubre de 2011. p. 104593-104626. Recuperado de [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623)
115. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Boletín Oficial del Estado Núm. 295 de 10 de diciembre de 2013. p. 97858-97921. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf>
116. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado Núm.102 de 29 de abril de 1986. p. 15207-15224. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

117. Limia Redondo, S., Sanz Díaz, M. C., Santa Cruz Martín, B., Pérez Martínez, E., Vicente López, A. & Pacheco Ardila, F., (2012a). Delegación de actuaciones: Informe al alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. *Ética de los Cuidados*, 5(9). Recuperado de <http://www.index-f.com/eticuidado/n9/et7647.php>
118. Limia, S., Sanz, M. C., Pérez, E., Santa Cruz, B., Vicente, A. & Pacheco, F. (2012b). Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. *Matronas profesión*, 13(3-4), 90-96. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16519/173/puesta-en-marcha-del-informe-de-alta-emitido-por-matronas-en-el-puerperio-de-bajo-riesgo>
119. Linares Abad, M., Moral Gutiérrez, I., Linares Abad, M., & Sáenz Monzón, E. (2003). Educación maternal: Un estudio etnográfico en el consultorio de salud de las Fuentezuelas. *Cultura de los Cuidados*, VI, (12), 33-39.
120. Lobo Abascal, P. (2013). Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto. *Matrona y Salud de la Mujer*, 4(1), 3-6.
121. López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Peláez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M. & Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218-21.
122. Maderuelo, J.A., Haro, A.M., Pérez, F., Cercas, L.J., Valentíne, A.B. & Morán, E. (2006). Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 31-39.
123. Manning, K. (1997). Authenticity in constructivist inquiry. *Qualitative Inquiry*, 3, 93-115. Miles, M., & Weitzman, E. Computer programs for qualitative data analysis. London: Sage.
124. Márquez Carrasco, Á. M. (2013). Perfil del residente de matrona en la Unidad Docente de Sevilla: expectativas, miedos y primeras experiencias. *Enfermería Docente*, 99, 4-2. Recuperado de <http://www.index-f.com/edocente/99/99-004.php>
125. Márquez García, A., Pozo Muñoz, F., Sierra Ruiz, M., Sierra Huerta, R., Aguado Taberné, C. & Jaramillo Martín, I. (2007). Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal. *Medicina de Familia*, 3, 239-243.
126. Martín-Crespo Blanco, M. C., & Salamanca Castro, A. B. (2007) El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27. Recuperado de

- [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm)
127. Martín de María, S., (2001). Sexualidad en el puerperio, *Matronas Profesión*, 2 (4), 9-14.
  128. Martín Muñoz, B. (2009). Metodología, diseño y credibilidad de los resultados de investigación: Un conflicto a debate. *Evidentia*, 6(28), Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n28/ev0728.php>
  129. Martínez Miguélez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2), 07-33.
  130. Maslow, A. (1983). *El hombre autorealizado*. Barcelona: Kaidós.
  131. Mercer, R.T. & Walker L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN* 35 (5), 568-582. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2006.00080.x
  132. Mercer, R. T. (2010). Adopción del rol materno-convertirse en madre. En: Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.) (pp. 581-598). Madrid: Elsevier-Mosby.
  133. Miller, A. (2005). *El drama del niño dotado y la búsqueda del verdadero yo*. Barcelona: Tusquets editores.
  134. Ministerio de Sanidad y consumo (MSC). (1986). *Guía de psicoprofilaxis obstétrica*. Madrid: INSALUD.
  135. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (1990). INSALUD. Secretaría General. *Introducción al trabajo de la matrona en atención primaria*. Madrid: INSALUD.
  136. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (1995). *Educación para la Maternidad*. Madrid: INSALUD.
  137. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (2002). *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*. Madrid: INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa.
  138. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Consejo Interterritorial.

139. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) (2011). Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El proceso de consenso en la atención a la salud reproductiva. VIII Foro Salud y Género, celebrado en Madrid el 14 de diciembre de 2011. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/HomeForoVIII.htm>
140. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2013). Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <http://icmbd.es>
141. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (MSSSI) (2013). Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Sistema de Información Sanitaria. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspana\\_\\_2001\\_2011\\_12.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspana__2001_2011_12.pdf)
142. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). (s.f.). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t04.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm)
143. Montes-Muñoz, M.J., Martorell-Poveda, M.A., Jiménez-Herrera, M.F., Verdura-Anglada, T. & Burjalés-Martí, D. (2009). Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres. *Matronas Profesión*, 10 (3), 5-10.
144. Morilla Bernal, M., Morilla Bernal, A.F., Ortega Peinado, M., & López Eslava, I. (2009). La educación maternal ¿es un factor determinante en la salud materno infantil? *Evidentia*, 6(27). Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2719.php>
145. O'Cathain, A., Walters, S. J., Nicholl, J. P., Thomas, J. K. & Kirkham, M. (2002) Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practise. *British Medical Journal*, 16, 324-338.
146. Odent, M. (2010). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Tenerife: OB STARE.
147. Odent, M. (2009). *El Bebé es un Mamífero*. Tenerife: OB STARE.
148. Oliver Reche, M. I. (1998). Etnografía de los cuidados materno-infantiles creencias, valores y prácticas tradicionales sobre lactancia materna. *Index de enfer-*

- mería, VII (22), 34-40.
149. Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M. A., López Sánchez, F. & Malalana Martínez, A. M. (2011). Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4 (1), 38-41.
150. Olza Fernández, I. & Palanca Maresca, I. (2012). La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 101, 55-64.
151. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
152. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21<sup>st</sup> century*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>
153. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado Núm. 129, de 28 de mayo de 2009, p.44697-44729. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
154. Ortega Pineda, R., García-Ruiz Castillo, A., y Sánchez Martínez, G. (2001). ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por las matronas durante el trabajo de parto? *Rev. ROL Enfermería*, 24(4), 290-299.
155. Ortí, A. (1990). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En García Ferrando, M., Ibáñez, J. & Alvira, F., *El análisis de la realidad social* (2ª ed.) (p. 171-203). Madrid: Alianza Universidad Textos.
156. Ortiz González, M., García Mani, S. & Vidal, M. (2010). Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Profesión*, 11(2), 45-52. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/14425/173/estudio-del-interes-sexual-la-excitacion-y-la-percepcion-de-las-relaciones-de-pareja-en-mujeres-primiparas-lactantes-en>

157. Ortiz Villanueva L., García-Varela, A.B. (2013) Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres. *NURE Investigación*, 10(63). Recuperado de: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE63\\_proyecto\\_educamat.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE63_proyecto_educamat.pdf)
158. Paniagua Urbano, J. A., Fernández Ruiz, V. E. (2013) ¿Es maltratada la mujer durante el parto?: Ensayo sobre la Humanización del Nacimiento. *Ética de los Cuidados*, 6(12). Recuperado de: <http://www.index-f.com/eticuidado/n12/et9187.php>
159. Paulí A. (2005). La conducción de grupos en educación para la salud. *Matronas Profesión*, 6(1), 23-29.
160. Pérez, E. (2010). Relación entre el alta clínica de matrona en partos de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a las urgencias de obstetricia por complicaciones puerperales. *Reduca* (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas. 2(4), pp. 36-65. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/259>
161. Pérez Andrés, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 373-380.
162. Pérez Benito, L. (2006). Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas prof.*, 7 (1), 14-22.
163. Pérez Gómez, M. M. (2006). Preparación para la Maternidad. *Inquietudes*. 35, 4-9.
164. Phillips, D., Thomas, K., Cox, H., Ricciardelli, L., Ogle, J., Love, V., et al. (2007) Factors that influence women's disclosures of substance use during pregnancy: a qualitative study of ten midwives and ten pregnant women. *Journal of Drug*, 37(2), 357-376. Recuperado de <http://www.deakin.edu.au/dro/view.php?pid=DU:30007322>.
165. Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 24, 295-300.
166. Pingarrón Montes, M T. (2002). Educación maternal: expectativas, satisfacción y eficacia percibida. *Sal Cuid*, 0(3). Recuperado de <http://www.saludycuidados.com/numero3/educacionmaternal/educacionmaternal.htm>

167. Raile, M. & Marriner, A. (2010). *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª ed.). Madrid: Elsevier. Mosby.
168. Rauh, C., Beetz, A., Burger, P., Engel, A., Häberle, L., Fasching, P.A., et al. (2012). Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(6), 1407-1412. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s00404-012-2470-8/fulltext.html>
169. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado Núm. 200, de 22 de agosto de 1977, p. 18716 - 18717. Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-20006](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-20006)
170. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del estado Núm. 108, de 6 de mayo de 2005, p.15480-15486. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
171. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado Núm. 260, de 30 de octubre de 2007, p.44037-44048. Recuperado de <http://www.boe.es>dias>2007/10/30>pdf>
172. Ryan, P., Revill, P., Devane, D. & Normand, C. (2013). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*, 29(4), 368–376.
173. Saiz, S., Martín, E., Álamo, G., Concejo, S., Martín, I., Poza, L., & Pomeroy, B. (2003). Opinión de los profesionales sanitarios sobre la especialidad de matrona. *Matronas profesión*, 4(14), 23-28.
174. Saiz Puente, S., Jiménez Arques, M.I., & Ortiz Villanueva, L. (2003). *Recuperación de la silla partera: Una nueva experiencia en el Hospital “Príncipe de Asturias” de Alcalá de Henares*. VI Congreso Nacional y I Internacional de Historia de la Enfermería. Libro de Actas (pp. 30-36). Universidad de Alcalá de Henares.
175. Salamanca Castro, A.B. (2006). La investigación Cualitativa en las Ciencias de la Salud. *Nure Investigación*, 24. Recuperado de [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm).
176. Salamanca Castro, A.B., & Martín-Crespo Blanco, C. (2007). El diseño en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 26. Recuperado de [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm)

177. Sánchez Gómez, M. B., Gómez Salgado, J. & Duarte Climents, G. (Coords.) (2008). *Educación para la Salud*. Enfermería Comunitaria V. Madrid: Enfo Ediciones.
178. Santandreu, A. & Sans, R. (2001). Educación maternal y postparto. En Torrens, R. & Martínez, C., *Enfermería de la mujer* (pp156-181). Madrid: DAE.
179. Sebastián Gracia, G. (2000). Entrenamiento psicofísico en la gestante. *Matronas Profesión*, 1(1), 4-13.
180. Serrano González, M.I. (Coord.) (2002). *La educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid: Diez de Santos.
181. Sillero Quintana, M.I. (Coord.). (2012). *Taller de Educación Maternal*. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.
182. Siles González, J. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en Enfermería*. 28 (nº especial). Recuperado de <http://www.index-f.com/rae/28ne/120128.php>
183. Siles González, J. (2011). *Historia de la Enfermería*. Madrid: DAE
184. Simón, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 29,3, 29-40. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600004&lng=es&nrm=iso)
185. Spindler, G. & Hammond, L. (2000). The use of anthropological methods in educational research: Two perspectives. *Harvard Educational Review*, 70(1), 39-48.
186. Spindler, G. & Hammond, L.(2006). *Innovations in educational ethnography*. Mahwah NJ: Laurence Erlbaum.
187. Stake, R. (2005). Qualitative case studies. In N.K Denzin, N.K. & Lincoln, S. (Eds.), *Sage handbook of qualitative research* (pp.443-466).Thousand Oaks: Sage.
188. Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Constable, R. T., & Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1042-1052. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01963.x



189. Torres Lucas, J. (2007). Qué es la educación no formal. En Arrimadas Gómez, I., Hernando Calvo, A. & Muñoz Zazo, J. F. (Coords.) *La Educación No Formal en Escuelas Católicas* (pp.11-43) Zaragoza: Edelvives. Recuperado de [http://www2.escuelascaticas.es/publicaciones/GRATUITAS/EDUCACION\\_NO\\_FORMAL.pdf](http://www2.escuelascaticas.es/publicaciones/GRATUITAS/EDUCACION_NO_FORMAL.pdf)
190. Valles Martínez, M.S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid: Síntesis.
191. Valles Martínez, M.S. (2009). *Entrevistas cualitativas*. (Cuaderno metodológico, nº32). Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.
192. Verny, Thomas R. (2010). *La vida secreta del bebé antes de nacer*. IV Jornadas Profesionales Suavinex. Madrid.
193. Watzlawick, P., Helmick, J., Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: EDITORIAL HERDER.
194. Weitzman, E. (2005). Software and qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (pp. 803-820). London: Thousand Oaks.
195. Winnicott, D.W. (2009). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
196. Winnicott D.W. (2006). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Ediciones Hormé SAE
197. Woods, P. (1986). *Inside schools: Ethnography in educational research*. London: Routledge.
198. Yin, R.L. (2008). *Case study research. Design and methods*. Thousand Oaks: Sage.



## **ANEXOS**

## Informe del Comité de Investigación y Conocimiento del Área 3

TÍTULO: **ESTUDIO PILOTO: Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres**

**El Comité de Investigación y Conocimiento respecto al protocolo de referencia, CONSIDERA QUE:**

Se trata de un estudio viable y puede procederse a su realización en el área.

El procedimiento a seguir será:



**APROBACIÓN:** Se puede poner en marcha sin modificaciones.



**ACLARACIONES MENORES / MAYORES:** Se realizan sugerencias que deberán ser tenidas en cuenta en el nuevo protocolo. Se remitirá la nueva versión para su aprobación definitiva.



**REMISIÓN AL G-ICAP:** Se considera apropiado para remitirlo al grupo de Madrid y proponer su valoración para difundirlo a otras áreas.

Se envía copia del informe a: Interesados y Comité de Investigación y Conocimiento

Alcalá de Henares, fecha 01 de junio de 2010

Firmado:

**José E. Villares Rodríguez**  
**Director Médico**

## CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D Santiago Artillo Rembado, como Director Médico del Hospital “PRÍNCIPE DE ASTURIAS”, y vista la documentación aportada

### CERTIFICA

Que ha tomado en consideración la propuesta realizada por el promotor **Centro de Salud Puerta Madrid** para que sea realizado en este Centro el Estudio Observacional titulado: **“ESTUDO PILOTO. Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres”**.

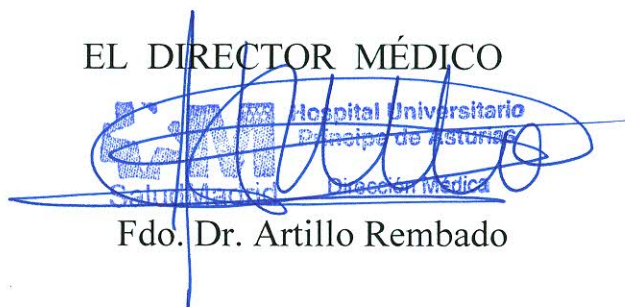
CÓDIGO del protocolo: OE 16/2012

Que será realizado por D<sup>a</sup>. Lourdes Ortiz Villanueva DUE del Centro de Salud Puerta de Madrid, como Investigadora Principal.

Que acepta la realización de dicho estudio observacional en este Centro, siempre que se cumpla la legislación vigente sobre estudios posautorización de tipo observacional.

Lo que firmo en Alcalá de Henares a 09 de noviembre de 2012.

EL DIRECTOR MÉDICO



Hospital Universitario  
Príncipe de Asturias  
Salud Puerta de Madrid  
Dirección Médica

Fdo. Dr. Artillo Rembado

## DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**Código de protocolo del promotor:** OE 16/2012

**Versión/fecha del protocolo:** 2.0

**Hoja de información al paciente/sujeto (versión/fecha):** 2.0

**Título:** “ESTUDIO PILOTO: Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres”

**Promotor:** CS Puerta de Madrid

**Investigador Principal:** D<sup>a</sup> Lourdes Ortiz Villanueva – S<sup>o</sup> DUE CS. Puerta de Madrid.

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en su reunión del *30 de octubre de 2012* tras la evaluación de las aclaraciones solicitadas, considera que:

1. El estudio evaluado cumple los requisitos metodológicos y técnicos.
2. La competencia de los investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación son aceptables en relación con los beneficios esperados.
4. El proceso de selección de los sujetos participantes es apropiado.
5. La hoja de información y el consentimiento informado son adecuados.
6. Se cumple el resto de los requisitos legales establecidos

Emite un DICTAMEN FAVORABLE para la realización del estudio.

Lo que firmo en Alcalá de Henares, a 31 de octubre de 2012

Firmado:



Doña Elvira Poves Martínez  
Presidenta del CEIC

## Hoja de información para el paciente

**Título: ESTUDIO PILOTO: Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres**

### **1. Características y finalidad del estudio.**

La información contenida en este documento le ayudará a entender por qué se está realizando la investigación y lo que ésta supone, y también a que pueda decidir si desea participar o no. Tómese el tiempo que considere necesario para leer detenidamente la siguiente información y para comentarla con otras personas, si lo desea.

El objetivo de este estudio es conocer por qué acuden las mujeres a los cursos de EM (educación maternal) y de qué manera influye en ellas.

Si usted decide participar en el estudio, en el seguimiento de su embarazo se realizará una entrevista con la matrona que imparte la EM antes de comenzar el segundo ciclo de EM. La duración de la entrevista será aproximadamente de una hora y trataremos temas de la EM. Se realizarán las 7 sesiones de EM (igual que con todas las mujeres que acuden a los cursos de EM). Se realizará una segunda entrevista al terminar la EM y una tercera un mes después del parto, para conocer la opinión de las actividades y temas tratados en la EM. Se grabará la voz en todas las intervenciones que hemos señalado (entrevistas y sesiones de EM).

La duración del estudio será de 4 meses.

### **2. Procedimientos del estudio y confidencialidad de los datos.**

Se utilizarán los siguientes datos: Edad, número de hijos, número de embarazos, formación académica, ocupación, ¿Tienes pareja?, formación pareja, ocupación pareja y se le solicitará que responda a preguntas para valorar el grado de satisfacción o insatisfacción que ha tenido con la EM.

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, cada mujer será identificada con un código que sólo conocerá la matrona que le atiende.

La información se guardará con la más estricta confidencialidad y anonimato, de forma que no se podrá conocer a quien corresponden los resultados. Los participantes podrán ejercer en cualquier momento su derecho de rectificación y/o cancelación de sus datos en la base de datos.

A lo largo del estudio podría ser necesario contactar con usted por teléfono.

**La participación en el estudio es voluntaria. Si no acepta participar en él, el trato personal en consulta será exactamente el mismo y el seguimiento será el habitual.**

**Puede abandonar el estudio en cualquier momento sin dar explicaciones.**

Para cualquier cuestión que desee aclarar, pregunta que desee formularnos o si no está seguro de entender toda la información proporcionada en este documento puede contactar con:

**Datos del investigador:**

Nombre y apellidos María Lourdes Ortiz Villanueva

Tfno. de contacto: 91 882 5539

Centro de Salud: Puerta de Madrid

Le agradecemos enormemente su participación y colaboración.



# Consentimiento Informado

## Declaración y firma del paciente

### Título del estudio

**ESTUDIO PILOTO: Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres**

Yo, ..... (Nombre y apellidos del paciente)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con mi matrona

He podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar dudas.

Comprendo y acepto que mi participación es voluntaria.

Comprendo y acepto que mi voz sea grabada

Comprendo y entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos o de cualquier otro profesional sanitario.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En ..... a ..... de ..... de 2012

Nombre y apellidos del participante

Firma

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellidos del investigador

Firma

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_