

Artículo original

La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto

Obstetric humanization from the perspective of women: perception of support and beliefs about childbirth care practices

S. Lanero¹, A. Lanero²

¹Matrona. Doctora en Enfermería. Complejo Asistencial Universitario de León. Profesora asociada. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León.

²Psicóloga. Profesora Contratada Doctora. Departamento de Dirección y Economía de la Empresa. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de León

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de las mujeres embarazadas en relación con el apoyo que reciben por parte de los profesionales, y definir sus creencias sobre la implementación óptima de las distintas prácticas de atención al parto.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal realizado en mujeres embarazadas de la ciudad de León. Las gestantes respondieron a un cuestionario sobre variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo, el apoyo percibido y las creencias relacionadas con la atención al parto.

Resultados: En el estudio participaron 298 gestantes. Las percepciones de apoyo de las mujeres por parte de los profesionales fueron moderadamente positivas. Las gestantes presentaron una escasa implicación en la toma de decisiones relacionadas con el parto, delegando la responsabilidad en los profesionales. Sin embargo, cuando asumieron las decisiones sobre su parto, sus creencias se ajustaron más a una visión de parto humanizado –defendida actualmente por las instituciones oficiales de salud– que de parto intervenido.

Conclusiones: A pesar del fuerte respaldo del que goza el paradigma de la humanización en el mundo científico y profesional, su calado social aún es muy limitado. No obstante, cuando las mujeres aceptan su rol protagonista, presentan tendencias humanizadas, lo que sugiere que ya se están dando pasos significativos hacia una mayor formación de las mujeres basada en evidencias científicas que las capacite para tomar decisiones autónomas y fundamentadas.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Embarazo, parto humanizado, educación prenatal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perceptions of pregnant women regarding the support received by professionals and their beliefs regarding ideal practices of childbirth assistance.

Methodology: Descriptive and transversal study carried out with pregnant women from the Spanish city of León. Women responded a questionnaire on socio-demographic and pregnancy related variables, perceived support, and beliefs regarding childbirth assistance.

Results: Participants in the study were 298 pregnant women. Participants presented moderately positive perceptions of support by professionals. They had little involvement in decision making related to childbirth, delegating responsibility to professionals. However, those women who assumed an active role in decision making, had more humanized than interventionist beliefs, according to the vision currently defended by official health institutions.

Conclusions: Despite the strong support enjoyed by the humanization paradigm in the professional and scientific world, its social weight is still very limited. However, when women accept their leading role, they present humanized tendencies, which suggests that significant steps are already being taken towards greater training of women based on scientific evidence that enables them to make autonomous and reasoned decisions.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Pregnancy, humanized childbirth, prenatal education.

Fecha de recepción: 21/03/2019. Fecha de aceptación: 30/11/2019.

Correspondencia: S. Lanero. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León.
Correo electrónico: sandralanero@gmail.com

Lanero S, Lanero A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. Matronas Prof. 2020; 21(2): 54-61

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el parto ha sido objeto de diversas atenciones y cuidados que han ido evolucionando con los años. Tradicionalmente, la asistencia al parto la realizaban exclusivamente mujeres que se encargaban del proceso de acompañamiento a la parturienta y solían mantener una actitud expectante y no intervencionista¹. A partir del siglo XVII se inició la tecnificación en la asistencia y, posteriormente, a mediados del siglo XIX, las mujeres con partos complicados pasaron a ser atendidas en los hospitales, extendiéndose esta forma de actuar a todas las gestantes en el siglo XX². Así empezó a considerarse el hospital como el medio más seguro para la atención del proceso del parto y el lugar que ofrecía mejores resultados obstétricos³. Por tanto, la asistencia al parto pasó de ser un acontecimiento fisiológico, desarrollado en la intimidad del hogar y ligado a la familia, en el que la mujer tomaba el control de su cuerpo y decidía cómo y dónde parir, a ser un proceso tecnificado enteramente en manos de la ciencia médica¹. De esta forma, las gestantes abandonaron su papel protagonista en su propio parto para ser consideradas pacientes o simples espectadoras pasivas^{4,5}.

A raíz de esta hospitalización masiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó unas recomendaciones aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo considerando que «cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera» y «se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado»⁶.

La alerta por parte de la OMS en cuanto al grado de medicalización de la atención al parto hizo que muchos autores relacionaran la alta tecnificación hospitalaria con una deshumanización en la asistencia del proceso. Así, se planteó una nueva forma de atención perinatal que se alejaba del modelo intervencionista, lo que condujo tanto a las mujeres como al personal sanitario a tomar conciencia de la necesidad de valorar la dimensión sociocultural como un factor fundamental que tener en cuenta para prestar una atención adecuada y de calidad⁷.

No obstante, existen múltiples puntos de vista sobre las implicaciones de la humanización en el parto. En general, la mayoría de los autores están de acuerdo en dos criterios. En primer lugar, para humanizar el parto se debe apoyar a las mujeres y brindarles información ofreciéndoles diferentes opciones para que sean conocedoras de los riesgos y beneficios de cada una de ellas^{8,9}. De este modo, las mujeres son situadas en el foco de atención y se sienten con capacidad para tomar decisiones sobre su parto. En segundo lugar, debe respetarse la fisiología del parto e intervenir únicamente cuando sea necesario^{10,11}.

Siguiendo los dos criterios descritos, este trabajo analiza el grado de apoyo que perciben las gestantes por parte de los profesionales de la salud, así como sus creencias en relación con diversas prácticas obstétricas que pueden estar presentes en el parto. Con ello se pretende conocer el nivel de implicación de las embarazadas en sus futuros procesos, así como el tipo de información que manejan respecto a las recomendaciones pautadas por los organismos oficiales de salud y la evidencia científica, analizándose hasta qué punto los principios de la humanización obstétrica son ya un propósito real perseguido por las mujeres.

Respecto a las percepciones de apoyo de las mujeres, se tomó como referencia para el estudio el concepto de apoyo social descrito por Schaefer et al.¹², que aglutina 3 dimensiones: a) apoyo informacional, que incluye información y consejo; b) apoyo tangible o instrumental, que incluye apoyo directo, servicios y cuidados, y c) apoyo emocional, que incluye la presencia física, escuchar, dar tranquilidad y firmeza...

Para el estudio de las creencias de las mujeres sobre las diferentes prácticas obstétricas, en la literatura previa se identifican 5 posibles formas de entender la asistencia al parto, ya que, según la atención demandada, hay diversas opiniones.

En primer lugar, el modelo de atención humanizada que se busca en la actualidad trata de dotar a las mujeres de los recursos necesarios para que tomen las decisiones sobre su proceso. Así, se da más importancia a los aspectos emocionales de la asistencia al parto y se fomenta el papel activo de las parturientas en su proceso^{5,13,14}.

En segundo lugar, desde una postura más radical, hay gestantes que buscan una atención más natural al parto, tratando de evitar el intervencionismo en el mismo. Esta visión de las mujeres está más acorde con los cuidados ofrecidos en la antigüedad, en los que no había cabida para la aplicación de medios tecnológicos¹⁵.

En tercer lugar, y en contraposición a las dos visiones anteriores, un grupo importante de mujeres valoran positivamente el uso de la tecnología durante la gestación, de manera que se sienten más seguras sabiendo que existen avances tecnológicos^{2,16}. Este pensamiento se ajusta a una asistencia más medicalizada y tecnificada de la asistencia al parto¹.

En cuarto lugar, en algunas ocasiones las gestantes depositan en los profesionales toda la responsabilidad en la toma de decisiones ante el parto, evitando asumir el rol protagónico que se les ofrece¹⁷.

Por último, existe un desconocimiento por parte de algunas mujeres sobre cuáles son las mejores alternativas en las distintas situaciones que pueden acontecer

durante el proceso del parto, lo que impide que sean decisoras activas en su propio parto^{18,19}.

Este estudio tiene por objetivo conocer la percepción de las mujeres embarazadas sobre el apoyo que reciben por parte de los profesionales, y definir sus creencias sobre la implementación óptima de las distintas prácticas de atención al parto.

METODOLOGÍA

Emplazamiento

El estudio se llevó a cabo en los centros de salud de León, detallados en la tabla 1. El periodo de recogida de la muestra comprendió desde junio hasta diciembre de 2015.

Diseño

Estudio descriptivo y transversal.

Sujetos

La población objeto de estudio estuvo constituida por mujeres embarazadas residentes en la ciudad de León. El tamaño poblacional se estimó a partir del número total de partos registrados en la capital de la provincia durante el año 2013, que eran los datos más recientes disponibles en el momento de la realización del estudio y ascendían a 982²⁰.

En función de la población anterior, se fijó un tamaño muestral de 277 (precisión del 5% e intervalo de confianza del 95%), alcanzándose finalmente la cifra superior de 298 mujeres. Dada la naturaleza del estudio, se usó como criterio de inclusión que las mujeres se encontraran a partir de la semana 22 de gestación, con lo que se buscaba un nivel suficiente de progreso del embarazo y contacto con los profesionales de atención. Se excluyó a las mujeres que no quisieron participar voluntariamente en el estudio o que desconocieran el idioma castellano.

Se empleó un muestreo probabilístico por conglomerados, contactando con todas las embarazadas asistentes a los cursos de preparación maternal de todos los centros de salud de la ciudad de León.

Variables e instrumentos de medida

Se elaboró un cuestionario para el estudio de las variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo, el apoyo percibido durante el embarazo y las creencias relacionadas con la atención al parto.

Para la elaboración del cuestionario, se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva, pero no se encontró ninguno que pudiera emplearse para responder a los objetivos planteados, por lo que se procedió a su con-

Tabla 1. Distribución de la muestra por centros de salud

Centro de salud	N.º de mujeres encuestadas	%
Centro de Salud José Aguado	127	42,6
Centro de Salud Armunia	27	9,1
Centro de Salud San Andrés Rabanedo	12	4
Centro de Salud Eras de Renueva	58	19,5
Centro de Salud Crucero	16	5,4
Centro de Salud Trobajo del Camino	23	7,7
Centro de Salud Condesa	15	5
Centro de Salud la Palomera	20	6,7

fección *ad hoc*. Para la elaboración de la medida del apoyo percibido, se tomaron como referencia las 3 dimensiones descritas por Schaefer et al.¹²: apoyo informacional, instrumental y emocional. En relación con las creencias, se procedió a identificar en la literatura las posibles formas de entender la atención obstétrica por parte de las gestantes, tras lo cual se propusieron 5 modelos de asistencia: naturalista¹⁵, humanizado^{5,13,14}, intervencionista^{1,2,16}, delegador¹⁷ y desinformado^{18,19}. Asimismo, se buscaron en la literatura las prácticas obstétricas más frecuentes en la asistencia al proceso del parto, identificándose 13 intervenciones que dieron lugar a los enunciados de las cuestiones relacionadas con las creencias de las mujeres sobre la atención al parto¹⁴.

Una vez construida la versión inicial del instrumento, los ítems seleccionados fueron evaluados por 3 expertos en el área, quienes determinaron la adecuación de los indicadores propuestos en la medición de las variables. Asimismo, se realizó una prueba pretest con las primeras 100 gestantes encuestadas, a quienes se les consultó acerca de la comprensión y dificultad del contenido de las escalas, comprobándose una adecuada fiabilidad y validez inicial de los instrumentos de medición.

Variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo

Se preguntó a las embarazadas por su edad, semanas de gestación, número de partos previos, número de abortos anteriores, presencia de plan de parto y factores de riesgo en el embarazo actual (diabetes mellitus, hipertensión arterial, retraso del crecimiento intrauterino, enfermedades maternas graves previas, embarazo gemelar, etc.).

Asimismo, se utilizó un grupo de variables cualitativas para conocer la atención recibida por las gestantes

en cuanto a: profesionales implicados en la atención del embarazo actual (matrona y ginecólogo), lugar de seguimiento del embarazo (sanidad pública, sanidad privada o ambas), fuentes de información utilizadas por las mujeres acerca del embarazo y el parto (servicios de salud, familia y amigos, internet, revistas y libros, y otros), y preferencia personal en la atención al parto normal (matrona, ginecólogo y otros).

Apoyo percibido

Se realizó una medición cuantitativa de las percepciones del apoyo recibido por parte de los profesionales implicados en la atención del embarazo actual. Para ello, se presentó un listado de 5 enunciados relativos a apoyo emocional («me siento escuchada por los profesionales que me atienden» y «los profesionales que me atienden me animan y apoyan ante las preocupaciones que les planteo»), apoyo informacional («los profesionales que atienden mi embarazo resuelven las dudas que les planteo» y «los profesionales que atienden mi embarazo me aportan información sobre los aspectos importantes del embarazo y el parto, y enseñanzas para afrontarlo mejor») y apoyo instrumental («los profesionales que me atienden me proporcionan material que facilita mi preparación al parto»). Para cada enunciado, las mujeres debían indicar su grado de acuerdo en una escala Likert de 5 puntos (1= «completamente en desacuerdo»; 5= «completamente de acuerdo»). La escala obtuvo un coeficiente de fiabilidad α de Cronbach de 0,96^{21,22}.

Creencias relacionadas con la atención al parto

Se presentó a las mujeres un listado de 13 afirmaciones relativas a diferentes actuaciones que pueden llevarse a cabo en la atención al parto normal: rotura artificial de la bolsa amniótica, administración de oxitocina durante el periodo de dilatación, administración de un enema antes del parto, rasurado del periné antes del parto, ingesta de comida y bebida durante el parto, movimiento durante el periodo de dilatación, alivio del dolor durante el parto, posición durante el expulsivo, episiotomía, contacto piel con piel, comienzo del parto y cesárea.

Para cada enunciado se proporcionaron 5 alternativas de respuesta relativas a posibles creencias sobre la forma más conveniente de llevar a cabo cada actuación, debiendo la mujer elegir la que mejor definía su opinión pensando en su futuro parto. Cada alternativa reflejaba una creencia asociada a los 5 modelos descritos anteriormente (naturalista, humanizado, intervencionista, delegador y desinformado). En la tabla 2 se muestra un ejemplo de enunciado con sus alternativas de respuesta.

Tabla 2. Ejemplo de enunciado sobre creencias relacionadas con la atención al parto

En relación con la administración de oxitocina durante el periodo de dilatación:

- No quiero que me administren oxitocina porque no deseo ninguna intervención en mi parto
- Me gustaría que sólo me administraran oxitocina cuando la dilatación se estanque o no progrese mi parto
- Deseo que me administren oxitocina porque aumenta las contracciones y mi parto será más rápido
- Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
- No me lo he planteado

En cada ítem la opción elegida era calificada con 1 y las restantes con 0, de forma que las participantes obtenían una puntuación de 0 a 13 para cada uno de los tipos de creencias analizados. Las escalas obtuvieron unos coeficientes de fiabilidad α de Cronbach adecuados: 0,76 (naturalista), 0,74 (humanizado), 0,70 (intervencionista), 0,78 (delegador) y 0,68 (desinformado)^{21,22}.

Recogida de datos

Para la recogida de datos se establecieron contactos personales con las matronas de los centros de salud, informándoseles sobre los propósitos del estudio y pactándose las sesiones de preparación maternal en las que los investigadores podían contactar con las participantes. Una vez allí, las mujeres eran informadas sobre el estudio, solicitándose verbalmente su participación voluntaria y anónima. Los cuestionarios fueron autoadministrados de forma colectiva, ocupando entre 10 y 15 minutos de la sesión de educación maternal. Los investigadores resolvieron las dudas de las encuestadas que surgieron durante la recogida de datos.

Para la realización de la investigación se solicitó permiso por escrito a la Gerencia de Atención Primaria de León, que dio su aprobación. La petición justificaba los objetivos y la metodología del estudio, además de su carácter confidencial y la garantía del tratamiento de los datos de forma agregada y anónima.

El estudio se realizó conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Análisis de los datos

Los datos recogidos fueron codificados en una base de datos para su posterior tratamiento analítico mediante el programa estadístico SPSS 23.0. Para el análisis general de las variables cuantitativas se emplearon los métodos descriptivos básicos de cálculo de media y desvia-

ción estándar (DE). Para las variables categóricas se realizaron análisis de frecuencias y porcentajes.

Revisión bibliográfica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Cochrane, Web of Science, CUIDEN, PsycInfo e ISOC, entre los años 2001 y 2018, ambos incluidos.

Los descriptores utilizados en castellano fueron «embarazo», «parto humanizado» y «educación maternal», y en inglés «pregnancy», «humanized childbirth» y «prenatal education».

RESULTADOS

Descripción de la muestra que respondió al cuestionario

La muestra estuvo integrada por 298 mujeres de edades comprendidas entre 17 y 49 años (media $\pm$ DE de $33,64 \pm 4,50$) que se encontraban entre las semanas de gestación 24 y 40 en el momento de responder a la encuesta. En la tabla 3 se resumen las principales características relacionadas con la gestación de las mujeres que formaron parte del estudio.

Percepción de la atención y apoyo recibidos

En relación con las percepciones de apoyo por parte de los profesionales de la salud, las mujeres manifestaron puntuaciones medias de $3,92 \pm 1,16$ a nivel emocional, $3,99 \pm 1,20$ a nivel informacional y $3,94 \pm 1,22$ a nivel instrumental. En suma, la puntuación media en la escala general de apoyo fue de $3,95 \pm 1,13$, de acuerdo con una escala de 1 a 5.

Creencias relacionadas con la atención al parto

En la tabla 4 se muestran los porcentajes de respuesta obtenidos por el total de las 298 gestantes participantes en cada modelo de creencias para las 13 prácticas de atención al parto consideradas.

En términos generales, se apreció el predominio de creencias ajustadas al modelo delegador para muchas de las prácticas analizadas, especialmente en lo que concierne a la rotura artificial de la bolsa amniótica (67,4%; $n = 201$), la administración de oxitocina (68,6%; $n = 204$), la administración de enema (47,5%; $n = 142$), el rasurado del periné (50,7%; $n = 151$), la ingesta de comida y bebida durante el periodo de dilatación (53,4%; $n = 159$), la posición durante el expulsivo (43,7%; $n = 130$) y la realización de episiotomía (48,8%; $n = 145$).

Siguieron en importancia las creencias humanizadas, en las que se obtuvieron los porcentajes más altos en

Tabla 3. Características de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Número de embarazos previos	Primíparas	231	77,5%
	Mutíparas	67	22,5%
Presencia de plan de parto	Si	29	9,7%
	No	269	90,3%
Riesgo en la gestación	Bajo riesgo	256	85,9%
	Alto riesgo	42	14,1%
Lugar de seguimiento del embarazo	Sanidad pública exclusiva	150	50,3%
	Sanidad pública y privada	148	49,7%
Fuentes de información*	Servicios de salud	225	76%
	Familia y amigos	86	29,1%
	Internet, revistas y libros	119	40,2%
Preferencia ante el profesional en la atención al parto*	Matrona	232	78,1%
	Ginecólogo	176	59,3%

*Las participantes podían elegir simultáneamente varias opciones de respuesta.

relación con el movimiento durante la dilatación (46,9%; $n = 140$), el contacto piel con piel (61,9%; $n = 184$), el inicio del parto (54,6%; $n = 163$) y la cesárea (54,3%; $n = 162$). Además, este modelo mantuvo porcentajes de respuesta bastante altos en prácticas como la posición en el expulsivo (22,7%; $n = 68$) y la realización de episiotomía (47,1%; $n = 140$), siguiendo al modelo delegador.

Por otro lado, las mujeres manifestaron creencias bastante alejadas del modelo naturalista en todas las prácticas analizadas menos en el contacto piel con piel, donde el 22,1% ($n = 66$) de las encuestadas reconocieron una preferencia por mantener un contacto inmediato con el recién nacido por considerarlo un acto natural.

Por su parte, el predominio de creencias ajustadas al modelo intervencionista se dio en prácticas como el alivio del dolor (55,2%; $n = 164$) y el lugar del parto

Tabla 4. Porcentajes de respuesta de las mujeres según la práctica obstétrica y el modelo de atención al parto

	Modelo naturalista	Modelo humanizado	Modelo intervencionista	Modelo delegador	Modelo desinformado
Amniorrexia artificial	1,1	10,4	3,5	67,4	17,6
Administración de oxitocina	3,4	14,9	4,3	68,6	8,8
Administración de enema	2,4	7,2	32,5	47,5	10,6
Rasurado del periné	3,1	8,8	22,4	50,7	15
Ingesta de alimentos	3,4	16,7	12,6	53,4	13,9
Movimiento en dilatación	9,3	46,9	4,1	30,7	9
Alivio del dolor	2,8	16,6	55,2	21	4,4
Posición en el expulsivo	12,9	22,7	9,5	43,7	11,2
Episiotomía	1	47,1	1	48,8	2,1
Contacto piel con piel	22,1	61,9	1,7	12,9	1,4
Lugar del parto	0,7	3,4	90,5	4,4	1
Inicio del parto	4,4	54,6	2,7	35,9	2,4
Cesárea	4,8	54,3	2	36,5	2,4

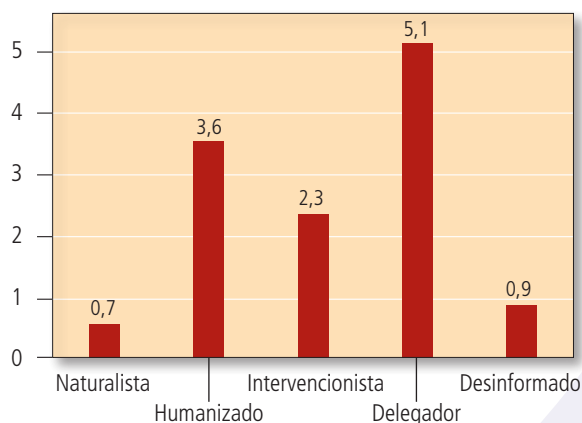


Figura 1. Puntuaciones medias en los modelos de creencias

(90,5%; n= 270). En cambio, fue el modelo menos popular en relación con el movimiento durante la dilatación y la posición adoptada en la fase de expulsivo.

Las puntuaciones medias también fueron bajas para el modelo desinformado en prácticamente todas las intervenciones analizadas, salvo en el caso de la rotura artificial de la bolsa, donde el predominio de creencias delegadoras convive con cierta desinformación al respecto en el 17,6% (n= 52) de las encuestadas.

A modo de resumen, la figura 1 muestra las puntuaciones medias obtenidas para cada modelo a partir del agregado de respuestas en los 13 enunciados analizados. De nuevo, se constató el predominio del modelo delegador (media de $5,13 \pm 3,10$), seguido del modelo humanizado ($3,60 \pm 2,60$). El modelo intervencionista mantuvo una posición intermedia ($2,38 \pm 1,46$), y las creencias menos

frecuentes correspondieron al modelo desinformado ($0,98 \pm 1,54$), especialmente al naturalista ($0,70 \pm 1,42$).

DISCUSIÓN

A partir de los resultados descritos en los apartados precedentes se constata que, de acuerdo con lo esperable, las mujeres embarazadas consultadas son principalmente atendidas por matronas y ginecólogos de los servicios de salud, tanto públicos como privados, y ésta es su principal fuente de información sobre la atención al parto. Se aprecia, además, una preferencia por las matronas como profesional de atención durante el proceso del parto. La atención obstétrica de las matronas proporciona una atención más segura en los partos de bajo riesgo, garantiza un menor intervencionismo²³ y aumenta la satisfacción de las mujeres con su parto^{18,24-26}. En cualquier caso, el apoyo proporcionado por los profesionales es percibido como moderadamente positivo al triple nivel informacional, emocional e instrumental.

Por otro lado, se aprecia que, aunque las mujeres tienden a utilizar internet como fuente de información secundaria de una manera autodidacta, sólo un reducido porcentaje ha perfilado un plan de parto. Este dato convive con el predominio de un modelo de creencias delegador, que responde a una escasa implicación en muchas prácticas de atención al parto en las que la toma de decisiones se pone en manos del profesional. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios en que las mujeres asumen un rol pasivo du-

rante el parto confiando en el equipo de salud que rápidamente toma las riendas del proceso¹⁷.

Desde este punto de vista, las bajas puntuaciones obtenidas en el modelo desinformado podrían estar indicando no tanto que las mujeres conozcan todas sus alternativas de parto, sino que reconducen su desconocimiento hacia una mayor confianza en el profesional como responsable de la toma de decisiones. De hecho, diversos autores defienden que la libre elección entre las diferentes alternativas durante el parto se ve obstaculizada cuando las mujeres no han sido dotadas de los recursos de apoyo necesarios^{18,19}. Por ello, las relativas carencias apreciadas en las percepciones de apoyo de las mujeres de este estudio podrían ser suplidas mediante un trabajo más intenso de información y apoyo emocional, y tangible durante la fase previa al parto.

En cualquier caso, las mujeres comparten en cierta medida una visión sobre la atención al parto bastante acorde con las posturas más defendidas actualmente desde las instituciones oficiales de salud^{5,13,14}. Así, sus creencias parecen ajustarse más a una visión de parto humanizado que de parto intervenido, especialmente en relación con las prácticas más invasivas (cesárea e inicio del parto), o las que suponen un mayor componente emocional o de confort (movimiento durante la fase de dilatación y contacto piel con piel).

Por su parte, el modelo intervencionista goza de una popularidad bastante moderada entre las mujeres, contrastando con lo que cabría esperar de acuerdo a la tradición más reciente de atención al parto^{1,4,5}. Este resultado podría estar denotando un cambio en el tipo de atención y apoyo recibido por las mujeres en los servicios de salud como principal fuente de información, por lo que existe coherencia entre los pasos que se están dando en nuestro país hacia un modelo de parto más natural y menos medicalizado y la visión compartida por las embarazadas³. En este sentido, se ha observado que cuando la atención aportada por los sanitarios se basa en las recomendaciones pautadas en la actualidad, las mujeres optan por tendencias más humanizadas de parto. Con todo, el apoyo se relaciona con mujeres más informadas y autónomas, y que toman decisiones acordes con la evidencia científica actual²⁷. En cualquier caso, las actitudes ante el parto completamente natural siguen siendo bastante limitadas, demandándose intervenciones médicas en aquellas prácticas que implican un mayor arraigo cultural, como el alivio del dolor y la elección del lugar del parto.

Por último, cabe mencionar que este estudio adolece de algunas limitaciones que deberán ser resueltas por nuevas líneas de trabajo. Cabe destacar el hecho de que las mujeres hayan sido seleccionadas a través de las se-

siones de preparación maternal en los centros públicos de salud, por lo que las conclusiones del estudio no son aplicables a otros perfiles de mujeres que opten por otras vías de preparación al parto. Nuevas líneas de investigación podrán aclarar hasta qué punto los modelos de creencias analizados dependen del perfil y los estilos de vida de las embarazadas. Asimismo, la replicación del estudio en otras áreas geográficas facilitará la generalización de resultados a distintos contextos de salud.

CONCLUSIONES

En términos generales, los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que, a pesar del fuerte respaldo del que goza el paradigma de la humanización en el mundo científico y profesional, su calado social aún es muy limitado. Así, se aprecia que las mujeres embarazadas no han interiorizado su rol protagónico y autónomo ante el parto, tendiendo a delegar muchas decisiones en los profesionales sanitarios. Por ello, a pesar de que las mujeres valoran de forma positiva el apoyo proporcionado por los profesionales, siguen sin asumir como propia la toma de decisiones durante el proceso del parto.

Este estudio puede servir para hacer una profunda reflexión sobre la educación aportada por el personal sanitario y cambiar las formas de atención que pueden estar alterando los objetivos perseguidos en la humanización del parto. Asimismo, mediante una correcta autocrítica, podrían incluirse más elementos necesarios para inculcar valores tendentes a prácticas más humanizadas en el parto. Los profesionales obstétricos deben estar formados e informados sobre la mejor evidencia científica disponible para así asesorar, informar y empoderar a las mujeres. Desde los servicios de salud, mediante el apoyo emocional e informacional a las gestantes, puede promoverse un mayor compromiso con su maternidad. Sin embargo, es labor de las mujeres realizar una reflexión más profunda sobre el proceso de parto e implicarse en mayor medida en el mismo.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a las mujeres que participaron en el estudio, ya que sin su predisposición, amabilidad y confianza no hubiera sido posible llevarlo a cabo. Queremos agradecer también la colaboración desinteresada de las matronas de los centros de salud de la ciudad de León, por estar siempre dispuestas a ayudar a que la profesión avance.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-6.
2. Fernández Méndez FS, Vera Ferrer LT, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Rev Dilemata.* 2018; 10(26): 207-15.
3. Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez R, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9(1): 5-10.
4. Gil A. Humanización del parto y el nacimiento. En: Freyermuth G, Sesia P (coords.). La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México; 2009. pp. 101-7.
5. Martín Muñoz B. ¿Qué aspectos del cuidado son los más valorados por las mujeres durante el trabajo de parto y expulsivo? *Evidentia.* 2010; 7(29).
6. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth.* 2001; 28(3): 202-7.
7. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Vigueras MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Rev Antr Iberoamer.* 2012; 7(2): 225-47.
8. Fowles ER, Cheng HR, Mills S. Postpartum health promotion interventions: a systematic review. *Nurs Res.* 2012; 61(4): 269-82.
9. International Confederation of Midwives. Philosophy and model of midwifery care. The Hague, 2005 [consultado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <http://internationalmidwives.org>
10. Cáceres Manrique FM, Nieves Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencia según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obst Ginecol.* 2017; 68(2): 128-34.
11. Dietz HP, Exton L. Natural childbirth ideology is endangering women and babies. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2016; 56(5): 447-9.
12. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med.* 1981; 4(4): 381-406.
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/01 [consultado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
14. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
15. Odent M. El bebé es un mamífero. Tenerife: Editorial ObStare; 2016. p. 188.
16. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Womens Health.* 2011; 11: 53.
17. Antacle A, Aymat Rodríguez A, Ávila N, Bazán J, Heredia V, Llapur Acosta F, et al. Maternidad centrada en la familia: ¿las madres son actrices protagonistas o de reparto? *Archivos de Medicina Familiar y General.* 2006; 3(1): 25-31.
18. Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: la necesidad de humanizar el parto. *Med Natur.* 2006; 10: 598-610.
19. Kuo SC. Humanized childbirth. *Hu Li Za Zhi.* 2005; 52(3): 21-8.
20. Instituto Nacional de Estadística. Inebase. 2013 [consultado el 5 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/parto/a2013/10/&file=11015.px>
21. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951; 16: 297-334.
22. Nunnally JC. Psychometric theory. Nueva York: McGraw-Hill; 1978. p. 701.
23. Antunes Ramos WM, Costa Aguiar BG, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev Fund Care Online.* 2018; 10(1): 173-9.
24. Zinsler LA, Stoll K, Gross MM. Midwives' attitudes towards supporting normal labour. *Midwifery.* 2016; 39: 98-102.
25. Pérez Martínez E, Velasco Vázquez D, Pacheco Ardila F, Del Gallego-Lastra R, Sebastián-Viana T. Satisfacción en puerperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 106-14.
26. Lassi ZS, Cornetto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *BWHO.* 2013; 91(11): 824-33.
27. Alonso C, Gerard T. El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil. En: Freyermuth G, Sesia P (coords.). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Ciesas; 2009. pp. 95-100.

Prepárate y ofrece un asesoramiento de calidad a tus pacientes **durante su embarazo**

APÚNTATE AL PROGRAMA FORMATIVO SOBRE EL ABORDAJE DEL REFLUJO DURANTE EL EMBARAZO

ACIERTA

CURSO ONLINE ACIERTA



Casos clínicos:
4 módulos



Avalado
por la **FAME**



Apúntate en:

<https://www.cursoacierta.es/>