

Ruben Coelho-Martinho

Experiencias de las mujeres en el parto: Protagonismo y toma de decisiones

Treball de Fi de Màster

dirigit per la Dra. María Jesús Montes Muñoz

Màster d'Investigació en Ciències de la Infermeria



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

TARRAGONA

2013



Agradecimientos

Resulta emocionante escribir estas líneas, ya que detrás de este proyecto se ocultan muchas personas que también han contribuido para que, de un modo u otro, este trabajo haya salido adelante.

Agradecer a mi tutora por haberme acompañado durante todo este viaje. Su dedicación, paciencia, interés, esfuerzo, comprensión y entrega me han transmitido la energía para la elaboración de este proyecto.

Al equipo de comadronas del Hospital Nostra Senyora de Meritxell por sus sugerencias y apoyo.

A mis compañeros/as de trabajo, especialmente a Ángeles, por su disposición desinteresada y auténtica en “revisar” este trabajo a lo largo de su desarrollo.

A Jorge, por todas esas horas en carretera juntos, por reforzarme en períodos de más debilidad.

A mis padres, por proporcionarme su amor incondicional y su compañía. Por estar siempre ahí para lo que se les necesite.

A Gina, mi pareja y amiga, a la que he tenido a mi lado en todo momento siempre dispuesta a ayudar en lo que fuese necesario. Por todas esas horas que no he estado con ella para poder dedicarme el máximo tiempo posible a realizar este trabajo.

A mis amigos. A mi familia. A todos gracias de corazón.

ÍNDICE

RESUMEN	i
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Justificación	5
2. MARCO TEORICO	6
2.1. Antecedentes y situación actual	6
2.1.1. La atención al parto en Andorra	8
2.2. La hegemonía del modelo biomédico en la asistencia al parto	9
2.2.1. Repercusión del poder sanitario frente a la toma de decisiones de las usuarias	10
2.2.2. El poder como desigualdad de género en la asistencia al parto	12
2.3. Participación activa y toma de decisiones	13
2.3.1. Cambio de paradigma en el modelo de atención al parto	15
2.3.2. Marco de referencia: sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos	17
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	20
4. APORTACIONES E INTERÉS DE ESTUDIO	21
5. OBJETIVOS E HIPOTESIS	22
5.1. Objetivos	22
5.2. Hipótesis	22
6. MARCO METODOLOGICO	23
6.1. Diseño del estudio	23
6.2. Técnicas de recogida de datos	23
6.2.1. Entrevistas en profundidad	23
6.2.2. Observación participante	25
6.3. Selección de participantes	27
6.3.1. Criterios de selección	28
6.4. Proceso de análisis	28
6.4.1. Validación de los datos	29
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	32
9. PRESUPUESTO	33
10. CRONOGRAMA	34
11. BIBLIOGRAFIA	35
ANEXOS	38
ANEXO 1. HOJA INFORMATIVA	38
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE GRABADORA DE VOZ	40

RESUMEN

Conocer la percepción de las mujeres respecto a su experiencia en el proceso de atención al parto ha despertado un importante interés en los últimos años. Asimismo, asociaciones e instituciones políticas han impulsado acciones para promover entre los profesionales la consideración y el respeto hacia la participación en la toma de decisiones de las mujeres respecto a sus partos.

Sin embargo, en la actualidad sigue predominando el modelo biomédico en las relaciones clínicas, que debilita el concepto de poder y responsabilidad compartida entre los profesionales sanitarios y las usuarias. El Servei Andorrà d'Atenció Sanitària ha registrado un volumen de cesáreas que se sitúa entorno del 30% al 40% en los últimos diez años, considerándose, según la Organización Mundial de la Salud (1985), como un excesivo intervencionismo médico, y, por lo tanto, nos conlleva a cuestionarnos si, en Andorra, se respeta el protagonismo de las mujeres en la toma de decisiones.

Objetivo: Conocer las experiencias respecto a la participación activa en la toma de decisiones de aquellas mujeres que acuden a realizar su parto en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra la Vella.

Planteamos las hipótesis que las mujeres perciben que tienen pocas posibilidades de participación y no son consultadas en la toma de decisiones que les afecta durante el parto. Al mismo tiempo, esta escasa participación y toma de decisiones percibidas por las mujeres implica una deslucida experiencia al proceso de parto.

Metodología: Proyectaremos esta investigación aplicando una metodología cualitativa desde un enfoque fenomenológico para obtener un conocimiento en profundidad acerca de las percepciones de las mujeres respecto a su participación activa en la experiencia al parto. La observación participante y entrevistas en profundidad serán las técnicas que emplearemos para la recogida de información.

Palabras Claves:

Parto, Experiencias al parto, Participación del paciente

ABSTRACT

To know the perception of women about their experience in the process of childbirth has aroused considerable interest in recent years. Also, associations and political institutions have promoted actions among professionals the consideration and respect toward the participation in the decision-making of women with regard to their deliveries. However, currently remains dominant biomedical model in clinical relations, which weakens the concept of power and shared responsibility among health professionals and users. The Servei Andorrà d'Atenció Sanitària has registered a volume of Caesarean sections is around 30% to 40% in the last ten years, considered, according to the World Health Organization (1985), as a excessive medical intervention, and we therefore leads to question us whether, in Andorra, the role of women in decision-making process is respected.

Objective: To know the experiences with the active participation in the decision-making of those women who come to perform his delivery to the Hospital Nostra Senyora de Meritxell of Andorra la Vella.

We propose the hypothesis that women perceive that they have little chance of participation and they are not consulted in the decision-making that affects them during childbirth. At the same time, this low level of participation and decision-making perceived by women involves a lackluster experience to the process of childbirth.

Methodology: Project onto this research by applying a qualitative methodology from a phenomenological approach to obtain an in-depth knowledge about the perceptions of women with respect to their active participation in the childbirth experience. Participation observation and in depth interviews will be the techniques that will be used for the collection of information.

Key Words:

Childbirth, Childbirth experience, Patient participation

1. INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un/a hijo/a es representado como una de las mejores vivencias experimentadas para muchas mujeres en su ciclo vital. Sin embargo, paradójicamente, para otras puede significar una situación dolorosa y traumática (Callister, Vehvilainen-Julkunen, & Lauri, 2001), dado que es una etapa de intensos cambios, que pueden ser vividos, para algunas, con miedos y estrés. En este proceso, mujer e hijo/a experimentan una situación de vulnerabilidad y el buen cuidado recibido constituye un elemento clave para la percepción de bienestar y satisfacción referido por las mujeres.

La intensa medicalización del nacimiento en las últimas décadas, unido a la insatisfacción de las mujeres en relación a sus experiencias al parto, ha despertado un importante interés en los últimos años. Esto ha impulsado en España una transformación en el modelo de atención al parto (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2008), que aconseja promover un estilo de atención más humanizado en el que se consideren los deseos y opiniones de las usuarias. En efecto, varios estudios han hallado que la percepción de bienestar y la satisfacción de las mujeres en el parto es influida por múltiples factores (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Christiaens & Bracke, 2007), tales como las expectativas personales de las gestantes (Gibbins & Thomson, 2001), el autocontrol (Lothian, 2000), el apoyo de sus familiares cercanos (Hodnett, 2002), y la calidad de comunicación con los profesionales sanitarios (Behruzi, Hatem, Goulet, & Fraser, 2011). A todos estos factores, se añaden la participación activa y la toma de decisiones (Dugas, Shorten, Dubé, Wassef, Bujold, & Chaillet, 2012), como elementos fundamentales para una buena percepción de las mujeres en la experiencia al parto.

Este proyecto se centrará en la investigación de estos dos últimos factores: la participación activa y la toma de decisiones, puesto que entendemos dichos elementos como esenciales para determinar el protagonismo de las mujeres. Por lo tanto, nos

preguntamos en qué medida las usuarias tienen la percepción de haber participado activamente en la toma de decisiones durante su asistencia al parto. Asimismo, el protagonismo de las mujeres, en cuanto a la participación en la toma de decisiones, toma relevancia en función de la calidad de las relaciones clínicas y de los sistemas de poder que se establezcan (Castro Santoro, 2007), ya sea con los ginecólogos/as o bien con las comadronas y enfermeras. Por lo que nos cuestionamos también si durante los encuentros clínicos, los profesionales sanitarios se interesan en conocer sus opiniones, si se las escucha, informa y se les consulta de forma adecuada.

Como se demuestra a través de los estudios de Aceituno-Velasco (2009), y de Nystedt, Hogberg, y Lundman (2005), la intensa medicalización que se ha producido durante las últimas décadas en la atención al parto en Andorra y en la mayoría de países de la Comunidad Europea responde a un modelo asistencial marcado por la hegemonía médica. Desde este modelo se impone una jerarquía de poder paternalista y autoritaria de los profesionales sanitarios sobre las mujeres (Nagahama & Santiago, 2005), dejando relegadas en un segundo plano los deseos, las emociones y el protagonismo de éstas, disminuyendo, paralelamente, su grado de satisfacción con la experiencia del nacimiento. Consideramos, por lo tanto, que la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre las intervenciones que se planifican en la atención de su parto fomenta y promueve su autonomía, potenciando el concepto de poder y responsabilidad compartida con los profesionales de salud implicados, y repercutiendo así en la mejora de sus experiencias (Christiaens & Bracke, 2007).

De esta manera, incorporamos la teoría de Imogene King como marco de referencia de este trabajo para conceptualizar el protagonismo de las mujeres al parto. King (1981) desarrolló la teoría enfermera sobre la consecución de objetivos en el marco de sistemas de interacción¹, en la que defendía que las pacientes son un elemento activo y dinámico en los procesos de cuidados. Según la autora, la

¹ La teoría de Imogene King sobre el marco de sistemas de interacción y consecución de objetivo es generalizable para todos los procesos de salud y enfermedad, por lo que no se centra únicamente en la asistencia al parto.

retroalimentación y el reparto de poder en las decisiones entre los profesionales sanitarios y las mujeres estimula la expresión emocional de estas últimas, posibilitando una mayor comprensión respecto a sus necesidades y, a su vez, mejorando sus experiencias. Por lo que la interacción cercana que se establece entre enfermera-paciente permite alcanzar los objetivos esperados de manera satisfactoria.

Este proyecto se planifica para llevarlo a cabo en Andorra. Partimos de que los planteamientos institucionales ya normalizados en la atención al parto en España, pueden ser un modelo a plantearse en el principado dado a su proximidad geográfica y a las similitudes socioculturales entre los dos países. La asistencia al parto en Andorra tiene la posibilidad de acceder al modelo de cuidados promovido en España en los últimos años.

1.1. Justificación

Se han demostrado científicamente las repercusiones positivas del protagonismo de las mujeres en relación a sus partos, por lo que el interés de este estudio se fundamenta en la importancia de conocer la opinión de las usuarias respecto a su participación activa en la toma de decisiones durante la asistencia al nacimiento de sus criaturas.

Esta investigación pretende reflejar las experiencias de las mujeres para conocer que necesidades perciben en el actual modelo de asistencia, y así definir propuestas de actuación para desarrollar estrategias de mejora en la atención al parto.

En cuanto a los beneficios para la disciplina enfermera, este estudio le permitirá obtener información sobre la trascendencia de las interacciones con las usuarias, ya que las relaciones clínicas que promueven la autonomía y la responsabilidad compartida propicia unas prácticas sanitarias éticamente correctas y con mejores resultados.

2. MARCO TEORICO

La participación activa en la toma de decisiones de las mujeres en el parto adquiere, cada vez más, una mayor relevancia en el ámbito de la salud. El cambio de paradigma que se está produciendo en el modelo de asistencia al parto permite a las usuarias asumir un mayor protagonismo en las relaciones clínicas. Sin embargo, esta transformación se desarrolla lentamente y con ciertas dificultades, puesto que todavía existen resistencias que hacen que las usuarias perciban que los profesionales sanitarios raramente les ofrezcan oportunidades para participar activamente en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con su salud (Ruiz Moral et al., 2012). Para la elaboración del proyecto, estructuraremos el marco teórico en tres partes. En primer lugar, realizaremos un análisis de la situación actual en relación a la participación activa y a la toma de decisiones de las mujeres en el parto, tanto a nivel general, como en Andorra, de manera más específica. Posteriormente, examinaremos resultados de estudios que analizan como las relaciones de poder existentes entre los profesionales sanitarios y las mujeres pueden limitar el protagonismo de éstas en la planificación e implicación sobre el proceso de nacimiento de sus criaturas. Finalmente, recogeremos datos acerca del cambio de paradigma que se está produciendo en el modelo de atención al parto en los últimos años; asimismo, bajo nuestro marco de referencia basado en la teoría enfermera de Imogene King² destacaremos la importancia del protagonismo de las mujeres en las interacciones clínicas para la consecución de sus objetivos.

2.1. Antecedentes y situación actual

Desde la década de los sesenta hasta ahora, la atención al parto se entiende como un acontecimiento que requiere intervención médica y que debe ser asistido dentro de las

² Marco de sistemas de interacción y consecución de objetivos

instituciones hospitalarias. Posicionándose bajo una perspectiva biomédica –o tecnológica– y justificado en “la seguridad de la mujer y del feto”, el poder que se produce en los encuentros clínicos se muestra unidireccional, paternalista y autoritario, y recae exclusivamente en los profesionales médicos que se presentan como los principales protagonistas durante el proceso de parto. Se fomenta el discurso de medicalización, anulando así la experiencia simbólica percibida por las mujeres, convirtiéndolas, por lo tanto, en pacientes pasivas en la atención al parto. En opinión de Montes-Muñoz (2007), el protagonismo y la participación activa en la toma de decisiones de las usuarias hasta hace unos años, se limitó a obedecer las sugerencias de los profesionales sanitarios, quienes ejercen el poder absoluto sobre el control del parto.

Desde hace dos décadas, múltiples asociaciones de usuarias³ como de profesionales⁴ han denunciado y puesto de manifiesto la excesiva medicalización, la violencia y la falta de consideración hacia los derechos humanos y de autonomía de las mujeres en el proceso de parto. Estos grupos, con el apoyo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (1985), defienden que muchas mujeres piden ser informadas y desean tomar parte en las decisiones que se toman en el nacimiento de sus criaturas. El malestar generado por este modelo de atención, progresivamente ha ido generalizándose entre la población hasta la movilización de varias instituciones políticas nacionales e internacionales que han aconsejado reducir el intervencionismo médico excesivo, evitando intervenciones innecesarias, perjudiciales, ineficaces o inadecuadas, tratando de dar al parto una asistencia más humanizada y digna (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996; MSC, 2008).

De este modo, se encuentra posicionado el modelo del parto humanizado, donde la importancia recae sobre conocer las experiencias de las mujeres al parto, trabajar aspectos relacionales y emocionales (Lothian, 2000), escuchar sus preferencias y que

³ El Parto es Nuestro y Plataforma por los derechos del Nacimiento.

⁴ Nacer en Casa

éstas dispongan de la posibilidad real de tomar decisiones. Bajo el paradigma que propone Jomeen (2010), el poder es compartido y las mujeres ocupan una posición central en el proceso de parto, participando íntima y activamente en las decisiones sobre su propio cuidado, y respetando su autonomía. En el estudio de Blix-Lindstrom, Christensson, y Johansson (2004), se demostró la eficacia del modelo de parto humanizado, puesto que favoreciendo un mayor protagonismo de las mujeres se ha demostrado un mayor bienestar y el aumento de la satisfacción en su experiencia de parto.

Asimismo, para promover la participación de las mujeres y que ellas puedan proponer sus deseos y preferencias, se ha creado el instrumento “Plan de Parto” en el que se aconseja que las mujeres puedan contrastar con los profesionales que las asisten, sus elecciones y decisiones (Kaufman, 2007). El plan de parto, hoy, es utilizado en la mayoría de los hospitales de los países vecinos a Andorra y constituye una herramienta clave para la planificación y la toma de decisiones de las mujeres.

2.1.1. La atención al parto en Andorra

El Hospital Nostra Senyora de Meritxell es el único centro disponible donde se realiza la atención médica al parto en Andorra. En él, se siguen las directrices del modelo biomédico. Son los y las obstetras liberales⁵, quienes ejercen la máxima autoridad, teniendo como consecuencia una atención al parto intensamente medicalizado, situándose el número de cesáreas entorno al 30-40% en los últimos diez años (Servei Andorrà d’Atenció Sanitària [SAAS], 2010), lo que revela un excesivo intervencionismo médico según los criterios de la OMS (1985). Consideramos que este excesivo intervencionismo anula la participación de las mujeres.

Esta limitación no sólo se manifiesta durante su ingreso en las instituciones sanitarias sino que también se les dificulta su protagonismo a lo largo de la gestación.

⁵ En Andorra, todos los/las obstetras ejercen su profesión de forma autónoma, por lo que su remuneración económica se realiza mediante el pago de honorarios por su ejercicio independiente.

Instrumentos como el Plan de Parto y Nacimiento son inexistentes en Andorra, impidiendo a las mujeres gestantes la posibilidad de expresar sus deseos y controlar así sus acciones durante la atención al parto; reduciendo, de esta manera, su protagonismo. Todas estas circunstancias se manifiestan, por lo tanto, como una barrera para que las mujeres de Andorra puedan participar y tomar decisiones respecto a su parto.

2.2. La hegemonía del modelo biomédico en la asistencia al parto

Históricamente, los profesionales sanitarios, y más concretamente el personal médico, han ejercido “un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo” (Foucault, 1976: 161). En la actualidad, la hegemonía del modelo biomédico sigue consolidando la construcción social y cultural de los procesos de salud y enfermedad (Menéndez, 2000), incluido el proceso de asistencia al parto.

Es a mediados del siglo XX que se comienza a promover que las mujeres precisen ser atendidas por personal médico especializado y, además, en ámbitos hospitalarios. Según Montes-Muñoz (2012), el cambio de prácticas en la asistencia al parto corresponde a una construcción social establecida por el poder que socialmente se otorga a la autoridad “científica” del discurso médico, la cual defiende que la asistencia al parto se debe efectuar en ámbitos hospitalarios y controlados por personal médico cualificado. El parto pasa a considerarse como un proceso patológico, no sólo para que aquellas mujeres con embarazo de riesgo, sino también para otras que disfrutaban de un embarazo sin complicaciones, anteponiéndose el concepto de enfermedad frente a la de salud. Según Nagahama y Santiago (2005), la institucionalización de la atención parto permite el incremento del intervencionismo médico. Considerándolo como un evento patológico, el proceso debe ser controlado exhaustivamente por la disciplina médica, centrada en la monitorización de datos biológicos –como el control de signos vitales–. Todo esto, se supone, es para asegurar el bienestar físico de las

mujeres, sin considerar los aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en el desarrollo de la experiencia al parto, como por ejemplo su participación activa y toma de decisiones. Para Peiró (2003), este modelo de atención institucionalizado responde más a intereses de poder y socioeconómicos que no a fundamentos científicos centrados en el bienestar de las usuarias.

2.2.1. Repercusión del poder sanitario frente a la toma de decisiones de las usuarias

Actualmente, en nuestro contexto, las relaciones clínicas están enmarcadas, en su mayoría, bajo un modelo biomédico caracterizado por el paternalismo y un enfoque estrictamente centrado en la enfermedad (Barros, Magalhaes Da Silva, & Ferreira Moura, 2007). Las relaciones que se establecen entre los profesionales sanitarios y las usuarias en España –y en Andorra – se hayan todavía lejos de alcanzar una posición de comprensión y de reparto de poder, de forma que permita ejercer a las mujeres una participación activa en el desarrollo de sus partos.

La hegemonía del modelo biomédico viene marcada por el reconocimiento del estatus médico como una posición de gran prestigio. Sin duda, el estatus médico adquiere una autoridad en los procesos de salud y enfermedad que le proporcionan el poder para tomar decisiones que guían las acciones de las pacientes. Cárdenas (2002), expone como la construcción de la autoridad médica en nuestra sociedad es un proceso activo y recíproco de transacción, permitido por las percepciones y valores de las personas que confirman y aceptan dicha posición organizativa de la institución médica asociada al poder. Asimismo, el poder es una característica de la autoridad, siendo el proceso a través del cual una o más personas tienen la facultad lícita, pero no siempre razonable, para poder influenciar a otros grupos en una determinada situación. Este puede ser definido como la capacidad de persuadir a otros individuos hacia una situación en que un sujeto o grupo impone su voluntad sobre otro, induciéndolo a modificar su comportamiento y posibilitando al influenciador alcanzar sus propios objetivos, además de generar dependencia por parte de la persona influenciada. En

efecto, Cárdenas prosigue que los esquemas socioculturales asociados al poder se encuentran presentes dentro de toda relación social y requiere la obediencia del dominado, que descuida sus derechos y su autonomía para decidir libremente.

Según Foucault (1990), la tecnología disciplinar se manifiesta como un mecanismo de poder presente dentro de las prácticas sanitarias durante las relaciones clínicas. En él, el saber y los conocimientos se exhiben como elementos que determinan el grado de poder que posee un sujeto dentro de la sociedad: cuantos más conocimientos disciplinarios tenga el sujeto, mayor será el poder que se le atribuya. El poder ejercido por los profesionales sanitarios en las relaciones clínicas puede limitar a las mujeres su ejercicio para participar activamente en las tomas de decisiones respecto al nacimiento de sus criaturas. La jerarquía establecida en los encuentros clínicos condiciona negativamente el rol protagonista de las usuarias, dado que no se las considera como concededoras del proceso del nacimiento (Montes-Muñoz, 2007).

No obstante, Almansa Martínez (2007), reconoce que el poder también puede ejercerse de forma positiva en las relaciones clínicas para fomentar y promover la autonomía de las pacientes, potenciando el concepto de poder y de responsabilidad compartida. Para Collière (1996), el poder en cuanto a los cuidados de Enfermería se puede ejercer de forma estimuladora o, por el contrario, de forma inhibitoria respecto al entorno. El poder recae, por lo tanto, en el acto de cuidar y puede resultar a) liberador de las capacidades de las personas debido a su efecto creativo en el desarrollo autónomo para potenciar las capacidades físicas, afectivas y psíquicas que disminuyen las necesidades de ayuda de las pacientes, al mismo tiempo, que incrementa los conocimientos de éstas; o bien, puede resultar b) reductora –autoritario– cuando no se reconoce las capacidades de las usuarias ni se explora los deseos ni las inquietudes, minimizando así la realización personal de éstas, aplicando un sistema de prohibiciones, consejos estereotipados marcado por la escasa comunicación empática; y, por último, como un poder c) dominador cuando se

desarrollan capacidades en provecho del cuidador que busca mayor reconocimiento social.

2.2.2. El poder como desigualdad de género en la asistencia al parto

Las relaciones de poder que se establecen entre profesionales sanitarios –especialmente en médicos– y pacientes son simétricas a la jerarquización marcada por el género. Menéndez (2000), señala que la tendencia que caracteriza el modelo biomédico es la separación de lo biológico respecto a los aspectos socioculturales, implicando así una representación sexista del proceso de atención al parto, obviando otros factores que condicionan las necesidades de las mujeres. La importancia recae, por consiguiente, en el cuerpo de la mujer, y todo lo demás carece de interés. De ahí, que desde el modelo biomédico, los procesos biológicos se sitúen jerárquicamente muy por encima de aquellos procesos psicológicos y culturales.

En su tesis doctoral, Blázquez Rodríguez (2009), pone de manifiesto las desigualdades de género que se producen en la práctica asistencial al parto. Según la autora, esta visión androcéntrica, centrada en el control sobre la salud de las mujeres y de la reproducción, ha implicado un mayor grado de intervencionismo médico reflejado en la práctica de cesáreas –considerado, desde la perspectiva médica, como un procedimiento seguro y sin consecuencias adversas–. Debemos considerar, además, que mediante esta práctica se consiguen otros objetivos, como el control del tiempo y la incertidumbre, conllevando, al mismo tiempo, dependiendo del lugar, a unas mayores ganancias económicas.

En efecto, los únicos conocimientos autorizados para el manejo en la asistencia al parto sólo se establecen desde el sistema médico y, por lo tanto, son libres de ejercer las prácticas que consideren necesarias sin replantearse otras necesidades de las mujeres. Esta medicalización refuerza aún más la convicción del poder desde el estatus médico, que se muestra férreo y consolidado delante de los deseos de las mujeres, ejerciéndose, de esta manera, una posición de dependencia y subordinación

de éstas hacia el personal médico (Barros et al., 2007). Esta invisibilidad de las mujeres en su propio proceso de parto permite aumentar aún más la jerarquización establecida, dándose lugar a la violencia simbólica definida por Bourdieu (2000), y física en no pocas ocasiones (Montes-Muñoz, 2007).

Bourdieu (2000), describe la paradoja de la doxa como la sumisión de las personas a las normas sociales establecidas por muy injustas que sean, imponiéndose así con mucha facilidad el poder, simbolizado por lo masculino, en muchas de nuestras actividades cotidianas, sin que éste resulte debatido. Asimismo, el autor refiere que “los dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales” (Bourdieu, 2000: 50).

Esta sumisión paradójica acarrea una violencia simbólica, amortiguada, insensible e invisible para sus víctimas, puesto que se reconoce y se admite el poder tanto por el dominador como por el dominado. La dominación nace desde el pensamiento hasta en las conductas, pasando por los discursos expresándose de forma inconsciente, por lo que influye en las normas establecidas que son construidas socialmente de forma natural. La dominación masculina de la cual nos sugiere Bourdieu (2000), se establece también durante el proceso de atención al parto, puesto que las diferencias de poder son aceptadas, tanto por parte de los profesionales médicos como de las mujeres. El poder unidireccional del modelo biomédico refuerza por tanto las desigualdades médico-paciente y, paralelamente, queda visible la diferenciación de género entre hombre-mujer.

2.3. Participación activa y toma de decisiones

En las sociedades occidentales, en los últimos años las personas demandan, cada vez más, una mayor participación en las decisiones que se relacionan con su salud, requiriendo así una interacción bidireccional en los encuentros clínicos entre los

profesionales sanitarios y las usuarias⁶. La incorporación de éstas en la toma de decisiones clínicas pueden ayudar a mejorar los resultados de salud esperados (Joosten, DeFuentes-Merillas, de Weert, Sensky, van der Staak, & de Jong, 2008). Asimismo, con la finalidad de mejorar los niveles de salud en la población reduciendo los costes económicos, los servicios sanitarios animan cada vez más a las personas para que se impliquen de forma activa en asuntos relacionados con su salud. Sin embargo, a pesar promover técnicamente la participación activa de las pacientes, en la práctica clínica, la decisión compartida en la toma de decisiones depende fundamentalmente del posicionamiento ideológico y ético del profesional sanitario en relación al concepto de autonomía del paciente.

La mejoría de los resultados clínicos se produce siguiendo un modelo de atención centrado en el paciente, no sólo enfocado en la enfermedad sino que además incorpora la experiencia de la enfermedad mediante la comunicación y la empatía, produciendo un beneficio en la salud psíquica y física de las usuarias, tal y como prueban Villanueva et al., (2006). La sensibilidad sobre los aspectos socioemocionales durante las interacciones clínicas con las usuarias, y la planificación –o contrastación– de objetivos permiten establecer un clima relacional propicio al éxito, puesto que se generan unas expectativas acordes a la consecución de objetivos reales percibidas por las mujeres. Para Peralta Munguía (2010), una comunicación afectiva originará una relación de confianza entre los profesionales sanitarios y las usuarias, produciéndose una reducción del estrés emocional durante el encuentro, un mejor cumplimiento terapéutico y un aumento en la satisfacción.

En los últimos años, en España, hemos asistido a la transformación progresiva del modelo de atención médica, que ahora se dirige desde un enfoque biomédico paternalista hacia una actitud más abierta y dialogante respecto a las emociones y expectativas de las usuarias, donde se abarca las necesidades de éstas de forma

⁶ No sólo para aquellas mujeres en situación de parto, sino que se trata de un fenómeno presente en cualquier proceso de salud-enfermedad y que, además, se ha generalizado a toda la población.

integral dentro de un marco bio-psico-social (MSC, 2008). Este nuevo paradigma obliga a los profesionales a adquirir, e incrementar, las competencias comunicativas de forma que les permitan dar respuesta a las necesidades de las pacientes.

En la actualidad, se han publicado diversos estudios en España que han evidenciado la importancia de las habilidades comunicativas durante los encuentros clínicos en la atención al parto (Díaz-Sáez, Catalán-Matamoros, Fernández-Martínez, & Granados-Gómez, 2011; Ferreiro-Losada, Díaz-Sanisidro, Martínez-Romero, Rial-Boubeta, Varela-Mallou, & Clavería-Fontán, 2013). Sin embargo, son escasos aquellos que han tratado de observar el impacto acerca de la implicación de las pacientes en la toma de decisiones compartidas durante el nacimiento de sus criaturas. De los estudios que han valorado dicha implicación, los resultados obtenidos señalan que una mayor implicación de las pacientes en las decisiones clínicas incrementaba la recuperación funcional y reducía la ansiedad y el dolor (Peralta Munguía, 2010). Asimismo, a pesar de las ventajas que suponen para las pacientes la toma de decisiones compartidas, el estudio realizado por Torío y García (1997), indicó las fuertes dificultades para reconocer su papel activo en las interacciones clínicas, tanto por parte de los profesionales sanitarios –a la hora de orientar a las personas hacia la toma de decisiones compartida– como por las propias pacientes.

2.3.1. Cambio de paradigma en el modelo de atención al parto

Referente a la asistencia al parto, UNICEF (2008), determinó que sólo entre el 15 y el 25% de los partos requieren asistencia médica, y el resto se desarrollan sin problemas. La manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres, mediante la práctica de episiotomías y cesáreas de forma indiscriminada, la eliminación de la experiencia simbólica en el proceso de parto y la sistematización de las técnicas medicalizadas hacia todas las mujeres genera violencia obstétrica y no responde a las necesidades individuales de cada mujer. Así pues, considerando que la atención al parto no puede –ni debe– obviar los aspectos emocionales y socioculturales, se han

elaborado una serie de estrategias con el propósito de enfocar su asistencia desde otra perspectiva, en la que se considera las dimensiones psicosociales que influyen en las representaciones, actitudes y conductas (Velasco, 2006), y con la finalidad de modificar las relaciones de poder y de subordinación que se hayan dentro de los encuentros clínicos.

Diversas organizaciones políticas y sociales, tanto nacionales como internacionales, han diseñado estrategias para que los derechos de las mujeres sean considerados como eje central del proceso. Se estimula, por lo tanto, a los profesionales a reconocer la autonomía de las usuarias para que puedan participar activamente en la toma de decisiones. Esto ha supuesto un cambio de paradigma en la asistencia al parto, por lo que también repercute en todos los actores implicados, tanto los profesionales de salud como las propias mujeres, dado a la necesidad de posicionarse acorde al modelo de atención humanizado. Concretamente, en España, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2008), apoyándose en las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza realizada por la OMS (1985), elaboró una guía sobre la atención al proceso de parto, subrayando la importancia de que las mujeres, y sus parejas, ocupen un papel protagonista, permitiendo su participación activa en la toma de decisiones. Se defiende la necesidad de respetar el mayor protagonismo en las mujeres, y de sus parejas, (Generalitat de Catalunya, 2003), en el proceso fisiológico del parto en un clima de reconocimiento por los derechos de las usuarias y de su autonomía para la toma de decisiones.

Al promover la expresión de los deseos, inquietudes y emociones de las usuarias, Goodman et al., (2004), afirma que la participación activa de las mujeres reduce las diferencias jerárquicas, ya que se comparten decisiones y responsabilidades entre éstas y el personal médico, fomentando así unas relaciones de poder bidireccionales. Sin duda, las mujeres que mantienen un papel principal visible durante el proceso de parto ejercen una autoridad que minimiza las desigualdades entre los profesionales médicos y las mujeres.

2.3.2. Marco de referencia: sistemas de interacción y teoría de consecución de objetivos

Consideramos para este trabajo, que el protagonismo de las mujeres en el nacimiento de sus hijos/as esta estrechamente ligado a las interacciones clínicas, no sólo con los profesionales de medicina sino que también se produce mediante las relaciones con enfermeras y, especialmente, con comadronas, dado que integran un papel esencial en los cuidados de las mujeres en su experiencia al parto. Es por ello, que estimamos conveniente incorporar una teoría de Enfermería para estudiar el fenómeno de la participación activa en la toma de decisiones de las usuarias en los encuentros clínicos que se originan durante la atención al parto.

Este estudio se enmarca en la teoría desarrollada por Imogene King (1981), puesto que las interacciones entre enfermeras (incluidas las comadronas) y usuarias está fundamentada bajo un paradigma humanista y fenomenológico, que pretende descubrir los significados de las experiencias vividas de las personas a través del análisis de sus descripciones.

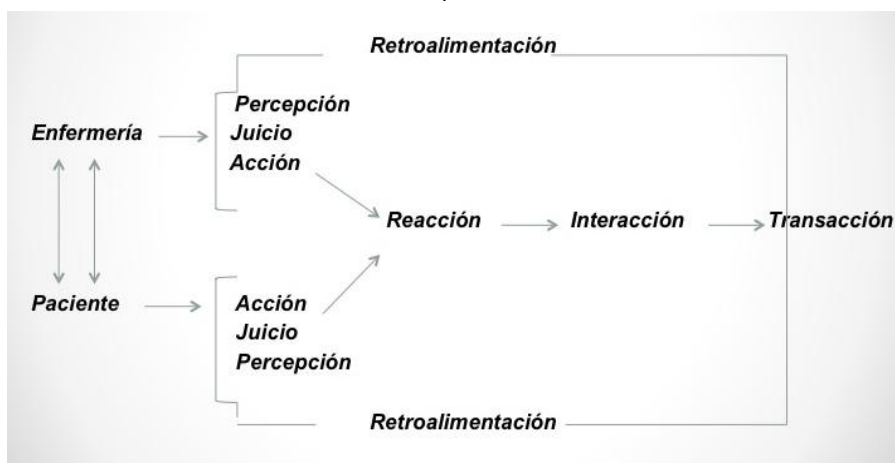
Imogene King publicó en el año 1981 su libro titulado *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*, donde formuló el marco de sistemas de interacciones y su consiguiente teoría de la consecución de objetivos, en la que ofrece una comprensión a las múltiples interacciones que se desarrollan entre Enfermería y las personas durante los procesos organizativos del cuidado (Sieloff, 2007). En efecto, King afirmó que las interacciones que se producen en los seres humanos engloban diferentes sistemas abiertos en los que se desencadenan constantemente una serie de transacciones ya sea a) con uno mismo –sistemas personales–, b) mediante con su entorno cercano o grupo, de dos hasta tres personas, –sistemas interpersonales– (ejemplificado por la relación enfermera-paciente), o bien c) con su entorno social –sistemas sociales–, siendo la persona como el elemento básico de cada sistema. Al mismo tiempo, los diferentes sistemas interactúan entre ellos de forma dinámica y requiere la comprensión de los conceptos de comunicación, interacción, misión, estrés y transacción, para poder alcanzar los objetivos deseados.

“El objetivo mutuo [entre una enfermera y paciente] se basa en: a) la valoración de las preocupaciones, los problemas y los trastornos de salud de su cliente por parte de la enfermera; b) las percepciones que tienen la enfermera y el cliente de la interferencia, y c) el intercambio de información entre ambos en casos en los que las funciones en cuestión puedan ayudar al paciente en alcanzar los objetivos propuestos.”

(King, 1995, p. 28)

Por lo tanto, señalamos la importancia de la teoría que plantea King acerca de la consecución de objetivos en las relaciones que se establecen en cualquier proceso de salud-enfermedad en la práctica enfermera mediante la interacción directa con las personas. Hay que considerar que la asistencia al parto es un proceso donde las experiencias, las expectativas generadas y los deseos de las mujeres resultan de vital importancia a la hora de considerarlos como parte fundamental del proceso de cuidado, puesto que el propósito de Enfermería es ayudar a las personas a conservar su salud para que puedan desarrollar sus roles de manera efectiva, en un proceso continuo de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal, tal y como vemos en la siguiente tabla (1).

Tabla 1. Modelo de transacción: proceso de interacciones humanas



Fuente: Imogene King. Marco de sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos. En: Modelos y teorías en enfermería (2007).

Las habilidades comunicativas, la comprensión y la conexión de Enfermería hacia las mujeres resultan claves para el óptimo mantenimiento en el ciclo vital de éstas durante esta nueva etapa. Bajo esta perspectiva, consideramos a las mujeres como sujetos activos y dinámicos en las interacciones que se produzcan durante todo el proceso de

parto. Si no consideramos su libertad intelectual, sus significados simbólicos, sus percepciones y sus inquietudes personales, no se logrará obtener las metas deseadas. En efecto, la retroalimentación en la relación entre los profesionales sanitarios y las mujeres resulta un circuito indispensable para alcanzar una transacción que permita obtener los objetivos esperados, y que reporte, de este modo, una mejoría en la satisfacción de las usuarias así como la eficiencia en los procesos de cuidados.

Asimismo, las decisiones son situacionales y dirigidas hacia unas metas concretas, implicando, de este modo, un proceso continuo. Es frecuente que los profesionales de salud y las mujeres en situación de parto tomen decisiones sobre objetivos a alcanzar, produciéndose, por lo tanto, necesaria la información compartida entre ellos y el respeto a los principios éticos de autonomía. Sin duda el protagonismo, la participación activa y la toma de decisiones se enmarcan dentro de la teoría de consecución de objetivos de Imogene King, dado a la importancia en concienciarse acerca de las percepciones, las emociones y las capacidades de las mujeres en proceso de parto para satisfacer sus necesidades reales.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En un primer momento, se realizó una búsqueda exhaustiva para adquirir conocimientos sobre los modelos de atención al parto, las técnicas utilizadas, y de hacer una revisión del contexto histórico y cultural del ámbito obstétrico-ginecológico.

Dicha información se rescató mediante :

- Catàleg de la biblioteca URV: [URL: <http://cataleg.urv.cat/>]
- Google Books: [URL: <http://books.google.com/>]
- Google Scholar: [URL: <http://scholar.google.com/>]

Posteriormente, se limitó la búsqueda en artículos científicos que trataban específicamente sobre la participación y la toma de decisiones de las mujeres en el momento del parto. La literatura obtenida no sólo nos permitió documentarnos sobre el tema sino que además nos proporcionó ideas en cuanto al diseño de la metodología de investigación.

Siendo consideradas de especial relevancia en la obtención de documentación de ciencias de la salud, se efectuó una búsqueda con las palabras claves –Parto, Experiencias al parto, Participación del paciente–, en varios idiomas tales como en castellano, inglés, portugués y francés en las bases de datos:

- Cinahl: [URL: <http://search.ebscohost.com/>]
- Pubmed: [URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>]
- Scielo: [URL: <http://www.scielo.org/php/index.php>]
- TDX: [URL: <http://www.tdx.cat/>]

Nº	Base de Datos	Tipo de Búsqueda	Términos de Búsqueda	Número de documentos
[1]	Google Books	Avanzada	Childbirth	794.000 (libros publicados entre los años 2004 i 2012)
[2]	Catálogo de la biblioteca URV	Avanzada	Parto	17 (libros publicados entre los años 2004 i 2012)
[3]	Pubmed	Avanzada / Booleana	(Childbirth [Title]) AND Experiences [Title/Abstract]	21 (artículos publicados entre los años 2006 i 2012 en Free full text)
[4]	CINAHL	Avanzada / Booleana	(TI) Childbirth AND (AB) Experiences	49 (artículos publicados entre los años 2006 i 2012 en Free full text)
[5]	Scielo	Simple	Experiencia parto	112 (artículos publicados entre los años 2006 i 2012)
[6]	TDX	Avanzada / Booleana	((title: participación) AND (title: paciente))	1 (artículo publicado el año 2010)

4. APORTACIONES E INTERÉS DE ESTUDIO

Este proyecto se inició tras diversas conversaciones informales con mujeres que habían realizado su parto en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Durante estos encuentros, se observó la insatisfacción percibida por éstas en cuanto a la participación activa en la toma de decisiones durante el nacimiento de sus criaturas. Esta primera fase nos promovió el interés y nos condujo a la búsqueda bibliográfica, donde se revisó la literatura científica que coincidían con las experiencias descritas por estas mujeres.

El fundamento del estudio es adquirir un mayor conocimiento acerca de las experiencias de las mujeres en relación a su protagonismo en la toma de decisiones. Consideramos que sus percepciones y opiniones pueden aportar propuestas concretas de actuación para desarrollar estrategias de mejora en el modelo de atención al parto.

Asimismo, este proyecto permitirá proporcionar información realista a las Instituciones y profesionales sanitarios implicados en la asistencia al parto acerca de las necesidades de las mujeres en relación a la participación activa en la toma de decisiones. También incorpora a la disciplina enfermera la necesidad de obtener información sobre la trascendencia de las interacciones con las usuarias, ya que las relaciones clínicas que promueven la autonomía y la responsabilidad compartida propicia unos cuidados mucho más humanos en la práctica enfermera pues permite reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su salud y no simplemente el receptor de actividades planeadas por el profesional que la atiende.

5. OBJETIVOS E HIPOTESIS

5.1. Objetivos

Objetivo General

- Conocer las experiencias respecto al protagonismo y a la participación activa en la toma de decisiones, de aquellas mujeres que acuden a realizar su parto en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra la Vella.

Objetivos específicos

- Conocer el grado de implicación percibida por las mujeres en la toma de decisiones en el parto.
- Analizar las expectativas de las mujeres durante su embarazo.
- Examinar si las expectativas generadas por las mujeres durante el embarazo, respecto a la toma de decisiones, se cumplen durante el proceso de parto.
- Analizar las opiniones de las mujeres respecto a la información recibida sobre la asistencia al parto y la necesidad o no de ampliar sus conocimientos.
- Analizar las interacciones que mantienen los profesionales médico-sanitarios con las mujeres, durante la gestación y la asistencia al parto.

5.2. Hipótesis

- Las mujeres perciben que tienen pocas posibilidades de participación y no son consultadas en la toma de decisiones que les afecta en el momento del parto.
- Esta escasa participación y toma de decisiones percibidas por las mujeres en sus partos implica una deslucida experiencia del proceso.

6. MARCO METODOLOGICO

6.1. Diseño del estudio

La naturaleza de esta investigación se centra en conocer la realidad del objeto de investigación desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio. Pretende entender a las personas en su contexto explorando sus propias percepciones.

Es por ello que en la investigación que se proyectará llevar a cabo se empleará una metodología cualitativa desde un enfoque fenomenológico por considerarla como la más apropiada para la aproximación a la comprensión de las vivencias y percepciones de las mujeres en relación a su participación activa en la toma de decisiones durante la atención sanitaria al parto.

Siguiendo las prácticas representativas de la perspectiva metodología cualitativa de investigación social, la entrevista en profundidad y la observación participante serán las principales técnicas para responder a los objetivos planteados. Para la obtención de la información, las clases de preparación al parto y, posteriormente, el Hospital Nostra Senyora de Meritxell se configuran como los espacios físicos idóneos debido a la accesibilidad geográfica y porque agrupan una gran concentración de mujeres que cumplen el criterio de selección para participar en el estudio.

6.2. Técnicas de recogida de datos

Con el objetivo de adquirir un conocimiento empírico de las percepciones de las mujeres acerca de su protagonismo en la experiencia al parto, optaremos por utilizar la entrevista en profundidad y la observación participante como técnicas para la recogida de datos.

6.2.1. Entrevistas en profundidad

Las entrevistas se presentan como la técnica central del estudio y la que entendemos como el mejor procedimiento a la hora de alcanzar los objetivos. Será a través de esta

técnica que pretendemos recoger información acerca de las opiniones y percepciones individuales de las informantes, profundizando en los significados de sus discursos sobre el protagonismo y toma de decisiones, tanto en el embarazo como durante el parto. Nos interesaremos por conocer cuáles son sus expectativas, sus inquietudes y cómo perciben sus relaciones clínicas con los profesionales.

Las entrevistas serán abiertas, pero para facilitar el rendimiento del trabajo se elaborará un guión establecido donde figuren los aspectos relativos a la participación activa y a la toma de decisiones. Los bloques temáticos diseñados para la entrevista pretende recoger las categorías analíticas siguientes:

- Participación activa y toma de decisiones: Este será el eje central del estudio de investigación. Obtener la percepción de las mujeres sobre su participación en el embarazo y sus experiencias en el parto.
- Expectativas: generadas por las mujeres durante el embarazo, en relación a su protagonismo en el momento del parto.
- Planificación: diseño de las actividades efectuadas por las mujeres durante el embarazo para planificar cómo se desarrollará su parto.
- Relaciones con los profesionales médico-sanitarios: cómo se desarrollan las relaciones y la comunicación durante el embarazo y la atención al parto. Conocer las opiniones sobre la información recibida por parte de los profesionales sanitarios y las relaciones de poder que se establecen en los encuentros clínicos.

Este guión queda sujeto a cambios dado que consideramos la opción de ampliar o eliminar categorías analíticas a lo largo de la investigación como resultado de las aportaciones o intereses planteados por las mujeres informantes. Asimismo, recogeremos los datos demográficos de cada participante entrevistada, tales como la edad, ocupación, formación académica y si tiene pareja o no.

Se prevé realizar dos entrevistas a cada mujer: la primera durante el embarazo y, posteriormente, se acordará un encuentro dos semanas después del parto.

La planificación para la realización de las entrevistas será la siguiente: las informantes serán captadas en el centro en el que realizan la preparación al parto. Una vez dado su consentimiento, se procederá a realizar la primera entrevista alrededor de las 35-37 semanas de gestación, tiempo que consideramos adecuado para mantener y/o recordar el compromiso del próximo encuentro después del parto. Pasadas dos semanas del parto, contactaremos de nuevo con las mismas mujeres para realizar la segunda y última entrevista.

A pesar de que consideramos que la duración estará relacionada con la capacidad de comunicación de cada informante, estimamos una hora para cada entrevista. Para desarrollar dichas entrevistas se propondrá algún espacio tranquilo, preferentemente en sus domicilios, aunque se respetará el lugar planteado por las informantes.

Como instrumento para la recogida de datos, se utilizará una grabadora de voz, para evitar así la fuga de información proporcionada por las mujeres. Esta herramienta se complementará con el uso de un diario de campo para registrar aspectos que no queden reflejados en los discursos. Todas estas entrevistas serán transcritas literalmente por el investigador mediante el programa informático Express Scribe versión 4.05.

6.2.2. Observación participante

La observación participante complementará la información de las entrevistas, puesto que nos permitirá recoger los discursos, actitudes y las prácticas observadas de los diferentes actores implicados. Esta técnica se llevará a término a lo largo de todo el proceso de investigación, desde las clases de preparación al parto hasta el momento del parto en el Hospital Nostra Senyora de Mertixell de Andorra. Por observación participante entendemos la presencia del investigador en el medio en que se efectúa

la observación. Esto inevitablemente supone la alteración del medio, impacto que se planifica atenuar con una presencia prolongada.

Se observará y registrará cómo se producen las interacciones de los sujetos en el espacio donde se desarrollan los discursos y el proceso de las actividades que se realizan. Además, la observación permitirá recoger las congruencias y contradicciones entre las declaraciones verbales y las prácticas reales llevadas a cabo. Para la recogida de información, se diseñará un instrumento a modo de fichas donde se reflejarán datos como las conductas, las actitudes, la comunicación, comentarios, la información proporcionada por los profesionales sanitarios, las dudas y las preguntas planteadas por las mujeres.

La observación se realizará en dos espacios. El primero será el centro donde las mujeres embarazadas acuden a realizar los cursos de preparación al parto. El tiempo planificado responderá a dos ciclos de cinco semanas⁷. Puesto que planificamos contactar con diez mujeres y este es el número que integran cada uno de los cursos, estimamos necesario acudir a dos grupos diferentes. Así, planificamos una duración de diez semanas para realizar la observación participante durante las clases, donde se procederá al registro de las actividades en dos grupos formados por distintas mujeres. Para el acceso a las clases será necesario contar con la autorización de la dirección del centro que se efectuará mediante una petición formal por escrito a la persona responsable.

Este tiempo además, nos permitirá un mayor acceso a mujeres posibles informantes. Contemplamos que durante este período se producirá el contacto con todas las mujeres que acudan a las clases, por lo que este acercamiento inicial previo al parto facilitará la complicidad con las informantes, favoreciendo la aproximación durante las entrevistas en profundidad y proporcionando una mayor validez de los datos obtenidos. En este lugar de observación, nos interesaremos por conocer la información que se proporciona a las mujeres. Al mismo tiempo, registraremos las

⁷ Tiempo de duración para cada ciclo. Las clases se componen de un ciclo estructurado en diez sesiones.

preguntas, expectativas e inquietudes planteadas por las mujeres en relación a su parto y observaremos las interacciones que se establecen con los profesionales sanitarios. Asimismo, las conversaciones informales y relatos de las mujeres que se sucedan durante las clases, permitirán orientar los diferentes bloques temáticos a la hora de plantear el guión para las entrevistas en profundidad.

Un segundo espacio de observación será el área de partos del Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra la Vella. Para esta observación se planifican un periodo de cuatro semanas con la intención de que, con un mayor tiempo, la presencia del investigador llega a normalizarse de forma que no altere el desarrollo habitual de las actividades. Se llevará a cabo preferentemente en horario de mañana y tarde puesto que es el tiempo en que se da mayor actividad. No se descarta, en caso de considerarlo necesario en el transcurso de la observación, ampliar el horario al turno de noche.

Recogeremos como los discursos y las prácticas sanitarias se adecuan o no a las demandas de las usuarias, observando el protagonismo y la toma de decisiones que ejercen las mujeres en las interacciones clínicas dentro de esta institución sanitaria. El acceso se procederá a partir de la autorización del comité ético del hospital.

6.3. Selección de participantes

Las mujeres participantes serán aquellas que estando embarazadas, han asistido a clases de preparación al parto y planifican realizar el parto en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra la Vella. Serán seleccionadas intencionadamente durante las clases de preparación, y serán aquellas mujeres que consideremos que hemos obtenido una mayor complicidad durante esta primera etapa –conversaciones informales, que muestren una mayor inquietud en cuanto a aspectos relacionados con la toma de decisiones en el momento del parto, que predispongan algún interés en ser entrevistadas, etc.–, puesto que nos permitirá obtener una mayor información para el estudio.

A las informantes se les realizará una propuesta ofreciéndoles participar en el estudio de forma voluntaria, garantizándoles el anonimato y la confidencialidad mediante un consentimiento informado. Se les informará del proyecto a través de una hoja informativa, donde se reflejarán los objetivos y la finalidad del estudio. Por otro lado, se les explicará que tendrán opción de abandonar el estudio si así lo desean.

El número de participantes concluirá al llegar a la saturación de los datos, es decir hasta que presenten cierta redundancia o repetición y no generen nueva información.

Para dicha investigación se estima que se precisarán un total diez participantes para recoger toda la información necesaria.

6.3.1. Criterios de selección

Para desarrollar esta investigación, se seleccionarán las participantes que cumplan los siguientes criterios:

- Mujeres embarazadas mayores de veinte años en su primera gestación: dado que la información adquirida por aquellas mujeres con experiencias de parto anteriores puede sesgar nuestro propósito.
- Embarazos de bajo riesgo obstétrico y neonatal: dado que la percepción respecto a la participación en la toma de decisiones de aquellas mujeres que tengan un embarazo de riesgo puede verse afectada debido a las posibles complicaciones en el momento de parto.
- Mujeres residentes en Andorra: nuestro objetivo es de conocer las percepciones de las mujeres en el contexto sanitario y sociocultural de Andorra.

6.4. Proceso de Análisis

La información recogida a través de las diferentes técnicas empleadas en este estudio serán tratadas de forma minuciosa. En primer lugar, procederemos a categorizar toda

la información registrada en el diario de campo. Después de familiarizarnos con los datos obtenidos, se introducirán en una base de datos para su organización y posterior análisis. Por otro lado, la grabadora de voz digitalizada (Philips LFH0612/00) nos permitirá recuperar detalladamente las entrevistas en profundidad que se efectuaron en la investigación. Una vez transcritas e introducidos los datos, procederemos a una primera y minuciosa lectura de cada entrevista para, posteriormente, realizar un análisis de contenido donde se confeccionará a la codificación y generación de categorías, estableciendo relaciones entre conceptos y dimensiones según la información obtenida en datos útiles referente a los objetivos propuestos del estudio. Se planifica una segunda lectura con la finalidad de contrastar las percepciones obtenidas en la primera, para no descartar introducir otras nuevas unidades de análisis. Todo este proceso se desarrollará con la ayuda del soporte informático Weft-QDA versión 1.9.0.

6.4.1. Validación de los datos

Consideramos fundamental realzar el rigor científico con el cuál se desarrollará la investigación tanto durante el diseño del proyecto, como durante en la implementación del mismo. Para la fiabilidad en el proceso de análisis, procederemos a garantizar que los datos obtenidos se aproximen a la realidad estudiada mediante:

- La triangulación de los datos: contrastaremos las diferentes fuentes de información referente al protagonismo de las mujeres en las diferentes etapas del trabajo y comparando los relatos de las entrevistas realizadas a las diferentes participantes.
- La triangulación de técnicas intra-método: contrastaremos la información obtenida en las diferentes técnicas –observación participante y entrevistas en profundidad– utilizadas a lo largo del trabajo de campo para comprobar la validez de los datos.
- La triangulación teórica: contrastaremos la información obtenida de nuestras participantes con la literatura bibliográfica de referencia, especialmente al marco de sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos (King, 1981).

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previamente a la realización del estudio se presentará el proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Nostra Senyora de Meritxell para su evaluación y aprobación. Una vez aceptado, se procederá a la captación de las participantes y a su posterior recogida de datos basándonos en los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964): autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Se ofrecerá participar a las mujeres de forma voluntaria habiendo sido informadas oralmente y por escrito sobre el objetivo, la intervención, los riesgos y beneficios del estudio. Para ello, se les proporcionará una descripción acerca de la naturaleza del proyecto de investigación mediante una hoja informativa (Anexo 1), donde además facilitaremos el correo electrónico de contacto con el investigador para darles la oportunidad de consultar cualquier duda o expresar cualquier sugerencia acerca del estudio. Una vez expresen su comprensión y consientan participar, se les pedirá la autorización escrita a través de un consentimiento informado (Anexo 2) –entregándoles una copia–.

Este estudio no conlleva ningún tipo de remuneración. La participación voluntaria garantizará la autodeterminación de las personas para tomar la decisión de forma libre, respetando el principio bioético de autonomía. Al mismo tiempo, las personas que hayan consentido participar podrán tomar la decisión de retirarse del estudio sin consecuencias negativas ni necesidad de proporcionar explicaciones al respecto.

Los beneficios que se esperan a través de este estudio son los de obtener un mayor conocimiento acerca de las expectativas y del protagonismo de las mujeres en relación a sus partos. Asimismo, y a pesar que la finalidad del estudio no se centra en una actividad terapéutica, consideramos que publicar los resultados y darlos a conocer en los centros investigados puede generar cambios que mejoren la participación de las mujeres en sus partos, la toma de decisiones y la respuesta a sus expectativas. Por otro lado, según la búsqueda bibliográfica, no se han hallado referencias que

comporten riesgos para las personas participantes en estudios de estas características, asegurando así el principio de no maleficencia.

A lo largo de todo el estudio, se mantendrá la confidencialidad de los datos de las participantes –siguiendo las directrices de la Llei 15/2003 de Protecció de Dades Personals⁸–. Para garantizar la confidencialidad, estos datos sólo serán accesibles y manipulados por el investigador. En su posterior publicación, se modificarán los nombres de las participantes para no revelar la identificación de éstas

Debemos de considerar, al mismo tiempo, que para facilitar la recogida de datos se empleará una grabadora de voz durante las entrevistas siempre y cuando se obtenga la autorización oral y escrita por parte de los participantes (Anexo 3).

Por último, a la finalización del estudio, se proporcionará, a todas las participantes del estudio, los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, a través de sus correos electrónicos o dirección postal.

⁸ Ley vigente en Andorra, equivalente en España a la “Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal”.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como posibles limitaciones del proyecto, podemos destacar aquellas relacionadas con la imposibilidad de acceder al escenario de estudio por no obtener los permisos oportunos, ni por parte de los responsables de las clases de preparación al parto ni del Hospital Nostra Senyora de Meritxell en donde se desarrollan los partos.

Asimismo, también consideramos los riesgos en la pérdida de seguimiento de informantes durante la recogida de datos, ya que aquellas mujeres entrevistadas durante su embarazo pueden negarse voluntariamente a ser entrevistadas después de sus partos.

A esta negación, se añade la posibilidad de acontecer otras circunstancias que consideremos oportuno no avanzar con nuestro proyecto, como por ejemplo en los casos de complicaciones o resultados de parto no esperados.

9. PRESUPUESTO

El presupuesto solicitado se hará en base a la adquisición de recursos materiales derivados del proyecto y de los viajes relacionados en los desplazamientos a los espacios físicos donde se pretende desarrollar el estudio y para su posterior divulgación en congresos y eventos científicos.

El coste total de la investigación es de 1875 euros. En él, se incluye los gastos siguientes:

- Materiales solicitados:
 - Materiales fungibles:
 - Material de oficina. Papelería y fotocopias: 200 €.
 - Materiales inventariables:
 - Suscripción a fondos bibliográficos por 1 año /gastos de envío documentos: 300 €.
 - Grabadora de voz (Philips LFH0612/00): 75 €.
 - Libros y revistas: 300€.
 - Otros gastos:
 - Dietas y desplazamientos del investigador: 1000 €

Para este estudio dispondremos las instalaciones y espacios físicos para efectuar las entrevistas en profundidad y la observación participante para la obtención de los datos. Asimismo, el equipo de investigación dispone de ordenador portátil y de impresora, por lo que no será necesario incrementar el presupuesto en relación a los recursos materiales.

10. CRONOGRAMA

- Primera etapa: Búsqueda bibliográfica (1 mes).
 - Fase de revisión de la literatura existente y preparación de los registros de datos.
- Segunda etapa: Diseño y presentación del proyecto (2 meses).
 - Desarrollo del marco teórico así como del marco metodológico previsto para el acceso al campo.
 - Presentación al Comité Ético de Investigación Clínica –espera de aprobación para iniciar la recogida de datos–.
 - Presentación del proyecto a los centros sanitarios que entran en estudio.
 - Explicar el proyecto e instruir a los diferentes profesionales que colaborarán en el estudio –o que aquellos que nos ayuden respecto al acceso al campo, “Gatekeepers”–.
- Tercera etapa: Fase de recogida de datos (5 meses).
 - Selección de las participantes al estudio.
 - Recogida de datos: entrevistas en profundidad y observación participante.
- Cuarta etapa: Fase de análisis de datos (3 meses).
 - Transcripción de las entrevistas.
 - Análisis de los datos registrados: codificación y elaboración de unidades de análisis.
 - Conclusiones y discusión.
- Quinta etapa: Comunicación de resultados (1 mes).
 - Exposición de resultados en congresos, jornadas científicas o publicaciones escritas.

A pesar de establecer un orden lineal en el diseño del cronograma, debemos de considerar las características de la investigación cualitativa como un proceso circular. La metodología cualitativa obliga a ser flexibles entre las diferentes etapas que se desarrollan. Por lo que este plan de trabajo es orientativo. En función de la información obtenida, retomaremos de nuevo la segunda etapa para redefinir nuestros objetivos o nuestras hipótesis.

11. BIBLIOGRAFÍA

- ACEITUNO-VELASCO, Longinos (2009) "Tasa de partos instrumentales en España". *Progresos de obstetricia y ginecología* 52(10), pp. 609-615.
- ALMANSA MARTÍNEZ, Pilar (2007) *Creatividad y Enfermería: Contextos favorecedores de los cuidados creativos*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- BARROS, Lena María. MAGALHAES DA SILVA, Raimunda y FERREIRA MOURA, Escolástica Rejane (2007) "Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil". *Investigación y Educación en Enfermería* 25(2), pp. 44-51.
- BEHRUZI, Roxana. HATEM, Marie. GOULET, Lise y FRASER William (2011) "The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital". *BMC Women's Health* 11(53).
doi: 10.1186/1472-6874-11-53
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel (2009) *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- BLIX-LINDSTROM, Sabine. CHRISTENSSON, Kyllike y JOHANSSON, Eva (2004) "Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour". *Midwifery* 20(1), pp. 104-112.
doi: 10.1016/j.midw.2003.07.001
- BOURDIEU, Pierre (2000) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- CALLISTER, Lynn Clark. VEHVILAINEN-JULKUNEN, Katri y LAURI, Sirkka (2001) "Giving birth: Perceptions of Finnish childbearing women". *MCN: The American journal of maternal child nursing* 26(1), pp. 28-32.
- CÁRDENAS, Eduardo Zárate (2002) "La construcción del poder médico". *Situa* 11(21), pp. 7-13.
- CASTRO SANTORO, René (2007) "Una nueva mirada sobre rol del gineco-obstetra en la salud de las personas" *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 72(1), pp. 1-4.
doi: 10.4067/S0717-75262007000100001
- CHRISTIAENS, Wendy y BRACKE, Piet (2007) "Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective". *BMC pregnancy and childbirth* 7, pp. 26. doi: 10.1186/1471-2393-7-26
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1996) *Soigner... le premier art de la vie*. París: InterÉditions.
- DÍAZ-SÁEZ, Jorge. CATALÁN-MATAMOROS, Daniel. FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Milagros y GRANADOS-GÓMEZ, Genoveva (2011) "La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud". *Gaceta Sanitaria*, 25(6), pp. 483-489.
- DUGAS, Marylène. SHORTEN, Allison. DUBÉ, Eric. WASSEF, Maggy. BUJOLD, Emmanuel y CHAILLET, Nils (2012) "Decision aid tools to support women's decision making in pregnancy and birth: A systematic review and meta-analysis". *Social Science & Medicine* 74(12), pp. 1968-1978.
doi: 10.1016/j.socscimed.2012.01.041

- FERREIRO-LOSADA, María Teresa. DÍAZ-SANISIDRO, Eduardo. MARTÍNEZ-ROMERO, MD. RIAL-BOUBETA, Antonio. VARELA-MALLOU, Jesús y CLAVERÍA-FONTÁN Ana (2013) "Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto". *Revista de Calidad Asistencial*. [En Prensa]
- FOUCAULT, Michel (1976) "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educación médica y salud*, 10(2), pp. 152-170.
- FOUCAULT, Michel (1990) *Tecnologías del yo*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2003) *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- GIBBINS, Jo y THOMSON, Ann M. (2001) "Women's expectations and experiences of childbirth". *Midwifery* 17(4), pp. 302-313. doi: 10.1054/midw.2001.0263
- GOODMAN, Petra. MACKEY, Marlene C. y TAVAKOLI, Abbas S. (2004) "Factors related to childbirth satisfaction". *Journal of advanced nursing* 46(2), pp. 212-219. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
- HODNETT, Ellen D. (2002) "Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5 Suppl Nature), pp. S160-72. doi: 10.1067/mob.2002.121141
- JOMEEN, Julie (2010) *Choice, Control and Contemporary Childbirth: Understanding through Women's Experiences*. Oxford: Radcliffe.
- JOOSTEN, Evelien AG. DE FUENTES-MERILLAS, Laura. DE WEERT, Gerdien H. SENSKY, Tom. VAN DER STAAK Cees P y DE JONG, Cornelis A. (2008) "Systematic review of the effects of shared decision-making on Patient Satisfaction, Treatment, Adherence and Health Status". *Psychotherapy and Psychosomatics* 77(4), pp. 219-226. doi: 10.1159/000126073
- KAUFMAN, Tamara (2007) "Evolution of the birth plan". *The Journal of perinatal education* 16(3), pp. 47-52. doi: 10.1624/105812407X217985
- KING, Imogene Martina (1981) *A Theory for Nursing: systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons.
- KING, Imogene Martina (1995). "The theory of goal attainment". En Maureen A. Frey y Christina L. Sieloff. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 23-32.
- LOTHIAN, Judith A. (2000) "Why natural childbirth?". *The Journal of perinatal education* 9(4), pp. 44-46. doi: 10.1624/105812400X87905
- MENÉNDEZ, Eduardo (2000) "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos". En: Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 163-188.
- MONTES-MUÑOZ, M^a Jesús (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

- MONTES-MUÑOZ, M^a Jesús (2012) “La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Cataluña, España”. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 30(2), pp. 198-207.
- MSC, Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida y SANTIAGO, Silvia Maria (2005) “A institucionalização médica do parto no Brasil”. *Ciências de saúde coletiva* 10(3), pp. 651-657.
doi: 10.1590/S1413-81232005000300021
- NYSTEDT, Astrid. HOGBERG, Ulf y LUNDMAN, Berit (2005) “The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study”. *Journal of Clinical Nursing* 14(5), pp. 579-586.
doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01105.x
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1985) “Appropriate technology for birth”. *Lancet* 2(8452), pp. 436-437. doi: 10.1111/j.1471-0528.1992.tb13867.x
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1996) *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS.
- PEIRÓ, Salvador (2003) “Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente”. *Semergen* 29(6), pp. 285-289.
- PERALTA MUNGUÍA, Lucía (2010) *La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria*. Tesis doctoral. Santander: Universidad de Cantabria.
- RUIZ MORAL, Roger. PERALTA MUNGUÍA, Lucía. PÉRULA DE TORRES, Luís Ángel. OLLOQUI MUNDET, Jorge. CARRIÓN DE LA FUENTE, Teresa. SOBRINO LÓPEZ, Ana. LOSILLA DOMÍNGUEZ, Mercedes y MARTÍNEZ LECHUGA, Mariana (2012) “Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia”. *Atención Primaria* 44(1), pp. 5-10.
- SAAS, Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (2010) *Memòria SAAS 2010. Àrea mèdica. Ginecologia i obstètrica. Dades Assistencials Obstètriques*. Andorra la Vella: SAAS.
En: <http://www.saas.ad/MemoriaSAAS2010/cha.html> Accedido el 03/10/2012.
- SIELOFF, Christina (2007) “Imogene King. Marco de sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos” En: Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier (6^a edición), pp. 296-316.
- TORÍO DURANTEZ, Jesús y GARCÍA TIRADO, María del Carmen (1997) “Relación médico-paciente y entrevista clínica: opinión y preferencias de los usuarios”. *Atención Primaria* 19(1), pp. 18-34.
- UNICEF, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2008) *Progreso para la infancia. Un balance sobre la mortalidad materna*. New York: UNICEF.
- VELASCO ARIAS, Sara (2006) “La perspectiva de género”. En: *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid: Instituto de la mujer, pp. 27-36.
- VILLANUEVA, Agustín. NEBOT, Cristina. GALÁN, Antonio. GÓMEZ, Gregorio. CERVERA, Manuel. JOAQUÍN MIRA, José. PÉREZ JOVER, Virtudes y TOMÁS, Olga (2006) “Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente”. *Revista de Calidad Asistencial* 21(4), pp. 199-206.

ANEXO 1: HOJA INFORMATIVA

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Experiencias de las mujeres en el parto: Protagonismo y toma de decisiones.

Le ofrecemos este documento para que pueda recibir toda la información acerca del estudio en el caso que decida participar. Le animamos a que realice las preguntas necesarias para clarificar todas sus dudas.

Objetivos del estudio

Aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica, este estudio pretende conocer las experiencias respecto a la toma de decisiones y protagonismo de aquellas mujeres que acuden a realizar su parto al Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra la Vella.

Procedimiento del estudio

Para participar en el estudio, se requiere realizar una entrevista abierta y en profundidad. Esta conversación se desarrollará en privado entre usted y el entrevistador con el interés de obtener su propia percepción acerca de su experiencia respecto a la toma de decisiones y protagonismo durante su proceso de parto. Se le ofrecerá la oportunidad de elegir el lugar donde efectuar la entrevista para proporcionarle una mayor comodidad. Todas las conversaciones registradas serán absolutamente confidenciales y no se manipularán por otra persona ajena al investigador. Además, el estudio incluye también una situación donde se le observará para analizar las acciones que se suceden así como las interacciones entre los profesionales sanitarios y usted para observar cómo se desarrollan las relaciones. La observación implica anotar lo que sucede en un cuaderno de notas. Así como las conversaciones, las observaciones registradas también serán tratadas de forma confidencial.

La información se utilizará con el único propósito de llevar a cabo este estudio. Estos datos sólo serán accesibles por el investigador y, en la posterior publicación, se modificarán los nombres de los participantes para no revelar la identificación de éstos. Los datos obtenidos serán anónimos y están protegidos mediante la *Llei 15/2003 de Protecció de Dades Personals*.

Participación Voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria. Su rechazo a participar en el estudio o el abandono durante la realización, en el momento que lo estime oportuno, no le conllevará ninguna consecuencia negativa ni se le exigirá ninguna explicación. Asimismo, este estudio no conllevará ningún tipo de remuneración.

A lo largo del estudio, si requiere consultar cualquier duda o expresar cualquier sugerencia respecto al estudio podrá hacerlo a través del número de teléfono o correo electrónico del investigador (Ruben Coelho-Martinho).

Beneficios esperados y efectos adversos

Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento acerca del protagonismo de las mujeres en relación a sus partos. Por otro lado, este estudio no comporta ningún riesgo hacia las personas participantes.

Por último, a la finalización del estudio, le proporcionaremos los resultados obtenidos, si así lo desea.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Experiencias de las mujeres en el parto: Protagonismo y toma de decisiones.

Yo, _____
_____ (Nombre Completo)

He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado.

He dispuesto tiempo suficiente para poder realizar preguntas acerca del estudio al investigador.

He recibido toda la información necesaria y dispuesto tiempo suficiente para valorar mi decisión.

Comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y no remunerada.

Se me ha informado sobre la opción de abandonar el estudio sin implicar ninguna consecuencia y sin tener la necesidad de exponer el motivo.

El investigador se compromete a informar y aclarar todas las dudas que manifiesten los participantes acerca del estudio durante todo el proceso de investigación.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha _____

Firma de la persona participante

Firma del investigador

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE LA GRABADORA DE VOZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE LA GRABADORA DE VOZ

Experiencias de las mujeres en el parto: Protagonismo y toma de decisiones.

Para participar en el estudio, se requiere realizar una entrevista abierta y en profundidad. Esta conversación se desarrollará en privado entre usted y el entrevistador con el interés de obtener su propia percepción acerca de su experiencia respecto a la toma de decisiones y protagonismo durante su proceso de parto. Se le ofrecerá la oportunidad de elegir el lugar donde efectuar la entrevista para proporcionarle una mayor comodidad.

Asimismo, para facilitar la recogida de datos para el equipo investigador, se pretende emplear una grabadora de voz durante las entrevistas para recuperar la mayor información posible que se obtenga de las conversaciones. Para garantizar la confidencialidad, será sólo el investigador que tenga acceso en la manipulación de la grabadora.

La información obtenida se utilizará con el único propósito de llevar a cabo este estudio. Estos datos sólo serán accesibles por el investigador. Los datos obtenidos serán anónimos y están protegidos mediante la *Llei 15/2003 de Protecció de Dades Personals*.

Yo, _____

_____ (Nombre Completo)

He leído y comprendido la información que se me ha entregado.

He dispuesto tiempo suficiente para poder realizar preguntas acerca del uso de la grabadora de voz al investigador, recibiendo toda la información necesaria.

El investigador se compromete a garantizar la confidencialidad de los datos siendo la única persona permitida para escuchar y manipular la grabadora de voz.

Autorizo el uso de la grabadora de voz durante las conversaciones.

Fecha _____

Firma de la persona participante

Firma del investigador