



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Vol 5
Núm. 1
2020

REVISTA DE
INVESTIGACIÓN

mujer

salud

sociedad

ISSN 2385-7005

m **u** **s** **a** **s**

Empoderamiento,
emancipación y autonomía
de las mujeres

MATERNIDADES EN RESISTENCIA Y DISCURSO SOCIAL

Pía Rodríguez-Garrido

Investigadora predoctoral. Programa de Doctorado Enfermería y Salud. ADHUC— Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. Universitat de Barcelona. Becaria CONICYT Doctorado en el extranjero 2017, Folio 72180224-201.

Correo electrónico: piarodriguezgarrido87@gmail.com



El discurso social que rodea la comprensión de la maternidad implica diversas interpretaciones biológicas, culturales y simbólicas que dan paso a una posición estructural y, sobre todo, jerárquica que articula devenires dicotómicos, en tanto se piensa únicamente a las mujeres madres desde lógicas despolitizadas privadas de derechos, aunque no de deberes.

Este determinismo biológico, que intenta homogenizar y esencializar al sujeto mujer, ha sido históricamente abordado por las comprensiones feministas a partir de la década de los setenta. Estas han enfatizado la importancia de problematizar el papel que cumple la mujer en el rol maternal, interpelando este dictamen ante la sociedad patriarcal que cree encarecidamente en la obediencia genérica de la imagen virginal y dedicada al cuidado de lxs hijxs en el interior del hogar.

No obstante, y paralelo a la vindicación de los derechos de la mujer, se impregna en la conciencia social la imbricación de preceptos como la madre sacrificada y el instinto maternal como directrices que envuelven el constructo de la maternidad y que dirigen y condicionan el actuar de las mismas, generando disociaciones entre el deber ser asociado a la realidad cultural que las tensiona constantemente.

Problematizar esta imbricación ha sido el resultado de un intenso trabajo que se ha desarrollado desde la arena feminista para develar este conflictivo escenario. A pesar de ello, existen intentos de articulaciones que no han permitido dilucidar el debate o, mejor dicho, no han logrado entramarse desde la vereda interseccional, generando fragmentaciones en su interior, polarizando la discusión y precarizando aún más las condiciones actuales en las que deben maternar las mujeres madres.

Impedimento en el acceso oportuno a la salud sexual y reproductiva, violencia de género reflejada en agresiones institucionales, medicalización y patologización de los procesos fisiológicos, condiciones laborales vulneradas de cara a la gestación y crianza, permisos pre y posnatales obligatorios que impiden el ejercicio libre de la maternidad y paternidad, son algunas de las manifestaciones explícitas de violencia hacia las mujeres enmascaradas en un modelo neoliberal progresista que solo perpetua y relega la maternidad a espacios de subalternidad e invisibilización.

Las maternidades en resistencia son vías de fuga que se encuentran en el tránsito de encarar, develar e interpelar lo que el orden simbólico de la maternidad ha mantenido oculto. La colectivización de esas disputas ha permitido una diversidad de escenarios en los que las mujeres han alzado la voz poniendo sus cuerpos en primera línea como territorios de resistencia y lucha.

La clave, entonces, como lo vaticinarían las feministas latinoamericanas, comunitarias, populares, indígenas y decoloniales, está en la colectivización, en las tribus, en los entramados, en el trenzar un camino que nos permita —desde escenarios callejeros de activismos y académicos— derribar los muros que nos han mantenido en la sumisión y opresión. Las maternidades en resistencia están gestando un entramado social que les permitirá parir un mundo más justo, equitativo, consciente, sentipensante y empático, en el cual nos sintamos libres de ser y existir.

ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ENFERMERA SOBRE EMPODERAMIENTO FEMENINO Y SALUD PERINATAL¹

María del Carmen Martín-Bellido¹; Juan Diego González-Sanz².

Correo electrónico: mamenmb22@gmail.com

1. Graduada en Enfermería. Residencia de Ancianos Dr. Bartolomé García González-Toruño. La Zarza-Perrunal, Huelva.
2. Doctor en Ciencias Sociales Aplicadas (Filosofía), Enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva.

Recibido: 30/05/2019 Aceptado: 08/11/2019



¹ Una versión preliminar de este trabajo fue presentada como comunicación oral en la IV Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería celebrada en Granada entre el 8 y el 9 de noviembre de 2018, con el título: «¿Qué producen las enfermeras sobre empoderamiento femenino en el cuidado perinatal?». Posteriormente, una versión ampliada fue presentada como Trabajo Fin de Máster del Máster de Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León en 2019.

RESUMEN

Introducción

El concepto de empoderamiento femenino se utiliza con una frecuencia cada vez mayor en el campo de la enfermería, concretamente por las matronas, apareciendo especialmente en el ámbito de la salud perinatal de la mano de ideas como la humanización del parto o la prevención de la violencia.

Objetivos

Analizar la producción científica sobre empoderamiento femenino en el ámbito perinatal.

Metodología:

Estudio bibliométrico de la producción científica en las revistas *Birth*, *Women and Birth* y *Midwifery*. El análisis de datos se llevó a cabo a partir de su clasificación y categorización. Además, se definieron conceptualmente, enunciaron y codificaron las categorías.

Resultados y discusión

Se identificaron un total de 341 artículos, de los cuales 44 se seleccionaron por su relevancia. Sin embargo, solo 13 cumplían con los criterios de inclusión del estudio. A pesar de que los artículos seleccionados tenían diferentes objetivos y analizaban el empoderamiento femenino desde distintas perspectivas, fue posible realizar un acercamiento gracias a la clasificación y categorización del contenido de los mismos. Parece ser que son aspectos claves del empoderamiento femenino: la confianza entre la matrona y los pacientes; sentirse escuchada por los profesionales de la salud; aceptar el dolor; el soporte físico y psicológico por personas cercanas o profesionales; los cuidados personalizados; la cercanía y la empatía de los profesionales; la privacidad y la comunicación como elementos clave.

Conclusiones

El empoderamiento femenino en el ámbito de la salud perinatal no es un tema tratado con amplitud en las revistas estudiadas, ya que no existe una definición unívoca del mismo. Sin embargo, podemos establecer como aspectos clave del empoderamiento femenino la confianza entre la matrona y las gestantes, la escucha activa, la aceptación del dolor, la presencia de soporte físico y mental, la personalización de los cuidados, la empatía y cercanía de los profesionales, la privacidad, y la comunicación como elemento clave empoderador.

Palabras clave: empoderamiento femenino; cuidados perinatales; enfermería; producción científica.

ABSTRACT

Introduction

The concept of female empowerment is often used in nursing by midwives, since it has become a key topic and discussion for said profession. Accordingly, it is used in perinatal health hand in hand with ideas such as humanized childbirth and the prevention of violence.

Objectives

The aim of this study is to analyze the scientific production on female empowerment and perinatal health.

Methodology

A bibliometric study of the scientific production published in the journals *Birth, Women and Birth* and *Midwifery* was carried out. The analysis was realized through the classification and categorization of the data. Moreover, the categories were specified, encoded and conceptually defined.

Results and Discussion

341 articles were identified, and 44 were selected because of their relevance. However, only 13 matched the inclusion criteria. Given that selected articles have different aims and analyze the notion of empowerment differently, it was only possible to discuss the topic through their classification and categorization. Accordingly, the most relevant aspects concerning the sense of female empowerment arising out of the interaction between patients and midwives are: feeling that health professionals listen to what you have to say; accepting pain; the physical and psychological support of close people or professionals; personalized care; health professionals' empathy and closeness; privacy; and the role communication as key element for empowerment.

Conclusions

Female empowerment in the perinatal period is an understudied discussed topic in the journals analyzed in this article. That is the reason why there is not a univocal definition of the term. It could be argued that female empowerment is much dependent on aspects such as confidence between patients and midwife, the feeling of being listened by health professionals; the acceptance of pain; the physical and psychological support of close people or professionals; personalized care; health professionals' empathy and closeness; privacy; and a fluid communication.

Keywords: Empowerment; Perinatal Care; Nursing; Scientific Production.

INTRODUCCIÓN

El concepto de empoderamiento femenino se está utilizando con una frecuencia creciente en el ámbito de las ciencias de la salud y especialmente en el campo de la enfermería. La Organización Mundial de la Salud (2001) define el empoderamiento como «un proceso continuo a través del cual individuos y comunidades adquieren confianza, autoestima, conocimientos y poder necesarios para satisfacer las necesidades esenciales y para tomar el control de sus vidas, específicamente en el ámbito de la salud».

Por otra parte, Mouta Oliveira et al. (2017) lo entienden como «una forma de ganar poder interior y tener el control sobre todo aquello que te está sucediendo, así como la defensa de los propios derechos». A su vez, Cardoso Da Silva et al. (2016) indican que es un «proceso a través del cual se pretende promover y mejorar la habilidad individual de satisfacción de las propias necesidades», lo que aporta sensación de control tanto a las vidas de los individuos como a la de la comunidad. Camberos Sánchez (2011) añade a lo anterior que «el empoderamiento femenino modifica la imagen de las mujeres sobre sí mismas y las creencias sobre sus derechos y capacidades».

Hay pocas áreas en la vida de las mujeres donde se ponga más en riesgo su autoimagen y sus creencias que el ámbito de la salud sexual y reproductiva. En este campo, numerosos autores afirman que el empoderamiento femenino permite a la mujer entender su cuerpo y potenciar la capacidad de dar a luz, así como sus emociones. Kwee y McBride (2015) señalan en esta línea que «la intensidad de la vivencia del parto parece estar directamente relacionada con el empoderamiento». De este modo, empoderar a las madres puede considerarse una iniciativa beneficiosa si tenemos en cuenta que, como afirma Coral Ibarra (2008), la mujer embarazada sufre una especial vulnerabilidad emocional y social. Se trata, una vez más, de introducir la humanización en el proceso de parto, definida según González Sanz et al. (2012) como «la adquisición y puesta en práctica por parte de los profesionales sanitarios de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que configuran una forma diferente de llevar a cabo su labor asistencial, [...] abandonando el modelo medicalizado clásico para incorporar un nuevo modelo que pone énfasis en el uso de prácticas estrictamente necesarias [...], lo que supone el desarrollo de la autonomía de la mujer».

Una de las muchas vías a través de las que se está intentando desarrollar esta iniciativa es el ofrecimiento del plan de parto a las madres gestantes. Dicho plan es un documento

que ayuda a la embarazada a clarificar y dejar constancia de sus propios deseos, expectativas y necesidades durante el parto. Se busca con este plan que la mujer tome el control de su situación, exprese sus deseos y se facilite la toma de decisiones informadas, además de favorecer el cumplimiento de sus derechos (Biurrun-Garrido y Goberna Tricas, 2013). Por otra parte, el uso del plan de parto también puede favorecer el aumento de la calidad de los cuidados, así como la individualización de la atención. Sin embargo, para que esto sea así es fundamental que, como indican Mouta Olivera et al. (2017), los planes de parto se den a conocer a la población y estén accesibles tanto en el periodo de gestación como al llegar al centro donde tendrá lugar el parto.

Ya sea a través de la oferta, explicación y/o ejecución del plan de parto, o de otras actividades, parece claro que unos de los colectivos profesionales más implicados en este asunto son las enfermeras y, más concretamente, las matronas. Sánchez-Jiménez et al. (2007) han destacado la capacidad de la matrona para fomentar la participación de la población en la formación sobre autocuidados. Esto se debe al contacto directo entre los pacientes y estas profesionales, que son capaces de captar e informar adecuadamente a la población más vulnerable.

De esta forma, estamos de acuerdo con Mouta Oliveira et al. (2017) cuando afirman que «el empoderamiento femenino en el ámbito perinatal puede ser considerado un movimiento enfermero educativo, cuyo objetivo es aportar conocimientos, actitudes y habilidades a las embarazadas para que asuman el poder y la responsabilidad de las decisiones que toman». En este sentido, las matronas pueden jugar el papel de «mecanismo facilitador de la adaptación a las nuevas situaciones de salud» (Cardoso Da Silva et al., 2016).

No obstante, hay que resaltar que este enfoque centrado en los profesionales no es suficiente. Aunque según Mouta Oliveira et al. (2017) «esta posición favorece que las enfermeras puedan garantizar unas actuaciones basadas en el respeto sin la utilización de intervenciones innecesarias reconociendo los aspectos culturales y sociales que influyen en el proceso del parto», hay que tener en cuenta la objeción de Goberna Tricas y Giménez Segura (2013) insitiendo en los aspectos sociales y culturales como fundamentales cuando afirman «que la atención no tecnificada y respetuosa con la fisiología no garantizará el empoderamiento de la mujer, ya que también influyen los aspectos sociales y culturales».

Quedando bien establecido, de este modo, que el empoderamiento femenino en el ámbito perinatal es un campo de trabajo más que notable para la enfermería, parece oportuno preguntarse acerca del modo en que está siendo tratado como objeto de investigación. Siguiendo a Luque Ortega et al. (2010), sostenemos que «la producción científica es un buen indicador del estado de desarrollo de la enfermería como ciencia y de su capacidad de generar nuevos conocimientos». Por ello se nos hace indispensable la realización de estudios bibliométricos que evalúen la presencia de investigaciones sobre este tema en las revistas científicas de enfermería. La observación atenta de estos trabajos nos permitirá conocer más acerca de la amplitud y la calidad de la producción científica enfermera sobre esta cuestión.

Y es que, según afirma Reina Leal et al. (2013), «el análisis de las referencias a través del estudio bibliométrico permite conocer el desarrollo de los procesos de comunicación científica en las disciplinas», por lo que «se ha convertido en un elemento clave para los agentes evaluadores de la actividad científica, quienes se apoyan en los indicadores bibliométricos para clasificar revistas» (Reina Leal et al., 2013).

De acuerdo con los estándares actuales de medición de la calidad de las publicaciones científicas, se considera como de mayor relevancia a aquellas revistas incluidas en bases de datos de citas como el *Journal Citation Reports* (JCR). La mayoría de estas revistas provienen del ámbito anglosajón y publican sus contenidos en inglés. Por ello, y dadas nuestras limitaciones para un estudio más amplio, nos ceñiremos, en este estudio, a las revistas incluidas en el primer cuartil del JCR, y dentro de estas a las de mayor nivel de impacto.

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es analizar la producción científica de enfermería sobre empoderamiento femenino en el ámbito perinatal. Además, como objetivo específico, nos hemos planteado describir qué significados adquiere la palabra «empoderamiento» en la bibliografía consultada.

METODOLOGÍA

Se presenta un estudio bibliométrico de la producción científica enfermera sobre el tema de estudio, realizado a través de los análisis de los artículos publicados en revistas de alto

impacto (incluidas en el *Journal Citation Reports* de Clarivate Analytics, concretamente en el primer cuartil). Las revistas seleccionadas fueron *Birth*, *Women and Birth* y *Midwifery*, ya que, dentro de la amplia gama de revistas que realizan estudios relacionados con el cuidado perinatal, son las que mayor impacto presentan dentro de la clasificación JCR. El motivo que llevó a limitar nuestro corpus a estas tres revistas fue el volumen de los datos a manejar.

Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se consultó la página del DECS y MESH para conocer los tesauros especializados para la realización de la búsqueda de artículos. Se utilizaron tanto los términos del lenguaje natural como los de lenguaje controlado.

La base de datos consultada fue la Web of Science (WOS). La estrategia de búsqueda fue («Empowerment AND perinatal care»).

Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos originales que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: a) estudios que incluían en su título o resumen la palabra «empowerment» o algún término que hiciera referencia a ella (como «confidence» o «birth experience»); b) artículos que permitieran el acceso al texto completo de forma gratuita o al que pudiéramos acceder con las credenciales de la Universidad de Huelva, de la Universidad de León o de la Fundación Index de Enfermería. No se estableció ningún límite temporal en la selección de artículos.

Procedimientos y extracción de datos

En primer lugar, la selección de artículos se realizó en base al título y resumen. Posteriormente, se accedió al texto completo de los artículos considerados relevantes. Este proceso de recolección de datos fue realizado desde junio hasta octubre de 2018.

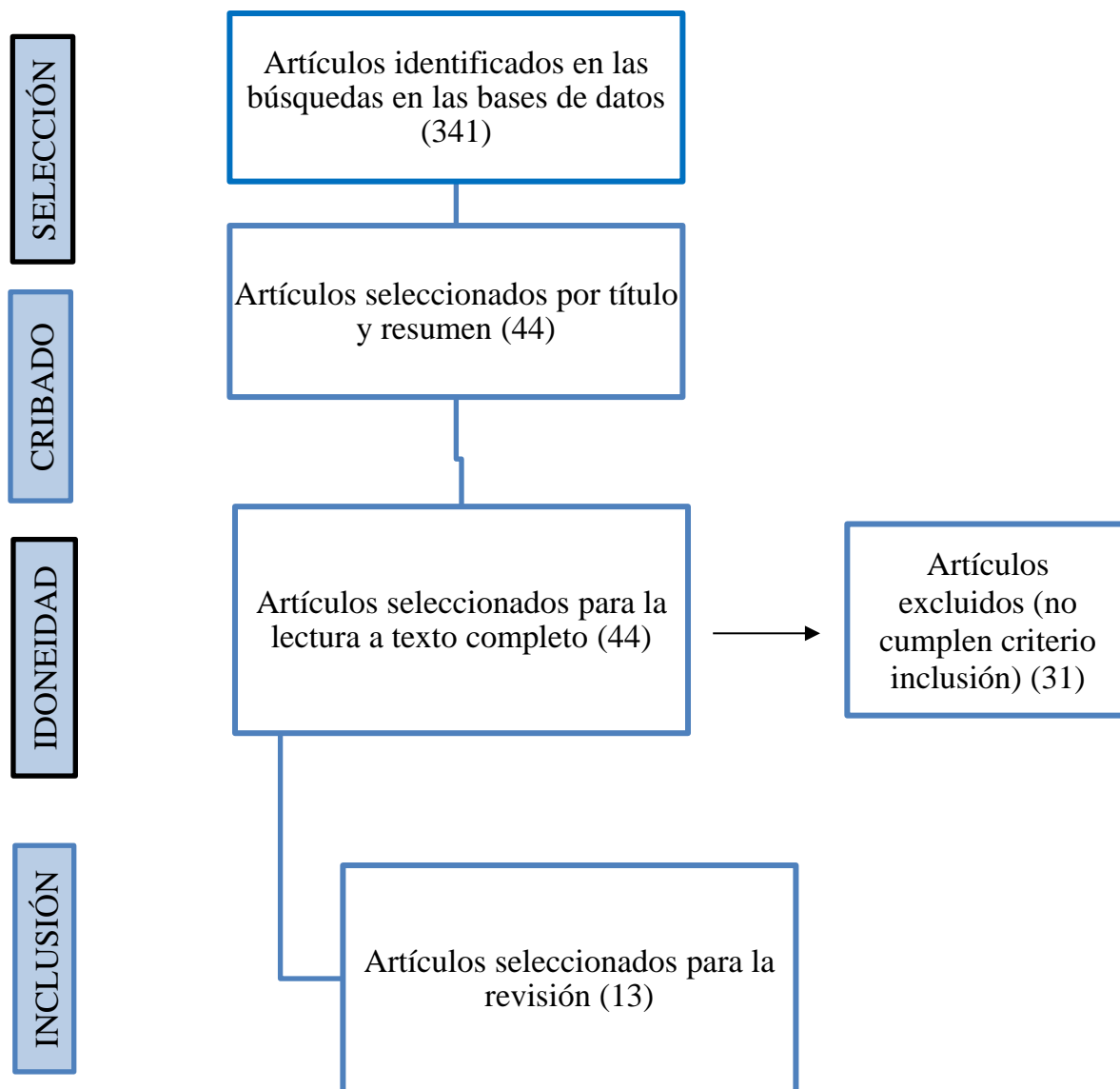


Figura 1. Flujograma del proceso de selección de artículos

Tras la selección de los estudios que cumplían los criterios de inclusión, se procedió a la lectura exhaustiva de todos los artículos. Se tuvieron en cuenta aquellos términos considerados como sinónimos de «empoderamiento» o que hacían alusión al empoderamiento.

El análisis de los datos extraídos se llevó a cabo a través de su clasificación, categorización y codificación, extrayendo la máxima información. Se agruparon los términos en función de su similitud y, finalmente, se eligió un término que encabezase la categoría en el cual se pudieran incluir el resto de los términos de esa categoría. También se establecieron subcategorías.

Una vez realizada la categorización, se procedió a la asignación de un código a cada categoría para facilitar el análisis de los datos. Estas categorías fueron definidas

conceptualmente, enunciadas y codificadas. Toda esta información fue transcrita al programa *Word*, donde se elaboró una tabla con distintas categorías (Tablas 2, 3 y 4).

Para finalizar, se definieron las conclusiones de cada una de las categorías, agrupándolas según temáticas, y se establecieron los significados que otorga cada revista estudiada al término «empoderamiento».

La definición de los términos relacionados con el empoderamiento utilizados para la categorización de los datos fueron los siguientes:

- **Confianza en sí misma:** la mujer percibe un aumento de la seguridad sobre sí misma.
- **Confianza en el otro:** la mujer percibe un aumento de la sensación de seguridad respecto al profesional que la atiende.
- **Sensación de control:** la mujer percibe una mayor capacidad de decisión sobre la situación en la que se encuentra.
- **Aceptación:** la mujer muestra conformidad con lo que le está ocurriendo.
- **Capacidades:** desarrollo de habilidades y destrezas personales y técnicas.
- **Soporte tácito:** la mujer percibe un aumento del apoyo emocional.
- **Soporte táctil:** la mujer percibe demostraciones de apoyo físico.
- **Control:** la mujer percibe un determinado nivel de autoridad sobre el funcionamiento del proceso.
- **Humanización de cuidados:** la mujer percibe actitudes más amables y humanas durante el proceso.
- **Entorno:** espacio agradable en lugar y acompañamiento percibido por la mujer en el proceso perinatal.

RESULTADOS

Como indica el flujograma anterior (figura 1), 13 artículos fueron seleccionados por siguiendo los criterios de inclusión del estudio. En la tabla 1 puede verse el origen de cada uno de los artículos seleccionados.

Tabla 1. Relación entre artículos seleccionados y las revistas de procedencia

Revista	Artículos hallados en la búsqueda	Artículos relacionados con la temática	Artículos seleccionados	Tesauros
<i>BIRTH</i>	75	20	5	«Empowerment» AND «perinatal care»
<i>WOMEN AND BIRTH</i>	63	10	1	
<i>MIDWIFERY</i>	203	14	7	

La revista *Birth* es la que posee el mayor índice de impacto de entre las consultadas (2.329; 2018). A pesar de encontrar 75 artículos relacionados con el tema, solo 5 cumplían los criterios de inclusión. En la revista *Women and Birth*, también aparecen 10 estudios relacionados con el tema, de los que solo hemos podido acceder a 1 de ellos. En el caso de *Midwifery*, se han seleccionado 14 artículos por contener información relacionada con nuestro estudio. Sin embargo, solo 7 estaban disponibles en la modalidad gratuita.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre el significado de «empoderamiento», en la tabla 2 se expresan los términos englobados bajo el concepto de empoderamiento en los artículos analizados procedentes de la revista *Birth*. Es preciso destacar que 3 de los 5 artículos consultados pertenecientes a esta revista señalan como una cuestión importante dentro del empoderamiento femenino la confianza que se establece entre la matrona y la paciente. Otro tema considerado de relevancia por 2 de los 5 artículos es la aplicación de cuidados individualizados.

Por otro lado, la tabla 3 muestra los términos englobados bajo el concepto de empoderamiento femenino durante el periodo perinatal de la revista *Women and Birth*. En esta revista también se hace alusión a la confianza que deposita la paciente en los profesionales que la atienden durante el periodo perinatal.

Finalmente, en la tabla 4 se pueden apreciar los resultados de los términos que hacen referencia indirectamente al empoderamiento femenino en el ámbito perinatal en los artículos procedentes de la revista *Midwifery*. Como aspectos a destacar, se encuentra la relación entre la matrona y la mujer, resaltado por 5 de los 7 artículos analizados. Asimismo, cabe resaltar la importancia de la continuidad de los cuidados y del soporte tanto físico como emocional y espiritual en 3 de los 7 estudios seleccionados.

Tabla 2. Términos de los artículos pertenecientes a la revista *Birth* sobre empoderamiento

CONFIANZA		SENSACION DE CONTROL	ACEPTACIÓN	CAPACIDADES	SOPORTE		HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	ENTORNO
EN SÍ MISMA	EN OTROS				TÁCITO	TÁCTIL		
Confianza en sus habilidades para identificar sus propias necesidades (1)	Confianza en la matrona y su responsabilidad (1, 3, 4)	Sensación de estar guiada por la matrona (1)	Ayuda a aceptar el dolor (1)	Elección de la persona que la acompaña. (1)	Palabras y acciones específicas (1)	Físico (1, 2)	Buena actitud del personal sanitario (2)	Ambiente cálido (1)
Ausencia de preocupaciones (1)	Confianza en la situación (1)	Tener armonía con ellas mismas (1)		De la matrona para hacerle creer a la mujer que puede. (1)	Atención no verbal (1)		Relación con la matrona (1)	Silencio (1)
Aumento de la autoestima (2)		Sentirse escuchadas (1)		Identificar sus propias necesidades. (1)	Soporte mental de la pareja o de personas cercanas (1)		Sensibilidad (3)	Actos insignificantes pueden ser expresados como estresantes (1)
		Sentir que tienen capacidad de elección (5)		Comunicación (4, 5)	Comunicación, tiempo para hablar (3).		Empatía (3). Cuidados personalizados/ individualizados (3, 5)	Privacidad (4)
		Manejo de situaciones (1)					Cercanía (3)	
		Aceptación de la situación (3)					Benevolencia (3)	
		Ausencia de miedo (1)					Información objetiva y clara (3).	
		Tener conocimientos útiles (4)						

1. Linfren y Erlandsson (2010); 2. Penny (1991); .3. Lundqvist et al. (2002); 4. Riggs et al. (2016); 5. Eilen et al. (2007)

Tabla 3. Términos de los artículos pertenecientes a la revista *Women and Birth* sobre empoderamiento

CONFIANZA		SENSACIÓN DE CONTROL	ACEPTACIÓN	CAPACIDADES	SOPORTE		HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	ENTORNO
EN SÍ MISMA	EN OTROS				TÁCITO	TÁCTIL		
Tener conocimientos sobre el tema (1)	Confianza en la matrona (1)	Colaboración con el personal sanitario (1) Sentirse escuchada (1) Recibir información de lo que está pasando (1) Sentirse parte integral del equipo (1) Participación (1)		Comunicación y actitud del personal sanitario (1) Responsabilidad (1) Respeto hacia las decisiones de la mujer (1)	Guía por parte de la matrona y soporte (1)	Presencia física de la matrona (1) Contacto físico (1)	Interacción entre la matrona y la mujer (1) Comunicar sus deseos (1) Tomar decisiones con el consentimiento de la mujer, juntos y en acuerdo. (1) Trabajo en equipo (1)	

1. Jödin et al. (2018).

Tabla 4. Términos de los artículos pertenecientes a la revista *Midwifery* sobre empoderamiento

CONFIANZA		SENSACIÓN DE CONTROL	ACEPTACIÓN	CAPACIDADES	SOPORTE		HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	ENTORNO
EN SÍ MISMA	EN OTROS				TÁCITO	TÁCTIL		
Tomar decisiones por ella misma (1)	Relación entre la matrona y la mujer (1, 2, 3, 4, 5)	Sentirse segura (3) Alivio del dolor (3) Sentirse protegida (3)	Hablar positivamente del parto (5) Ayuda para aceptar el dolor (5)	Comunicación (1, 3) Posibilitar a la mujer la toma de decisiones informadas (3)	Soporte emocional (5) Soporte físico, emocional y espiritual (1, 2, 4, 5)	Presencia de la matrona (1)	Cercanía de la matrona (2) Cuidados personalizados (1, 3, 5, 6) Empatía (2) Trabajo en equipo (2) Continuidad de cuidados (1, 2, 3, 5) Considerar los deseos y preferencias de la mujer (3) Ratio paciente-matrona (1)	Tener a todos sus seres queridos cerca (3, 5) Privacidad (3)

1. Anwar, et al. (2014); 2. Dahlberg y Aune (2013); 3. Ulfsdottir et al. (2018); 4. Nakano et al. (2012); 5. Aune y Dahlberg (2012); 6. Zand et al. (2017).

DISCUSIÓN

A pesar de que cada artículo analizado presentaba objetivos diferentes y analizaba el empoderamiento desde una perspectiva distinta, se ha establecido una correlación entre ellos a través de la clasificación y categorización de los datos analizados.

En cuanto a la categoría «confianza depositada en otros», los estudios seleccionados tienen escasez de resultados, pero si se ha observado que en los artículos seleccionados de las revistas *Birth*, *Women and Birth* y *Midwifery* (Jöding et al., 2018; Lundqvist et al., 2002; Linfgren y Erlandson, 2010; Riggs et al., 2016) se habla de la importancia del establecimiento de una relación basada en la confianza entre la matrona y la paciente. Encontramos resultados similares en los estudios de Sánchez Jiménez et al. (2007) y de Mouta Oliveira (2017) cuando hablan de la importancia de la figura de la matrona en el proceso de empoderamiento, debido a su capacidad de fomentar la participación en la mejora de los autocuidados.

Si analizamos la categoría «sensación de control» en los artículos de las tres revistas estudiadas, se menciona el aumento de este sentimiento con una actividad simple como el sentirse escuchada por el profesional sanitario que la atiende (Jöding et al., 2018; Linfgren y Erlandson, 2010; Anwar et al., 2014). Esto se ve reforzado por Mouta Oliveira (2017), que afirma que a través del empoderamiento «las enfermeras pueden garantizar unas actuaciones basadas en el respeto, sin la utilización de intervenciones innecesarias reconociendo aspectos culturales y sociales que influyen en el proceso de parto», y por GobernaTricas y Jiménez-Segura (2013) cuando hacen referencia a la influencia de los aspectos sociales y culturales en el empoderamiento femenino.

Existen dos estudios de las revistas *Birth* y *Midwifery* (Linfgren y Erlandson, 2010; Aune y Dahlberg, 2012) en los que la categoría «aceptación» hace referencia a que el empoderamiento ayuda a las mujeres a aceptar que el parto es un proceso doloroso. Este aspecto ya se ha tenido en cuenta con el ofrecimiento del plan de parto a las madres gestantes, que ayuda a la embarazada a clarificar y dejar constancia de sus deseos, expectativas y necesidades durante el parto, facilitando la toma de decisiones informadas y el control de la situación (Biurrin-Garrido y Goberna Tricas, 2013). Sin embargo, en el artículo analizado de la revista *Women and Birth*, no se tiene en cuenta esta categoría.

La comunicación como una capacidad a desarrollar, por parte de las profesionales, durante el proceso de empoderamiento a las mujeres (dentro de la categoría «capacidades») es un concepto que aparece en siete de los artículos seleccionados (Jöding et al., 2018; Ulfsdottir et al., 2018; Anwar et al., 2014; Riggs et al., 2016; Elien et al., 2017; Lundqvist et al., 2002). Este aspecto se hace indispensable cuando se trata de facilitar a las gestantes la toma de decisiones informadas y el desarrollo de la autonomía de la mujer (González Sanz et al., 2012).

En lo que a la categoría de «Soporte» se refiere, podemos distinguir entre soporte tácito y táctil. En el soporte tácito, se destaca la importancia de un apoyo físico, emocional y espiritual (Dahlberg y Aune, 2013; Nakano et al., 2012; Aune y Dahlberg, 2012, Linfgren y Erlandson, 2010), tanto por parte de la matrona como por parte de alguna persona cercana. Sin embargo, en el soporte táctil hay resultados combinados: algunos estudios resaltan la presencia física de la matrona como empoderadora (Anwar et al., 2014; Jördin et al., 2018); mientras que otros estudios defienden que el contacto físico en general de cualquier persona conocida (no la matrona específicamente) genera empoderamiento (Jördin et al., 2018; Linfgren y Erlandson, 2010).

En el estudio de González Sanz et al. (2012), se habla de la introducción de la humanización en el proceso de parto, por lo que se considera como una de las principales características del empoderamiento. En esta línea, cabe destacar que la humanización del parto en el proceso de empoderamiento femenino en el ámbito perinatal podría llevarse a cabo a través de los cuidados personalizados, como así lo defienden los artículos de Ulfsdottir et al., 2018; Zand et al., 2017; Anwar et al., 2014; Aune y Dahlberg, 2012; la interacción entre la paciente y la matrona (Jördin et al., 2018; Leifngren y Erlandsson, 2010) y la cercanía de esta última (Dahlberg y Aune, 2013; Lundqvist et al., 2012), siendo la empatía otro aspecto a resaltar en los artículos de las revistas *Midwifery* y *Birth* (Lundqvist et al., 2002; Dahlberg y Aune, 2013).

Para finalizar, la categoría «Entorno» no se mantiene en las tres revistas, ya que solo *Midwifery* y *Birth* tienen artículos que hacen referencia a la necesidad de un espacio que induzca a la tranquilidad y al efecto de la presencia de personas cercanas. Por otro lado, la privacidad es considerada como un elemento clave en el proceso de empoderamiento femenino de las mujeres en el periodo perinatal (Riggs et al., 2016; Ulfsdottir et al., 2018).

Las limitaciones para la realización de un estudio más amplio se encuentran en la necesidad de finalizar el estudio en un periodo de tiempo concreto, ya que este estudio ha sido realizado dentro del marco de un Trabajo fin de Máster del Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León, disponiendo solo de algunos meses para la realización del mismo.

Junto a esta, que es la principal, hay otras limitaciones, como la dificultad de acceso a determinadas fuentes y el abordaje del empoderamiento femenino en el cuidado perinatal solo desde la esfera sanitaria, esto es, sin tener en cuenta otras publicaciones que pudieran tratarlo desde otras perspectivas como la social, la económica, la histórica, etc. Somos conscientes de la necesidad de tener en cuenta estas limitaciones en futuros trabajos sobre esta línea de investigación.

CONCLUSIONES

El empoderamiento femenino en el ámbito de la salud perinatal es un tema tratado escasamente en las revistas estudiadas. No obstante, su reparto entre las mismas es desigual, destacando la revista *Birth* como la que mayor atención presta a este tema.

En cuanto a la definición del concepto de empoderamiento se observa, en las revistas estudiadas, que no existe una definición unívoca del mismo, que permita una mejor integración de este término en el lenguaje enfermero.

En lo concerniente a los significados atribuidos a este término, destacan los siguientes: la confianza que se establece entre la matrona y las gestantes y sus familias; la receptividad por parte de la matrona respecto de las opiniones y preferencias expresadas por las gestantes; y la personalización de los cuidados, entendida como la atención basada en las necesidades concretas de cada mujer y no den planes de cuidados estandarizados.

Más allá de los objetivos planteados, hay que destacar que, aunque la literatura general indica que el empoderamiento femenino está relacionado directamente con la humanización del parto, son pocos los estudios, de entre los incluidos en este estudio, que se centran en esta relación.

Finalmente, considero que son precisas nuevas investigaciones que estudien el impacto del empoderamiento femenino durante el periodo perinatal sobre la salud de las madres y los recién nacidos/as, así como su calidad de vida posterior y en los cuidados que estos reciben durante la primera infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- ANWAR, S. et al. Perinatal women's perceptions about midwifery led model of care in secondary care hospital in Karachi, Pakistan. En: *Midwifery*. 2014, vol. 30, pp. 79-90. [Consulta: 22 de junio de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.020>.
- AUNE, I.; U. DAHLBERG; O. I. MAG ART. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. En: *Midwifery*. 2012, vol. 28, pp. 432-438. [Consulta: 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.006>.
- BIURRUN-GARRIDO, A.; J. GOBERNA TRICAS. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. En: *Matronas profesión*. 2013, vol. 14, núm. 2, pp. 62-66. [Consulta: 10 de septiembre de 2018]. Disponible en: <www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica.pdf>.
- CARDOSO DA SILVA AIRES, C.M. et al. 2016. Empowerment in pregnancy: study on the adaptation of the empowerment scale for pregnant women to the portuguese context. En: *Journal of nursing*. 2016, vol. 4, núm. 10, pp. 49-56. [Consulta: 30 de octubre de 2018].
- CAMBEROS SÁNCHEZ, M.T. 2011. Empoderamiento femenino y políticas públicas, una perspectiva desde las representaciones sociales de género. En: *Entramado*. 2011, vol. 14, pp. 40-53. [Consulta: 22 de junio de 2018]. Disponible en: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=265422684003>.
- CORAL IBARRA, R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. En: *U.D.C.A. Actualidad y Divulgación científica*. 2008, vol. 11, núm. 1, pp. 47-56. [Consulta: 1 de julio de 2018]. Disponible en: <www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262008000100007>.
- DAHLBERG, U.; I. AUNE. The woman's birth experience: the effect of interpersonal relationships and continuity of care. En: *Midwifery*. 2013, vol. 29, pp. 407-415. [Consulta: 12 de agosto de 2018]. Disponible en: <www.index-f.com/para/n19/098.php>.
- GOBERNA TRICAS, J.; M. C. GIMÉNEZ SEGURA. Maternidad, Tecnología y Relación asistencial. En: *Paraninfo digital*. 2013, vol. 19. [Consulta: 27 de junio de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>.
- KWEE, J.; H. MCBRIDE. Working together for women's empowerment: Strategies for interdisciplinary collaboration in perinatal care. En: *Journal of Health Psychology*.

- 2015, vol. 1, núm. 2. [Consulta: 22 de julio de 2018]. Disponible en: [10.1177/1359105315586211.hpq.sagepub.com](https://doi.org/10.1177/1359105315586211.hpq.sagepub.com).
- LINDGREN, H.; K. ERLANDSSON. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a swedish populaation-based study. En: *Birth*. 2010, vol. 37, núm. 4, pp. 309-317. [Consulta: 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: [10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x).
- LUNDQVIST, A.; NILSTUN, T; A. K. DYKES. Both empowered and powerless: Mothers' experiences of professional care when their newborn dies. En: *Birth*. 2002, vol. 29, núm. 3. [Consulta: 22 de agosto de 2018]. Disponible en: [10.1046/j.1523-536X.2002.00187.x](https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00187.x).
- LUQUE ORTEGA, Y. et al. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre Gestion de casos. En: *Paraninfo digital*. 2010, vol. 10. [Consulta: 22 de junio de 2018]. Disponible en: www.index-f.com/para/n10/p063.php.
- MOUTA OLIVEIRA, et al. Birth plan as a female empowerment strategy. En: *Baiana enfermería*. 2017, vol. 31, núm. 4. [Consulta: 1 de julio de 2018]. Disponible en: www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/20275/15598.
- PERRIMAN, N.; D. LEE DAVIS; S. FERGUSON. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. En: *Midwifery*. 2018, vol. 62, pp. 220-229. [Consulta: 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: [10.1016/j.midw.2018.04.011](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011).
- REINA LEAL, L.M., et al. Producción y repercusión de revistas enfermeras en el Espacio Científico Iberoamericano 2012. En: *Index de enfermería*. 2013, vol. 22, núm. 4, pp. 259-266. [Consulta: 22 de julio de 2018]. Disponible en: dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300016.
- RIGGS, E., et al. Cultural safety and belonging for refugee background women attending group pregnancy care: an australian qualitative study. En: *Birth*. 2016, vol. 44, pp. 145-147. [Consulta: 1 de septiembre de 2018]. Disponible en: [10.1111/birt.12272](https://doi.org/10.1111/birt.12272).
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, B.; M. HERNÁNDEZ-TREJO; T. LARTIGUE-BECERRA. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. En: *Perinatol Reprod Hum*. 2007, vol. 21, pp. 167-177. [Consulta: 22 de julio de 2018]. Disponible en: www.mediagraphic.com/cgi.

- SIMKIN, P. Just another day in a woman life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. En: *Birth*. 1991, vol. 18, núm. 4, pp. 203-210. [Consulta: 20 de junio de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>.
- SJÖDIN, M.; I. RADESTAD; S. ZWEDBERG. A qualitative study showing women's participation and empowerment in instrumental vaginal birth. En: *Women and Birth*. 2018, vol. 31, pp. 185-189. [Consulta: 2 de julio de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.006>.
- SPANÓ NAKANO, A. M., et al. Childbirth experience according to a group of brazilian primiparas. En: *Midwifery*. 2012, vol. 28, pp. 844-849. [Consulta: 11 de agosto de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1016/j.midw.2011.09.014>.
- ULFSDOTTIR, H., et al. Like a empowering micro-home: a quialitative estudy of women's. En: *Midwifery*. 2018, vol. 67, pp. 26-31. [Consulta: 27 de junio de 2018]. Disponible en: <www.doi.org/10.1016/j.midw.2018.09.004>.
- YAM, E., et al. Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. En: *Birth*. 2007, vol. 34, no. 1, pp. 42-48. [Consulta: 22 de julio de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00124.x>.
- ZAND, D., et al. Parentingself-efficacy and empowerment among expectant mothers with substance use disorders. En: *Midwifery*. 2017, vol. 48, pp. 32-38. [Consulta: 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: <doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.003>.

BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA EN EL TRABAJO DE PARTO. ESTUDIO DE REVISIÓN

Andrea Benavides Navarro¹

Correo electrónico: andrea17_39@hotmail.com

1. Enfermera en el Hospital General de L'Hospitalet.

Recibido: 11-12-2019 Aceptado: 03-01-2020



RESUMEN

Introducción

La reciente demanda de las gestantes para lograr un parto lo más fisiológico posible ha propiciado una disminución de las técnicas intervencionistas y consecuentemente un auge en la búsqueda de técnicas alternativas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, entre las que podemos destacar la hidroterapia.

Objetivos

Describir la eficacia del uso de la hidroterapia en relación con la percepción del dolor durante el trabajo de parto.

Metodología

Revisión bibliográfica en la que se han utilizado las bases de datos PubMed, Cuiden, Cuidatge, Biblioteca Cochrane y CINHAL.

Resultados

Se han incluido un total de 17 artículos: 13 artículos originales y 4 revisiones bibliográficas. Además, se ha utilizado la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Los artículos hacen referencia a los resultados maternos y perinatales del uso de la hidroterapia en la fase de dilatación y la fase expulsiva, así como las percepciones de las enfermeras, matronas y gestantes sobre el uso de esta novedosa técnica.

Conclusiones

La hidroterapia utilizada durante la fase de dilatación del parto disminuye la percepción del dolor y el uso de medidas farmacológicas. Sin embargo, la seguridad y la eficacia de la inmersión en agua en la fase expulsiva no han sido establecidas y no se han asociado beneficios maternos o fetales.

Palabras clave: parto; hidroterapia; terapias complementarias; dolor.

ABSTRACT

Introduction

The growing demand of pregnant women to achieve a delivery as physiological as possible has led to a decrease in interventional techniques and consequently a rise in the search for alternative techniques for the relief of pain during labor, among which we can highlight hydrotherapy.

Objectives

To describe the effectiveness of the use of hydrotherapy in relation to the perception of pain during labor.

Methodology

Bibliographic review using the databases PubMed, Cuiden, Cuidatge, Cochrane Library and CINHAL.

Results

A total of 17 articles have been included: 13 original articles and 4 bibliographic reviews. In addition to this, the Clinical Practice Guideline on Normal Birth Care has been used. The articles refer to the maternal and perinatal results of the use of hydrotherapy in the dilatation phase and the expulsive phase, as well as the perceptions of midwives, nurses and pregnant women of its use.

Conclusions

The use of the hydrotherapy during the dilation phase of labor decreases the perception of pain and the use of pharmacological measures. However, the safety and efficacy of immersion in water in the expulsive phase have not been established and no benefits have been associated for the mother or the foetus.

Keywords: Birth; Hydrotherapy/Waterbirth/Bathpool; Complementary Therapies; Pain.

INTRODUCCIÓN

El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). En las últimas décadas se ha producido un cambio conceptual, tanto en la asistencia obstétrica como en la asistencia al trabajo de parto. Este cambio tiene como eje fundamental que la gestante sea el centro de la asistencia recibida. Esto es debido a que cada vez más las gestantes buscan tener un parto con una atención que sea tan fisiológica como sea posible y en el cual se eviten intervenciones innecesarias (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, 2008).

La gestante tiene el derecho a decidir qué asistencia desea para su parto, siempre con la máxima seguridad y en el lugar que ella elija, facilitando así una experiencia de nacimiento más positiva y feliz para ella y su bebé. Por lo tanto, es necesario ofrecer la atención, la información, el asesoramiento y el acompañamiento adecuado durante todo el proceso (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2017).

La atención al parto intervencionista ha ido perdiendo fuerza delante de una nueva filosofía de entender el desarrollo y la atención sanitaria al parto, propiciando una rápida expansión en el desarrollo y el uso de un amplio abanico de prácticas alternativas ideadas para controlar todos los aspectos del proceso del parto con el propósito de propiciar una mejora en el desenlace para las madres y sus bebés (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Parto normal o eutócico

A pesar del considerable debate y los estudios realizados a lo largo de los años, el concepto de «normalidad» en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado (Organización Mundial de la Salud, 1996). El criterio de que el parto solo puede considerarse normal de forma retrospectiva ha llevado, junto con otros factores, a proporcionar a los partos normales cuidados muy semejantes a los que necesitan los partos complicados, transformando un proceso fisiológico en un procedimiento médico quirúrgico (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Podemos encontrar diversas definiciones de lo que se considera parto normal, una de estas definiciones es la realizada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) que lo definió como: «Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre las 37-42 semanas y que tras

una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica» (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, 2008).

Otra definición es la de FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) en el año 2007, la cual dice: «Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo». También la *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal* del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2010 describe: «Un parto normal es aquel con un comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones».

El dolor en la fisiología del parto

El parto es descrito por muchas mujeres como uno de los momentos más dolorosos que experimentan en sus vidas. Ello ha propiciado durante décadas la búsqueda de estrategias analgésicas, tanto farmacológicas como no farmacológicas para el alivio del dolor, como puede ser el uso de la hidroterapia durante el trabajo de parto (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Se define el dolor de parto como «experiencia sensitivo-perceptual y emocional única, influida por múltiples factores internos y externos, que se activa como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico producido por las contracciones uterinas y la expulsión del feto y los anejos, cuyo componente es tanto físico como psicológico-emocional».

Los diversos aspectos que interaccionan en su aparición, transmisión y vivencia hacen que realizar una definición concreta de dolor de parto sea muy complejo (Mallén-Pérez et al., 2015). El dolor durante el trabajo de parto supone una gran preocupación para muchas mujeres y la mayoría requiere algún tipo de alivio del dolor.

Antecedentes del uso de la hidroterapia durante la fase expulsiva del parto

Existen documentos que relatan el uso de la hidroterapia como método para aliviar el dolor en las culturas romanas, griegas y egipcias, pero no se sabe con exactitud cuándo empezó su uso realmente. La primera vez que se relató el parto de una mujer con un bebé sano nacido en una bañera fue en 1805, a manos de Embry M., pero no fue hasta 1983 cuando se pudo hacer difusión de la técnica gracias a Odent M. (1999: 37-41), ya que fue el primero en introducir en la unidad de maternidad del Hospital de Pithiviers de Francia, una bañera de partos inflable como estrategia para reducir el uso de drogas analgésicas durante el parto (Mallén-Pérez, 2017)

Sin embargo, hasta 1993 no se produjo una aceptación oficial del uso de la hidroterapia como método para aliviar el dolor durante el proceso de dilatación en el parto gracias a la publicación en el Reino Unido del informe «Changing Childbirth». Un año después, el Royal College of Midwives y el United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting publicaron un documento en el cual se posicionaban a favor del uso de agua caliente durante el parto para aliviar el dolor (Royal College of Midwives, 2009).

Actualmente este método tiene su máxima expansión y adhesión en el Reino Unido, país pionero en emplear esta técnica, donde más del 95% de los servicios de maternidad poseen una bañera a disposición de las gestantes que lo deseen (Burns et al., 2012). No obstante, la situación en los demás países desarrollados está en continuo crecimiento desde las últimas décadas, debido a la creciente demanda de las gestantes para tener un parto lo más fisiológico posible (Nicholls S et al. 2016).

En Catalunya la demanda de esta modalidad ha aumentado en los últimos años, lo que ha llevado a los organismos oficiales a promover la implantación de este nuevo método en los centros de maternidad de la comunidad autónoma (Generalitat de Catalunya, 2013).

Por tanto, se puede constatar que desde los inicios de este método hasta la actualidad ha habido un aumento en el estudio e implantación de la hidroterapia como método para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.

El rol de enfermeras y matronas

Virginia Henderson afirmaba que es una función básica de cualquier enfermera propiciar el desarrollo de la autonomía del paciente y que sea él o ella quién decida cómo quiere enfocar sus cuidados (Bellido et al., 2010).

Es de gran necesidad que las futuras madres conozcan las diferentes alternativas que hay para dar a luz, y es precisament en el momento de proporcionar información cuando las enfermeras pueden contribuir aportando información sobre el amplio abanico de alternativas que existen, siempre basándose en la evidencia científica, y con ello ayudar a que, gracias a esta información, sean las propias mujeres quienes decidan como desean enfocar su futuro parto y la atención sanitaria al mismo.

Se puede observar un gran incremento en la demanda de nuevas alternativas naturales al parto ya que cada vez más las mujeres buscan un parto que sea lo más fisiológico posible y en el cual se eviten intervenciones innecesarias (Burns et al., 2012). Por este motivo, los profesionales deben impregnarse de esta realidad y estudiar las diferentes alternativas que existen para así garantizar la autonomía y el total bienestar de la mujer durante el parto. Sin embargo, la gran mayoría de profesionales desconocen el tema o simplemente han oído hablar de ello.

Debido a que existen controversias en cuanto a su uso, y teniendo en cuenta que la hidroterapia ha llegado a ser uno de los métodos alternativos más utilizados, surge la siguiente pregunta: ¿Existen beneficios en cuanto al uso de la hidroterapia durante el trabajo parto, diferenciando sus dos etapas: la fase de dilatación y la fase expulsiva?

Teniendo todas estas premisas en cuenta, el presente trabajo pretende abordar el siguiente objetivo: Conocer la eficacia del uso de la hidroterapia en relación con la percepción del dolor durante el proceso de dilatación.

METODOLOGÍA

Revisión de la bibliografía científica publicada con el fin de conocer y describir la eficacia del uso de la hidroterapia frente al dolor durante el trabajo de parto. En la Tabla 1 se detallan las palabras clave utilizadas para la búsqueda de información.

Tabla 1. Palabras clave

Castellano	Catalán	Inglés
Hidroterapia	Hidroteràpia	Hydrotherapy/Waterbirth/ Bathpool
Parto	Part	Delivery
Terapias complementarias	Teràpies complementàries	Complementary therapies
Dolor	Dolor	Pain
Agua	Aigua	Water
Efectividad	Efectivitat	Effectiveness

En la Tabla 2 se especifican las bases de datos usadas, así como los términos, booleanos y límites establecidos, los resultados hallados y los artículos seleccionados para realizar la revisión bibliográfica.

Se han empleado como fuentes de información las bases de datos CINAHL, Pubmed, Cuidatge, CUIDEN y Cochrane Library. También se ha utilizado el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS) para traducir correctamente las palabras clave utilizadas para la búsqueda de información. Se han utilizado los booleanos «AND» y «OR», así como los siguientes límites: año de publicación 2008-2018, texto en inglés, catalán o castellano y relacionado con el ser humano.

Durante la búsqueda de información, se decidió ampliar el año de publicación de 5 a 10 años, ya que así se disponía artículos de mayor calidad para la revisión.

Los criterios de inclusión han sido los siguientes: artículos que estudien a seres humanos publicados entre los años 2008 y 2018, siendo los idiomas de estos inglés, castellano o catalán. No se han incluido aquellos artículos que no hagan referencia explícita al objetivo planteado, así como tampoco aquellos artículos que no diferenciasen si el uso de la hidroterapia se aplicaba en la primera o en la segunda fase del parto.

Una vez realizada la búsqueda en las bases de datos, se han seleccionado, en una primera revisión, aquellos artículos cuyo título sea específico sobre el tema a tratar. Seguidamente, se ha procedido a leer el resumen de estos artículos.

De los 49 artículos encontrados, se seleccionaron un total de 17 artículos, debido a duplicidades o no adecuarse a los objetivos pactados. También se descartaron diversas

revisiones bibliográficas, ya que para llevar a cabo este estudio interesaba nueva documentación científica que avalara el uso de la hidroterapia durante las diferentes fases del parto.

Tabla 2. BBDD, términos, booleanos y límites, resultados y artículos seleccionados

Bases de datos	Términos, booleanos y límites	Resultados	Artículos seleccionados
CINHAL	Hydrotherapy Límites: Fecha de publicación 20080101-20181231, <ul style="list-style-type: none"> Humano, Idioma English, Spanish y Embarazo 	18	10
	Hydrotherapy AND (labor and delivery) AND (pain relief or pain management). Límites: Fecha de publicación 20080101-20181231	6	5
COCHRANE LIBRARY	Hydrotherapy Límites: Año de publicación desde 2008 hasta 2018 (se han buscado variaciones de palabras)	69	1
	Hydrotherapy AND pain AND labor Límites: Año de publicación desde 2008 hasta 2018 (se han buscado variaciones de palabras)	5	3
CUIDEN	Hidroterapia	77	9
	Hidroterapia AND parto	13	8
CUIDATGE	Agua AND parto	13	7
PubMed	Waterbirth Límites: Año de publicación 2008 hasta 2018. Idiomas inglés y castellano	47	6
TOTAL		248	49

RESULTADOS

A continuación, se presenta un resumen de los 17 artículos seleccionados clasificados según su uso en las diferentes fases del parto (Tabla 3), o según la percepción de la utilidad de la hidroterapia por enfermeras o matronas (Tabla 4).

Tabla 3. Resultados maternos y perinatales en relación con el uso de la hidroterapia en las diferentes fases del parto

Autor, Año, País	Tipo artículo/ Diseño	Sujetos/Ámbito	Variables/Dimensiones/ Instrumentos/Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones práctica/investigación
Mollamahmutoglu et al. Turquía 2011	AO, Quant., Exp.	Selección de 602 mujeres: 207 parto acuático, 204 parto convencional y 191 con uso de la epidural.	Duración del primer, segundo y tercer período del parto, requerimientos de inducción y episiotomía, traumatismos perineales y puntuaciones de Apgar.	La duración de la 1ª fase del parto fue menor en los partos acuáticos que en los convencionales y epidural, pero la 2ª y 3ª fase fueron proporcionalmente incluso de menor duración en partos acuáticos en relación con partos convencionales y con epidural. Las gestantes que realizaron un parto en el agua mostraron: menos requerimientos de inducción, episiotomía y analgesia, pero tuvieron más laceración perineal.	Ventajas nacimiento en el agua: Reducción en la duración de la 2º y 3º etapa del parto, reducción del dolor y la intervención obstétrica como la inducción o la episiotomía. Contribuye positivamente a la salud fisiológica y psicológica de la madre. No hay aumento de los efectos adversos para el feto o las gestantes.
Ros 2009 Sudáfrica	AO, Des., Exp.	Recién nacidos de madres que dieron a luz en la sala de partos de un hospital del gobierno y en dos unidades de nacimiento en hospitales privados en Gauteng.	Explorar y describir los resultados perinatales en partos con inmersión acuática (grupo A) y partos convencionales (grupo B). Se analizaron los siguientes resultados perinatales: puntuación de Apgar al minuto y a los 5', Tª axilar, pH, hemoglobina y niveles de sodio de la sangre del cordón umbilical, condición neurológica del recién nacido plasmada en los reflejos primitivos y la morbilidad neonatal hasta 14 días después del nacimiento.	El grupo A tenía puntuaciones de Apgar más altas, así como Tª axilar y nivel de hemoglobina, pero mostró niveles bajos de sodio en sangre respecto al grupo B. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de pH sanguíneo, la morbilidad neonatal o los reflejos primitivos en ambos grupos.	Hace referencia a la utilización de la hidroterapia durante la fase expulsiva. Por lo tanto, como existen pocos estudios sobre esta técnica en la fase expulsiva, es de gran ayuda para aportar más evidencia científica y poder aclarar ciertas dudas existentes todavía en este campo.

<p>The American College of Obstetricians and Gynaecologists 2014 EE. UU.</p>	<p>Rb.</p>	<p>Se escogieron 29 artículos para la realización de esta revisión en diferentes bases de datos.</p>	<p>Identificar los riesgos y beneficios reportados de la inmersión en agua durante las fases de dilatación y la fase expulsiva del parto.</p>	<p>La inmersión en agua durante la primera fase del parto puede estar asociada a una disminución del dolor o uso de analgesia y a una disminución de la duración del parto. Sin embargo, no hay evidencia de que la inmersión durante la fase de dilatación mejore los resultados perinatales. Sin embargo, debido a la falta de información en cuanto a su utilización en la fase expulsiva y los informes de casos de efectos adversos poco frecuentes pero graves en el recién nacido, esta práctica durante la segunda fase del parto debe considerarse un procedimiento experimental que solo debe realizarse en el contexto de un ensayo clínico con consentimiento informado.</p>	<p>La inmersión en agua durante la primera etapa del parto puede estar asociada con una disminución del dolor o uso de anestesia y disminución de la duración del trabajo de parto. Sin embargo, no hay evidencia de que la inmersión durante la primera etapa del trabajo de parto mejore los resultados perinatales. En contraste, no se ha establecido la seguridad y eficacia de la inmersión en agua durante la segunda etapa del trabajo de parto.</p>
<p>Cluett y Burns 2014 Reino Unido</p>	<p>Rb.</p>	<p>12 ensayos controlados aleatorios (3243 mujeres gestantes), en 8 de las 12 revisiones las mujeres utilizaron inmersión en agua durante la primera fase del parto, en 1 inmersión temprana en comparación con tardía, en 2 inmersión en agua durante la 2ª y 3ª fase y en 1 inmersión durante la 2ª fase.</p>	<p>Evaluar la evidencia de ensayos controlados aleatorios sobre la inmersión en agua durante la 1ª y 2ª fase del parto en relación con los resultados maternos, fetales y neonatales.</p>	<p>Durante la inmersión en agua en la 1ª fase hubo una significativa reducción en el uso de la analgesia epidural y una reducción del tiempo de duración de dicha fase en comparación con las mujeres con parto convencional. No hubo puntuaciones de Apgar menores de 7 a los 5' ni tasas de infecciones neonatales. De los tres ensayos que compararon la inmersión en agua durante la 2ª fase y aquellas que no utilizaron el agua, solo 1 mostró un nivel más alto de satisfacción en su experiencia de parto.</p>	<p>La inmersión en agua durante la primera etapa del parto reduce el uso de analgesia epidural/espinal y la duración de la primera etapa del parto. No hay evidencia sobre efectos adversos para el feto/neonato o la mujer.</p>

<p>Lim, Tong y Chong 2015 Singapur</p>	<p>AO, Quan., Exp., Cas.</p>	<p>236 mujeres gestantes. Se dividieron equitativamente en dos grupos: inmersión en agua durante la fase expulsiva y parto convencional (control).</p>	<p>Los resultados estudiados fueron: la pérdida de sangre estimada, los desgarros perineales, la incidencia de infecciones posparto o hemorragia, los Apgar neonatales al minuto y a los 5' y las complicaciones neonatales que requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>No mostraron ninguna diferencia significativa en cuanto a los resultados maternos y perinatales entre la inmersión en agua durante la 2ª fase y un parto convencional. Las mujeres en el grupo de control tenían más probabilidades de tener episiotomías. Se informaron tres casos de placenta retenida en el grupo inmersión agua.</p>	<p>El nacimiento en agua no parece estar asociado con una mayor incidencia de resultados neonatales y maternos adversos. Los resultados de este estudio apoyaron el parto en agua como una opción de parto para grupos de mujeres de bajo riesgo en un entorno dirigido por obstetras con un buen apoyo de parteras.</p>
<p>Henderson et al. 2014 Italia</p>	<p>AO, Quan., Exp., Cas.</p>	<p>19 unidades obstetricias italianas, 2.505 mujeres que utilizaban la técnica de inmersión en agua durante la fase expulsiva del parto, 114 mujeres que utilizaban la técnica de inmersión en agua durante la 2ª fase y 459 mujeres que no utilizaban la técnica de inmersión en agua (control).</p>	<p>Describir y comparar los resultados maternos y perinatales en relación con el uso de la hidroterapia durante la fase expulsiva del parto.</p>	<p>El 96,5 % de las mujeres que utilizaron la inmersión en agua tuvieron un parto espontáneo y posición fetal en vértice. No se observaron resultados maternos o perinatales adversos.</p>	<p>Para las mujeres con bajo riesgo obstétrico, el uso de la hidroterapia durante la fase de dilatación y la fase expulsiva se asocia con tasas de intervención más bajas en comparación con los partos convencionales.</p>

<p>Torkamani, Kangani y Janani 2010 Irán</p>	<p>AO, Quan., Exp., Cas.</p>	<p>100 mujeres, divididas equivalentemente en dos grupos: uno con parto en el agua y otro parto convencional.</p>	<p>Evaluar los efectos de la hidroterapia en la fase expulsiva, como un método alternativo de parto normal sin ningún tipo de intervención en relación con la reducción del dolor y duración del parto.</p>	<p>Reducción significativa en la duración promedio del parto en aquellos realizados en el agua y en la duración de la segunda fase del parto. La medición del dolor en los dos grupos se realizó mediante la escala analógica del dolor (EVA) que indicó una disminución significativa del dolor en aquellos partos con inmersión acuática.</p>	<p>El uso de la hidroterapia durante la fase expulsiva puede llegar a ser una técnica adecuada, no farmacológica y no invasiva, alternativa al parto, ya que reduce el dolor y la duración del parto.</p>
<p>Shaw-Batista 2009 EE. UU.</p>	<p>AO, Quan., Des., Coh.</p>	<p>13.394 partos llevados a cabo en el hospital comunitario de California durante los primeros 10 años de la implantación de la hidroterapia (624 partos acuáticos durante la fase de dilatación y 675 partos acuáticos durante la fase expulsiva).</p>	<p>Se compararon la eficacia perinatal, procesos de atención y los resultados en tres grupos de estudio: inmersión en agua durante la fase de dilatación, inmersión en agua durante la fase expulsiva y parto estándar.</p>	<p>El uso de métodos farmacológicos para el alivio del dolor fue cinco veces mayor en el grupo sin inmersión en agua en comparación con el grupo de inmersión en agua durante la fase expulsiva. La laceración perineal severa disminuyó en el grupo de inmersión en agua durante la fase expulsiva en relación con el grupo de atención estándar, aunque aumentó la reparación de la laceración y la laceración periuretral. La inmersión en agua durante la fase expulsiva se asoció con una disminución del aumento del trabajo de parto, menos antibióticos profilácticos y terapéuticos y monitorización fetal intermitente versus continua en comparación con los grupos sin inmersión e inmersión en agua durante la fase de dilatación. No hubo diferencias en los parámetros maternos o neonatales, incluidos el método de parto y la puntuación de Apgar.</p>	<p>La inmersión en agua durante la fase expulsiva está asociada a resultados perinatales óptimos y a menores usos de medicinas y procesos tecnológicos. Sin embargo, aumenta la laceración periuretral.</p>

<p>Barbieri et al. 2013 Brasil</p>	<p>AO, Exp., Quan.</p>	<p>15 mujeres gestantes con bajo riesgo obstétrico que aceptaron el uso de intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor. El grupo 1 recibió como intervención no farmacológica inmersión en agua durante la fase de dilatación, el grupo 2 realizó ejercicios para el periné con la bola suiza y el grupo 3 inmersión en agua y balón suizo.</p>	<p>Evaluar, de forma aislada y combinada, el uso de la hidroterapia y ejercicios perineales con el balón suizo durante la fase de dilatación, en relación con la percepción del dolor. La escala visual analógica (EVA) se utilizó para medir el dolor antes y 1 h después de las intervenciones. Estudio de evaluación pre-post, (antes y después).</p>	<p>Se puede observar que, de las 3 intervenciones, la puntuación de dolor es menor cuando se relaciona con el uso de la hidroterapia.</p>	<p>El uso combinado de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante la fase de dilatación, tales como inmersión en agua y ejercicios del periné con la bola suiza, se relacionan con una reducción del dolor y promueven el confort de las parturientas.</p>
<p>Lee et al. 2013 China</p>	<p>AO, Exp., Quan.</p>	<p>80 mujeres gestantes: 41 en el grupo de control y 39 en el grupo experimental.</p>	<p>Determinar la eficacia de la inmersión en agua en cuanto al alivio del dolor y la experiencia de las gestantes durante la primera fase del parto. Se utilizó la escala visual analógica del dolor para evaluar el dolor.</p>	<p>Las mujeres del grupo experimental informaron de puntuaciones en la escala visual analógica del dolor más bajas en las dilataciones cervicales y experiencias de parto más satisfactorio que en el grupo de control.</p>	<p>Aparte de los beneficios físicos en cuanto a la higiene, la inmersión en agua es una técnica costo efectiva, conveniente, fácil de desarrollar, y un método no farmacológico de alivio del dolor. Esta técnica propicia la participación constante de la mujer en todo el proceso de parto y a obtener experiencias positivas.</p>

<p>Benfield, et al. 2010. EE. UU..</p>	<p>AO, Exp., Quan.</p>	<p>Se reclutaron a gestantes con bajo riesgo obstétrico en las clínicas obstétricas del Departamento de Salud del Condado, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina y de dos consultorios obstétricos privados. La muestra resultó ser de 11 mujeres gestantes.</p>	<p>Se examinaron los efectos de la hidroterapia en relación con la ansiedad y dolor materno, las respuestas endocrinas, el cambio de volumen plasmático y las contracciones uterinas durante la fase de dilatación. En este estudio no hubo dos grupos distintos, sino que las gestantes fueron los propios controles.</p>	<p>Descensos en los niveles de ansiedad, vasopresina y oxitocina a los 15' y 45'. No hubo diferencias significativas entre el dolor previo a la inmersión y el dolor durante la inmersión. El dolor disminuyó más para las mujeres con dolor basal alto. Durante la inmersión, la frecuencia de las contracciones uterinas disminuyó.</p>	<p>La hidroterapia durante la fase de dilatación afecta a las respuestas endocrinas de nuestro organismo que modifican procesos fisiopsicológicos, tales como los niveles de ansiedad y las contracciones uterinas. No existen referencias en cuanto a la disminución del dolor.</p>
<p>Shaw-Battista 2017. EE. UU.</p>	<p>Rb.</p>	<p>Se analizaron un total de 7 artículos.</p>	<p>Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos en las bases de datos PubMed y la Biblioteca Cochrane. Los ítems seleccionados para este estudio fueron: alivio del dolor, la duración del parto, tipo de parto, laceración obstétrica, satisfacción materna, puntuación Apgar y cualquier otro parámetro perinatal o materno informado.</p>	<p>Se identifican beneficios de la hidroterapia en cuanto al alivio del dolor e indican que no hay efectos adversos. Se observó un alivio de la ansiedad aguda en aquellas mujeres que utilizaron la hidroterapia. No se encontraron artículos que hicieran referencia a efectos dañinos para la madre o el feto. Tres estudios demostraron que la hidroterapia promueve el trabajo fisiológico. No se encontraron diferencias en cuanto a la duración del trabajo de parto. No se encontraron evidencias sobre los beneficios de la hidroterapia en cuanto a la laceración obstétrica y el tipo de parto.</p>	<p>Las mujeres con bajo riesgo obstétrico que deseen utilizar la hidroterapia durante la fase de dilatación pueden hacerlo de una manera segura y como resultado no precisar de analgesia durante el parto. Además del alivio del dolor, existen múltiples mecanismos adicionales mediante los cuales se logra un parto lo más fisiológico posible.</p>

<p>Mallén Pérez, Terré Rull, Palacio Riera 2015 España</p>	<p>Rb.</p>	<p>La muestra incluye un total de 36 artículos.</p>	<p>Revisión bibliográfica internacional de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, Cinahl, Biblioteca Cochrane y Scopus, aplicando un límite temporal de 10 años. Objetivos: estudiar los resultados de la hidroterapia en cuanto a factores maternos y neonatales durante las fases de dilatación y expulsión. Se estudiaron los siguientes parámetros: la percepción del dolor, la duración de las diferentes fases del parto, el tipo de parto, la infección maternal, la hemorragia posparto, la satisfacción materna y el test Apgar y pH umbilical.</p>	<p>El uso de la hidroterapia durante el parto parece disminuir la percepción del dolor y el uso de analgesia, no incrementa el riesgo de infección materna y aumenta la satisfacción materna sobre la experiencia del parto. Existe controversia respecto a si su uso acorta los tiempos de parto y el tipo de parto. La realización de episiotomías se reduce significativamente en las gestantes que usan hidroterapia durante el parto. Respeto a las hemorragias posparto, no se observaron diferencias significativas. No se encontraron diferencias en las puntuaciones del test de Apgar ni en los valores del pH umbilical, e incluso en uno de los estudios se obtuvieron mejores resultados en los bebés nacidos en agua.</p>	<p>El uso de la hidroterapia no ha reportado casos de efectos perjudiciales sobre los parámetros obstétricos maternos, sino que se ha constatado una disminución en la percepción del dolor y el uso de analgesia, una menor realización de episiotomías y un aumento en la satisfacción del parto. Las repercusiones perinatales es uno de los temas que genera más controversia, en especial las complicaciones por aspiración de agua o rotura de cordón.</p>
<p>Burns et al. 2012 Reino Unido.</p>	<p>AO, Exp., Cas.</p>	<p>Un total de 8.924 mujeres gestantes con bajo riesgo obstétrico</p>	<p>Describir y comparar los resultados maternos y neonatales de aquellas gestantes que utilizaron la inmersión en agua durante el parto.</p>	<p>El uso de la hidroterapia se asoció con una alta frecuencia de nacimientos espontáneos. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto a la utilización de analgesia y episiotomías. Se pudo observar que 20 recién nacidos sufrieron asfisia por el cordón umbilical.</p>	<p>El uso de la hidroterapia se asocia con una alta frecuencia de nacimiento espontáneo, particularmente entre nulíparas. Durante el parto en el agua, es importante evitar una tracción indebida en el cordón mientras el bebé es guiado hacia la superficie.</p>

<p>Mallen Pérez, L. 2017. España.</p>	<p>AO, Quan., Quasi.</p>	<p>280 gestantes grupo hidroterapia (GH) o grupo de control (GC) según deseo y disponibilidad del uso de la hidroterapia.</p>	<p>Las variables estudiadas fueron: dolor percibido (mediante escala numérica del dolor), duración del parto, tipo de parto, uso o no de analgesia, estado perineal posparto y la satisfacción materna mediante la escala de satisfacción de Mackey. Los resultados perinatales se evaluaron con el test Apgar, pH cordón umbilical y valoración registro cardiotocográfico.</p>	<p>La percepción del dolor fue significativamente menor en GH respecto al GC, se identificó una disminución en el tiempo de dilatación significativa, no siendo así en la fase expulsiva y el promedio total, y una reducción en el uso de la analgesia. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de parto ni en el estado perineal postparto. Se observó que el grupo GH mostraba una satisfacción mayor al GC. En relación con los resultados perinatales, no se observaron diferencias en ninguno de los ítems estudiados. En los neonatos nacidos bajo el agua, se observaron unos resultados del test de Apgar al minuto significativamente menores respecto al grupo control.</p>	<p>El uso de la hidroterapia durante el parto es efectiva para disminuir la percepción del dolor durante el trabajo de parto y por lo tanto una consiguiente disminución en los requerimientos de analgesia. Además, disminuye el tiempo de dilatación sin modificar el tiempo expulsivo. En cuanto a los resultados perinatales, no se observan efectos secundarios destacables, con lo que se comprueba la seguridad de su uso para el recién nacido.</p>
--	------------------------------	---	--	--	---

Tabla 4. Resultados en relación con las percepciones de las enfermeras y las gestantes

Autor, Año, País	Tipo artículo/ Diseño	Sujetos/Ámbito	Variables/Dimensiones /Instrumentos/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones práctica/Investigación
Lewis, et al. 2016 Australia	AO, Quali., Exp.	342 mujeres que firmaron el consentimiento del uso de la hidroterapia, de las cuales 296 acordaron participar en el estudio y un total de 93 mujeres realizaron un parto acuático.	Explorar las percepciones y experiencias de las mujeres que lograron un parto acuático.	Los resultados mostraron los siguientes motivos por los cuales las mujeres se decidían por la utilización de la hidroterapia durante el parto: disminución del dolor, les gustaba la idea porque querían un parto lo más natural posible, porque lo percibieron como un ambiente de relajación y, por último, porque se lo habían recomendado. Sin embargo, el factor principal por el cual se decantaban todas las mujeres gestantes fue la reducción del dolor.	La inmersión en agua aporta un cambio en el enfoque en el cuidado obstétrico. Además, aporta evidencia científica y un cuidado obstétrico respetuoso por parte de las matronas, que a su vez da lugar a que las gestantes puedan obtener una experiencia agradable de su parto.
Stark y Miller 2010 EE. UU.	AO, Quali., Exp.	Después de una revisión de la literatura y de entrevistas con 10 enfermeras, 2 comadronas y 6 enfermeras investigadoras cuya experiencia consistía en brindar atención a las mujeres gestantes. El cuestionario fue facilitado a 65 enfermeras comadronas y a 401 enfermeras generalistas.	Desenrollar y testar un instrumento sobre la percepción de las enfermeras en cuanto a las barreras que existen en el uso de la hidroterapia durante el trabajo de parto. Después de las entrevistas a las 18 enfermeras, los investigadores adquirieron los ítems para generar el cuestionario, revisado posteriormente por 4 expertos.	Las preocupaciones de las enfermeras fueron: 1. Conocimientos y creencias, que incluyen aspectos como la seguridad y la eficacia de esta técnica. 2. Entorno de los cuidados enfermero en relación con elementos propios de la cultura de los centros de maternidad. 3. Preocupaciones personales sobre incomodidades y riesgos asociados con la hidroterapia. 4. Esfuerzo físico requerido para la técnica de la hidroterapia, especialmente en relación con el tiempo y el esfuerzo necesarios para el parto. 5. Tecnología, en relación con el control del feto, la responsabilidad legal y el acceso a las intervenciones.	Promocionar la hidroterapia durante la fase de dilatación requiere que todas las enfermeras tengan específicos conocimientos y habilidades sobre el tema. Un entorno de apoyo en los cuidados de enfermería que incluya tanto a otras enfermeras como a administración es de gran ayuda para la promoción de la hidroterapia. Cuando existen barreras en cuanto al uso de esta técnica, la hidroterapia requiere mayores esfuerzos y su implementación es difícil. En consecuencia de lo anterior, las enfermeras no ofrecerán o, por el contrario, promoverán el uso de esta terapia complementaria.

DISCUSIÓN

Efectos de la hidroterapia durante la fase de dilatación

En un estudio llevado a cabo por Shu-Ling Lee et al. (2013), en la sala de maternidad de un hospital de la ciudad de Taipei, se concluyó que las mujeres que utilizaron la hidroterapia durante la fase de dilatación informaron de puntuaciones de EVA (Escala Analgésica del Dolor) significativamente más bajas durante las dilataciones cervicales y mayores experiencias de parto positivas. Por otro lado, un ensayo clínico a ciegas realizado en la ciudad de Sao Paulo, en un centro de partos naturales, en el año 2013, el cual buscaba comprobar la eficacia de la hidroterapia, los ejercicios perineales y el uso de la pelota suiza durante la fase de dilatación para el alivio del dolor, concluyó afirmando que, cuando se utilizaban las dos técnicas individualmente, los valores no indicaban ninguna diferencia significativa en cuanto a la puntuación del dolor. Sin embargo, de entre las tres técnicas, la hidroterapia durante la fase de dilatación anotaba una puntuación más baja de dolor.

Además, los valores sugirieron que el uso combinado de la hidroterapia y la utilización de la pelota suiza reducían significativamente la puntuación del dolor (Bellido y Lendínez, 2010). Cluett y Burns (2011) afirmaron que la inmersión en agua durante la primera fase del parto reduce el uso de la analgesia epidural y la duración de esta fase y que existe información limitada de otros resultados sobre el uso de la hidroterapia en la primera y segunda fase del parto. También identificaron que existe un déficit de evidencia científica sobre efectos adversos en el feto o de las parturientas con la utilización de la hidroterapia en las dos fases del parto. Sin embargo, en otro estudio realizado por Benfield et al. (2010), la hidroterapia durante la fase de dilatación se asoció a descensos en los niveles de ansiedad, pero solo se referencia disminución del dolor en aquellas mujeres con nivel basal de dolor alto. Por otro lado, la American Academy of Pediatrics junto al American College of Obstetricians and Gynecologists (2014) elaboraron un informe clínico sobre los riesgos y los beneficios de la inmersión en el agua durante la fase de dilatación y la fase expulsiva. Después de revisar la bibliografía escrita sobre este tema, se concluyó que no hay evidencia científica sobre los beneficios de la inmersión en agua durante la fase de dilatación, aunque sí que mejora los resultados perinatales.

En dos estudios realizados por Shaw-Battista (2017) y Burns et al. (2012), no se especifica si los resultados obtenidos hacen referencia a la hidroterapia utilizada durante la primera o segunda fase del parto, pero se evidencia una disminución del dolor y de la ansiedad y dicha técnica se asoció con una alta frecuencia de nacimientos espontáneos sin que se identificaran resultados adversos para la madre o el bebé.

Efectos de la hidroterapia durante la fase expulsiva

Según el estudio citado, realizado por Shaw-Batista (2017) en un hospital comunitario de California, el uso de medidas farmacológicas para el alivio del dolor fue mayor en aquellas gestantes que no realizaron la inmersión en agua que en aquellas que, por el contrario, sí que la utilizaron. Además, disminuyó la laceración perianal severa, la administración de antibióticos profilácticos y terapéuticos y la monitorización fetal intermitente. Sin embargo, hubo un aumento de la laceración periuretral y la necesidad de reparación de dicha laceración. Asimismo, Mallen, Terré y Palacio (2015), concluyeron que el uso de la hidroterapia durante el nacimiento no parece afectar a las puntuaciones del test Apgar, así como a los valores de pH de cordón umbilical, e incluso en algunos casos se obtuvieron mejores resultados en los bebés nacidos en agua.

Los autores Mollamahmutoglu et al, (2012) y Torkamani et al. (2010), en sus respectivos estudios, también demostraron que el uso de la hidroterapia durante la fase expulsiva acorta su duración y también contribuye a la disminución del tiempo en la tercera fase. Además, las gestantes precisaron de menos requerimientos de analgesia y la puntuación del dolor disminuyó, aunque aumentó la laceración perianal. Por otro lado, los autores Lim et al. (2016) y Henderson (2014), no identificaron resultados maternos y perinatales adversos en su estudio. A pesar de estos resultados, la revisión realizada por la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2014) señaló que la seguridad y la eficacia de la inmersión en agua en la fase expulsiva no habían sido establecidas y que no se habían asociado beneficios maternos o fetales claros asociados al uso de esta técnica. Según estas instituciones, por estos motivos, junto a los casos reportados sobre efectos adversos en el recién nacido, la práctica de la inmersión en agua en la fase expulsiva debería ser considerada un procedimiento experimental en el contexto de un ensayo clínico.

Del mismo modo, Mallén realizó un estudio multicéntrico cuasi experimental en 2017 en el cual se pudo constatar que, en relación a los resultados neonatales, no se hallaron

diferencias estadísticamente significativas; solo se constató que el Test de Apgar de los neonatos nacidos bajo el agua al minuto fue significativamente menor respecto al grupo control. Sin embargo, por otro lado, sí que detectó que el uso de la hidroterapia durante el parto disminuye el dolor percibido y los requerimientos de analgesia, así como el tiempo de dilatación, y que mejora el estado perineal posparto y la satisfacción materna, con ausencia de efectos adversos para la gestante. Ros identificó que no se encontraron diferencias significativas en los niveles de pH sanguíneo, la morbilidad neonatal y los reflejos primitivos de los recién nacidos en agua, pero sí que se observaron puntuaciones de Apgar más altas.

Percepciones de matronas y gestantes en relación con el uso de la hidroterapia

En un estudio realizado Stark y Miller en 2010, en el cual se distribuyeron cuestionarios sobre la percepción del uso de la hidroterapia a un total de 401 enfermeras y matronas, se observaron cinco dimensiones diferentes sobre las cuales las matronas se preocupaban a la hora de fomentar el uso de la hidroterapia: creencias y conocimientos, el entorno de los cuidados de salud, preocupaciones personales, el esfuerzo requerido por parte de las enfermeras y matronas durante el uso de la hidroterapia y, por último, la tecnología. En la dimensión de creencias y conocimientos, las enfermeras hacían hincapié en la seguridad y la eficacia de dicha técnica, mientras que la segunda trataba sobre la cultura de los centros de maternidad en relación a aspectos tales como los proveedores de salud, los profesionales sanitarios, gestión enfermera, políticas y procedimientos de la hidroterapia y accesibilidad a la utilización de esta técnica. La tercera dimensión contenía subdimensiones sobre la incomodidad y riesgos asociados a la hidroterapia.

Por su parte, en la penúltima dimensión, las preocupaciones de las enfermeras eran sobre el tiempo y esfuerzo dedicado al parto cuando la hidroterapia es proporcionada a las parturientas. En la última, la tecnología, se identificaron factores tales como la monitorización fetal. Por último, se concluyó que aquellas enfermeras que ejercían en un hospital previsto con bañeras disponibles para las parturientas tenían más predisposición al uso de la hidroterapia. Asimismo, el estudio de Mallen (2015) percibió una mejora de la satisfacción materna con el uso de la hidroterapia. No se pudieron encontrar otros artículos que estudiaran diferentes percepciones de enfermeras y matronas. Solo se encontró un único artículo que analizara las motivaciones de las gestantes. En este

artículo, de Lewis et al (2018), se identifican las razones por las cuales las gestantes deciden tener un parto acuático, siendo el alivio del dolor la razón que tiene más.

CONCLUSIONES

La mayoría de los estudios realizados sobre el uso de la hidroterapia durante el trabajo de parto no hacen distinción entre su uso durante la fase de dilatación o durante la fase expulsiva del parto. Los resultados maternos y perinatales pueden llegar a ser muy diferentes dependiendo de en qué fase se utiliza la hidroterapia. Por lo tanto, es esencial que las futuras líneas de investigación hagan hincapié en diferenciar su uso durante una fase u otra. Su uso durante la fase de dilatación aporta una mayor satisfacción para la mujer gestante y disminuye el dolor y la necesidad de utilizar medidas farmacológicas para aliviarlo. No obstante, hay pocos estudios que avalen unos buenos resultados, tanto maternos como perinatales, si se utiliza durante la fase expulsiva. En consecuencia, se considera que la utilización de la hidroterapia durante esta fase debería ser meramente científica y bajo supervisión, ya que puede llegar a ser dañino para la madre y/o el feto.

A pesar de los pocos estudios concluyentes sobre los beneficios de utilizar la hidroterapia durante la fase de dilatación, muchos hospitales, tanto internacionales como nacionales, disponen de bañeras para aquellas gestantes que deseen utilizarlas, y son muchas las mujeres que solicitan este tipo de medida no farmacológica, ya que han oído hablar sobre su principal beneficio: el alivio del dolor. Sin embargo, es un tema que genera controversia y muchas asociaciones no están a favor de uso y, por lo tanto, no lo promueven ni a las gestantes ni a las propias profesionales, que al fin y al cabo son las que proporcionan apoyo y ayudan a la mujer durante su parto.

Existen pocos estudios que investiguen sobre la percepción subjetiva de la satisfacción con el uso de la hidroterapia por parte de mujeres gestantes y profesionales sanitarios (matronas), por lo que sería deseable mayor investigación en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

- BARBIERI, M., et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. En: *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013, vol. 26, núm. 5, pp. 478-484.
- BELLIDO, J.; J. LENDÍNEZ. *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, 2010. [Consulta: 11 de enero de 2018]. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf.
- BENFIELD, R. D., et al. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. En: *Biol Res Nurs*. 2010, vol. 12, núm. 1, pp. 28-36.
- BURNS, E., et al. Characteristics, Interventions and Outcomes of Women Who Used a Birthing Pool: A Prospective Observational Study. En: *Birth*. 2012, vol. 39, núm. 3, pp. 192-202.
- CLUETT, E. R.; E. BURNS. Immersion in water in labour and birth. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009, vol. 15, núm. 2. Disponible en: dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. [Consulta: 8 de enero de 2018]. Disponible en: orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME). *Nota de prensa: La evidencia científica lo avala: el parto en casa es seguro*. Barcelona: FAME, 2017.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Tretze hospitals de la xarxa pública de Catalunya disposen de banyera per oferir atenció al part normal*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2013. [Consulta: 11 de enero de 2018]. Disponible en: premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/197128/ca/hospitals-xarxa-publica-catalunya-disposen-banyera-oferir-atencio-part-normal.do.
- HENDERSON, J., et al. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014, vol. 14, núm. 17.

- LEE, S., et al. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. En: *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2013, vol. 42, núm. 1, pp. 19-28
- LEWIS, L., et al. The perceptions and experiences of women who achieved and did not achieve a waterbirth. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018, vol. 18, núm. 1.
- LIM, K.; P. TONG; Y. CHONG. A comparative study between the Pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician-led unit in Singapore. En: *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecologists*. 2016, vol. 55, núm. 3, pp. 363-367.
- MALLÉN-PÉREZ, L.; M. E. JUVÉ-UDINA; M. T. ROÉ-JUSTINIANO. Dolor de parto: análisis del concepto. En: *Matronas Prof.* 2015, vol. 16, núm. 2, pp. 61-67.
- MALLÉN, L.; C. TERRÉ; M. PALACIO. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. En: *Matronas Prof.* 2015, vol. 16, núm. 3, pp. 108-113.
- MALLÉN PÉREZ, L. *Efectividad del uso de la hidroterapia en el trabajo de parto*. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2017.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010. [Consulta: 3 de enero de 2018]. Disponible en:
<www.msps.es/organozacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>.
- MOLLAMAHMUTOĞLU, L., et al. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. En: *J Turkish Ger Gynecol Assoc.* 2012, vol. 13, núm. 1, pp. 45-49.
- NICHOLLS, S., et al. Exploring midwives; perception of confidence around facilitating water birth in Western Australia: A qualitative descriptive study. En: *Midwifery*. 2016, vol. 33, pp. 73-81.
- ODENT, M. El agua como medio en el parto. En: *Natura Med.* 1999, vol. 55, pp. 37-41.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996. [Consulta 4 de enero de 2018]. Disponible en:
<http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Guia_practica_de_cuidados_en_el_parto_normal_OMS.pdf>.

- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Immersion in Water during Labour and Birth*. London: RCM, 2009. [Consulta: 10 de enero de 2018]. Disponible en: www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20%20for%20Labour%20and%20Birth_0.pdf.
- ROS, H. Effects of waterbirths and traditional bedbirths on outcomes for neonates. En: *Curationis*. 2009, vol. 32, núm. 2, pp. 46-52.
- SHAW-BATTISTA, J. *Optimal outcomes of labor and birth in water compared to standard maternity care* [Tesis doctoral]. San Francisco: University of California, 2009.
- SHAW-BATTISTA, J. Systematic Review of Hydrotherapy Research. En: *The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2017, vol. 31, núm. 4, pp. 303-316.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (SEGO). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Madrid: SEGO, 2008. [Consulta: 3 de enero de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Guias%20Practica%20Clinica/PartoNormal08.pdf.
- STARK, M.; MILLER, M. Development and Testing of Nurses' Perceptions of the Use of Hydrotherapy in Labor Questionnaire. En: *Journal of Nursing Measurement*. 2010, vol. 18, núm. 1, pp. 36-48.
- SHU-LING, L., et al. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. En: *JOGNN*. 2013, vol. 42, pp. 19-28. [Consulta: Enero de 2018]. Disponible en: [www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31247-8/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31247-8/pdf).
- THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Immersion in Water During Labor and Delivery*. En: *Pediatrics*. 2014, vol. 133, núm. 4, pp. 758-761.
- TORKAMANI, S. A.; KANGANI, F.; JANANI, F. The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery. En: *Pak J Med Sci*. 2010, vol. 26, núm. 3, pp. 551-555.

EL PLAN DE PARTO COMO DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Marta Busquets Gallego¹

Correo electrónico: la.busquets@gmail.com

1. Doctoranda en Estudios de Género en la Universitat Rovira i Virgili

Recibido: 07/03/2019 Aceptado: 12/06/2019



RESUMEN

Introducción

En las últimas décadas el plan de parto viene cobrando relevancia como instrumento de manifestación de la voluntad de las mujeres. Ha sido vinculado con resultados obstétricos satisfactorios, pero también como potencial fuente de enfrentamientos entre profesionales y usuarias, así como de decepción en estas últimas en caso de que no pueda ser cumplido.

Objetivo

El presente artículo pretende esclarecer el estatus legal del plan de parto en España.

Metodología

Para ello se lleva a cabo un experimento: se redacta un plan de parto extenso, que es elevado a público en sede notarial y finalmente inscrito en el Registro de Voluntades Anticipadas de Cataluña.

Resultados y conclusiones

De acuerdo con el experimento, el plan de parto es un documento de instrucciones previas, lo cual tiene consecuencias jurídicas en cuanto a su obligatoriedad y aplicación.

Palabras clave: plan de parto; instrucciones previas; voluntades anticipadas; autonomía; consentimiento informado; género.

ABSTRACT

Introduction

In the last decades birth plans have been gaining relevance as instruments of manifestation of the will of women. They have been linked to satisfactory obstetric results but have been also referred to as a source of conflict between professionals and users, as well as a frustration source for the latter in case they cannot be accomplished.

Objectives

This article aims to clarify the legal status of birth plans in Spain.

Methodology

An experiment is carried out: an extensive birth plan is written, then notarized and finally registered in the Catalan Register of Advance Directives.

Results and Conclusions

According to the experiment, birth plans are an advance directive, which has legal consequences regarding their enforceability and application.

Keywords: Birth Plan; Advance Directive; Autonomy; Informed Consent; Gender.

INTRODUCCIÓN

Sheila Kitzinger (1983) acuñó el concepto plan de parto como estrategia para contrarrestar la excesiva medicalización del mismo, siendo este un documento escrito donde la embarazada plasma su voluntad tras haber recibido información sobre el embarazo y el parto, de acuerdo con sus valores, deseos personales, expectativas y necesidades particulares (Hasenmiller, 2001).

En el Reino Unido se empezaron a usar los planes de parto en 1993. En el año 2007 el *Protocolo para la asistencia al parto normal* catalán lo mencionó e incluyó un modelo, también nombrándose en la *Estrategia de atención al parto normal* española en 2007 y publicándose por primera vez un modelo en la misma en el año 2012 (Suárez-Cortés et al., 2015; Biescas et al., 2017).

De acuerdo con María Suarez-Cortés et al. (2015) los planes de parto influyen positivamente en el proceso, relacionándose su uso con mejores tasas de partos eutócicos, piel con piel o pinzamiento tardío del cordón. Prácticas que además directa e indirectamente disminuyen el gasto sanitario por hospitalizaciones. Además, incrementan la satisfacción, empoderamiento y seguridad de las mujeres. Por todo ello se ha establecido la necesidad de impulsar políticas sanitarias que incentiven su uso.

Los planes de parto fomentan una mejor comunicación y relaciones más respetuosas entre mujeres y profesionales, incrementando a su vez la sensación de control de las primeras permitiendo que se familiaricen con el proceso de parto y sus opciones.

Herninia Biescas et al. (2017) nos alertan de que también surgen tensiones y discrepancias. Sugieren que pueden promover actitudes inflexibles en las mujeres y generar decepción si no se cumple el plan de parto. Los profesionales pueden molestarse y sentir que se cuestiona su experiencia y conocimientos.

Asimismo, las autoras han puesto de manifiesto que mientras la intención original de los planes de parto es permitir que las mujeres elijan y se personalice la atención, abandonando modelos altamente medicalizados. En la actualidad, la institucionalización de esta figura puede contribuir a perpetuar las dinámicas hospitalarias, por ejemplo, porque solo se permiten marcar opciones ya preestablecidas por el centro, a la par que genera una falsa sensación de participación en la mujer.

A efectos prácticos, las mujeres que desean presentar o elaborar un plan de parto se encuentran con distintos escenarios, que pueden agruparse en tres: se les acepta, no se les acepta o se les acepta únicamente el modelo que ofrece el propio centro donde van a dar a luz. Aun siendo aceptados, a menudo se considera el plan de parto como una simple declaración de intenciones sin mayor trascendencia legal o clínica. El presente artículo pretende esclarecer el estatus legal en España de los planes de parto.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se ha establecido el marco jurídico-legal general aplicable a los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto. A continuación, se ha delimitado el marco legal específico aplicable a los documentos de instrucciones previas, también conocidos como voluntades anticipadas.

Para ello se ha recurrido a metodología jurídica deductiva, partiendo de lo general a lo particular y siguiendo el principio de jerarquía, consultando en primer lugar la legislación vigente, posteriormente la jurisprudencia aplicable y por último la doctrina relacionada (López Escacena, 2011). También se ha recurrido a metodología jurídico-filosófica al incorporarse reflexiones que van más allá del derecho e incluyen moral y ética (Sánchez Zorrilla, 2011).

En particular, con el fin de confirmar el estatus jurídico de instrucciones previas del plan de parto, se llevó a cabo el siguiente experimento jurídico siguiendo los pasos que se relatan a continuación:

Se optó por un plan de parto de redactado propio, en contraposición a las propuestas estandarizadas hospitalarias, consignando en él un amplio abanico de situaciones y posibilidades,¹ con la intención de que fuera únicamente expresión de la autonomía y la voluntad propias, sin condicionantes externos, sanitarios o formalistas.

Dicho plan de parto se presentó ante notario manifestando la voluntad de elevarlo a público como instrucciones previas, acto que tuvo lugar el día tres de mayo del año dos mil dieciocho.

¹ El plan de parto incluía un parto vaginal normal, pero también situaciones consideradas de riesgo como ser estreptococo b positiva, así como parto quirúrgico por cesárea. También se consignaron indicaciones sobre cuidados al bebé.

A continuación, la escritura fue remitida al Registro de Instrucciones Previas de Cataluña para su inscripción. El Registro podía o bien aceptar, confirmando el estatus de instrucciones previas del plan de parto, o rechazar, en cuyo caso debería motivar la incompatibilidad con dicha figura legal.

El documento fue en este caso aceptado e inscrito. Por lo tanto, ha existido un triple control de legalidad: por parte de la autora, posteriormente notarial y finalmente en sede registral.

DESARROLLO ARGUMENTATIVO

Con el cambio de un modelo basado en el imperialismo médico hacia uno basado en la autonomía de la persona,² los derechos de autonomía y consentimiento informado respecto de las intervenciones médicas se han calificado desde la doctrina y los Tribunales derechos humanos fundamentales de tercera generación,³ que buscan proteger la libertad de conciencia y el respeto a la dignidad humana (Reynal Reillo, 2017; Llamas Pombo, 2007).

Desde la consagración del modelo autonomista, la tendencia jurídica ha sido la de asegurar y posibilitar el ejercicio de estos derechos, haciendo siempre una interpretación restrictiva de sus limitaciones (Domínguez Luelmo, 2007).

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que toda actuación en el ámbito sanitario requiere del consentimiento libre y voluntario previa información y valoración de opciones de la persona afectada.⁴⁵

² En el modelo imperialista médico o paternalista, las decisiones las tomaba la persona profesional sanitaria al margen de la voluntad del paciente. En el modelo autonomista se reconoce a la persona como ser individual, racional y libre (Feito, 2016; Reynal Reillo, 2017).

³ Por ejemplo, la STC 37/2011, de 28 de marzo y en particular la STS 447/2001 de 11 de mayo se refiere a los derechos de autonomía y consentimiento informado como «una de las últimas aportaciones a la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria y explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia».

⁴ Artículos 8 y 9.

⁵ También aplican respecto de los derechos de autonomía y el consentimiento informado el Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina de 1997 (conocido como Convenio de Oviedo), artículos 5 a 9, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01), artículo 3, la Carta Europea de Derechos del Paciente de 2002 (artículos 3 a 5) y también se invoca la Constitución Española de 1978 (artículos 15 a 18).

En términos generales, hay tres excepciones a lo anterior (Hernández Ramos, 2012): riesgos para la salud pública por razones sanitarias, teniendo que ver mayoritariamente con enfermedades contagiosas; riesgo inmediato grave siendo imposible recabar la autorización de la persona o consultar con sus allegados; e incapacidad para consentir.

Advierte Domínguez Luelmo (2007) que las intervenciones sin consentimiento siempre deberán interpretarse de forma restrictiva, extremo que han confirmado los tribunales.⁶ El derecho al rechazo es el corolario sin el cual los derechos de autonomía y consentimiento informado se vaciarían de contenido (Lizarraga Bonelli, 2004).

En concreto, el embarazo y el parto no son momentos limitativos de estos derechos sino de especial protección de acuerdo con el Convenio para la Eliminación de la Discriminación y la Violencia contra la Mujer (CEDAW) y su Recomendación General 24 «Mujer y Salud».

También el comisionado para los derechos humanos del Consejo de Europa se ha expresado en lo relativo a los derechos de las mujeres en el embarazo y el parto. Según manifiesta esta institución, los mecanismos de protección de los derechos humanos han establecido que debe ser garantizado el derecho de las mujeres al consentimiento informado y a tomar decisiones en todas las etapas y momentos del embarazo y parto, enfatizando que ninguna intervención ni procedimiento médicos podrán ser llevados a cabo sin el pleno e informado consentimiento de la mujer (Consejo de Europa, 2017, p. 61).

Las instrucciones previas, también conocidas como voluntades anticipadas, se hallan reguladas en España con carácter básico por la Ley 41/2002, en su artículo 11. Las Comunidades Autónomas disponen de regulaciones propias respetando la base anterior.⁷

A pesar de que tradicionalmente se ha vinculado esta figura exclusivamente a procesos de muerte, el propio artículo de la ley habilita que este instrumento legal se utilice en otras situaciones, estableciendo que es un documento donde una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta su voluntad de forma anticipada respecto de una situación donde prevé que no será capaz de expresarla personalmente. Incluso permite la

⁶STC 29/2000 FJ 9º, STC 157/2002 FJ 8º, STC 20/1990 FJ 4º, STC 57/1994, FJ 7º.

⁷ Deberá tenerse en cuenta cuáles son los requisitos de validez en cada Comunidad Autónoma para que un documento sea considerado instrucciones previas o voluntades anticipadas.

designación de representante para tareas de interlocución frente a profesionales de la salud con el objetivo de asegurar el cumplimiento de las instrucciones.

Legalmente se establecen tres límites a lo designado en las instrucciones previas: que contradigan al ordenamiento jurídico, a la *lex artis* o que no se correspondan con el supuesto de hecho previsto.⁸

Los dos primeros supuestos están especialmente vinculados a procesos de muerte, en concreto a la eutanasia. En cuanto al tercer límite, autores como Domínguez Luelmo (2007), recomiendan una redacción lo suficientemente elástica y dinámica de las instrucciones previas para garantizar su plena operatividad llegado el momento.

En la medida en que el plan de parto es un documento de instrucciones previas, debe ser siempre aceptado, es decir, no cabe su rechazo. Las mujeres gozan de libertad de forma en cuanto a su confección y contenido, dentro de lo establecido en la legalidad vigente.

El hecho de que el plan de parto legalmente tenga carácter jurídico de documento de instrucciones previas tiene tres consecuencias principales (Abad Villar, 2004):

- a) Existe la obligación expresa de respetarlo y cumplirlo en tanto documento que contiene la autonomía y el consentimiento o la ausencia del mismo de manera formal, anticipada y por escrito.
- b) Ofrece protección frente al rechazo de profesionales concretos, puesto que es el servicio al completo quien garantiza dicho respeto y cumplimiento.⁹ A estos efectos, Andrés Domínguez Luelmo (2007) reflexiona sobre cómo será necesario que los servicios de salud adapten y regulen sus procesos asistenciales.
- c) También existe la obligación de constancia de las instrucciones previas en la historia clínica, así como de motivación expresa en caso de no cumplimiento de las mismas.

Desde una perspectiva bioética, las instrucciones previas suponen un reforzamiento del principio de autonomía de las personas usuarias y consagran el modelo moderno de relaciones sanitarias basadas íntegramente en dicha autonomía (Cantero Martínez, 2005).

⁸ Artículo 11.3 Ley 41/2002.

⁹ Artículo 11.2 Ley 41/2002.

El plan de parto, en tanto documento de instrucciones previas, es expresión personalizada, anticipada y formal de la voluntad y autonomía de la persona. Tiene, pues, un importante contenido ético y moral, yendo más allá del consentimiento o rechazo puntual, en tanto que requiere de un proceso de toma de decisiones por parte de la usuaria (Cantero Martínez, 2005).

Dado que el documento ofrece libertad de forma y contenido, promueve la pluralidad ideológica, de conciencia y social, dando cabida a distintos modos de ver e interpretar la vida y la salud (Tarodo Soria, 2005).

Debido a las connotaciones éticas y morales, pueden darse problemas en cuanto a la interpretación de la voluntad en aquellos casos no previstos en el documento. En dichos casos, el documento puede hacer la función de guía orientadora e interpretativa (Domínguez Luelmo, 2007).

Otra de las problemáticas posibles tiene que ver precisamente con el hecho de que el respeto a la obligatoriedad de los planes de parto requiere de una gran personalización y flexibilización de la asistencia sanitaria, de difícil implantación en un contexto donde la atención y el consentimiento están estandarizados, protocolizados y burocratizados.

Respecto a los protocolos, Margarita Boladeras Cucurella (2016) reflexiona sobre cómo en teoría son útiles y deberían estar al servicio de las personas, ser fruto de la experiencia y la evidencia para ofrecer una mejor atención, pero que con frecuencia en España están obsoletos, simplifican y no responden a las necesidades de las usuarias.

El respeto a los planes de parto implica lo que Gaia Marsico (2003) llama un esfuerzo necesario por parte de las mujeres para superar la autoridad médica, para equilibrar y horizontalizar las relaciones entre profesionales y usuarias.

En este sentido, Carme Valls Llobet (2016) argumenta que solo las relaciones entre profesionales y usuarias basadas en la confianza y la amistad pueden preservar la condición de personas completas de las mujeres en lugar de convertirlas en víctimas.

Los planes de parto dan cabida a una autonomía en la que están presentes la razón y la objetividad, pero también la corporalidad, la fragilidad, la interdependencia, la vulnerabilidad o la fragilidad (Busquets Sorribas, 2016). Janet Delgado Ramírez (2016) aboga por una autonomía que no desestime la vulnerabilidad, sino que la incorpore.

Más allá del respeto a los planes de parto, para que estos generen el impacto positivo que se espera de los mismos, son necesarias relaciones humanas de calidad, dotadas de contenido moral. Una moralidad entendida como obligación de cuidado entre las personas, donde el yo se entiende no como un ente aislado sino como un yo entre otros (Marsico, 2003).

A través del plan de parto, la atención sanitaria tiene la oportunidad de ir más allá de indicadores cuantitativos y da entrada a indicadores de mayor bienestar y calidad de vida compatibles con los mandatos salutogénicos y de promoción de la salud. En tanto que orienta la atención a personas concretas, promueve una vivencia de coherencia de las mujeres en la maternidad (Morín Fraile, 2016).

Pablo Simón (2006) considera la burocratización del consentimiento informado como una de las más grandes lacras del sistema sanitario. En la misma línea, Busquets Sorribas (2016) considera que esta burocratización implica no reconocer la importancia del consentimiento informado y conlleva continuar en un modelo basado en la beneficencia.

Herminia Biescas et al. (2017) nos alertaban de la institucionalización, estandarización y burocratización del plan de parto en contextos hospitalarios. Estas circunstancias disminuyen la capacidad de decisión de las mujeres en la medida en que no reflejan la diversidad de opciones, ni se hacen eco de necesidades concretas, centrándose únicamente en las opciones protocolizadas en el propio hospital y en ofrecer una falsa sensación de participación a las mujeres.

CONCLUSIONES

A pesar de que el plan de parto ha demostrado influir positivamente en los resultados obstétricos, hay profesionales de la salud que se sienten cuestionados profesionalmente debido a su uso, así como hospitales que institucionalizan la figura en el sentido de limitar las opciones de elección de las mujeres.

Las instrucciones previas son un instrumento legal que fomenta el ejercicio de los derechos de autonomía y consentimiento informado. Dado que el plan de parto es legalmente un documento de instrucciones previas, las mujeres tienen libertad para redactarlo en cuanto a forma y contenido, debiendo ser este aceptado desde los proveedores de la sanidad, respetándolo en la medida de lo posible y actuando la totalidad del servicio como garante de su cumplimiento. Cuando no sea posible, deberá motivarse

en la historia clínica. En conclusión, debe reflexionarse en profundidad sobre las implicaciones jurídicas, éticas y sanitarias sobre el carácter legal de instrucciones previas del plan de parto.

BIBLIOGRAFÍA

- ABAD VILLAR, Gloria. La regulación de las instrucciones previas en la ley 41/2002. En: Lizarraga Bonelli, Emilio; González Salinas, Pedro (eds.). *Autonomía del paciente, información e historia clínica: (Estudios sobre la ley 41/2002 de 14 de noviembre)*. Madrid: Thomson-Civitas, 2004, pp. 321-364.
- BIESCAS, Herminia, et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. En: *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017, vol. 3, pp. 41-50.
- CANTERO MARTÍNEZ, Josefa. *La autonomía del paciente: del consentimiento informado al testamento vital*. Albacete: Bomarzo, 2005.
- CONSEJO DE EUROPA. *Women's sexual and reproductive health and rights in Europe* [en línea]. 2017. Disponible en: <https://book.coe.int/eur/en/commissioner-for-human-rights/7481-pdf-womens-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe.html>.
- DOMÍNGUEZ LUELMO, Andrés. *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la ley 41/2002 e 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*. Valladolid: Lex Nova, 2007.
- FEITO, Lydia. Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres. En: Boladeras Cucurella, Margarita; Goberna Tricas, Josefa (eds.). *Bioética de la maternidad*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2016, pp. 71-82.
- HASENMILLER, Rose. *Do Birth Plans influence Childbirth Satisfaction?* [Student project]. Philadelphia: Philadelphia University, 2001.
- HERNÁNDEZ RAMOS, Mario. El consentimiento informado y el derecho fundamental a la integridad física y moral. En: Sanz Mulas, Nieves (ed). *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Comares, 2012, pp. 1-10.
- KITZINGER, Sheila. *The new good birth guide*. Londres: Harmonds-worth, 1983.
- LÓPEZ ESCARCENA, Sebastian. Para escribir una tesis jurídica: Técnicas de investigación en Derecho. En: *Ius et Praxis*. 2011, vol. 17, núm. 1, pp. 231-246.

- LIZARRAGA BONELLI, Emilio. La información y la obtención del consentimiento en la nueva ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En: Lizarraga bonelli, Emilio; González Salinas, Pedro (eds.). *Autonomía del paciente, información e historia clínica (Estudios sobre la ley 41/2002 de 14 de noviembre)*. Madrid: Thomson-Civitas, 2004, pp. 225-296.
- LLAMAS POMBO, Eugenio. Prólogo. En: Domínguez Luelmo, Andrés. *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la ley 41/2002 e 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*. Valladolid: Lex Nova, 2007.
- REYNAL REILLO, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Ed. Aranzadi, 2017.
- SANCHEZ ZORRILLA, Manuel. La metodología en la investigación jurídica: características peculiares y pautas generales para investigar el Derecho. En: *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*. 2011, vol. 14, pp. 317-358.
- SUAREZ-CORTÉS, María, et al. Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. En: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015, vol. 23, núm. 3, pp. 520-526.

ACOMPañANDO A LAS MUJERES GESTANTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. ASPECTOS ÉTICOS PARA LAS MATRONAS

Júlia Martín Badia¹

Correo electrónico: juliamartin.correu@gmail.com

1. Doctora en Filosofía, Facultad de Filosofía, Universidad de Barcelona, Barcelona.

Recibido: 24/07/2019 Aceptado: 08/11/2019



RESUMEN

El objetivo del artículo es definir un marco ético dónde se vertebran los elementos esenciales (no necesariamente los únicos) que las matronas deben tener en cuenta cuando atienden a mujeres embarazadas que están sufriendo violencia de género (VG). La propuesta girará en torno al concepto de acompañamiento, entendido como el proceso por el cual se da apoyo a una persona vulnerable para ayudarla a ganar cuotas de autonomía. Se sugerirá un modelo de acompañamiento biopsicosocial de las mujeres gestantes y víctimas de violencia con tres dimensiones: en primer lugar, el acompañamiento es un proceso a través del cual la matrona debe ayudar a la mujer a empoderarse a sí misma; en segundo lugar, es un proceso en el cual la matrona debe construir un entorno de confianza y respeto en la consulta; y, en tercer lugar, requiere unas adecuadas relaciones interprofesionales. El artículo se centrará en las dos primeras dimensiones, que son dos caras de la misma moneda, y se referirá solo brevemente a la tercera, puesto que va más allá del ámbito de las matronas y, por tanto, del propósito del presente trabajo. El método utilizado ha sido el análisis y la reflexión filosófico-racional.

Palabras clave: ética; violencia de género; matronas; acompañamiento; autonomía; reconocimiento.

ABSTRACT

The aim of this paper is to define an ethical framework that intertwines the essential—but not the only—elements that midwives should take into account when assisting pregnant women who suffer from gender violence (GV). Our proposal will focus on the idea of accompaniment, which can be defined as the process through which support is given to a vulnerable person in order to help her/him gain autonomy. A model of a biopsychosocial accompaniment of pregnant women suffering from gender violence will be suggested. It has three dimensions: firstly, it is a process through which midwives help women empower themselves; secondly, it is a process through which midwives build up an environment of trust and respect in the medical consultation; and thirdly, it requires an appropriate teamwork. This paper will focus on the first two dimensions, which are the two sides of the same coin, and will only briefly address the third one, as it goes far beyond the field of midwifery and thus beyond the aim of this article. The methodology used to develop this paper is the philosophical-rational analysis and reflection.

Keywords: Ethics; Gender Violence; Midwives; Accompaniment; Autonomy; Recognition.

INTRODUCCIÓN: LA NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO

Todas las mujeres están en riesgo de sufrir violencia de género (VG). No hay un perfil que se pueda establecer en función de factores como la edad, la clase social, la religión, la etnia, la cultura, la educación, la orientación sexual o la aptitud física o mental (Velasco, 2008; Estévez, 2017; entre otros). Que una mujer sufra VG dependerá del marco mental del agresor que, a su vez, responde al marco mental de la sociedad, todavía patriarcal.

El acompañamiento es el proceso por el cual se da apoyo a una persona vulnerable para ayudarla a ganar cuotas de autonomía. Debe ser un proceso biopsicosocial, porque debe atender todas las dimensiones de la persona y su proyecto vital.

El embarazo es un momento de gran vulnerabilidad, porque el cuerpo sufre cambios físicos y hormonales que la mujer debe gestionar y porque implica tener que empezar a cuidar de un ser que todavía es más vulnerable que ella, lo cual puede acarrearle dudas y miedos. Es por este motivo que el acompañamiento que hacen las matronas debe consistir en ayudar a las mujeres gestantes a desarrollar su autonomía, fortaleciendo sus capacidades de autocuidado y de cuidado de otros, siempre teniendo en cuenta el cuidado físico, emocional y social, tanto de la madre como del bebé.

Sin embargo, el acompañamiento no debe acabar aquí. Precisamente porque no hay un perfil de víctima de VG, las matronas deben estar preparadas para detectar señales de que una mujer está sufriendo, o está en riesgo de sufrir, violencia (física, psicológica o aislamiento social), y debe tener herramientas para ayudarla a no perder o a recuperar su proyecto vital, más allá de la maternidad y de su relación de pareja.

El acompañamiento biopsicosocial, entendido como el fortalecimiento de las capacidades de cuidado y la detección de indicadores de riesgo, debe hacerse no sólo ante una sospecha de VG, sino para cualquier mujer embarazada, desde la primera visita y durante todo el proceso asistencial, incluyendo el postparto.

El presente artículo tiene por objetivo ahondar en el acompañamiento a las mujeres embarazadas y víctimas de violencia, proponiendo un modelo que es aplicable no solo ante la evidencia de violencia, sino incluso antes de que aparezca la sospecha, para facilitar la detección de indicadores de riesgo. El modelo de acompañamiento propuesto tiene tres dimensiones: en primer lugar, es un proceso en el que la matrona debe ayudar a la mujer a empoderarse a sí misma; en segundo lugar, es un proceso en el que la matrona debe construir un entorno de confianza y respeto en la consulta; y en tercer lugar, requiere unas relaciones interprofesionales adecuadas. Esta tercera dimensión se comentará brevemente, dado que se aleja del ámbito de las matronas.

El método usado es el análisis y la reflexión filosófico-racional.

1. ACOMPAÑAMIENTO COMO PROCESO DE EMPODERAMIENTO DE LA MUJER GESTANTE Y VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El embarazo y el parto constituyen un proceso de gran vulnerabilidad: hay cambios físicos y hormonales; surge la responsabilidad para con otro ser vivo; y en el momento de dar a luz se depende de otras personas (matronas, ginecólogos...), a las que se les muestra la propia intimidad. En este proceso, las mujeres pueden ver vulnerados sus derechos reproductivos y su integridad física y moral, como ocurre en las situaciones de violencia obstétrica.

Si, además, hay una situación de VG, la vulnerabilidad aumenta, en la medida en que la violencia disminuye la autoestima y genera dependencia respecto del maltratador. Esto no quiere decir que, por ser víctima de VG, la mujer no pueda tener autonomía. La autonomía se define, en sentido filosófico, como el derecho a tomar decisiones y la capacidad de ejercer este derecho. La capacidad puede estar disminuida a consecuencia de la violencia, pero el derecho se mantiene siempre.

El acompañamiento debe basarse, por lo tanto, en ayudar a la mujer a recuperar su autonomía como capacidad de tomar decisiones. La matrona debe acompañar a la mujer en el proceso de empoderarse a sí misma en la toma de decisiones. Entendido de este modo, el acompañamiento tiene tres pilares (fig. 1):

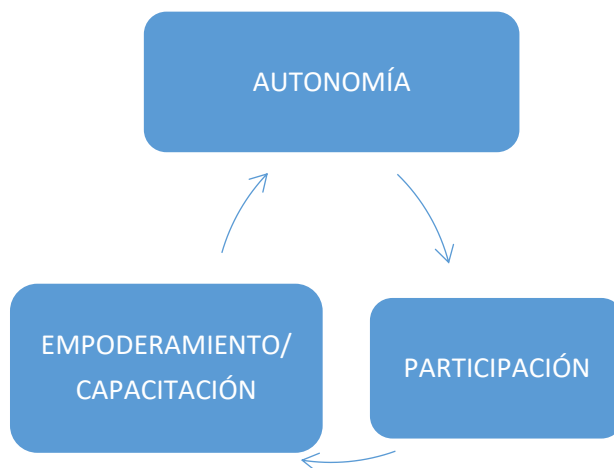


Figura 1. Modelo de acompañamiento como proceso de empoderamiento de la mujer gestante y víctima de violencia de género (elaboración propia).

El esquema anterior es válido para multitud de situaciones, dentro y fuera del ámbito clínico. Veamos cómo las matronas pueden aplicarlo a la situación de las mujeres gestantes y víctimas de VG.

El objetivo del proceso de empoderamiento de la mujer embarazada es la adquisición de autonomía para el cuidado de ella misma y de su bebé. Si la mujer está siendo víctima de VG, la matrona deberá procurar que la mujer pueda ejercer su derecho a tomar decisiones libres, esto es, no coaccionadas por su pareja, en relación con ese cuidado.

Además, la matrona deberá ayudar a la mujer a gestionar la situación de violencia. Es un proceso a largo plazo: la mujer debe aceptar que está siendo víctima de violencia, tomar conciencia de sus emociones, decidir separarse, preparar el plan de fuga, etc. Mientras tanto, ejercer su derecho a decidir a corto plazo en relación con ella misma como persona (autocuidado psíquico y social), con su salud física en general, y con su embarazo y parto en particular, puede ayudarla a fortalecer su capacidad de decisión para, más adelante, tomar decisiones en relación a su situación de violencia.

Por lo tanto, el objetivo es que la mujer recupere el ejercicio de su derecho a decidir en todas las áreas de su vida, empezando por cómo reconstruir su identidad, y cómo cuidar de su salud y de la de su bebé, y terminando por cómo gestionar su relación de pareja.

El modo de conseguir este objetivo es fortalecer las capacidades de la mujer. Y para ello hay que proporcionarle espacios de participación: la mujer embarazada y víctima de VG debe poder tener la oportunidad de explicar la situación que está viviendo y de obtener

ayuda, al tiempo que debe poder expresar sus preferencias en relación con su embarazo y parto.

La participación es importante como estrategia, porque las capacidades se adquieren ejerciéndolas. Solo con espacios de participación la mujer desarrollará sus capacidades, recuperando las que la violencia le hubiera coartado y, en último término, recuperando su autonomía (como capacidad efectiva de tomar decisiones, más allá del derecho, que ya lo tenía).

Cuanto más autónomo uno es, más confianza y seguridad tiene para participar, más capacidades desarrolla y más cuotas de autonomía alcanza. Es un círculo virtuoso. Analicemos más en detalle todos estos conceptos: vulnerabilidad, autonomía, desarrollo de capacidades y participación.

1.1. Vulnerabilidad

Etimológicamente, el término latín *vulnus* significa herida. La vulnerabilidad es la capacidad de ser herido o la falta de recursos para rehacerse de una herida. Podemos establecer capas de vulnerabilidad (Luna, 2008):

La vulnerabilidad es una condición universal, una característica intrínseca a todo ser humano, en la medida en que todos podemos ser heridos física, moral o socialmente, porque vivimos inmersos en una red de relaciones de la que dependemos. Se la ha llamado vulnerabilidad antropológica (Delgado, 2016) o *precariousness* (Butler, 2004).

Pero, además, la vulnerabilidad es una experiencia particular: hay personas más vulnerables que otras. En este sentido, podemos establecer otras dos capas.

Por un lado, la vulnerabilidad como situación, que es temporal. La persona ha sido o puede ser herida y necesita ayuda del entorno para reponerse o para evitar la herida. Por ejemplo, la aparición de una enfermedad leve supone una situación temporal de vulnerabilidad, en la que la persona necesita la ayuda de los médicos para recuperarse. Las mujeres embarazadas están «en situación de vulnerabilidad» y necesitan la ayuda de las matronas para tener un buen proceso de gestación y parto.

La última capa es la vulnerabilidad como susceptibilidad, que es permanente. La persona tiene más posibilidades de ser herida y, si lo es, tiene más posibilidades de salir maltrecha o de no salir adelante (Morondo, 2016). En una intensidad alta, se la llama vulnerabilidad sociopolítica (Delgado, 2016), *precarity* (Butler, 2004) o indefensión

(Morondo, 2016). Está causada por campos de poder que crean grupos sociales con menos cantidad y calidad de recursos y de oportunidades. En consecuencia, estos grupos sociales deben reclamar reconocimiento para autoconstruirse. Las mujeres, tradicionalmente, hemos tenido menos poder que los hombres y hemos tenido que reclamar reconocimiento para construir nuestra identidad más allá de los roles de madre y de ama de casa. Esta capa de vulnerabilidad puede dar lugar a nuevas vulnerabilidades temporales.

Las mujeres no embarazadas tienen dos capas, la condición universal (son seres humanos) y la situación permanente (son mujeres). Por eso el embarazo es un momento de especial vulnerabilidad, porque implica añadir la tercera capa, la situación temporal. Además, embarazadas o no, todas las mujeres son susceptibles de sufrir VG, puesto que no hay un perfil único de víctima (tienen otra vulnerabilidad permanente, además de la de ser mujer). Finalmente, la mujer embarazada y víctima de VG, tiene las tres capas: condición universal (ser humano), la situación permanente (mujer) y la situación temporal, que es doble (embarazo y contexto de violencia). La vulnerabilidad temporal generada por el contexto de violencia puede devenir permanente si la mujer no tiene herramientas para revertir la situación y además puede generar nuevas vulnerabilidades temporales, como problemas de salud derivados de las heridas o, incluso, la pérdida del hijo (aborto).

Estas tres capas de vulnerabilidad tienen en común que lo que resulta herido son los intereses de bienestar (*well-being*) y de autonomía (*agency*) (Martin, Tavaglione, y Hurst, 2014).¹ La vulnerabilidad puede aumentar la dependencia de la persona que tiene que ayudar a la mujer a hacer frente a la herida. En situación de VG, la vulnerabilidad genera una dependencia especial, porque quien tendría que dar seguridad física, moral y social a la mujer (su pareja) se convierte en su agresor; y este, además, la coacciona e inhibe hasta tal punto que impide que pueda pedir ayuda a otras personas de su entorno. No obstante, la vulnerabilidad tiene una capacidad generativa: no debe verse como una debilidad, sino como un punto de partida para forjar la autonomía. La matrona debe ver la vulnerabilidad de la mujer como la oportunidad para que sea consciente de las capacidades que tiene (por pocas que sean, todos tenemos capacidades) y para ayudarla a fortalecerlas a fin de que gane autonomía y pueda gestionar la situación de violencia.

¹ Los autores usan el término «agencia» pero lo definen de forma confusa, por lo que en este artículo se usará el término «autonomía».

1.2. Autonomía

La adquisición de autonomía es un proceso gradual, inversamente proporcional al de vulnerabilidad. Pero como la vulnerabilidad es una condición universal del ser humano, nunca habrá una autonomía absoluta; y como la autonomía es un derecho de la persona, además de una capacidad, nunca habrá una vulnerabilidad total. En este sentido, la matrona debe legitimar el sentimiento de vulnerabilidad (miedo, indefensión) de la mujer embarazada y víctima de VG, puesto que todo ser humano es vulnerable y ha sentido miedo e indefensión alguna vez; y también debe transmitirle que mantiene y mantendrá siempre parte de su autonomía, entendida como su derecho a tomar decisiones.

La autonomía tiene dos dimensiones: moral y funcional. La capacidad de tomar decisiones (autonomía moral) no puede desligarse de la capacidad de ser autosuficiente en la vida cotidiana (autonomía funcional): las decisiones deben poder hacerse efectivas y mantenerse en el tiempo. Tomar la decisión de separarse del marido no sirve de mucho si no puede llevarse a la práctica (si no se tiene casa, trabajo, capacidad de planificación del día a día, apoyo en el cuidado del bebé, relaciones fortalecidas para evitar nuevas dependencias...). Igualmente, tampoco sirve de mucho evitar la coacción del marido en la consulta si, después, en casa, ella no puede llevar a la práctica las decisiones o acuerdos tomados en relación al cuidado de su embarazo y de su bebé.

La autonomía es relacional. Las decisiones que tomamos afectan, positiva o negativamente, a los demás, quienes a su vez facilitan o dificultan nuestras decisiones. Las decisiones del agresor (ej. agredir, aislar) pueden afectar negativamente a la mujer, porque pueden afectar a su salud física, psíquica y social. Por otra parte, tomar decisiones depende tanto de la razón como de las emociones y de los sentimientos ligados a las decisiones que debemos tomar (Busquets, 2016), lo que implica que la matrona debe ayudar a la mujer a fortalecer su capacidad de razonamiento, y a detectar y a gestionar sus emociones. Es importante que sea la mujer quien decida en todo momento sobre su embarazo y parto, ya que la situación que se genera cuando las decisiones las toma la pareja, aunque haya un aparente clima de diálogo y consenso, se puede considerar una situación de violencia. En cambio, cuando la matrona ayuda a la mujer a tomar las decisiones por sí misma, la está ayudando a reconstruir su red de apoyo social, de la que la misma matrona forma parte. Está fortaleciendo la autonomía relacional de la mujer.

1.3. Desarrollo de capacidades

El profesional no empodera, no crea capacidades en el paciente, sino que es el paciente quien se empodera a sí mismo, desarrollando capacidades, con la ayuda del profesional.

La filósofa Martha C. Nussbaum (2007) define las capacidades como áreas de libertad que las personas deben tener y poder ejercer para vivir una vida digna. Dependen de las habilidades internas de cada persona, por lo que son aquello que las personas son capaces de ser y hacer. Pero también dependen de las oportunidades ofrecidas por el entorno (político, social y económico), de modo que son condiciones, derechos sociales innegociables. En el caso de las mujeres embarazadas y víctimas de VG, las matronas son personas de su entorno que pueden generarles oportunidades.

La dignidad tiene que ver con la calidad de vida, que tiene tres dimensiones: objetiva (lo que dice la historia clínica), subjetiva (el grado de satisfacción vital) y relacional (la calidad de la red de apoyo social). Los psicólogos Schalock y Verdugo (2007) proponen ocho características de la calidad de vida. Dos de ellas, el desarrollo personal y la autodeterminación, son transversales a las tres anteriores dimensiones, puesto que el desarrollo de la persona debe ser físico, psíquico y social, y la toma de decisiones (autodeterminación) también debe poder darse en estas tres áreas. Las otras seis características que Schalock y Verdugo atribuyen a la calidad de vida podrían considerarse también transversales, porque al fin y al cabo todo aspecto de la vida de una persona influye en los demás, pero aún y así entendemos que afectan más directamente a una dimensión que a las otras. Las clasificamos así:

- Objetiva
 - Bienestar físico
 - Bienestar material
- Subjetiva
 - Bienestar emocional
- Relacional
 - Relaciones interpersonales
 - Inclusión social
 - Derechos

Para Nussbaum, la calidad de vida se mide en términos del grado de desarrollo de capacidades para la vida digna. Propone una lista de diez capacidades básicas que hay

que garantizar, aunque, después, la persona no las utilice. A continuación, se muestran las definiciones de Nussbaum sintetizadas (entre comillas) y su adaptación a la mujer embarazada y víctima de VG. En algún caso, la relación de la definición de Nussbaum con la VG es tan evidente que no se ha añadido ninguna explicación adicional:

1. **Vida:** «ser capaz de vivir una vida humana de longitud normal hasta el final. No morir prematuramente». Implica que la mujer no muera por homicidio o suicidio.
2. **Salud corporal:** «ser capaz de tener buena salud, incluyendo la salud reproductiva». Implica que la mujer pueda tomar las decisiones en relación con el embarazo y parto, en vez de que las tome la pareja.
3. **Integridad corporal:** «ser capaz de moverse con libertad; tener seguridad ante ataques violentos, incluyendo la agresión sexual y la violencia doméstica; tener oportunidades para la satisfacción sexual y para elegir en materia de reproducción».
4. **Sentidos, imaginación y pensamiento:** «ser capaz de utilizar los sentidos, de imaginar, de pensar y de razonar [...] mediante una educación adecuada; ser capaz de usar la libertad de expresión; y ser capaz de tener experiencias de placer y de evitar el dolor no beneficioso». Implica que la mujer tenga formación, por ejemplo, sobre sus derechos; y en concreto, sobre sus derechos en materia de reproducción y salud. También implica que pueda expresar sus opiniones libremente, y que tenga una sexualidad sana, consentida y libre, en vez de coaccionada y basada en la agresión.
Emociones: «no ver el propio desarrollo emocional deteriorado por el miedo y la ansiedad». Implica que la mujer sea capaz de identificar, expresar y gestionar sus emociones.
5. **Razonamiento práctico:** «ser capaz de formular una concepción del bien y de hacer una reflexión crítica sobre la planificación de la propia vida». Implica que la mujer sea capaz de formular que la agresión (física o psicológica) no es justificable, ni culpa suya, y que sea capaz de planificar de forma realista cómo revertir la situación.
6. **Afiliación:** «a) ser capaz de interacción social y empatía; b) tener las bases sociales de autorrespeto y no humillación para ser tratado como un ser con dignidad y con igual valía que los demás». Implica que la mujer sea capaz de establecer vínculos con otras personas, fuera de su relación de pareja, para no

asilarse, así como que experimente relaciones de reconocimiento mutuo que le permitan ver que su pareja no la trata como un ser con dignidad.

7. **Otras especies:** «cuidar de los animales, las plantas y la naturaleza». Aunque no parezca aplicable, es relevante el hecho de que muchas víctimas no quieren separarse porque las casas de acogida no admiten mascotas.
8. **Juego:** «ser capaz de reír y de disfrutar de actividades recreativas». La alegría es una de las cuatro emociones básicas, junto con la tristeza, el miedo y la rabia (Antoni y Zentner, 2014). Además, el ocio es saludable, en tanto que fomenta el bienestar físico, mental y social (ver Benkö, Modi y Tarkó, 2017), lo que concuerda con las tres dimensiones de la calidad de vida.
9. **Control sobre el entorno:** «a) político: poder gobernar la propia vida y tener oportunidades de participación política [...]; b) material: tener propiedades y un trabajo». En cuanto al entorno político, implica que la mujer sea capaz de mantener o recuperar su proyecto vital a pesar del contexto de violencia, a lo que la puede ayudar la participación en ámbitos comunitarios (asociaciones, entidades, etc.). En relación con el entorno material, implica que la mujer pueda trabajar y preservar propiedades para sí, fuera del control de la pareja, como la casa o el coche. Ambos sentidos, político y material, tienen que ver con el hecho de que la mujer preserve su autonomía funcional para poder hacer efectivas sus decisiones y mantenerlas en el tiempo.

1.4. Participación

Hemos dicho que fortalecer capacidades requiere oportunidades de participación para ejercerlas.

Si entendiéramos la vulnerabilidad como condición universal, habría una igualdad formal: necesitamos igualdad de oportunidades para satisfacer nuestros intereses de bienestar y autonomía. Pero si entendemos la vulnerabilidad como una experiencia particular, hay una desigualdad inherente: hay personas más vulnerables que otras, que necesitan más oportunidades, porque tienen menos recursos o menos autonomía para transformarlos en bienestar.

La importancia de la participación se deduce del planteamiento de Amartya Sen (Drèze y Sen, 1997): el grado de desarrollo de una comunidad no depende de la cantidad de recursos que tenga, sino de las capacidades de sus miembros para transformarlos en

bienestar. Por lo tanto, la manera de ayudar a las comunidades en desarrollo no es proporcionarles más recursos, sino fortalecer las capacidades de sus miembros. Como se dice popularmente, “no se trata de ofrecerles comida, sino de enseñarles a pescar y cultivar”. El filósofo Ángel Puyol (1999) lo extrapola al ámbito sanitario: los pacientes necesitan oportunidades para ejercer sus capacidades y, así, transformar la asistencia médica que reciben en salud efectiva (calidad de vida en sus tres dimensiones).²

2. ACOMPAÑAMIENTO COMO PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN ENTORNO DE CONFIANZA Y RESPETO EN LA CONSULTA

Hasta ahora hemos hablado del acompañamiento biopsicosocial como proceso mediante el cual la matrona ayuda a la mujer embarazada y víctima de VG a empoderarse a sí misma, fortaleciendo sus capacidades de autocuidado y de cuidado de su bebé; así como sus capacidades para gestionar la situación de violencia y recuperar su proyecto vital.

Este proceso de empoderamiento requiere que la consulta sea un entorno en el que se pueda construir un vínculo de confianza y respeto entre la matrona y la mujer, que permita que la mujer se sienta segura para expresar sus sentimientos, miedos o dudas. La creación de este vínculo es necesario para cualquier mujer embarazada, pero aún lo es más si la mujer está sufriendo violencia, porque se añade, a los miedos y dudas sobre el embarazo, y la crianza, el miedo, la incertidumbre y la impotencia generadas por la situación de violencia. Este vínculo de confianza y respeto tiene tres pilares (fig. 2). El objetivo del vínculo es proteger a la mujer, en la medida de lo posible, ofreciéndole recursos para poder salir de la situación de violencia. Es importante que, en la consulta, se sienta protegida; de lo contrario, si se siente cuestionada en sus decisiones, es probable que no vuelva y se pierda la continuidad asistencial.

El modo de hacer sentir a la mujer protegida es tener un diálogo sincero y efectivo con ella que le permita expresarse y que ayude a la matrona entender su situación y sus decisiones. Para ello, es necesario reconocer a la mujer como una persona vulnerable, pero con dignidad y con capacidad para empoderarse a sí misma y revertir su situación.

² El modelo salutogénico del sociólogo Aaron Antonovsky (1996) se basa en las mismas ideas: las personas y la comunidad deben potenciar sus propios recursos, entre los cuales están las capacidades, que son activos de salud.

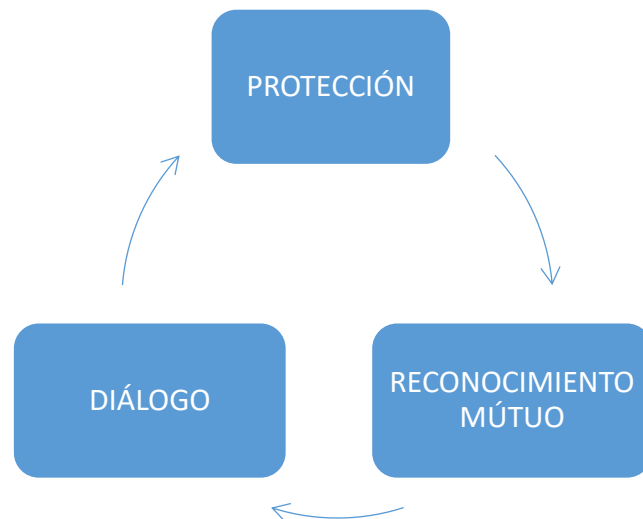


Figura 2. Modelo de acompañamiento como proceso de construcción de en un entorno de confianza en la consulta (elaboración propia)

Volvemos a tener un círculo virtuoso: cuanto más protegidas se sientan las mujeres, más reconocidas se sentirán y más fácil será que se abran y hablen con la matrona. Y cuanto más se abran y hablen, más fácil será para la matrona entenderlas y protegerlas y, por lo tanto, más les estará reconociendo y facilitando el diálogo.

Analicemos todos estos elementos: protección, reconocimiento y diálogo. En el análisis se verá que estos elementos tienen que ver con los cuatro principios de ética biomédica (Beauchamp y Childress, 1989) y los cuatro modelos de relación asistencial (Emmanuel y Emmanuel, 1992).

2.1. Protección

Uno de los cuatro principios de ética biomédica, y al que más importancia se le otorga, es el principio de autonomía, que tiene dos partes: por un lado, respetar las decisiones de los pacientes competentes; y por el otro, proteger los pacientes con autonomía reducida.

En el caso de las mujeres embarazadas y víctimas de VG están en juego ambas partes. La matrona debe respetar las decisiones de la mujer, en la medida de lo posible, para que ella sienta que tiene el control sobre su proceso de embarazo y parto; pero ello no significa que deba respetarlas siempre, ya que la situación de violencia y dependencia que vive la mujer puede conllevar a que no sea competente para tomar ciertas decisiones. En este caso, la matrona deberá protegerla, procurando que no tome decisiones potencialmente

perjudiciales para sí misma (ej. decirle a su pareja que quiere separarse cuando todavía está preparando el plan de fuga). La matrona debe encontrar el equilibrio entre respetar las decisiones de la mujer y protegerla; de lo contrario, si la sobreprotege, imponiendo el criterio profesional, ya sea en relación con la situación de violencia o con el proceso de embarazo y parto, podría llegar a reproducirse el modelo impositivo, autoritario, del agresor (Gómez et al., 2017).

Este equilibrio requiere evitar dos extremos, dos modelos de relación asistencial perjudiciales: el paternalista (imponer el criterio profesional) y el informativo (limitarse a transmitir información sobre los recursos disponibles).

Para evitar el paternalismo, hay que ejercer bien el principio de beneficencia. Este principio afirma que hay que hacer el bien teniendo en cuenta lo que el paciente considere bueno para él. Las mujeres víctimas de VG pueden tener alterado el concepto de bien, de lo que es mejor para ellas, por ejemplo, si justifican o no reconocen la gravedad de las agresiones o si viven en un marco cultural que entiende que es bueno imponer disciplina a la mujer. O puede que sí sean conscientes de que lo mejor para ellas es separarse, pero que no sean capaces de dar este paso por miedo o por falta de autonomía funcional.

Por otro lado, para evitar una relación meramente informativa, habrá que ejercer bien el principio de justicia. Este principio defiende la distribución equitativa de los recursos disponibles. Equitativa no quiere decir igualitaria: no se trata de dar lo mismo a todos, sino a cada uno según sus necesidades. Ello significa que, aunque es necesario que las matronas tengan información sobre todos los recursos disponibles, no es recomendable dársela por igual a todas las mujeres, ni toda de golpe. Hay que atender a la situación de violencia específica de cada mujer para ofrecerle aquellos recursos que necesite, a medida que los necesite.

2.2. Diálogo

Un diálogo sincero y efectivo requiere habilidades comunicativas (empatía, asertividad, lenguaje no verbal, calidez, mirada y escucha atentas...). Estas habilidades son necesarias para forjar una relación asistencial positiva, una mezcla entre las relaciones interpretativa y deliberativa.

La relación interpretativa se basa en ayudar a la persona, a la mujer, a descubrir sus valores, insertos en su narración vital, para ver cuál de las alternativas terapéuticas o personales los respeta más.

La relación deliberativa se basa en ayudar a la persona, a la mujer, a reflexionar sobre los valores relacionados con la salud para ver cómo las distintas alternativas van a afectar a la suya.

Una relación asistencial interpretativa y deliberativa, en la que los profesionales no caigan en el error de imponer sus valores o su concepción de la salud, posibilitará la toma de decisiones acompañada y la responsabilidad compartida: la matrona tiene la responsabilidad de respetar y proteger a la mujer, y la mujer necesita encontrar el modo de superar la dependencia respecto del agresor para poder volver a responsabilizarse de su vida.

2.3. Reconocimiento

Uno de los requisitos de la ética dialógica (Habermas, 2010; Apel, 2005) es el reconocimiento mutuo de todos los participantes en el diálogo.

Axel Honneth (2009) sostiene que satisfacer las expectativas de reconocimiento transforma relaciones conflictivas en cooperativas. En cambio, lesionarlas origina relaciones conflictivas, porque obliga a una lucha por el reconocimiento. Este filósofo propone tres esferas de reconocimiento:

- **Emocional:** reconocimiento de la persona como sujeto de necesidades, lo que le genera autoconfianza.
- **Legal:** reconocimiento de la persona como sujeto de derechos y deberes, lo que le genera autorrespeto.
- **Social:** reconocimiento de la persona como sujeto de capacidades, lo que le genera autoestima.

La matrona debe reconocer a la mujer víctima de VG en las tres esferas para que ella reconozca a la matrona como persona de confianza que la puede y quiere ayudar. Solo así forjarán una relación de cooperación que proporcione herramientas a la mujer para resolver su situación.

3. RELACIONES INTERPROFESIONALES

Las matronas no trabajan solas: pertenecen a equipos donde hay otros profesionales, forman futuras matronas, deben coordinarse con otros centros (ej.: entre hospital y

Atención Primaria), deben responder ante dirección, y su trabajo se puede ver afectado por decisiones de gerencia (ej.: decisiones presupuestarias). Si las relaciones interprofesionales no funcionan bien, las matronas difícilmente se sentirán a gusto haciendo su trabajo. De hecho, muchas refieren cierto intrusismo profesional por parte de ginecólogos y obstetras. Pero, además, se pueden producir situaciones en las que el propio ámbito sanitario sea generador de violencia hacia las mujeres (violencia obstétrica).

La presencia de violencia obstétrica vulnera el cuarto principio de ética biomédica, la no-maleficencia, que dice que hay que evitar daños innecesarios a los pacientes. Además, pone en riesgo la confianza de la mujer en la matrona, lo que puede dificultar el desempeño de los dos círculos virtuosos anteriores. La filósofa Annette Baier (1995) define la confianza como el hecho de aceptar la vulnerabilidad que implica que otros puedan causar un daño a aquello que uno considera valioso —el cuerpo, el bebé— porque se juzga que no lo causarán.

Es necesario establecer un tercer círculo virtuoso (fig. 3).



Figura 3. Modelo de gestión de la calidad asistencial (elaboración propia)

Como cualquier profesional, el objetivo último de la matrona es conseguir la excelencia, es decir, ofrecer un servicio (asistencia sanitaria) de la máxima calidad posible, entendiendo la calidad en su dimensión técnica, pero también ética.

El modo de conseguir la excelencia es encontrar el encaje de cuatro éticas: personal, cívica (social), profesional (código deontológico) y de la organización. Dicho encaje requiere establecer relaciones de reconocimiento mutuo: los profesionales deben reconocerse entre ellos en sus respectivos roles, tanto en sentido vertical (entre jefes y trabajadores) como en sentido horizontal (entre compañeros).

He aquí el tercer círculo virtuoso: reconocer el rol de los otros, y ser reconocido por los demás en el propio rol, favorece el encaje de las cuatro éticas en juego, lo que facilita

la excelencia profesional. Y al mismo tiempo, cuanto más excelente uno es, más satisfacción tiene con el propio trabajo (individual y de equipo), lo que ayuda a mantener el reconocimiento de los diferentes roles y el encaje de las cuatro éticas, aumentándose así la excelencia.

4. REFLEXIÓN FINAL

El modelo de acompañamiento biopsicosocial propuesto no debe aplicarse solamente en situaciones complejas, como la de una mujer embarazada víctima de VG, sino que debería fundamentar la actitud de cualquier profesional sanitario hacia cualquier paciente, porque, como dice la enfermera Myra Levine (1971), la conducta ética no es la rectitud moral en tiempos de crisis, sino el compromiso con los demás en las interacciones diarias. Los principios éticos deberían regir no solo la gestión de las situaciones de crisis, sino todas las relaciones humanas, en tanto que relaciones entre seres vulnerables, y entre las que se incluyen las relaciones profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Josefina Goberna y al proyecto 016ACUP 00083 «Prevençió i Detecció de les Violències de Gènere durant l'embaràs: de la violència masclista a la violència obstètrica», en el cual se inscribe el presente artículo, por permitirme integrarme en la formación dirigida a matronas la cual fue el origen del presente artículo.

BIBLOGRAFÍA

- ANTONI, M.; J. ZENTNER. *Las Cuatro Emociones Básicas*. Barcelona: Herder, 2014.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. En: *Health Promotion International*. 1996, vol. 11, pp. 11-18.
- APEL, K.O. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta, 2005.
- BAIER, A. *Moral Prejudices*. Harvard: Harvard University Press, 1995.
- BEAUCHAMP, T. L.; J. F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1989.
- BENKÖ, Z.; I. MODI; K. TARKÓ (eds.). *Leisure, Health and Wellbeing. A Holistic Approach*. London: Palgrave Macmillan, 2017.
- BUSQUETS, M. La autonomía relacional. En: Boladeras, M.; J. Goberna (eds.). *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 2016, pp. 83-90.
- BUTLER, J. *Precarious life: The powers of mourning and violence*. London: Verso, 2004.
- DELGADO, J. Vulnerabilidad y fragilidad. La importancia de los vínculos. En: Boladeras, M.; J. Goberna (eds.). *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 2016, pp. 91-100.
- DRÈZE, J.; A. SEN. *India: Development and Participation*. Nueva York y Oxford: Oxford University Press, 1997.
- EMANUEL, E. J.; L. L. EMANUEL. Four models of the physician-patient relationship. En: *JAMA*. 1992, vol. 267, núm. 16, pp. 2221-2226.
- ESTÉVEZ, E. P. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de Atención Primaria de salud. En: *MUSAS*. 2017, vol. 2, núm. 2, pp. 75-01.
- GARCÍA-MARZÁ, D. *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza*. Madrid: Trotta, 2004.
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, A., et al. Aspectos bioéticos de la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contexto de violencia de género. En: *MUSAS*. 2017, vol. 2, núm. 2, pp. 40-55.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Trotta, 2010.
- HONNETH, A. *Reconeixement i menyspreu: sobre la fonamentació normativa d'una teoria social*. Barcelona: Centre de Cultura Contemporània de Barcelona, 2009.
- LEVINE, M. E. Holistic nursing. En: *The Nursing Clinics of North America*. 1971, vol. 6, núm. 2, pp. 253-264.

- LUNA, F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. En: *Jurisprudencia Argentina*. 2008, vol. 4, núm. 1, pp. 60-67.
- MARTIN, A. K.; N. TAVAGLIONE; S. HURST. Resolving the conflict: clarifying «vulnerability» in health care ethics. En: *Kennedy Inst Ethics J*. 2014, vol. 24, núm. 1, pp. 51-72.
- MORONDO, D. ¿Un nuevo paradigma para la igualdad? La vulnerabilidad entre condición humana y situación de indefensión. En: *CEFD*. 2016, vol. 34, pp. 205-221.
- NUSSBAUM, M. C. *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós, 2007.
- PUYOL, A. *Justícia i Salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*. Barcelona: Edicions Universitat Autònoma de Barcelona, 1999.
- SCHALOCK, R. L.; M. A. VERDUGO. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. En: *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 2007, vol. 38, núm. 224, pp. 21-36
- VELASCO, C. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. En: *Matronas Profesión*. 2008, vol. 9, núm. 3, pp. 32-37.

EL ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO. EMPODERAMIENTO Y VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES EN LA TOMA DE DECISIONES. ESTUDIO CUALITATIVO¹

Josefina Goberna-Tricas¹, Ainoa Biurrun-Garrido^{2,3}

Correo electrónico: jgoberna@ub.edu

1. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. ADHUC. Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. Universitat de Barcelona.

2. Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona.

3. Hospital del Mar. Barcelona.

Recibido: 24/11/2019 Aceptado: 17/01/2020



¹ La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha estado impulsada por el Proyecto de Investigación: «Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes», PGC2018-094463-B-100(MCIU/AEI/FEDER, UE). Se han reanalizado algunas de las entrevistas realizadas por la segunda autora en su tesis doctoral.

RESUMEN

Introducción

En nuestro entorno, el uso de la epidural para el alivio del dolor en el parto se encuentra muy extendido. Actualmente, se está produciendo un cambio de actitud que pretende avanzar hacia una atención menos intervencionista, ofreciendo métodos no farmacológicos para reducir el dolor antes de aplicar técnicas espinales, siempre que la mujer no haya proporcionado otras indicaciones precisas.

Objetivo

Profundizar en el proceso de toma de decisiones en relación con el abordaje del dolor en el parto para conocer los elementos de vulnerabilidad presentes en la toma de decisiones e indagar en las demandas dirigidas hacia los profesionales sanitarios.

Metodología

Estudio mediante metodología cualitativa con una perspectiva teórico-metodológica fenomenológica. La técnica utilizada para la obtención de información fue la entrevista individual semiestructurada. El estudio se llevó a cabo en Cataluña. Las participantes fueron 17 mujeres mayores de edad con embarazos de bajo riesgo.

Resultados

Tres categorías han sido identificadas tras el análisis: (a) La cumplimentación del plan de parto: una aproximación a la decisión, (b) Los fundamentos de la decisión: recursos y barreras, y (c) El abordaje del dolor en el trabajo de parto: elementos de vulnerabilidad.

Conclusiones

Las mujeres no siempre toman decisiones firmes en el momento de cumplimentar el plan de parto; las decisiones manifestadas pueden ser declaraciones de intenciones. En el momento del parto, el dolor percibido puede vivirse como una amenaza frente a la cual se sienten vulnerables. El rol de las matronas y otros profesionales sanitarios puede ayudar a la resolución de esta sensación de vulnerabilidad.

Palabras clave: parto; dolor; investigación cualitativa; plan de parto; bioética; decisiones informadas.

ABSTRACT

Introduction

In Spain the use of epidurals for pain relief during childbirth is widespread. Currently, we can observe a progressive change in attitude towards a less interventionist care and the use of non-pharmacological methods to reduce pain, unless the woman has left instructions otherwise.

Aims

To explore the decision-making process concerning pain relief methods in childbirth in order to detect the elements of vulnerability that are present in said process and examine the demands directed towards healthcare professionals.

Methodology

This study has applied a qualitative methodology with a phenomenological theoretical-methodological approach. The technique used to obtain information was the semistructured individual interview. The study was carried out in Catalonia. The participants were 17 adult women with low-risk pregnancies.

Results

Three categories have been identified after the analysis: (a) Completion of the birth plan: an approach to the decision; (b) The rationale of the decision: resources and barriers; and (c) The approach to pain in childbirth: elements of vulnerability.

Conclusions

Women do not always make firm decisions when completing the birth plan; The decisions expressed may be statements of intent. At the time of delivery, the perceived pain can be experienced as a threat that makes them feel vulnerable. The role of midwives and other healthcare professionals is to help work out this sense of vulnerability.

Keywords: Birth; Pain; Qualitative Research; Birth Plan; Bioethics; Informed Consent.

INTRODUCCIÓN

La percepción del dolor en el parto constituye un fenómeno complejo, subjetivo y multidimensional que no se construye únicamente a partir de los componentes sensoriales, sino que también comprende aspectos emocionales, motivacionales y cognitivos (Van der Gucht y Kiara, 2015).

El *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido* (Generalitat de Catalunya, 2003) indica que la utilización de analgesia durante el parto es mucho más que una indicación de tipo médico, ya que representa un índice de calidad muy importante en la prestación asistencial a la mujer embarazada. En nuestro entorno, el uso de la epidural como método de alivio del dolor en el parto se popularizó en España a finales del siglo pasado, siendo Cataluña una de las Comunidades Autónomas pioneras en la oferta de este tipo de anestesia, tanto en los centros de financiación pública como privada. En el año 2003, se realizó anestesia epidural, en Cataluña, al 82% de las mujeres que dieron a luz por parto vaginal y cesárea (Sabaté et al., 2006).

A partir de 2008, las propuestas del Ministerio de Sanidad y Consumo en la *Estrategia de Atención al Parto Normal* y, posteriormente, en el año 2010, la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* reconocen que «la atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad». Actualmente, se está produciendo un cambio de actitud y se pretende avanzar hacia una atención menos intervencionista, ofreciendo métodos no farmacológicos para reducir el dolor antes de aplicar técnicas espinales, siempre que la mujer no haya proporcionado otras indicaciones precisas.

Entre los objetivos de la *Estrategia de atención al parto normal* se encuentra la incorporación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, así como ofrecer cuidados individualizados basados en la evidencia científica, y adaptados a las necesidades de cada mujer. Con el objetivo de hacer efectiva la participación de las mujeres en la toma de decisiones durante la atención al parto, se han elaborado y promocionado los denominados «planes de parto». El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) ha desarrollado un modelo de plan de parto que se propone como guía para que cada centro asistencial desarrolle el suyo propio, de acuerdo

con sus recursos y disponibilidad. El plan de parto recoge, entre otros aspectos, la expresión del deseo de las mujeres en cuanto al método deseado para el alivio del dolor.

El reconocimiento del derecho de la mujer a cumplimentar el plan de parto y tomar decisiones relacionadas con su asistencia implica un reconocimiento del respeto al principio de autonomía en la toma de decisiones. La toma de decisiones y su resultado — las elecciones informadas— son un buen indicador de una atención centrada en la mujer que se fundamenta en un respeto a las decisiones tomadas tras un proceso de información y diálogo entre los profesionales (matronas y obstetras) y las mujeres y sus parejas.

El reconocimiento del principio de autonomía de los pacientes es un derecho reconocido y respaldado por el marco legal vigente en España mediante la Ley 41/2002, de autonomía del paciente. En el ámbito europeo, entre los años 1993 y 1998, se trabajó en la posibilidad de formular un «principalísimo europeo» que propone considerar junto al principio de autonomía los principios de dignidad, integridad y vulnerabilidad; este esfuerzo culminó en la llamada Declaración de Barcelona (2000) y a partir de entonces el principio de vulnerabilidad se incluyó en la Declaración de la UNESCO (2013) sobre bioética y Derechos Humanos tanto en Europa como en el mundo anglosajón y en América Latina. De este modo, a partir de la década de los noventa del siglo XX, el concepto de vulnerabilidad se inscribe cada vez con mayor fuerza en el ámbito sanitario.

Briscoe et al (2016) realizan un análisis del concepto de vulnerabilidad durante embarazo, parto y puerperio identificando que las mujeres se sienten vulnerables cuando experimentan una sensación de amenaza desde una perspectiva física, psicológica o social; el nivel de amenaza se expresa mediante la interacción entre la posibilidad de soluciones reparativas frente a dicha amenaza y las barreras percibidas para su resolución. El afrontamiento del dolor en el parto puede ser vivido por las mujeres como un factor de vulnerabilidad.

La matrona es el profesional de referencia en el seguimiento del embarazo normal en el Sistema Sanitario Catalán. Debido a su contacto más directo con las mujeres durante embarazo, parto y postparto, tiene un papel crucial en el proceso de información y asesoramiento del cumplimiento del plan de parto, así como en el correcto abordaje de la elección y toma de decisiones en relación con el método de alivio del dolor. Por ello, en este trabajo, nos hemos fijado como objetivo principal indagar en el proceso de toma de decisiones de las mujeres en relación con el abordaje del dolor en el parto. Además,

pretendemos profundizar en este proceso para conocer los elementos de vulnerabilidad presentes durante la toma de decisiones, así como indagar en las demandas dirigidas hacia los profesionales que darán asistencia al parto (matronas y obstetras).

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Esta investigación se realizó mediante uso de metodología cualitativa. La metodología cualitativa reconoce a la persona y a su contexto, las razones que existen detrás de los hechos y cómo las personas dan sentido a sus propias acciones. Se utilizó la perspectiva teórico-metodológica de la fenomenología (Matua, 2015) para investigar la percepción de las mujeres sobre «la toma de decisiones en relación con el método de alivio del dolor durante la atención al parto, con el fin de averiguar si se sienten vulnerables y que barreras o soluciones reparativas encuentran, así como profundizar en las demandas que dirigen a los profesionales en el proceso de toma de decisiones».

Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en Cataluña, donde existen un total de 9 regiones sanitarias que atienden mujeres durante su gestación y parto. El 99% de los partos que se asisten en este territorio se producen en el ámbito hospitalario (Escuret et al., 2015).

Participantes del estudio

Las participantes fueron mujeres mayores de edad con embarazos normales o de bajo riesgo que dieron a luz entre los años 2012 y 2014 en Cataluña. Las primeras participantes se seleccionaron gracias a contactos personales de una de las investigadoras con mujeres que habían sido madres recientemente, y gracias a la técnica de bola de nieve se amplió la búsqueda de nuevas informantes que coincidieran con criterios teóricos previamente establecidos. Se ha buscado la máxima variabilidad a partir de los siguientes criterios: edad, paridad (primíparas y multíparas), nivel de estudios (básicos o secundarios y universitarios), ámbito de residencia (zona rural o urbana), y tipo de método de alivio de dolor deseado y manifestado en el plan de parto (métodos no farmacológicos o utilización de anestesia epidural). Una vez iniciadas las entrevistas, se comprobó que el ámbito de residencia (zona rural o urbana) no daba lugar a diferencias en los discursos de las participantes. Se realizaron un total de 17 entrevistas. La saturación teórica de los datos

fijó el tamaño final de la muestra. El perfil de las mujeres entrevistadas se puede consultar en la Tabla 1. Los nombres usados en este artículo no son los reales, con el fin de proteger la confidencialidad de las participantes.

Tabla 1. Perfil de las mujeres entrevistadas

Nombre (ficticio)	Edad	Nivel Educación	Paridad	Tipo de analgesia elegida e indicada en el plan de parto	Tipo de analgesia en el parto
Delia	21	Primaria	Primípara	Método no farmacológico	Anestesia epidural
Esther	29	Primaria	Tercípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural
Susana	29	Primaria	Secundípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural
Isabel	42	Secundaria	Primípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural
Jimena	38	Secundaria	Primípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural (cesárea)
Muriel	32	Universitaria	Primípara	Método no farmacológico	Anestesia epidural
Mercedes	22	Primaria	Primípara	Método no farmacológico	Anestesia epidural
Sònia	19	Primaria	Primípara	Método no farmacológico	Anestesia epidural
Valentina	25	Secundaria	Secundípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural
Margarita	35	Universitaria	Tercípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural
Cristina	29	Universitaria	Primípara	Método no farmacológico	Anestesia epidural
Lourdes	33	Universitaria	Primípara	Método no farmacológico	Sin anestesia epidural
Vicenta	30	Secundaria	Secundípara	Método no farmacológico	Sin anestesia epidural
Rosalía	26	Primaria	Primípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural
Gisela	35	Primaria	Secundípara	Anestesia epidural	Anestesia epidural
Carolina	30	Primaria	Secundípara	Método no farmacológico	Anestesia epidural
Adelaida	39	Universitaria	Secundípara	Método no farmacológico	Anestesia epidural para cesárea

A partir de la información aportada por las primeras entrevistas, las investigadoras se pusieron en contacto con el resto de las mujeres, a las que se les explicó el objetivo del estudio, se les pidió su consentimiento para realizar y grabar las entrevistas y se les garantizó la confidencialidad de la información obtenida.

Técnica de recogida de datos

La técnica utilizada para la obtención de información fue la entrevista individual. Se contó con una guía de entrevista con el objetivo de asegurar que se respondía a todos los aspectos fijados en los objetivos planteados. Sin embargo, las preguntas no se realizaron en un orden predeterminado con el objetivo de no interrumpir las narrativas de las mujeres entrevistadas. Al inicio de la entrevista, se pidió a las mujeres que explicaran su experiencia y que indicaran qué decisiones habían tomado relacionadas con la asistencia sanitaria y el alivio del dolor. El guion de las entrevistas puede consultarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Guion de las entrevistas

Preguntas generales:

- ¿Cómo has vivido el parto? Explícame tu experiencia.
- Durante tu embarazo. ¿Cómo pensabas que iba a ser tu parto? ¿Coincidieron tus expectativas con la realidad?
- ¿Cómo te sentiste durante el parto? ¿Cómo viviste el dolor?

Preguntas específicas:

- ¿Tomaste decisiones relacionadas con el tipo de atención al parto? ¿Cuáles?
- ¿Y sobre el alivio del dolor? ¿Qué papel jugaste tú en estas decisiones? ¿Y tu pareja? ¿Y el personal sanitario? ¿Se aplicaron estas decisiones?
- ¿Dónde obtuviste la información relacionada con los métodos de alivio del dolor? ¿Habrías necesitado más información? ¿De qué tipo?
- ¿Consideras que se respetó tu intimidad? ¿Cómo? ¿Te sentiste respetada?
- ¿Cómo viviste el trato con los profesionales? ¿Puedes identificar qué tipo de profesionales te atendieron durante el parto? ¿Qué opinión te formaste? ¿Qué rol ocuparon en las decisiones y el afrontamiento del dolor?
- ¿Qué crees que te aportaron los profesionales sanitarios en las decisiones que tomaste durante la atención al parto?

La duración de las entrevistas osciló entre los 45 y los 90 minutos. Las entrevistas se realizaron en un lugar donde las participantes se sintieran cómodas; algunas en los domicilios de las mujeres, otras, en lugares públicos tales como cafeterías o salas de espera de centros de atención primaria.

Antes de empezar la entrevista, se informó a las mujeres de los objetivos del estudio, la preservación del anonimato y la confidencialidad de los datos. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y después se procedió a la transcripción de las mismas a fin de facilitar el posterior análisis. Además, se utilizó un diario de campo durante las entrevistas como instrumento de recogida de las reflexiones y observaciones de las investigadoras durante todo el proceso.

Análisis de los datos

Después de una lectura en profundidad del texto, se procedió al análisis del contenido con codificación y categorización de acuerdo con las tres fases definidas por Taylor y Bogdan (1987): En primer lugar, la fase de descubrimiento o preanálisis, en la que, después de una relectura de los datos, se procedió a una identificación preliminar de temas y a una búsqueda de temas emergentes. En segundo lugar, se pasó a la codificación, mediante la cual se identificaron las categorías, se procedió a una segmentación del texto de acuerdo con las categorías establecidas, se comprobaron los datos sobrantes y se refinó el análisis a la vista del conjunto. Finalmente, en la tercera fase, se procedió a una relativización de los datos confrontándolos con el contexto en el que se habían obtenido y comparándolos con la teoría para crear un marco explicativo. Las discrepancias que emergieron fueron consensuadas entre las dos investigadoras. Se contó con la ayuda del programa Atlas-Ti v.7.

Aspectos éticos

Este estudio cuenta con la autorización de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099) y el consentimiento informado de cada mujer. Se garantizó la confidencialidad de datos y se usaron seudónimos en las transcripciones.

RESULTADOS

Los resultados del estudio han permitido comprender la experiencia vivida por las mujeres en relación con la toma de decisiones sobre el método de alivio del dolor a lo largo del proceso del parto, identificando elementos de vulnerabilidad, así como aquellos aspectos en que la intervención de los profesionales sanitarios (matronas y obstetras) puede ayudar a superar estas situaciones.

Presentaremos esta información ordenada a partir de los tres temas identificados como centrales en el análisis: (a) La cumplimentación del plan de parto: una aproximación a la decisión, (b) Los fundamentos de la decisión: recursos y barreras, y (c) El abordaje del dolor en el trabajo de parto: elementos de vulnerabilidad.

La cumplimentación del plan de parto: una aproximación a la decisión

Todas las mujeres indican que la decisión referente a como querrán afrontar el dolor durante el parto y por qué método quieren optar para aliviarlo les compete a ellas y se sienten capacitadas para tomar una decisión informada en el momento de cumplimentar el plan de parto. Algunas de las mujeres entrevistadas afirman que desean un alivio eficaz del dolor tan pronto como sea posible y optan por pedir la anestesia epidural, como observamos en los siguientes casos:

Esther (tercípára): Sí, yo tenía claro que en este parto quería la epidural porque ya la utilicé en mi primer hijo; en cambio en el segundo no me la pusieron y lo pasé muy, muy mal.

Gisela (secundípara): Sí, sí, yo quería la epidural. Yo soy de la liga antidolor, como digo yo.

En otros casos, nos encontramos con mujeres que quieren evitar la epidural, mujeres con una alta percepción de sus propias capacidades para afrontar el dolor del parto que consideran que pueden prescindir de ayudas farmacológicas, como podemos comprobar en el caso de esta primípara:

Vicenta (primípara): Yo tenía muy claro que no quería la epidural... Bueno, yo soy una persona «muy mental» y me gusta tenerlo todo bajo control.

Un importante grupo de mujeres, a pesar de reconocer que son ellas quienes deben decidir en relación con el método usado para el alivio del dolor, reconocen que la decisión tomada en el momento de cumplimentar el plan de parto se considera como una manifestación de intenciones, una decisión provisional, que no se convertirá en definitiva hasta el momento del parto. En este sentido, son frecuentes las frases del tipo: «me gustaría», «he pensado», pero siempre considerando que será después, en el momento del parto y tras algunas contracciones cuando podrán tomar la decisión definitiva.

Rosalía (primípara): Yo, aquí, en las clases, siempre había dicho que quería probar sin epidural, aguantar, porque mi madre siempre me decía: «si nosotras hemos aguantado, tú puedes aguantar». Vale, y, lo dije: «Voy a aguantar todo lo que pueda», pero yo no me esperaba los dolores que tuve y con las contracciones... pedí la epidural

En ciertos casos, algunas mujeres incluso prefieren no elaborar el documento «escrito» de plan de parto, temerosas de que los profesionales puedan entender estas intenciones, pendientes de confirmación, como decisiones en firme. Consideran que la cumplimentación del plan de parto puede convertirlas en vulnerables frente a los profesionales. Prefieren expresar su decisión durante el trabajo de parto, dependiendo de cómo se desarrolle este. Podemos comprobarlo en el siguiente caso:

Carolina (secundípara). No quería llevar nada escrito porque después ya no puedes cambiar de opinión.

Los fundamentos de la decisión: recursos y barreras

La fundamentación en esta disparidad en la toma de posición en relación con el método de alivio del dolor debemos buscarla, fundamentalmente, en la comprensión que las mujeres elaboran en relación con el parto, así como el significado que le otorgan al dolor. Las mujeres parten de una concepción personal del significado del parto, del dolor y de su asistencia, que han integrado en su imaginario. Esta preconceitualización la han elaborado a partir de sus valores y creencias; con ello las mujeres se forman unas expectativas en relación con cómo imaginan que será su parto, cuáles son sus capacidades y qué tipo de ayuda desean o necesitan para abordar el dolor.

En el caso de las mujeres multíparas, en la toma de decisiones en relación con el método preferido para el alivio del dolor, es fundamental la propia experiencia personal.

Las mujeres que han dado a luz anteriormente tienen una idea bastante clara acerca de sus preferencias fundamentada en la experiencia vivida en los partos anteriores. Como en el caso de esta mujer que ya tenía dos hijos anteriores:

***Raquel** (tercípára): Bueno, yo ya era experta en la materia, por los otros niños que he tenido.*

La experiencia de otras mujeres de la familia también influye en el significado del dolor que la propia mujer construye. Las mujeres cercanas como madre, hermanas... son fuente común de información e influyen en la decisión a adoptar.

***Isabel** (primípara): Con mi hermana yo me sentía informada.*

Nos hemos interesado por conocer otras fuentes de información en las que las mujeres han fundamentado sus decisiones y en conocer qué importancia tiene para ellas tener información sobre los métodos de alivio del dolor. Las mujeres obtienen la información necesaria para la toma de decisiones sobre el tipo de método para el alivio del dolor de diversas fuentes. En este sentido, consideran importante a los profesionales sanitarios; la información obtenida es considerada por las mujeres entrevistadas, como buena, fiable y de calidad; tanto aquella facilitada por la matrona de atención primaria durante el seguimiento del embarazo como la obtenida en la visita parto que las embarazadas realizan en el hospital de referencia entre las 32 y 34 semanas de gestación:

***Adelaida** (secundípara): En la consulta del hospital me dieron toda la información, aquí en el ambulatorio quizás no fue tan exhaustiva, pero fue completa.*

Hemos indagado en la importancia otorgada a la información recibida en los cursos de educación maternal. En general, los cursos son bien valorados, fundamentalmente por las clases de ejercicios físicos y por poder compartir experiencias con otras mujeres, pero no tanto como fuente de información para la toma de decisiones. Un ejemplo de ello podemos observarlo en el caso de esta mujer:

***Lourdes** (primípara): Como yo ya había leído bastante, las clases me sonaban repetitivas. Lo que más me gustó fueron las clases de gimnasia con la pelota. Son clases largas, vienen a durar dos horas, pero están bien*

Incluso, en algunos casos, la reflexión posterior, durante los primeros meses del posparto, lleva a algunas mujeres a considerar que las clases de educación maternal a las que acudieron durante el embarazo no fueron suficientemente objetivas, habiéndolas inducido a pensar que el parto iba a ser más fácil de lo que luego resultó y entienden que se les ha encaminado hacia un modelo de atención que no cumple con sus expectativas. Algunas mujeres consideran que en los cursos de educación maternal, a veces, se fomentan falsas expectativas, como en el siguiente caso:

***Cristina** (primípara): En el curso de educación maternal se explicó mucho el tema del parto natural y al final piensas..., es lo que hemos de hacer, es lo mejor..., pero en cambio no se acaba de explicar bien el tema de la epidural. No me explicaron claramente cuáles eran los riesgos y las ventajas, no me dieron ninguna información escrita para que yo lo pudiera valorar tranquilamente en casa. Para mi este hubiera sido el punto más importante.*

Los medios de comunicación, fundamentalmente Internet, constituyen una potente fuente de información a la que acuden la mayoría de las mujeres entrevistadas. Esta red de información ayuda a las mujeres reafirmarse en la elección tomada:

***Isabel** (primípara): Si tenía dudas, acudía a Internet.*

Todas las mujeres entrevistadas conocen la epidural como medio de alivio del dolor, pero, en general, su conocimiento de otras técnicas o métodos no es generalizado, como en el caso de esta primípara, que comentaba:

***Cristina** (primípara): Yo solamente conocía la bañera, pero no me convencía. En la bañera no flotas. A mí me gusta mucho nadar, pero en la bañera... Ahora embarazada me muevo mal y sería incapaz de sentirme cómoda... No, no conozco ningún otro método... Quizás las pelotas, pero no me convence.*

En cambio, aquellas mujeres que se muestran muy seguras de querer una atención sin intervenciones farmacológicas suelen conocer y usar de forma habitual terapias alternativas o completarias como podemos comprobar en el siguiente caso:

***Vicenta** (primípara): Sobre todo es importante la preparación psicológica... Yo no quería cosas farmacológicas; si durante siglos las mujeres han aguantado, porque ponerse sustancias que no son necesarias... Durante el*

embarazo yo hice reiki, tomé flores de Bach... Hice de todo, pero en el parto todo ha sido todo muy fácil.

El abordaje del dolor en el proceso del parto: elementos de vulnerabilidad

Las mujeres afirman que es en el momento del parto cuando las decisiones se llevan a la práctica y cuando el soporte de los profesionales resulta fundamental. Las mujeres piden una atención personalizada, quieren que los profesionales sanitarios (matronas, obstetras y anestesistas) las informen sobre el avance del parto, colaboren con ellas, las aconsejen sobre lo que puede resultar mejor y lleguen a un consenso y respeto de las decisiones. Así fue en el caso de una primípara que comentaba:

Cristina (primípara): La matrona que me atendió, al ver que me costaba dilatar, me aconsejó la epidural, actuó como una profesional que conoce su trabajo y seguir su recomendación me fue muy bien

Algunas mujeres reconocen que las expectativas forjadas durante el embarazo no coinciden con la realidad en el trabajo de parto. Si la realidad rompe con las expectativas previas o con la decisión previamente manifestada, puede generar cierta frustración y hacer que se sientan vulnerables. Un ejemplo de ello podemos encontrarlo en el siguiente caso de una secundípara que tuvo un parto natural con el primer hijo y con el segundo aceptó una anestesia epidural debido a que se alargó mucho el periodo de dilatación, la mujer explica que «se dejó» convencer por la matrona para que le aceleraran el proceso:

Adelaida (secundípara): En el segundo, ahora me arrepiento de alguna decisión que tomé, porque fui al hospital con contracciones, todo normal... Con la niña todo había ido muy rápido y en este segundo pasé muchas horas... y el niño no bajaba, no se encajaba, yo tenía muchas contracciones, cada 5 minutos, pero no bajaba y me puse muy nerviosa... Tantas horas... Y acepté agilizar el parto, pero para agilizarlo me tenían que poner oxitocina y anestesia epidural... y en principio yo no la quería, pero al final, tuve un momento..., bueno, de debilidad... y dije bueno, que me la pongan, si me la tienen que poner..., bien, que hagan lo que quieran..., y claro esto no era lo que yo quería y ahora le doy vueltas... y pienso da igual que te doliera, debía haber aguantado un poco más porque hubiera llegado el momento en que el niño se habría encajado y habría nacido... pero bueno fue así y a mí me ha

quedado la idea de que todo fue porque yo dejé que intervinieran en este parto. Si yo hubiera dejado hacer a mi cuerpo, habría tenido un parto natural.

En este caso, la actitud de los profesionales es vista por esta mujer, en su análisis tras el parto, como una dificultad, como un aspecto negativo que la ha dejado inerme y vulnerable, ya que no le ha ayudado a cumplir con aquello que hubiera deseado para su parto. Esta frustración se manifiesta de forma más evidente en aquellas mujeres que se han posicionado firmemente en una decisión, tanto a favor como en contra del uso de epidural. En el caso de las mujeres que simplemente expresan sus preferencias, su declaración de intenciones como provisionales, confían más en el consejo de los profesionales y consideran la información y consejos recibidos durante el parto como elementos de seguridad que las refuerzan en la toma de decisiones. Incluso cuando cambian de opinión en relación con aquello manifestado en el plan de parto, estas mujeres aceptan bien el cambio si se acompaña de explicaciones y consejos de los profesionales. Esto lo podemos comprobar en el siguiente caso de una primípara que quería anestesia epidural, pero, cuando la solicitó, el expulsivo estaba muy próximo y se la desaconsejaron:

Rosalía (primípara) digo: «¿Me vais a pinchar ya?». Me miraron... Yo solo quería que me pincharan, que me pusieran la anestesia... Entró la anestesista y le preguntó a la matrona: «¿De cuánto está dilatada?» «De 8». Y dice: «Pues yo me voy» «¿Cómo que te vas?». Dice: «Mujer, es que ya no vale la pena pincharte. Piénsatelo». Dice: «Mira, mientras yo te pincho y no te pincho, has terminado de dilatar». Dice: «Yo si quieres, me quedo aquí contigo, si vemos que vas muy lenta, yo te ayudo». «Bueno, vale». Se quedó allí conmigo, y es verdad, a la media hora, me volvió a mirar y ya había dilatado.

DISCUSIÓN

Como hemos comentado, nuestro estudio ha sido realizado en Cataluña (España), donde existe una amplia cultura de uso de epidural que en los últimos años se está modificando. Sin embargo, de acuerdo con nuestros resultados, este cambio se ha forjado fundamentalmente en el ideario del ámbito sanitario, pero no ha cuajado, del mismo

modo, en el imaginario social. Muchas mujeres siguen concibiendo el parto como una situación de riesgo, un momento especialmente vulnerable y consideran que usar un potente método de alivio del dolor resulta imprescindible. En este sentido, Coxon et al. (2014) reconocen que la influencia de la familia y los amigos, así como las creencias, valores, experiencias pasadas y valores culturales tienen una influencia muy fuerte en la elección y la toma de decisiones para las mujeres durante el embarazo y el parto.

Hemos comprobado como un grupo importante de mujeres llegan al parto con dudas en relación con el tipo de método a usar para el alivio del dolor. Para ellas el plan de parto constituye solo una declaración de intenciones e incluso en ocasiones no quieren cumplimentarlo por temor a no poder cambiar de opinión. Cabe remarcar que Welsh (2014) y Aragon (2013) explican que «Plan de parto» resulta un término inadecuado, ya que un parto es algo imposible de planear. Por ello se plantean otros nombres para dicho documento tales como: «Guía para el parto» (Brauer, 2016) o «preferencias para el parto» (Whirtford, 2014; Gijon, 2016).

Existen mujeres que desean una atención con menos intervenciones farmacológicas y consideran la posibilidad de prescindir de la anestesia epidural. Sin embargo, muchas veces, esta decisión se modifica y su idea previa de «intentar» un parto «más natural» sin epidural cambia cuando llegan las contracciones. Consistente con los resultados de nuestro estudio, los datos de Lally et al. (2014) explican que a muchas mujeres les resultó difícil determinar cómo podrían realmente tomar decisiones sobre el parto cuando todavía no estaban del todo seguras de qué esperar. Withford et al. (2014) observaron que muchas de las mujeres expresaron cierta renuencia a hacer planes dada la imprevisibilidad del trabajo de parto.

Para la mayoría de las mujeres resulta fundamental el soporte de las matronas y otros profesionales sanitarios durante el parto y piden información y consejos personalizados sobre la mejor forma de abordar el parto y la mejor manera de aliviar el dolor. El modelo de «toma de decisiones compartidas» enfatiza la necesaria interrelación entre profesionales y pacientes (Nieuwvhuize, 2013). Las mujeres entrevistadas piden soporte y atención de los profesionales. Hodnett (2002) mostró en una revisión sistemática sobre «Dolor y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto» que eran cuatro los principales factores asociados con la satisfacción del parto: (1) Expectativas personales, (2) la cantidad de apoyo de los cuidadores, (3) la calidad de la relación cuidador-paciente, y (4) la participación en la toma de decisiones. Según

Hodnett, estos factores parecen ser tan importantes que anulan la influencia de la edad, el estado socioeconómico, el origen étnico, la preparación para el parto, el entorno físico del parto, el dolor, la inmovilidad, la intervención médica y la continuidad de la atención cuando las mujeres evalúan su experiencia en el parto.

CONCLUSIONES

El proceso de toma de decisiones se presenta como un viaje en el que se va forjando la decisión. Las mujeres no siempre toman decisiones firmes en el momento de cumplimentar el plan de parto; las decisiones tomadas durante el embarazo pueden ser provisionales, simples declaraciones de intenciones. En el momento del parto, el dolor percibido puede vivirse como una seria amenaza frente a la cual se sienten vulnerables. El rol de matronas y otros profesionales sanitarios puede ayudar a la resolución de esta sensación de vulnerabilidad o, por el contrario, constituir una dificultad añadida.

El imaginario colectivo en relación con el afrontamiento del dolor en el parto se ve influenciado por una tendencia social a evitar las sensaciones dolorosas mediante técnicas potentes como la anestesia epidural, que cuenta con una importante tradición en España. Para avanzar hacia un aumento en el número de mujeres que opten por métodos no farmacológicos de alivio de dolor, y que además se sientan satisfechas con ellos, se hace necesario profundizar en modelos de relación asistencial adecuados durante el proceso de toma de decisiones que comprendan buena información y una relación deliberativa.

También se hace necesaria la reflexión sobre la forma de denominar los planes de parto, así como profundizar en la formación ética y comunicativa por parte de las matronas y otros profesionales que atienden embarazo y parto para actuar como expertas consejeras sin caer en un paternalismo sino con auténtico respeto al principio de autonomía de las mujeres en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES. *Plan de parto y Nacimiento. Estrategia de atención al parto normal, Estrategia Nacional de Salud Sexual y reproductiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010.
- ARAGON, M., et al. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. En: *J Obstet Gynaecol Can*. 2010, vol. 35, núm. 11, pp. 979-985.
- BRAUER, S. Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. En: *Med Health Care Philos*. 2016, vol. 19, núm. 1, pp. 45-54.
- BRISCOE, L., et al. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. En: *Journal of Advanced Nursing*. 2016 (junio), pp. 2330-2344
- COXON K.; J. SANDALL; N. J. FULOP. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. En: *Health, Risk & Society*. 2014, vol. 16, núm. 1, pp. 51-67,
- ESCURIET-PEIRO, R., et al. Impact of maternity care policy in Catalonia: a retrospective cross-sectional study of service delivery in public and private hospitals. En: *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2015, vol. 15, núm. 23.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.
- GIJÓN, N. Plan de parto: nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios. En: *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2016, vol. 1, núm. 2, pp. 35-51.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. JEFATURA DE ESTADO. Ley 41/2002, De 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de información y documentación clínica. En: *BOE*. 2002, vol. 274. Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188.
- HODNETT, E. D. Pain and women's satisfactions with the experience of childbirth: a systematic review. En: *Am J Obstet Gynecol*. 2002, vol. 186, núm. 5, pp.160-172.
- INTERNATIONAL BIOETHICS COMMITTEE. *The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity: Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC)*. Paris: UNESCO, 2013.

- LALLY, J. E., et al. Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. En: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014, vol. 6.
- MATUA, G. A. Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. En: *Nurse Researcher*. 2015, vol. 22, núm. 4, pp. 30-34.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estrategia de atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y de Consumo, 2008.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010
- NIEUWENHUIJZE, M.; L. K. LOW. Facilitating women's choice in maternity care. En: *J Clin Ethics*. 2013, vol. 24, núm. 3, pp. 276-282.
- RENDTORFF, J. D. y P. KEMP. *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw (Vol I: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability)*. Barcelona: Center for Ethics and Law, Copenhagen – Instituto Borja de Bioética, 2000.
- SABATÉ, S., et al. Anestesia obstétrica en Cataluña. En: *Medicina Clínica*. 2006, vol. 126, núm. 2, pp. 40-5.
- TAYLOR, S. J.; R. BOGDAN. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. L'Hospitalet de Llobregat: Paidós, 1987.
- VAN DER GUCHT, N.; K. LEWIS. Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. En: *Midwifery*. 2015, vol. 31, núm. 3, pp. 349-358.
- WELSH, J.; A. G. SYMON. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. En: *Midwifery*. 2015, vol. 30, núm. 7, pp. 885-891.
- WHITFORD, H., et al. Use of a birth plan within woman held maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. *Birth*. 2014, vol. 41, núm. 3, pp. 283-289.

MUJERES COMpositoras: UN ENFOQUE PEDAGÓGICO SOBRE CÓMO PRESENTAR AL ALUMNADO DE SECUNDARIA REFERENTES FEMENINOS. EL CASO DE ETHEL SMYTH

Sandra Soler Campo¹; Magdalena Alegret Pampols¹.

Correo electrónico: sandra.soler@ub.edu

1. Universidad de Barcelona – Departamento didácticas aplicadas (música).

Recibido: 23-8-2019 Aceptado: 26-11-2019



RESUMEN

Durante los diferentes periodos históricos las mujeres han tenido pocas oportunidades de desarrollarse personal y laboralmente dentro de la música. Cuando hablamos concretamente de música clásica, son escasos los referentes femeninos en el ámbito de la composición, la interpretación de ciertos tipos de familias de instrumentos (fundamentalmente viento, metal y percusión) y la dirección orquestal. A lo largo de la historia, a menudo se permitía que las mujeres se formaran como músicos amateurs, pero no como profesionales. Aunque el sexo masculino ha asimilado progresivamente el hecho de compartir las tareas del hogar durante el último cuarto de siglo, la mujer continúa asumiendo la carga principal. A modo de ejemplo, en el periodo Renacentista, las mujeres tuvieron que lidiar con un conjunto de estereotipos sexuales en torno a la práctica de ciertos instrumentos musicales. La siguiente propuesta didáctica pretende introducir a los alumnos de educación secundaria la figura de la mujer compositora y directora de orquesta. Dicha propuesta girará en torno a la figura de Ethel Smyth. Para ello se ha utilizado una metodología activa y cooperativa y materiales como ordenadores con conexión a internet y material tangible. Los resultados han sido muy positivos, llegando a realizarse actividades competenciales y transversales y fomentando el espíritu crítico de los alumnos.

Palabras clave: mujeres; música; estereotipo; educación; sociedad.

ABSTRACT

In the past women have had few opportunities to develop personally and work within the field music. When we talk specifically about classical music, there are few female references in the field of composition, the interpretation of certain types of instrument families (fundamentally brass and percussion) and orchestral conducting. Throughout history, women were often allowed to train as amateur musicians but not as professionals. Although the male sex has progressively assimilated the sharing of household chores over the last quarter century, women continue to assume the main burden. For example, in the Renaissance period, women had to deal with a set of sexual stereotypes surrounding the practice of certain musical instruments. The following didactic proposal aims to introduce secondary school students to the figure of the female composer and conductor. This proposal will revolve around the figure of Ethel Smyth. For this purpose, an active and cooperative methodology has been used, as well as materials such as computers with an internet connection and tangible material. The results have been very positive, reaching competency and transversal activities and encouraging a critical spirit in the students.

Keywords: Women; Music; Stereotype; Education; Society.

INTRODUCCIÓN

Si hojeamos las páginas de cualquier libro de historia de la música, fácilmente podría asumirse que tan solo los hombres han compuesto música o se han subido a los escenarios a interpretarla y/o dirigirla. Desde el Renacimiento pasando por los periodos Barroco, Clásico o Romántico, ha habido multitud de creadoras que tuvieron un talento similar al de sus iguales masculinos. Sin embargo, por el hecho de ser mujer, se les impidió continuar con el aprendizaje y formación musical, relegándolas a lo que era propio de una mujer: formar una familia y cuidar de ella.

Hasta el siglo XX estaba mal visto que las mujeres tocaran el violoncelo porque se coloca entre las piernas. Los instrumentos grandes (a excepción de los de salón: arpa y piano) son coto de los intérpretes masculinos. [...]. Además del tamaño, el timbre importa. Lo grave está asociado a lo masculino y lo agudo a lo femenino. La sección de cuerdas es siempre la más feminizada. En especial el violín.... En el viento soplan aires diversos: sólo la flauta tiene un 40% de mujeres intérpretes. No es un asunto de capacidad pulmonar. (Noya, 2010).

En la percusión, los porcentajes todavía son más sorprendentes, ya que, según este estudio, tan sólo un 2% de percusionistas son mujeres (Noya, 2010).¹ Se esperaba que las mujeres cultivaran instrumentos *femeninos*. Por ello, la mayor parte de mujeres intérpretes se dedicaron al estudio de instrumentos de teclado como el piano o el clavecín que sí estaban bien vistos y cuya posición era muy femenina y adecuada. El laúd y el violín también fueron aceptados durante las épocas del Renacimiento y del Barroco, y el arpa y la guitarra lo fueron en los períodos Clásico y Romántico. Por otra parte, también hubo muchos instrumentos que fueron considerados *masculinos*, sobre todo la familia de los de viento metal, los de percusión y los de cuerda de mayores dimensiones.

Uno de los primeros es el llevado a cabo por la pedagoga Lucy Green. Se trata de su obra *Music, Gender, Education* (1977). En dicho manual, la autora explica cómo algunos instrumentos son interpretados de modo usual por mujeres (siempre dentro de sus hogares, nunca exponiéndose en público). Un claro ejemplo son los instrumentos de

¹ Cf. Porqueres, Beatriz. Perspectivas históricas de la situación de las artistas. En: Arte, Individuo y Sociedad. 1998, vol. 8, pp. 199-212.

teclado como el piano. Su manera de sentarse ante él, la manera recatada de tocar este tipo de instrumentos. A lo largo de muchos años, la mujer ha interpretado instrumentos de teclado para acompañar a un/a cantante, puesto que el piano, expone Green, es un instrumento con el que podemos interpretar invenciones a dos partes, arreglos sinfónicos. Además, nos permite interpretar melodías, armonías o contrapunto, etc., siendo indispensable para el entretenimiento en el hogar.

Con el auge de los conservatorios en el siglo XIX, el número de mujeres que pudo prepararse para acceder a carreras profesionales y musicales aumentó dramáticamente. A finales del XIX, algunos conservatorios como el *Royal College of Music* de Londres y el *Boston Conservatory of Music* empezaron a aceptar a mujeres en sus programas de estudio. Esto fue un gran logro y avance para la mujer, y un gran impulso para que esta pudiera aparecer en la esfera pública. Por ello, a medida que avanzaba el siglo, las mujeres pudieron asistir a clases de teoría y composición en la mayoría de las instituciones. Entre 1880 y 1920, el número de mujeres que componían y actuaban en escenarios aumentó drásticamente. Por otra parte, el hecho de que, entre finales del XIX hasta los años 30 del XX, tanto en Europa como en los Estados Unidos, hubiera la posibilidad de poder tocar en orquestas y se programara muchos conciertos supuso también un gran salto para aquellas mujeres que querían hacer de la interpretación su *modus vivendi*. Desde 1920, en adelante, las mujeres han continuado luchando para obtener la aceptación en el campo de la composición y la interpretación.

En este sentido, se puede afirmar que el hecho de que el número de mujeres compositoras sea reducido se debe en gran parte a la falta de referentes femeninas. Al no hacerse pública la mayor parte de la obra de estas mujeres, ni considerarse un hecho normal que ellas subieran al escenario o presentaran sus obras en teatros y salas de conciertos, esta situación marginal se continuó perpetuando. Al no reconocerse el trabajo de estas mujeres, sus obras no llegaron a formar parte del canon de obras clásicas que todavía en la actualidad continúa programándose en las salas de conciertos temporada tras temporada, es decir, el conjunto de obras de compositores clásicos que cualquier persona (aunque no posea grandes conocimientos musicales) reconoce: Mozart, Beethoven, Bach, Schubert, Brahms, Haydn, Wagner, Chopin, Vivaldi, entre otros.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Patricia Adkins Chiti, presidenta de la Asociación de Mujeres en la Música (fundación que recibe el mismo nombre *Fondazione Adkins Chiti - Donne In Musica*), expuso el pasado 2003 una serie de quejas y/o obstáculos vivenciados por varias compositoras con las que había conversado. Algunos de ellos fueron:

Las mujeres compositoras soportan la discriminación/ la envidia por parte de compositores — hombres que son directores artísticos.

Las mujeres creadoras de música no están aún incluidas en los libros usados por los estudiantes de música, y los cursos sobre las mujeres y la música no forman parte de los currículos de las escuelas y universidades. El programar depende de la adulación y las mujeres no tienden a ello o no pueden arreglárselas para hacerlo. (Adkins, 2003)

Las aportaciones de Patricia Adkins reflejan la realidad en la que se encuentran muchas de nuestras mujeres compositoras. Dado que en las programaciones la mujer es invisible o bien su presencia es prácticamente inexistente, se continúan manteniendo (e incluso acentuando) las diferencias por razón de sexo. Debido a esta problemática, algunos países como Reino Unido han empezado a aplicar leyes que parece están siendo efectivas, llegando a la conclusión de que en los principales teatros del país existía un predominio de representaciones y material escrito por hombres. Con el fin de promover la igualdad de género, una decena de los principales teatros ingleses ha incluido en sus programas un mayor porcentaje de obras escritas por mujeres (Leeuwen, 1993).

El *canon de obras*² representadas en los teatros y salas de conciertos, apenas varía en las programaciones de cada temporada. Año tras año se interpretan prácticamente las mismas óperas, sinfonías, conciertos, aunque por diferentes agrupaciones musicales. Esto impide el acceso a nuevos repertorios creados por jóvenes compositores (de ambos sexos). Este canon de obras es ampliamente conocido por el público, el cual muchas

² El canon es la norma que produce la hegemonía político-social y que genera categorías binarias de desigualdad: dentro/fuera; masculino/femenino; alta/baja cultura, etc., estableciendo una estructura de dominación, exclusión y marginación sobre lo que no está aceptado como norma. Destruir esta concepción del canon obliga a modificar la estructura y a construir nuevas perspectivas sobre la definición, análisis e interpretación de lo artístico.

ocasiones no comprende la música contemporánea o simplemente prefiere otras obras musicales más conocidas y/o a las cuales sus oídos estén acostumbrados (Citron, 2000).

La musicóloga feminista Marcia Citrón (1993) expone en su obra *Gender and the Musical Canon* que el canon se ha mantenido en la enseñanza mediante la estandarización de las prácticas pedagógicas en los conservatorios, la selección del repertorio culto desde el criterio eurocéntrico y burgués donde solo se realiza la historia de la música de los grupos dominantes, ignorando el resto. De este modo, se ordena la Historia de la música cronológica y geográficamente, seleccionando los principales acontecimientos aislados de acuerdo con la existencia de ciertos compositores considerados genios o productores de obras de arte, y generando el concepto de estilo que ha dirigido la práctica interpretativa y pedagógica hasta nuestros días.

Por otra parte, los diferentes libros de texto que utilizan diariamente los alumnos en las aulas de colegio, institutos, universidades, conservatorio, que no contemplan el tema de la mujer compositora, son sin duda alguna un factor que perpetúa el estereotipo de que todos los compositores que ha habido a lo largo de la historia y los que hay en la actualidad son hombres. Además, la mayoría de los libros que podemos encontrar en las estanterías de las bibliotecas o librerías no contemplan la producción musical femenina (Díaz, 2004). No obstante, se están llevando a cabo durante los últimos años concursos, premios, ponencias, festivales—como por ejemplo el Festival SON o el Festival COMA—donde las nuevas generaciones de compositores, tanto masculinos como femeninos, han podido mostrar al público sus creaciones.

CUERPO DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente, el número de obras compuestas por mujeres que se programan en auditorios y salas de concierto, como se ha comentado, es escaso. A pesar de ello, cabe destacar que, además de las citadas acciones de mejora, existen también grupos de trabajo en algunos conservatorios del país que procuran que las composiciones contemporáneas femeninas se integren en las aulas.

Durante la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) nos encontramos con alumnos adolescentes que están en un momento vital en el cual el cerebro continúa estableciendo muchas y nuevas conexiones, aunque prioriza especialmente las

conexiones neuronales entre zonas distales. Ello facilita asumir aprendizajes más conceptuales.

El adolescente busca situarse en el mundo, encajar de la mejor manera posible y es una de las funciones de la ética. Es necesario que los centros educativos ofrezcan elementos de reflexión y faciliten momentos para ello. Durante este periodo vital de crecimiento madurativo, de interacción o paidocéntrico, la gestión y el control emocional son de suma importancia para lograr un aprendizaje verdaderamente constructivo.

La música permite sugerir reflexiones y argumentos aplicables a situaciones contemporáneas y gracias a ella podemos activar nuestra parte emocional e intelectual. El desarrollo de la reflexión y el pensamiento crítico mediante la resolución de conflictos también está argumentado en autores como Willingham, quien expone que «encontrar soluciones proporciona placer y sensación de satisfacción cuando se obtienen resultados» (Willingham, 2010). Por otra parte, Bain (2003) añade « que el hecho de hacer preguntas especialmente si son provocadoras incitan a la reflexión». Todo esto nos lleva al concepto de conocimiento significativo o profundo como «aquél que implica repensar los conocimientos de partida a partir de una nueva información que puede provocar un saludable cambio de modelo mental, en cuanto se supera el trauma emocional que implica cambiar ideas preestablecidas» (Bain, 2003).

El modelo de interacción está centrado en el alumno, el cual interviene activamente en el desarrollo de la clase y, por lo tanto, es un modelo biunívoco, donde la comunicación se establece tanto en la dirección profesor-estudiante cómo en sentido contrario. Es también un modelo capaz de crear un entorno educativo que, además de ameno, sea facilitador del aprendizaje auténtico y profundo. Es decir, que permita lograr la comprensión y el dominio de cualquier tema a fondo, trabajándolo en todos sus aspectos y desde puntos de vista diferentes. Como vemos, en cualquier proceso educativo hay una interacción entre tres elementos: el profesorado, el alumnado y el contenido académico. En función de cómo se combinen resultará una mayor o menor calidad en la enseñanza.

El sistema de conocimiento-aprendizaje interactivo, actualmente considerado el más idóneo para cualquier de las etapas educativas, lo podemos considerar como un programa enfocado hacia un desarrollo del alumno tanto en el plan intelectual como en el personal. Se trata de fomentar una educación basada no tanto en la acumulación de información sino en una formación integral del alumno. Esto comporta una serie cambios

significativos en los mecanismos de conocimiento asociados a la maduración personal, poniendo en entredicho los conceptos previos de interpretación de la realidad y comparándolos con nuevos conceptos que mejoren los anteriores o los sustituyan. Se trata de salvar conflictos entre lo que sabemos y lo que aprendemos, venciendo la resistencia innata al riesgo y al cambio, de forma que todo ello suponga un cambio en positivo hacia nuevos esquemas mentales asociados al nuevo conocimiento atendido. Todo ello, dando por sentado que estamos ante un conocimiento profundo, no superficial, que atiende al sentido y significado de las cosas. Un conocimiento hecho a base de reflexión y razonamiento, que domine la abstracción y sea capaz de integrar varias partes para construir un todo que, a su vez, tenga una aplicación a futuras e hipotéticas situaciones en el entorno vital. En el ejemplo que se describe a continuación, la mujer compositora rompe moldes y, como ente pensante, está plenamente implicada en su entorno.

El aprendizaje implica emoción. La finalidad de este arte es suscitar una experiencia estética en el oyente (en este caso el adolescente), y expresar sentimiento, circunstancias, pensamientos o ideas es un estímulo que afecta el campo perceptivo del ser humano. La neurociencia ha demostrado que el cerebro no percibe aprendizajes sin carga emotiva; si no los vive como necesarios para la supervivencia, tiende a ignorarlos. Los aprendizajes transversales tienen más impacto en el cerebro que los que son muy concretos y restringidos. El cerebro no funciona de manera parcelada sino integrada y cuantos más aspectos diferentes integre un aprendizaje más significativo será globalmente y lo recordaremos y utilizaremos de mejor modo (ver gráfico 1).

Las redes neuronales que implican un aprendizaje se forman sobre redes preexistentes que ya contenían elementos parecidos. La primera consecuencia es que cuantos más conocimientos, cuanto más complejas sean las redes, cuanto más relacionadas estén unas con las otras a través de aprendizajes transversales, más fácil será integrar conceptos nuevos. En este caso:

Un himno (influencia sentimental, carácter):

- Interpretación con flauta (interviene: descifrar lenguaje musical con un motivo concreto; desarrollo motriz en la digitación y soplo del instrumento).
- Investigación histórica del entorno social y cultural (uso de las TIC).
- Figura y trayectoria vital de la compositora.
- Comentario de las críticas sexistas de su obra.



Figura 1. Aprendizajes transversales. Gráfico de elaboración propia

MATERIALES Y MÉTODO

Esta propuesta pedagógica se ha llevado a cabo durante el segundo trimestre del curso 2018/19 en un Instituto público de la ciudad de Barcelona. Se ha pretendido incluir la igualdad de género en el currículum del tercer curso de educación secundaria dentro de la asignatura de música.

Se ha utilizado una metodología activa. Todas las actividades que se han planteado sitúan al alumno en el centro de su propio aprendizaje. Así, también se ha usado una metodología cooperativa, haciendo de este modo hincapié en las relaciones inter e intrapersonales de los alumnos, teniendo en cuenta su crecimiento social, cognitivo y espíritu crítico.

Considerando que las expresiones artísticas son documentos históricos que facilitan la interpretación y comprensión de una época y/o periodo histórico, en esta propuesta pedagógica realizada desde la asignatura de música se ha concedido importancia al contexto donde se ha desarrollado la composición de mujeres y hombres músicos. De este modo, se normaliza la presencia de mujeres músicos en las clases de historia de la música. Esta es una propuesta de cómo se ha presentado la figura de Ethel Smyth (figura 2).

Se ha realizado durante cuatro sesiones de una hora de duración cada una. Algunas de ellas en el aula ordinaria y otras, en el aula de informática. Los sujetos y agentes activos de esta propuesta han sido 90 alumnos de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

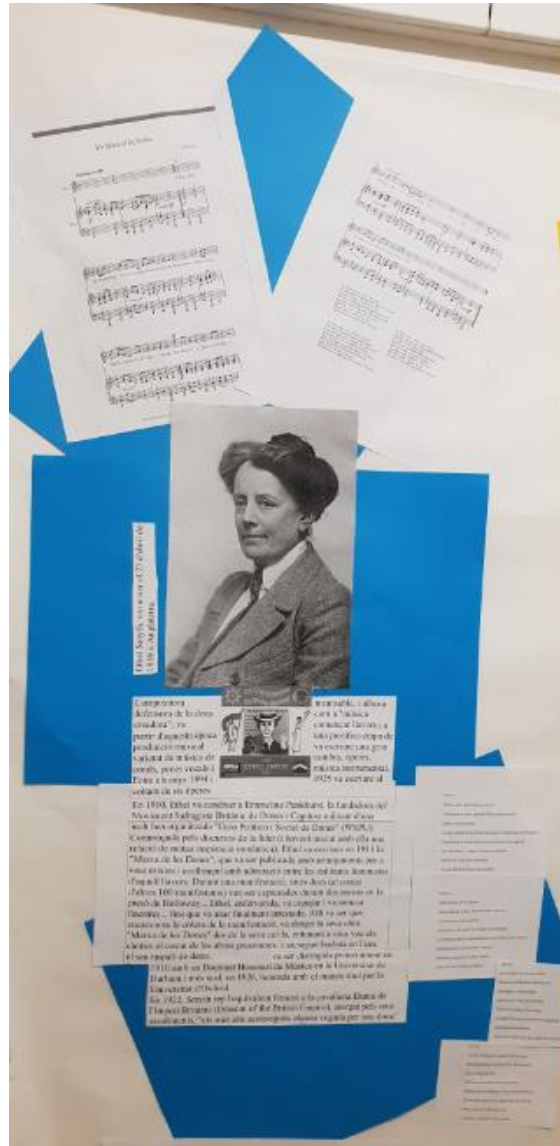


Figura 2. Collage de la vida, obra y retrato de Ethel Smyth.

OBJETIVOS

- Analizar la relación y el efecto de la música como medio conductor de la sociedad hacia un estado de reflexión que permita al alumno/a sentir y, por qué no, discernir entre lo que está bien y lo que está mal.
- Conocer mujeres músico de nuestra historia de la música.
- Identificar y debatir acerca de por qué han quedado en el olvido estas mujeres.

RESULTADOS

Actividades iniciales

Presentamos una partitura como enigma a resolver: La marcha de las mujeres de Ethel Smyth (Figura 3)

- Llegamos al contenido a través del sonido:

1. Shout, shout,
2. Long, long,
3. Com - rades,
4. Life, strife,

up with your song! Cry with the wind, for the dawn is break - ing.
we in the past, Co - wer'd in dread from the light of Hea - ven.
ye who have dared. First in the bat - tle to strive and sor - row.
these two are one! Naught can ye win but by faith and dar - ing.

March, march, swing you a - long. Wide blows our ban - ner and
Strong, strong stand we at last. Fear - less in faith and with
Scorned, spurned, naught have ye cared, Rai - sing your eyes to a
On, on, that ye have done. But for the work of to -

hope is wak - ing. Song with its sto - ry, dreams with their glo - ry,
sight new giv - en. Strength with its beau - ty, life with its du - ty,
wi - der mor - row. Ways that are wea - ry, days that are drear - y,
day pre - pa - ring. Firm in re - li - ance, laugh a de - fi - ance,

Lo! they call and glad is their word. For - ward!
(Hear the voice, oh, bear and o - bey). These, these
Toil and pain by faith ye have borne. Hail, hail,
(Laugh in hope, for sure is the end). March, march,

hark how it swells, Thun - der of free - dom, the voice of the Lord!
bec - kon us on, O - pen your eyes to the blaze of day!
vic - tors ye stand, Wear - ing the wreath that the brave have worn!
ma - ny as one, Shoul - der to shoul - der and friend to friend!

Figura 3. Fragmento partitura *La marcha de las mujeres* de Ethel Smyth.

Es suficientemente sencilla para ser interpretada con el instrumento que utilizamos en el aula.

- ¿Cómo es la melodía?
- ¿Qué carácter tiene?
- Reflexionaremos si tiene aire de balada, marcha, nana...
- ¿Es alegre? ¿Triste?

Cuando descubran que es una marcha intentaremos averiguar cuál es el motivo, tema, traduciendo el texto que está en inglés.

«La marcha de las mujeres»

Ahora la partitura ya tiene autora y título y buscaremos información sobre la compositora y su entorno histórico y sociocultural. A continuación, visualizaremos un video con imágenes de la época mientras suena la *Marcha de las mujeres*.³ El himno de batalla de las sufragistas fue compuesto por Ethel Smyth (1858-1944). La compositora, que ya había ganado el reconocimiento y había compuesto sinfonías y obras corales, se unió durante dos años a la Women's Social and Political Union con el objetivo de luchar por el derecho a voto de la mujer. Durante este periodo abandonó su carrera musical.

The March of the Women (1911) se convirtió en el himno emblemático del movimiento sufragista de las mujeres en todo el Reino Unido. El 23 de marzo de 1911 la marcha fue representada en la Sala Albert Royal dirigida por Emmeline Pankhurst, una de las fundadoras del movimiento sufragista, quien con una batuta condujo al conjunto de mujeres para cantarlo. Smyth fue una activa promotora de la canción entre todas las afiliadas al WSPU y estuvo además intensamente comprometida con las causas de índole social. En su autobiografía titulada *Impressions That Remined*, la compositora expone:

Porque he dirigido mis propias óperas y me gustan los perros ovejeros, porque generalmente visto tweeds y acostumbro a ir a conciertos por la tarde, donde también he dirigido algunos, porque era un militante sufragista y aproveché la oportunidad de marcar el tiempo de «La marcha de las Mujeres» desde la ventana de mi celda en Holloway Prisión con un cepillo de dientes; porque he escrito libros, discursos, y no siempre me aseguro de llevar el sombrero recto sobre la cabeza, por estas y otras razones igualmente pertinentes, en cierto sentido soy muy conocida (Smyth, 2008).

³ Disponible en: [//youtu.be/LCtGkCg7trY](https://youtu.be/LCtGkCg7trY).

Comentario colectivo de las críticas históricas después de oír un fragmento de la ópera *Der Wald* de Ethel Smyth

La prensa de Nueva York comentó:

Significa simbolismo, pero la audiencia metropolitana de anoche no descubrió nada excepto la muerte de un cazador furtivo.

En cualquier caso, a pocos críticos de Nueva York les gustó la ópera, pero a muchos les impresionó la habilidad técnica de Smyth. Si la música evidenciaba «feminidad» era un asunto de no poco desacuerdo.

El esquema armónico de la Srta. Smyth es elaborado, magistral y convincente. Tiene un excelente sentido del color del tono y una forma hábil y segura de aplicarlo. No teme usar el metal y las cuerdas pesadas, su clímax es muy fuerte. Desarrollado, y sus pasajes *fortissimo* son de gran calidad y cuerpo⁴

Actividades de desarrollo

Más propuestas de actividades a realizar con los alumnos a cerca de los contenidos trabajados son las siguientes:

- Fórum sobre la lucha de las mujeres y cómo se consiguió el derecho al voto. Visualización del vídeo de la historia de las sufragistas
- A raíz de conocer su vida y aportaciones relevantes, reflexionaremos si actualmente es conocida y lo compararemos con otros artistas coetáneos.
- Realización de manera cooperativa de una línea cronológica de su vida y obra. (Figura 4).
- Comentario de las diferentes críticas a la obra de Ethel por parte de la prensa.

4 Críticas extraídas de los archivos de la Metropolitan Opera. Ver: archives.metoperafamily.org/imgs/DerWald.htm

- Elaboración de un juego de preguntas y respuestas colaborativo utilizando programas como PowerPoint, Prezzi, etc. (figuras 5 y 6).

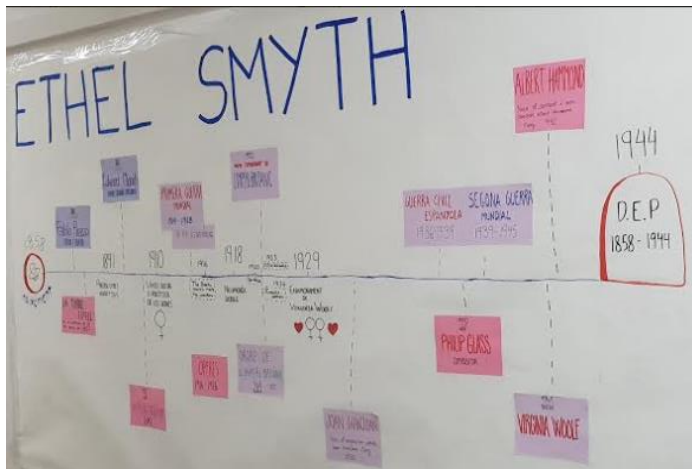


Figura 4. Mural línea cronológica vida y obra de Ethel Smyth



Figura 6. Juego de preguntas biografía Ethel Smyth



Figura 5. Ejemplos de respuesta correcta e incorrecta

CONCLUSIONES

Debemos conocer e intentar entender qué ha podido pasar para que trabajos singulares reconocidos en un determinado momento se diluyan con el paso del tiempo igual que el nombre de sus compositoras. Para que esto no se repita y ocupen su lugar en la memoria colectiva, ¿qué se debería hacer? Creemos que es indispensable como docentes dar a conocer el trabajo olvidado de mujeres, normalizando su presencia y en este caso sus aportaciones a la historia de la música. En este ejemplo, los alumnos pueden conocer en profundidad el trabajo de una mujer comprometida y reivindicativa.

Los cambios que deben realizarse han de partir de la base del problema. Es decir, no es suficiente con dar visibilidad a una mujer música un día concreto del año. Creemos que en la adolescencia es un buen momento para introducir la figura de mujeres en la normalidad del conocimiento de su obra del mismo modo que utilizamos las obras de hombres compositores cuando estudiamos los diferentes periodos de la historia de la música. Se trata de normalizar la presencia de ejemplos femeninos como documentos históricos que ayuden a entender una determinada época.

El panorama en que se encuentra la mujer compositora en la actualidad no es muy favorecedor. Grupos musicales de mujeres que ven cómo son contratadas cuando se celebra el día de la mujer pasando después a ser ignoradas por todas las programaciones. Por lo tanto, no es de extrañar que, en los conciertos de auditorios, teatros, salas de conciertos, la presencia de obras compuestas y/o dirigidas por mujeres sea escasa o prácticamente nula.

Las prácticas de mentalidad inmovilista no facilitan en absoluto este proceso de inserción de la mujer artista en la sociedad y el mundo laboral. Por ello, insistimos en que la sociedad no debe obstaculizar el camino, sino avanzar en términos de igualdad. Es imprescindible y necesario que los mecanismos y políticas culturales que tengan en cuenta la igualdad de género se lleven a la práctica en su totalidad y se apliquen las medidas de acción positiva que tales leyes propugnan.

Es necesario que las mujeres tengamos un imaginario que nos refleje y nos dé legitimidad a nuestras vivencias, sentimientos y aspiraciones en los diferentes ámbitos. Como afirma la cantautora de pop/rock española Christina Rosenvinge: «Una de las causas del desequilibrio es la escasez de figuras femeninas en las que inspirarse». Rosevinge fue la encargada de escribir el prólogo del libro recién publicado del periodista

musical Toni Castarnado *Mujer y Música: 144 discos que avalan esta relación* (2011, donde añade que:

El primer impulso de un chico que se cuelga la guitarra es imitar a su ídolo. Hay abundancia de talento masculino del que aprender y la historia se ha contado exhaustivamente desde ese lado, pero el arquetipo cultural no ha diferido mucho del social y a las mujeres les ha tocado un papel que no incluye llevar la voz cantante en ningún sentido.

Existe en la opinión pública la idea de que la cultura es hoy en día igualitaria en lo que a género se refiere. Se cree que existe una mayor igualdad entre la juventud que está realizando sus estudios universitarios, pero la realidad es completamente diferente. A pesar de ser muchas las mujeres que inician sus estudios a nivel universitario, cuando se trata de estudios superiores (postdoctorado, cátedras...), se observa que van disminuyendo en número.

Para finalizar, creemos fervientemente que para cambiar actitudes hay que ampliar la visión y normalizar la presencia de la mujer en todos los ámbitos.

BIBLIOGRAFÍA

- BAIN, Ken. *El que fan els millors professors universitaris*. València: Publicacions de la Universitat de València, 2006.
- BAYONA, Pilar. *Pilar Bayona: 30 miradas*. Madrid: Libros Del Innombrable, 2009.
- BUENO, David. *Neurociència per educadors*. Barcelona: Associació de Mestres Rosa Sensat, 2017
- CASTARNADO, Toni. *Mujer y Música: 144 discos que avalan esta relación*. Barcelona: Editorial 66 rpm, 2011.
- PATRICIA, Adkins. La mujer como compositora. Rol actual. En: *Revista de artes* (online). 2003. Disponible en:
<www.revistadeartes.com.ar/revistadeartes12/atkins-chiti.html>.
- CITRON, Marcia. *Gender and the Musical Canon*. Illinois: University of Illinois Press, 2000.
- COLLIS, Louise. *Impetuous Heart: The Story of Ethel Smyth*. London: W. Kimber, 1984.
- CRAWFORD, Elizabeth. *The Women's Suffrage Movement: A Reference Guide, 1866-1928*. London: Routledge, 2001.
- DÍAZ, Maravillas. Enseñar música en el siglo XXI. En: Giráldez, Andrea (ed.). *Didáctica de la música en primaria*. Madrid: Síntesis, 2004.
- GREEN, Lucy. *Music, Gender, Education*. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.
- LEEUEWEN, Theo. *Speech, Music, Sound*. London: McMillan, 1999.
- SMYTH, Ethel. *Impressions that Remained—Memoirs of Ethel Smyth*. Brousson New York: Knopf, 2008
- WILLINGHAM, Daniel. *Per què als nens no els agrada anar a l'escola? Les respostes d'un neurocientífic al funcionament de la ment i les seves conseqüències a l'aula*. Barcelona: Editorial Graó, 2011.