



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2012/2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Estudio diagnóstico de la educación prenatal
en el Área Sanitaria de Ferrol**

Alba María Señor López

Julio 2013

Tutora: María Jesús Movilla Fernández

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar las gracias a los participantes en este estudio sin los cuales el mismo no tendría sentido. A las participantes y acompañantes por permitirme ser participe de uno de los cambios más importante es sus vidas. A las matronas por facilitarme la entrada en su ámbito de trabajo ayudándome en todo momento en el acceso al campo de investigación.

A la persona que me ha guiado todo este tiempo, la Doctora Dña. María Jesús Movilla Fernández, porque desde el principio confió en mi idea y me ayudó a materializarla, sin perder la paciencia al intentar concienzarme de mis errores, gracias.

A mis amigas por esas reuniones en donde nos desahogábamos hablando del TFG, y en especial a Marta Vázquez Vila por sus clases de Word.

Sin olvidarme de mi tutora de Practicum, Dña. Pilar Caamaño Maroñas que desde su experiencia profesional e investigadora, me proporcionó todas aquellas herramientas para el desarrollo de mi Trabajo Fin de Grado.

<u>Índice de Tablas</u>	<u>Pág.</u>
Tabla I: Relación de puestos de profesionales en el Centro A	12
Tabla II: Relación de puestos de profesionales en el Centro B.....	13
Tabla III: Criterios inclusión y exclusión embarazadas.....	14
Tabla IV: Criterios inclusión y exclusión de los acompañantes.....	15
Tabla V: Criterios inclusión y exclusión de las matronas.....	15
Tabla VI: Comparación asistencia Centro A vs Centro B.....	27
Tabla VII: Características de las salas del Centro A y Centro B.....	29
Tabla VIII: Comparativa de los contenidos de las sesiones.....	30
Tabla IX: Variabilidad de contenidos.....	32
Tabla X: Mapa de categorías de significados	42

<u>Índice de Anexos</u>	<u>Pág.</u>
Anexo I: Check-list de recogida de datos	51
Anexo II: Entrevista no estructurada.....	52
Anexo III: Informe del Comité Ético de Investigación de Galicia	53
Anexo IV: Consentimiento informado.....	54
Anexo V: Informe de aclaraciones del Comité Ético de Galicia.....	55

Índice	Pág.
1. Resumen/ Abstract	1
2. Introducción	5
2.1. Antecedentes y estado actual	5
3. Propósito del estudio	8
4. Metodología de la investigación	9
4.1. Contextualización de la investigación	9
4.1.1. Posición del investigador	9
4.1.2. Escenarios de observación	10
4.2. Población y muestreo	13
4.3. Acceso al trabajo de campo	16
4.4. Instrumentos de recogida de información	17
4.5. Rigor y credibilidad	18
4.6. Aspectos ético-legales	21
4.6.1. Informe del CEIC	21
4.6.2. Consentimiento informado	21
4.6.3. Ley de protección de datos	21
5. Resultados	22
6. Discusión	43
7. Conclusión	46
8. Bibliografía	49
9. Anexos	51

1. Resumen

La maternidad es un cambio en la vida de las mujeres; estar preparada para ese cambio es fundamental para la mujer y su entorno. La educación prenatal es una de las herramientas que tienen las mujeres y los hombres para prepararse para ese cambio y los profesionales sanitarios somos los encargados de proporcionarla con la mejor calidad posible, facilitando el acceso a los usuarios a los servicios de salud. Por lo tanto, debemos conocer las necesidades de los mismos y satisfacerlas de la mejor manera posible.

El estudio se realiza en base a la metodología cualitativa siguiendo el paradigma fenomenológico. Siendo el objetivo general de la investigación diagnosticar la situación real de la educación prenatal en 2 Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica del Área Sanitaria de Ferrol. Como objetivos específicos se pretende describir el funcionamiento, contenidos y características de la educación prenatal, explorar la interacción de las participantes, identificar el rol de la oradora, así como conocer las necesidades identificadas por las/los usuarios. Para la recogida de datos se utilizan las herramientas de la observación no participativa y las entrevistas no estructuradas

Los resultados muestran que las mujeres embarazadas presentan unas necesidades antes del parto que difieren mucho de las que requieren después de dar a luz. Las madres demandan más información por parte de las matronas, piden que los profesionales les muestren una imagen real de la realidad, con sus ventajas e inconvenientes, sus problemas y soluciones.

La existencia de variabilidad entre centros presenta una desigualdad entre las mujeres, presentándose diversidad de conocimientos en el proceso de aprendizaje. Esta falta de unificación de criterios hace que muchas de ellas estén en inferioridad de conocimientos y esto les genere ansiedad y angustia.

Con los resultados obtenidos, la investigadora se plantea unos ejes de intervención para la educación prenatal en el Área Sanitaria de Ferrol, como crear protocolos estandarizados para unificar la educación prenatal o crear una Comisión de Intervención en Educación Prenatal formada por un equipo multidisciplinar, que permita dar a las madres una visión desde diferentes esferas.

Palabras claves: Clases de preparación para el parto, clase prenatal, asistencia, parto.

Abstract

Motherhood is a change in the lives of women, to be ready for that change is essential for women and their environment. Prenatal education is one of the tools that women and men to prepare for this change and health professionals are in charge of providing it with the best possible quality, providing users access to health services. Therefore, we must know the needs and satisfy them in the best way possible.

The study was performed based on the following qualitative methodology phenomenological paradigm. Being the overall research objective diagnose actual situation prenatal education Psicoprofilaxis 2 Units of Obstetrical Ferrol Health Area, and specific objectives is to describe the operation, contents and characteristics of prenatal education, exploring the interaction of participants, identify the role of the speaker, as well as to meet the needs identified by the / users. For data collected using the tools of non-participant observation and unstructured interviews

The results show that pregnant women have some needs before delivery that differ greatly from those required after giving birth. Mothers demand more information from midwives, professionals are asked to show a true picture of the situation, with their advantages and disadvantages, problems and solutions.

The existence of variability between centers presents an inequality between women presented diversity of knowledge in the learning process. This lack of standardization of criteria makes many of them are in inferior knowledge and generate anxiety and distress them.

With the results, the researcher poses axes of intervention for prenatal education in the Health Area of Ferrol, such as creating a Commission on Intervention in Prenatal Education consists of a multidisciplinary team, which would give mothers a view from different areas.

Keywords: Childbirth preparation classes, antenatal class, attendance, preparation for childbirth, birth.

2. Introducción

2.1. Antecedentes y estado actual

En el año 2007, el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define el embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en la mujer. Este hecho para la pareja es mucho más que algo meramente teórico, es uno de los mayores cambios en su vida ⁽¹⁾.

Para tal hecho, las mujeres siempre han compartido información y se han ayudado unas a otras en el trance de la maternidad. Hasta finales del siglo XIX, tener un hijo era un evento familiar y social en el cual las mujeres daban a luz en su casa, a menudo con la ayuda de una matrona.

La revolución industrial trajo cambios para la maternidad, se produjeron altas tasas de mortalidad materna e infantil, aparición del papel masculino en la obstetricia, drogas y medicamentos para el dolor, produciéndose una centralización y rutinización del parto en donde las mujeres perdían totalmente el control sobre este proceso ⁽²⁾.

Según Reeder, Martin y Kiniak de la Escuela Rusa, el movimiento de educación de los padres comenzó en los años cincuenta y hunde sus raíces en el método de psicoprofilaxis obstétrica-preparación al parto de Lamaze cuyo fundamento se basa en la preparación mental para el parto ⁽³⁾.

Las mujeres embarazadas acuden a clases de educación prenatal en muchas partes del mundo, desde Reino Unido, España, Estados Unidos, Canadá, Finlandia, etc. En otros países la preparación para la maternidad es menos formal, ya que el conocimiento sobre la experiencia del parto y la atención al bebé se trasmite de madres a hijas a través de quienes tradicionalmente atienden el parto.

La existencia de una educación estructurada para el parto y la maternidad ha surgido en la medida que se ha reducido el uso de otros métodos tradicionales para comunicar esta información ^(4,5).

La educación prenatal tiene como fin ayudar a los futuros padres a prepararse para el parto y para la paternidad. Según una revisión sistemática del año 2008, que analizó 9 ensayos controlados aleatorizados sobre las intervenciones educativas, sigue sin conocerse el grado de efectividad de la educación prenatal. Todavía no está claro los beneficios de la educación prenatal y cuales son los mejores enfoques educativos a usar y si lo que se enseña en las clases cumple con las necesidades de los usuarios ⁽⁶⁾.

Estudios realizados en diferentes partes del mundo arrojan datos que indican que las clases de educación prenatal ayudan a las mujeres a prepararse para la maternidad, reduciendo la ansiedad en el parto y otros estados emocionales ^(7, 8,9). Los datos demuestran que las mujeres acuden a las clases de educación prenatal para reducir la ansiedad en el trabajo del parto y en el momento del nacimiento y que sus parejas acuden para satisfacer los deseos de sus parejas y conocer más sobre el cuidado de su bebé ⁽⁴⁾.

Otras investigaciones recogen que la asistencia de las parejas a las clases de educación prenatal es muy baja, bien porque ellos no sienten que vayan dirigidas a ellos o se sienten separados del proceso ⁽¹⁰⁾.

Rustia y Abbott en 1993 señalaron que mientras que en el mundo occidental la expectativa de la paternidad es que los hombres compartan las actividades del día a día del cuidado de los niños con su pareja, la realidad es que esto raramente sucede. Unas de las razones de esta hipotética ruptura entre la expectativa esperada y la realidad es la falta de preparación que tiene los padres para el nacimiento ⁽¹¹⁾.

Según una encuesta realizada en el 1993 en el Reino Unido, Sullivan encontró que las mujeres deseaban tener más información sobre los cambios en el embarazo, el desarrollo fetal, lo que ocurrirá durante el trabajo de parto y el nacimiento, sus opiniones, qué hacer después del parto, posibles complicaciones y la manera de atender al recién nacido⁽¹²⁾.

El apoyo de los profesionales es fundamental para disipar o aliviar los temores relacionados con el embarazo y el parto; evaluando las necesidades de los usuarios, lo que implica escuchar con atención para identificar las fuentes de temor, y prevenir las posibles dificultades que puedan presentarse en esta nueva situación^(7,13). La educación prenatal es entendida como un modo de eliminar o aliviar los temores relacionados con el embarazo en las mujeres y en sus parejas.

En la Comunidad Autónoma de Galicia la atención durante el embarazo y puerperio se realiza a través de las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétricas, en los Centros de Salud, que se cifran en unas 121 en toda Galicia. Al Área Sanitaria de A Coruña le corresponden 65 y al Área Sanitaria de Ferrol 9 (Datos de 2011)⁽¹⁴⁾. En cada Unidad de Psicoprofilaxis Obstétricas se establecen consultas individuales y actividades en grupo. En las sesiones de grupo se desarrollan programas sobre la lactancia materna, el recién nacido, parto y cuidados en el puerperio, siendo éstos los temas comunes en todos los centros; hay temas que varían en función del centro, como son los métodos anticonceptivos, y los ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico⁽¹⁵⁾.

Ante la ausencia de un protocolo estandarizado en el Área Sanitaria de Ferrol sobre la educación prenatal, y ante la falta de información en las púerperas, que observa la investigadora en las unidades de hospitalización materno-infantil del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol desde su rol de alumna de enfermería en prácticas.

Surge la inquietud de diagnosticar la situación real de la educación prenatal que reciben las madres y padres que esperan un bebé en el Área Sanitaria de Ferrol.

Con los resultados se pretende identificar los posibles ejes de intervención que permitan crear una propuesta de mejora para unificar criterios en el Área Sanitaria de Ferrol y que todas las mujeres reciban la educación prenatal con igual número de contenidos teóricos y prácticos, desde una perspectiva multidisciplinar y dirigida con un mismo enfoque a madres y padres.

3. Propósito del estudio

El objetivo de este estudio es diagnosticar la situación real de la educación prenatal en 2 Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica del Área Sanitaria de Ferrol, para identificar los posibles puntos de intervención.

Para ello la investigadora se plantea los siguientes objetivos específicos:

- 1- Describir el funcionamiento, contenidos y características de la educación prenatal en 2 centros de salud del Área Sanitaria de Ferrol.
- 2- Explorar las interacciones de los participantes antes, durante y después de la educación prenatal, tanto de las mujeres como de sus acompañantes.
- 3- Identificar el rol del orador hacia los participantes, identificando actitud, relación, lenguaje utilizado, disposición.
- 4- Conocer las necesidades identificadas por las/los usuarias tras su experiencia como participantes en un programa de educación prenatal y tras vivir la experiencia de ser madre/padre.

4. Metodología de la investigación

Este estudio se lleva a cabo utilizando la metodología cualitativa cuyo objetivo es la descripción de las cualidades de un fenómeno, buscando conceptos que puedan abarcar una parte de la realidad. No se busca precisión sino un entendimiento lo más profundo posible.

El paradigma que nos guía para acercarnos al fenómeno de estudio es el fenomenológico, que pretende conocer hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad.

La fenomenología de Martin Heidegger concibe al ser humano como un SER existente en el mundo. La existencia no está asegurada para el ser humano, este tiene que hacerse a cargo de ella, ya que si no lo hace compromete su propio ser.

Comprender como cuidado, es considerar los significados que evoca su actual experiencia para ayudarlo a ampliar su conciencia sobre sus actitudes frente a lo que está viviendo.

Se descubre su naturaleza a través del diálogo que permite la expresión de la vivencia de ambos participantes en el proceso: matronas y participantes. Lo que se comprende son los significados que las personas atribuyen a sus experiencias y vivencias en salud.⁽¹⁶⁾

4.1. Contextualización de la investigación

4.1.1. Posición del investigador

El investigador pertenece al grupo de estudiantes que cursan 4º curso de Graduados en Enfermería.

Durante mis estudios teóricos surge la preocupación por conocer si las herramientas que enfermería tiene para la educación, en general, y la prenatal en particular, obtiene los resultados esperados.

Cuando realizo las Estancias Clínicas VI esta situación se refuerza al comprobar el déficit de conocimientos y falta de empoderamiento de las madres tras el parto.

Cuando la investigadora realiza las estancias clínicas con competencias en educación prenatal entra en contacto con profesionales del área de materno-infantil, donde se consolida la inquietud de este estudio y la posibilidad real de llevarlo a cabo.

Esta es mi posición como investigadora, la de estudiante que evidencia en su práctica la necesidad de conocer la realidad de la educación prenatal desde la neutralidad.

4.1.2. Escenarios de observación

El Área Sanitaria de Ferrol está formada por 23 Centros de Salud y 13 consultorios, de los centros de salud aquí descritos, sólo 10 realizan actividad de psicoprofilaxis obstétrica (los destacados en negrilla).

▶ **Centro de Salud de Fontela Maristany**

▶ Centro de Salud de Caranza

▶ Centro de Salud de Serantes

▶ **Centro de Salud de Ares**

▶ Centro de Salud de Cabanas

▶ Centro de Salud de la Capela

▶ Centro de Salud de la Cariño

▶ Centro de Salud de Cedeira

▶ Centro de Salud de Cerdido

▶ **Centro de Salud de Fene**

▶ Centro de Salud de Mañón

▶ Centro de Salud de Moche

▶ Centro de Salud de Moeche

▶ Centro de Salud de Monfero

- ▶ Centro de Salud de Mugardos
- ▶ Centro de Salud de Narón
- ▶ Centro de Salud de Neda
- ▶ Centro de Salud de Ortigueira
- ▶ Centro de Salud de Pontedeume
- ▶ Centro de Salud de As Pontes
- ▶ Centro de Salud de San Saturnino
- ▶ Centro de Salud de As Somozas
- ▶ Centro de Salud de Valdoviño

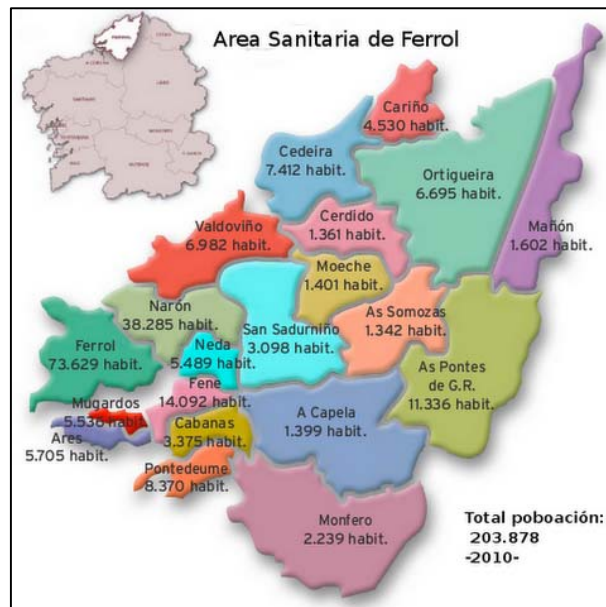


Figura 1: Mapa Área Sanitaria de Ferrol

Algunas Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica agrupan usuarias de diferentes centros de salud debido a la poca población que presenta. Para el estudio la investigadora selecciona los dos centros de salud con mayor extensión territorial y que presentan mayor tasa de mujeres en edad fértil. En el caso del Centro A es 15.921 mujeres y en el caso del Centro B de 9.773 mujeres. (Fuente: Memoria 2011 SERGAS).

Se distinguen dos escenarios de observación el Centro A y Centro B, debido a que mi situación como alumna de prácticas me ha permitido el acceso a estos centros.

El Centro A tiene una superficie de 3928,61m² y una tasa de mujeres en edad fértil de 15.921 mujeres. El Centro B tiene una superficie de 2.594 m² y una tasa de mujeres fértiles de 9.773 mujeres.

El Centro A tiene atención por la mañana y por la tarde y dispone de los siguientes profesionales (Tabla I):

Médicos	32		PSX	10
Pediatras	7		Celadores	8
ATS/DUE	32		Trab. Social	2
Odontólogos	2		Matronas	4
Higienistas dentales	2		Farmacéuticos	2
TCAE	5		Limpiadoras	5
Aux. Administrativos	10			

Tabla I: Relación de puesto de profesionales en el Centro A

El Centro B tiene atención también por la mañana y por la tarde y dispone de los siguientes profesionales (Tabla II):

Médicos	23		Aux. Administrativos	4
Pediatras	5		PSX	7
ATS/DUE	24		Celadores	5
MIR	3		Trab. Social	1
Odontólogos	2		Fisioterapeutas	3
Higienistas dentales	2		Matronas	2
TCAE	1		Farmacéuticos	2

Tabla II: Relación de puesto de profesionales en el Centro B

4.2. Población y muestreo

► Población

En este estudio se observan 3 tipos de población:

- Mujeres embarazadas que acudan a educación prenatal en el Centro A y en el Centro B y que den a luz en el año 2013.
- Parejas y/o acompañantes de las mujeres embarazadas que den a luz en el año 2013 que acuden con ellas a educación prenatal.
- Matronas del Centro A y Centro B que imparten las clases de educación prenatal.

► Muestra

La muestra se establece a través de un muestreo teórico intencionado, se busca la mejor información posible en las mujeres embarazadas que esperan un bebé, los acompañantes y las matronas. Selecciono aquellas mujeres que estén embarazadas y sus acompañantes y que acudan a educación prenatal y matronas que participan en el fenómeno de preparación para el nacimiento del bebé.

Embarazadas	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	Mujeres que acuden a la educación prenatal en el 1º trimestre de 2013	Mujeres que por diferentes circunstancias pierden el estado de embarazo.
Mujeres embarazadas que aceptan participar firmando el correspondiente consentimiento informado.	Aparición de eventos no deseados: abandono de las clases, reposo, etc.	

Tabla III: Criterios inclusión y exclusión embarazadas

Acompañantes	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	Acompañantes que acudan a la educación prenatal con las embarazadas.	Acompañantes que abandonen las clases.
Acompañantes que aceptan participar firmando el correspondiente consentimiento informado.		

Tabla IV: Criterios inclusión y exclusión de los acompañantes

Matronas	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	Matronas que impartan las sesiones de educación prenatal	Matronas que rechacen participar en el estudio como población a observar.
Matrona que acepten participar en el estudio como población a observar.	Matronas que tengan que dejar de impartir las sesiones por causas varias.	

Tabla V: Criterios inclusión y exclusión de las matronas

4.3. Acceso al trabajo de campo

Entendiendo el acceso al campo como el proceso por el que la investigadora va accediendo progresivamente a la información fundamental para su estudio, a continuación se describen los pasos realizados para acceder al campo:

1. Se contacta con las matronas durante el periodo de Estancias Clínicas en el 1º Cuatrimestre del curso, que harán durante toda la investigación un doble papel: porteras y muestra.
2. Con el soporte de las matronas se entra en las sesiones de educación prenatal para poder llevar a cabo la observación y más tarde esto significa la posibilidad de recoger información que los participantes sólo proporcionan a aquellos en quien confían a través de las entrevistas en profundidad.
3. El grupo de mujeres fue informada por la matrona al inicio de las sesiones del papel de la investigadora, informándoles de la posibilidad de negarse a participar en la observación en cualquier momento. Todas accedieron a participar y ninguna se negó a que la investigadora pudiera realizar su recogida de datos.
4. Para la recogida de la información se utiliza un diario de campo donde la investigadora anota sus impresiones y todo aquello que va observando. Se describe con precisión y literalmente aquello que se observa en el escenario. La finalidad del de la investigadora es capturar la experiencia vivida de los participantes y describir la comunidad de la cual forman parte.

4.4. Instrumento de recogida de información

Observaciones no participantes: la investigadora ha utilizado observaciones no participantes de las clases de educación prenatal, donde se recogen características de las asistentes, comportamientos del orador, comunicación verbal y no verbal de las asistentes así como características ambientales de las clases donde se desarrollan las sesiones.

Se emplea un check-list (Anexo I) de recogida de datos, donde se resaltan aspectos a tener en cuenta. El check-list de datos fue elaborado por la propia investigadora tras realizar una lectura de la bibliografía más relevante, que permitió concretar los aspectos necesarios para el estudio.

El check-list está formado por una tabla en cuya parte vertical se temporalizan los días de las sesiones, y en la parte horizontal los aspectos a recoger como:

- Tema a tratar en la sesión
- Tipo, acondicionamiento y capacidad de la sala
- Número de participantes y sus acompañantes
- Objetivos de la clase y contenidos a tratar
- Ronda de preguntas e interacción entre los participantes.

Entrevistas no estructuradas (Anexo II): la entrevista cualitativa genera la oportunidad para comprender los puntos de vista de los participantes en la investigación. Para el estudio la investigadora ha diseñado una guía de preguntas abiertas que permitan indagar acerca de la experiencia de los/las participantes y conseguir mayor flexibilidad en las respuestas.

La entrevista esta formada por 10 preguntas abiertas para que la participante proporcione una respuesta amplia y cuente su historia de manera narrativa.

4.5. Rigor y credibilidad

La calidad de la investigación en cualquier disciplina es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente debemos garantizar y que los profesionales necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. La calidad de un estudio está determinada, en gran medida, por el rigor metodológico con el que se realizó.

Realizar investigación cualitativa de forma no rigurosa conducirá a la obtención de resultados que carezcan de calidad.

Siguiendo a Guba y Lincoln ⁽¹⁷⁾ para dar rigor y credibilidad al estudio la investigadora aplica procedimientos o técnicas metodológicas que se utilizan para contribuir a los criterios de calidad y garantizar la calidad en esta investigación cualitativa en cada una de sus fases.

Credibilidad.

Cuando hablamos de credibilidad hablamos también de valor verdadero; se refiere a la confianza que puede haber en que los hallazgos que se han obtenido con un estudio sean veraces.

Los procedimientos o técnicas metodológicas que se han utilizado para garantizar el rigor son:

- ***Trabajo de campo prolongado***: en donde se establece una relación muy importante con los participantes, muy útil para la recolección de datos. Las estancias prolongadas en el campo hacen que se recoja datos diferentes y más detallados.

La observación persistente de las realidades estudiadas le lleva a comprender lo que es esencial o característico, diferenciando de lo que resulta anecdótico haciendo posible el ajuste de las categorías científicas extraídas a la realidad ⁽¹⁸⁾.

- ***Descripción detallada de la muestra*** elegida y el ***análisis de los resultados*** de manera detallada.

- **Obtener datos textuales** y el **análisis** a través de la recogida de información con la utilización de un diario de campo y de las entrevistas no estructuradas.
- **Documentar resultados con textos concretos**, a través de la utilización de literales que dicen los participantes en el estudio.

Transferibilidad

En el caso de esta investigación como se describe detalladamente el contexto donde se realiza el estudio y se realiza una descripción de los participantes a estudiar podría aplicarse los resultados a cualquier otro contexto que se adaptara.

Durante el estudio, la investigadora realiza un muestreo teórico intencionado, que no pretende ser representativo, y recoge abundantes datos descriptivos a fin de contar con suficiente información que permita establecer la similitud entre contextos.

Consistencia o dependencia

La consistencia de una investigación cualitativa se utiliza para referirse a los resultados de un estudio y si estos volverían a obtenerse si se repitiera el estudio en el mismo contexto y con los mismo participantes.

En este estudio al tratarse de experiencias que viven los seres humano en un momento de su vida, como es el ser padres, es difícil repetir el estudio esperando idénticos resultados, ya que las situaciones cambian y la muestra ya varia por completo. Sin embargo, los seres humanos compartimos significados de vivencia que en los que se capta en esta investigación. Usaremos una descripción densa que permita comparar con otros contextos.

Neutralidad o confirmabilidad

Hablamos de neutralidad refiriéndose al grado con el que los hallazgos de un estudio emergen solo de los participantes y del contexto de una investigación y no de sesgos, motivos, intereses, perspectivas, etc. del investigador.

La forma en que se intento ofrecer evidencia de la confirmabilidad de los datos fue mediante ejercicios de reflexión y el empleo de estrategias de triangulación.

En este estudio se ha dado especial importancia a la **triangulación**, entendida como el procedimiento que consiste en la aplicación simultánea de diferentes miradas en la visión de un mismo fenómeno, para permitir minimizar sesgos y obtener una visión más amplia y rica del objeto de estudio, en este caso la mirada de la matrona, de las embarazadas y los acompañantes⁽¹⁹⁾.

El valor de la triangulación en investigación cualitativa está en que extiende el entendimiento o añade amplitud o profundidad al análisis. En este sentido, hace que aumente la seguridad en los hallazgos por que proporciona una visión más completa del fenómeno.

La investigadora utiliza dos tipos de triangulación:

- **De informadores:** que implica el uso de diferentes fuentes de datos (matronas, embarazadas y acompañantes) a fin de tener diferentes aproximaciones al objeto de estudio para validar las conclusiones

- **De métodos:** consiste en la utilización de diferentes técnicas de recogida de datos en un mismo estudio. En este trabajo se realizan las entrevistas no estructuradas, las observaciones no participativas y el diario de campo.

4.6. Aspectos ético-legales

En este estudio se respetan las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización.

4.6.1. Informe del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

Se solicita informe al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia obteniendo resolución FAVORABLE (Anexo III).

Ya que el estudio se realiza en el Área Sanitaria de Ferrol se informa al Comité de Ética Asistencial del Área Sanitaria de Ferrol de la realización del mismo, autorizando éste a la realización del estudio.

4.6.2. Consentimiento informado

El CEIC informa *“consideramos que dado que los datos a recoger se harán a través de un cuestionario anónimo (que no recoge datos de carácter personal de las participantes) no son necesarios los documentos de consentimiento informado”*. (Anexo IV)

Sin embargo, mantenemos la práctica del consentimiento informado individual (Anexo V), se informa verbalmente a las participantes de las características del estudio y se solucionan todas las dudas planteadas.

4.6.3. Ley de protección de datos

La ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal tiene como objetivo garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

El estudio por tratarse de una recogida de datos totalmente anónimos y sin acceder a ningún dato del paciente, no implica vulnerar el honor ni la intimidad personal.

Las entrevistas grabadas son desprovistas de cualquier elemento que las identifica y una vez transcritas los audios se destruyen.

5. Resultados

El análisis cualitativo de los datos no es un proceso sencillo. No es un proceso de secuencia lineal, conllevando por parte de la investigadora un proceso intenso, que pretende comprender los datos, conjeturando, verificando, corrigiendo y modificando de una manera sistemática y rigurosa hasta conseguir obtener el significado de los datos y hacerlo comprensible al lector.

Una vez preparado el material de análisis, se realiza los cuatro procesos:

- Comprensión
- Síntesis
- Formulación de explicaciones
- Recontextualización

La investigadora realiza una codificación de las entrevistas de las mujeres embarazadas con el fin de de asegurar el anonimato y la confidencialidad de las intervenciones en las observaciones. La codificación se realiza en función del centro de enseñanza, del número de hijos y el número de clases.

• Tipo de fuente de información

- E: Entrevista
- O: Observación

• Los que aprenden ♀

- Centro
 - A: Centro A
 - B: Centro B
- Número de hijos
 - 1: Primípara
 - 2: Multípara
- 1, 2, 3, 4, 5,...: Número de clase
- Numero de participante: 01, 02, 03...

• Los que enseñan 😊

- Centro
 - A: Centro A
 - B: Centro B

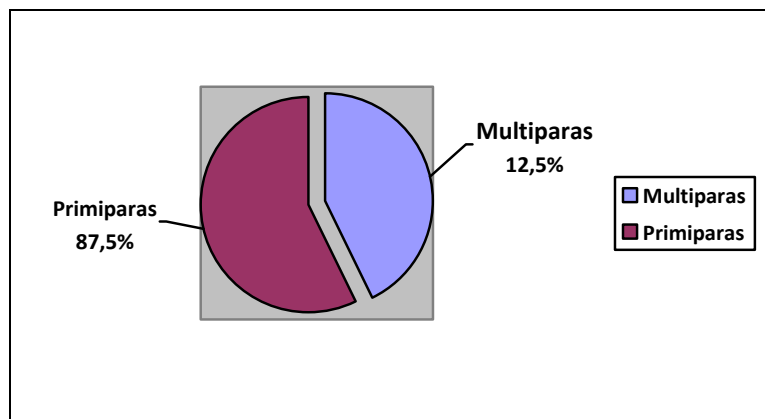
• Los que acompañan ♂

- Centro
 - A: Centro A
 - B: Centro B
- Acompañantes: 01, 02, 03

Para entender la codificación realizada a continuación se da un ejemplo de codificación. Si la información se recoge de una observación, de una de las mujeres que asiste a clase del Centro A, que es su primer hijo, su 5º clases que asiste y que esta codificada como la participante 4, el ejemplo de codificación saldría así: **O♀A1404**.

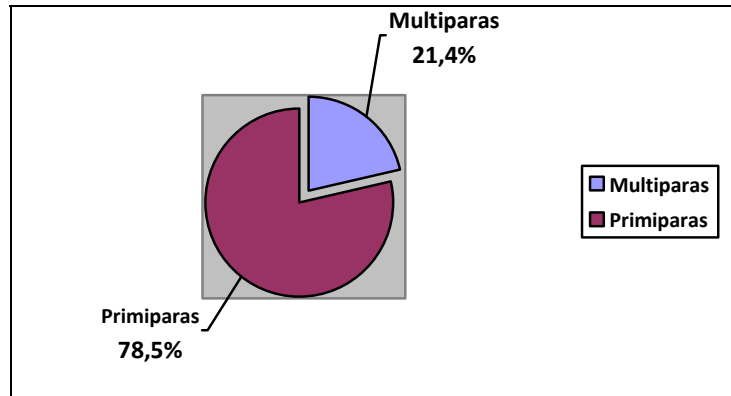
1. Descripción de las participantes

La muestra de mujeres que asisten a las clases en el Centro A son de edades comprendidas entre los 20 y los 40 años con una media de edad de 28,9 años. Hay un porcentaje del 12,5% de múltipara y 87,5% de primíparas (Gráfica 1).



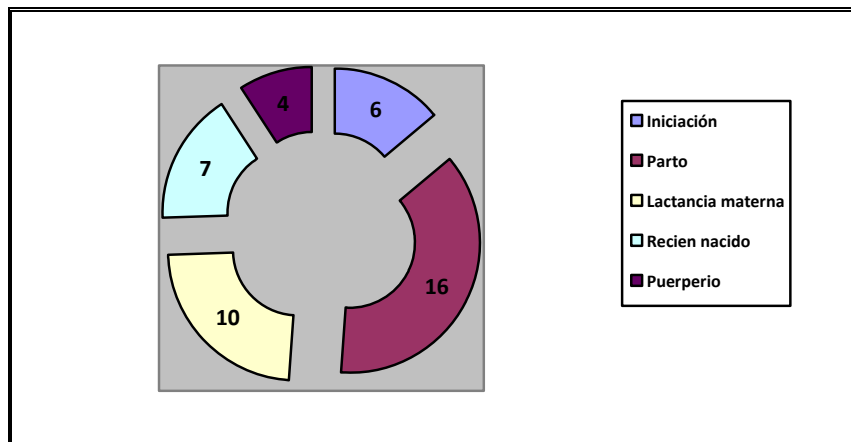
Gráfica 1: Distribución de mujeres en el Centro A

Las mujeres que acuden a las clases en el Centro B son mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 40 años, y una media de edad de 29,7 años. Hay una tasa de múltiparas del 21,4% y de primípara del 78,5% (Gráfica 2).

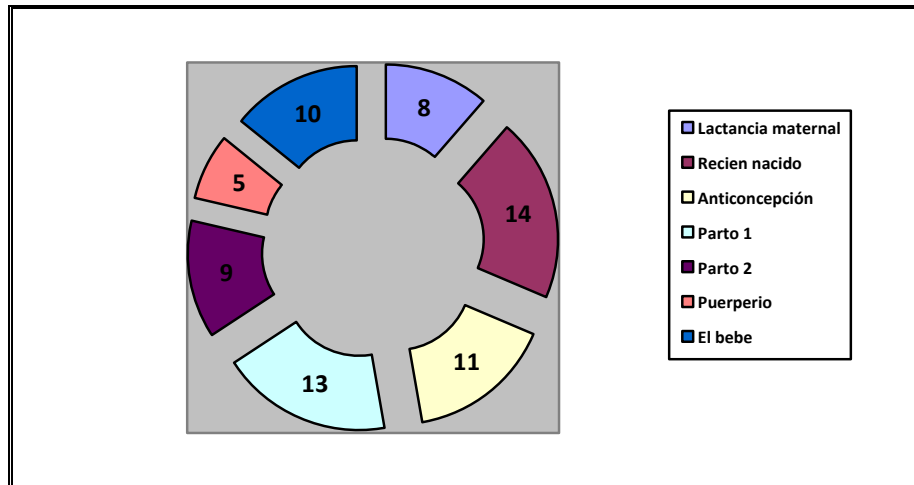


Gráfica 2: Distribución de mujeres en el Centro B

Las asistencias varían en función de la temática de la sesión, por ello se expresa en valor absoluto. Esta variación se puede ver en las gráficas 3 y en la gráfica 4.



Gráfica 3: Asistencia en valor absoluto según temática Centro A



Gráfica 4: Asistencia en valor absoluto según temática Centro B

Los acompañantes que asisten a las sesiones son mayoritariamente parejas (98%), salvo en un caso que la participante acude acompañada de su madre. Varía el porcentaje de acompañantes en función del día, y en función del centro, observándose una mayor constancia en el Centro A que en el Centro B.

Sesión	Participante (Centro A)	Acompañante (Centro A)	Porcentaje (%)	Participante (Centro B)	Acompañante (Centro B)	Porcentaje (%)
1º Día	6	3	50%	8	2	25%
2º Día	16	5	31%	14	3	21%
3º Día	10	2	20%	11	3	27%
4º Día	7	2	28%	13	2	15%
5º Día	4	1	25%	9	0	0%
6º Día	-----	-----		5	0	0%
7º Día	-----	-----		10	1	10%

Tabla VI: Comparación asistencia Centro A vs Centro B

2. Características estructurales

En el **Centro A** las clases son los miércoles y viernes de 9:30 a 11:00 y las dan dos matronas diferentes, en la misma semana repiten la clase del miércoles, los viernes para la gente que no puede asistir un día. Las sillas se colocan en semicírculo mirando hacia el proyector y en el fondo de la clase están las colchonetas y pelotas. El investigador se coloca en una esquina del semicírculo y con papel y bolígrafo recoge todos los aspectos, actitudes e información relevante para el estudio.

En el **Centro B** las clases se desarrollan en un centro adyacente al centro de salud donde trabaja la matrona. Las clases se imparten los miércoles de 09:45h a 12:00h. En el Centro B la disposición de la investigadora para las observaciones es colocándose en una esquina de la sala, donde no interfiere con las participantes para realizar los ejercicios prácticos pero donde puede visualizar a todas las participantes.

Ambas salas presentan características similares pero también difieren una de la otra en otros aspectos, se puede observar en las Figuras 2 y 3 y en la Tabla VII.

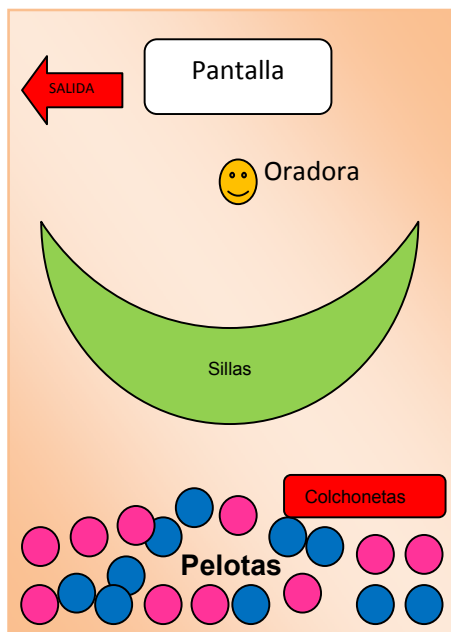


Figura 2: Centro A

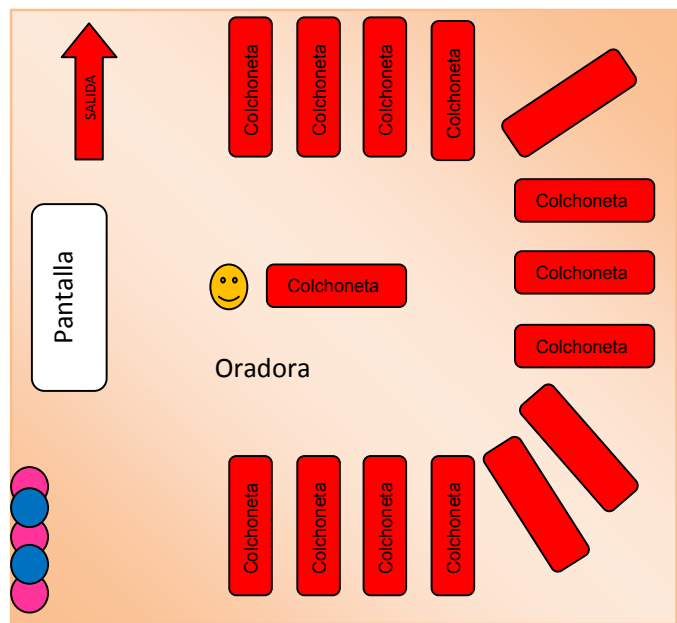


Figura 3: Centro B

Características de la sala	Centro A	Centro B
Metros cuadrados de la sala	60 m ²	120 m ²
Tipo de suelo	Tarima	Tarima
Tipo de luz	Artificial	Natural
Sistema de acondicionamiento	2 radiadores de aceite	2 radiadores de aceite
Soporte electrónico	- Proyector - Ordenador	- Proyector - Ordenador - Radio CD
Material adicional	- Colchonetas - Pelotas - Muñeco de goma - Sillas	- Colchonetas - Pelotas - Muñeco de goma - Pizarra - Sillas

Tabla VII: Características de las salas del Centro A y del Centro B

3. Descripción de contenidos

La distribución de los contenidos en los Centros A y B se realiza de la siguiente manera (Tabla VIII).

Días	Centro A	Centro B
1º Día	Iniciación al embarazo	Lactancia materna
2º Día	Parto	Recién nacido
3º Día	Lactancia materna	Anticoncepción
4º Día	Recién nacido	Parto1 (práctica)
5º Día	Puerperio	Parto2 (teórica)
6º Día	Repaso	Puerperio
7ºDía	_____	El bebé

Tabla VIII: Comparativa de los contenidos de las sesiones

Como se puede observar en la Tabla VIII, existe una clara diferencia en cuanto a los contenidos y la distribución de las sesiones de educación prenatal en el Centro A y en el Centro B.

Existe un claro fenómeno de **variabilidad** de contenidos (Tabla IX). Mientras que en el Centro A las clases se distribuyen en 5 clases, en el Centro B se distribuyen en 7.

En el Centro B dedican dos días a tratar el parto, desde una perspectiva teórica y desde el punto de vista práctico. Dividen el tema del bebé en recién nacido, donde se tratan los cuidados del recién nacido tras el parto y los cuidados del bebé cuando ya vuelven a casa las madres con ellos.

Otro de los temas diferentes que se trata en el Centro B con respecto al Centro A es el tema de la anticoncepción, donde se realiza un repaso de todos los métodos anticonceptivos existentes.

Otra diferencia en cuanto a los contenidos de las clases es la distribución. En el Centro A en todas las clases se dan teoría, y en dos de las sesiones se toca la parte práctica con ejercicios de estiramiento y respiración. En el Centro B todos los días las clases empiezan con ejercicios de estiramiento que duran sobre 30 minutos y después se imparte la clase teórica. Dependiendo de la temática cuando finalizan la parte teórica se realizan ejercicios de respiración, práctica de expulsivo, de anclaje de fuerza.

Mientras que en el Centro A realizan 5 clases teóricas y una de repaso; en el Centro B hay 7 clase diferentes, con una clase dedicada exclusivamente a la parte práctica del parto y otra a la parte teórica. Este fenómeno de variabilidad se recoge en la tabla IX.

Características	Centro A	Centro B
Nº de clases	5	7
Clases de estiramiento y relajación	2	7
Estructuración de la sesiones	Todas la clase teórica salvo dos clases	1º Parte: Estiramientos 2º Parte: Teoría 3º Parte: En función de la temática.
Temática igual	- Parto - Lactancia materna - Puerperio - El recién nacido	- Parto - Lactancia materna - Puerperio - El recién nacido
Temática diferente	_____	- Anticoncepción - El bebé
Horas de dedicación al tema del parto	1h 30 min	4h 30 min

Tabla IX: Variabilidad de contenidos

4. Descripción de la temporalización

En cuanto a la duración de las clases también existen diferencias. En el Centro A se dedican 1h 30 min semanales a las sesiones y en el Centro B la duración semanal de las sesiones es de 2h 15 min.

En cuanto a las horas que reciben las madres la educación prenatal, varía sustancialmente.

En el Centro A las sesiones duran 5 semanas, donde las madres van a cada una de las clases y después bien dan a luz o abandonan las sesiones.

En el Centro B las mujeres acuden a educación prenatal hasta que dan a luz. Tal es el hecho que en una de las sesiones a las que asiste la investigadora como observadora, una de las participantes, que ya está en la etapa final del embarazo, empieza con trabajo de parto en medio de la sesión, y se traslada al hospital a la espera de dar a luz.

Otra diferencia con respecto a la metodología de trabajo, es la posibilidad que dan en el Centro A de asistir otro día, por si el día que te toca ir no puedes asistir. En el Centro A las clases se distribuyen en dos días los miércoles y viernes. Los dos días imparten la misma clase, hay dos grupos; si alguna de las participantes no pueden asistir con su grupo, pueden ir con el otro para no perder la sesión.

5. Descripción del Rol de la oradora

El papel de la oradora (matrona) es fundamental a la hora de impartir educación prenatal. Las matronas son uno de los profesionales que más conocen el fenómeno del embarazo y los diferentes estados por los que pasa la mujer en este proceso.

La actitud que ésta adopta en las sesiones influye mucho en la participación de las mujeres en los talleres de educación prenatal, así como de sus parejas.

En el Centro A la matrona no conoce el nombre de las participantes, ni conoce nada de su circunstancia personal, si está casada, si es su primer hijo, etc.

En el Centro B la matrona, pasa todos los días lista para saber la gente que falta, sabe los nombre de todas las participantes, sus características personales (sobre todas de aquellas que ya les ha llevado su otro embarazo) e incluso anima a aquellas que ya han dado a luz para que informen a sus compañeras de cómo les fue en su parto.

La oradora del Centro B durante los ejercicios corrige a las participantes en todos aquellos ejercicios que ve que no lo están haciendo bien, y se dirige a ellas por su nombre. Intenta integrar aquellas mujeres que entran de nuevo en el grupo, para que se sientan bien y se tomen la educación prenatal como una parte mas de su proceso de ser madre [O ☺ B].

En el Centro A no hay tanta confianza con la oradora, e influye mucho en la participación que realizan las mujeres. Durante los ejercicios de estiramiento, hay actitudes que molestan a las participantes por que tienen que tomar posiciones incómodas, debido a su estado, y a la matrona le resulta gracioso. Debido al bajo grado de confianza que presentan muchas de las mujeres les molesta esta actitud. En cambio en el Centro B como el grado de confianza es mucho mayor, las mujeres se ríen juntas debido a las posiciones raras que muchas veces adoptan.

Una de las mujeres comenta: *“la actitud de la matrona era una actitud positiva y amigable, el lenguaje que utilizaba, era un lenguaje coloquial, por lo que las explicaciones eran bastante sencillas de entender”*. [E♀B104]

“La actitud de la oradora era tranquila, siempre con la idea de tranquilizar a las más nerviosas y siempre amena. El leguaje perfectamente claro, entendible. [E♀A106]

Otro aspecto que se observa en la actitud de la oradora, son las ideas que presentan sobre los diferentes temas que imparte. En el Centro A la matrona muestra una actitud neutral, intentando respetar toda opción de crianza. En cambio en el Centro B la actitud de la matrona es más radical.

Ella presenta una idea de crianza que son las que transmiten, y no enseña otras posibilidades. Respeto la decisión de las madres, pero no da la opción de enseñar aquello en lo que ella no cree.

“La actitud de la oradora me gusto, te daba información sobre diferentes aspectos pero con una actitud neutral”. [E♀A105]

6. Descripción de la experiencia de la maternidad

Las parejas que esperan un bebé viven uno de los momentos más importantes de sus vidas, y donde se producen muchos cambios. Tanto cambio provoca una gran cantidad de sentimientos que van desde la alegría por saber que esperan un bebe hasta el miedo por tener la responsabilidad de cuidar a ese nuevo ser en el momento de llegar a casa. De todo ese proceso surge la **CATEGORIA: “Miedo”**.

Para enmarcar los significados de la CATEGORIA: “Miedo” se han formulado subcategorías de significado:

-SUBCATEGORIA: “Miedo al dolor”

-SUBCATEGORIA: “Miedo a lo desconocido”

En lo relativo a la **subcategoría “Miedo al dolor”** La mujer primípara que va a dar luz presenta una serie de dudas y sensaciones ante un fenómeno por el que nunca ha pasado, como es el parto. Aunque hoy en día tengan acceso a mucha información o reciban información de gente de su alrededor, todos los partos son diferentes y todas las personas no son iguales. Por lo que durante su embarazo las mujeres presentan mucho miedo y angustia a sentir dolor en el momento del parto.

“¿En las clases teóricas que toque dar el parto, ponéis imágenes de partos o enseñáis a respirar?, por que si ponéis imágenes de parto yo no vengo”.

[O♀A1501]

“...Jo y ¿si te pones de parto y no te han llamado para la consulta de anestesia? que miedo, pues yo voy hacer una reclamación, no vaya a ser que me ponga de parto y no me puedan poner la epidural por que no tengo la consulta de anestesia echa”.

“...las contracciones ¿te das cuenta cuando son?, siempre pregunto lo mismo, pero es que tengo miedo tener contracciones y no darme cuenta..... ¿pero exactamente como es el dolor?”.

“Yo tengo miedo al dolor, ¿tu experiencia (matrona) es de todas las mujeres gritando?”.

“¿En la sala de dilatación puede cambiar de persona? es que somos los dos muy aprensivos y prefiero que pase mi madre....me pongo tensa y lloro haciendo el test de O`Sullivan”.

El miedo es un término muy general en el proceso del parto. Hay mujeres que tiene miedo a dolor del parto, a no poder soportarlo, incluso miedo a no conseguir dar a luz o al personal que se puedan encontrar. Pocas expresan el miedo a que algo salga mal y que pueda comprometer la vida del bebé e incluso la suya.

“...Es que el personal va a tener que atender a la madre del bebe y mía por que seguro que me desmayo”

“Y te acordaras de realizar toda la respiraciones y empujar cuando te pones de parto, jajá porque yo creo que no”.

“Dicen que en el banco duele menos parir, ¿se puede solicitar?.... ¿y la bañera?”

“Lo de parir va a ser como cuando aprendes a conducir, que piensas te acordaras de todo, de respirar, de empujar de limpiar después al niño”
[O♀B1302]

“Esto estaba todo preparado para que veamos que pasa en realidad” (una de las chicas empieza con trabajo de parto en medio de la clase). [O♀B1303]

“Estuve leyendo la página del SERGAS y ha salido el plan de parto, ¿las que estamos a punto de parir esta vigente ya?...entonces cuando vayamos a monitores lo podemos llevar”. [O♀B1307]

“...Y si me quedo en casa y las contracciones son cada 8 minutos, ¿me quedo en casa igual? [♀21407]

“...yo tengo miedo de tener contracciones y quedarme dormida y no notar al bebe...por eso estaría toda la noche comiendo dulces y viendo la tele-tienda...jajá”. [O♀B1304]

Una de las causas redundantes de este miedo, es la sensación de la mujer de no saber hacer las cosas bien. Muchas ven el parto como algo instantáneo, y creen que todo lo que les enseñan en estas clases no lo van a poder llevarlo a cabo.

Otra cosa que hay que tener en cuenta es la personalidad de las participantes, hay gente más tranquila, y que seguramente pueda controlar más su estado de ánimo, y otras que son más nerviosas y que con los nervios no se acuerden de nada de lo aprendido.

“¿en que momento te pueden poner la epidural?...yo tengo miedo de la presión, del echo de poner la epidural, me insistan y que al final tome una decisión equivocada”. [O♀B1304]

Las mujeres que se enfrentan a un proceso como es el de parir, ven el fin del camino como el momento en que nazca su bebé. Ese momento lo expresan con el miedo a no poder soportar el dolor, pero también tiene miedo a lo desconocido, a no saber con lo que te vas a encontrar.

Desconocen lo que les van a hacer y qué tipo de personas las van a atender. De ahí surge la **SUBCATEGORIA: “Miedo a lo desconocido”**.

“¿Es normal dar a luz en la habitación?... ¿en la sala de dilatación se puede cambiar de persona?, es que somos muy aprensivos los dos y prefiero que este mi madre. [O♀A1101]

“¿Cuántas personas están en el parto? ¿Y en las cesáreas?...no ves al niño en 24 horas, jo que pena, entonces no hay piel con piel. [O♀A1102]

“¿Cuántos días estas ingresada?...había dos tipos de expulsivo ¿te dicen ellos cual utilizar o eliges tu el que mejor te va?”. [O♀A1103]

“No estas mucho tiempo en la sala de parto, ¿que tipo de luz hay en la sala de dilatación?... ¿la sala de dilatación es como un quirófanos?”. [O♀A1101]

“¿Y si te toca un personal borde?”. [O♂A01]

“pues si te toca un persona borde te aguantas y es lo que toca”. [O♂A02]

“Me hubiera gustado que se explicara un poco como se deben hacer los empujes en la fase expulsivo, ya que en la residencia, en el momento del parto tampoco se explica nada”. [E♀B104]

El miedo a lo que no conocemos es algo muy común. Nos preguntamos constantemente lo que ocurrirá y lo que no cuando vamos a pasar por alguna circunstancia especial que nos crea ansiedad.

Muchas veces debido al rango de edad o a las circunstancias personales puede que nunca hayan estado ingresadas en un hospital y no conozcan el funcionamiento del mismo. Esto es otra circunstancia que agobia a las mujeres que van a dar a luz, porque no saben las normas del hospital, ni el proceso por el que van a pasar. Por ellos es bueno que las matronas, que son el nexo de unión entre Atención Primaria y Atención Especializada les informen de las características del ingreso y de todas las circunstancias por las que pueden pasar.

También hay que tener en cuenta de hay gente que se siente insatisfecha hagan lo que hagan, que no se conforman con nada de lo que hagan.

“Tuve una chica que tuvo un niño de 4800 Kg que venía muy descontenta del trato del hospital porque al final le hubieran hecho cesárea”. [O ⊕ B]

Otra categoría que surge del análisis es la **CATEGORIA: “De inseguridad”**.

Cuando la mujer da a luz, un nuevo ser centra la vida de la familia. La vida cambia por completo ya que el protagonista es él y el resto queda en un segundo plano. Pero tanta felicidad se puede ver alterada por la inseguridad en el cuidado de bebé. Hay mujeres que no han visto un bebé desde hace años o incluso nunca han tenido contacto con ellos. Y pasar por el trabajo de parto, posparto, cambio hormonal y tener que cuidar a un bebe que no conoces, que no sabes porque llora, si por que tiene hambre, si porque tiene dolor, si porque quiere cariño es una de las cosas mas complicadas que ven las madres. En todo proceso siempre hay cosas positivas y negativas.

“La vuelta a casa podía ser mejor, ya que mi bebé tubo que quedar ingresado por una infección”. [E ♀ B104]

“La vuelta a casa ha sido con nervios y alegría. Nervios por que no saber si van a saber cuidar bien a tu bebé, y te ves insegura”. [E ♀ A106]

“La vuelta a casa a sido buena, pero me sentía un poco insegura para saber atender al niño”. [E ♀ A104]

“Tuve un caso, que los padres vinieron a consulta, y yo le comente cuando le cambies el pañal, y ellos preguntaron ¿A pero se lo tenemos que cambiar cada cierto tiempo?”. [O ⊕ A]

“A nivel hormonal el puerperio tiene que ser una revolución, y un gran cambio físico”. [O ♀ B10603]

“Tuve el caso de una chica, que dejo la lactancia maternal por que no podía atender a su casa”. [O ⊕ B]

Las madres muestran más ese fenómeno de inseguridad cuando se van de alta. Durante el embarazo no muestran tanto ese fenómeno, porque no tienen al bebé físicamente con ellas, sino que solo lo sienten.

En las observaciones el investigador no ha observado esas sensaciones de nerviosismos y duda por el hecho de cómo cuidar al bebé, pero sí que en las entrevistas postparto se ha visto claramente que las madres han sufrido el fenómeno de inseguridad por la vuelta a casa con una nueva responsabilidad como es la del: cuidado.

Otra de las cosas que se observa en la recogida de datos, es que las madres comentan que hay una falta de información a la hora de presentar las dificultades existentes a la hora de llegar a casa del hospital, de ahí surge la **CATEGORIA: “Realidad”**. Las madres comentan que cuando llegan a casa ven muchos vacíos de información a la hora de solucionar problemas que les surgen. Se ven inseguras en el cuidado y se dan cuenta de la falta de realidad expuesta en las clases de educación prenatal.

“yo en las clases eché de menos que se hablara de los posibles problemas con la lactancia, ya que han muchos factores que interviene negativamente y dificultan que se produzca de manera natural.....me sentí un poco desorientada y en las clases parece que es todo supernatural, y que no van a existir dificultades”. [E♀B106]

“En las clases he echado de menos aprender mas de la llegada a casa”.....“La vuelta a casa a sido buena pero la verdad mi pareja y yo estábamos un poco pez, en cuanto al baño o como coger a bebé” [E♀B107]

Las madres sienten la necesidad de que los profesionales que desarrollan las clases de educación prenatal les enseñen la realidad de las cosas. Los problemas que les van a surgir, las complicaciones que se pueden presentar, como reaccionar ante determinadas circunstancias para situarlas en la realidad más clara que es la de ser madres, con sus ventajas y sus inconvenientes. Mucho depende también de las habilidades y las características personales, ya que hay madres que no tienen ningún tipo de problema y si se les presentan los saben solucionar y hay otras que demandan más información.

Al final del proceso bien sean una u otras todas acaban en el mismo sitio o bien en la sala de partos o en quirófano, pasando por muchos servicios, desde el momento que ingresan hasta el momento que se van de alta. En todo este proceso se encuentran con diferentes profesionales, que le dan diferentes pautas de actuación que muchas veces no son unánimes. Esto angustia a las madres ya que vienen con unas ideas de las clases de educación prenatal y después llegan al centro hospitalario y ven que todo lo aprendido no sirve para nada. Observan discrepancia entre los consejos y no saben a quien hacer caso; los nervios, el miedo y el desconocimiento hacen que aparezca ansiedad en el momento del parto.

A modo de síntesis se presenta a continuación la Tabla X, mapa de significados.

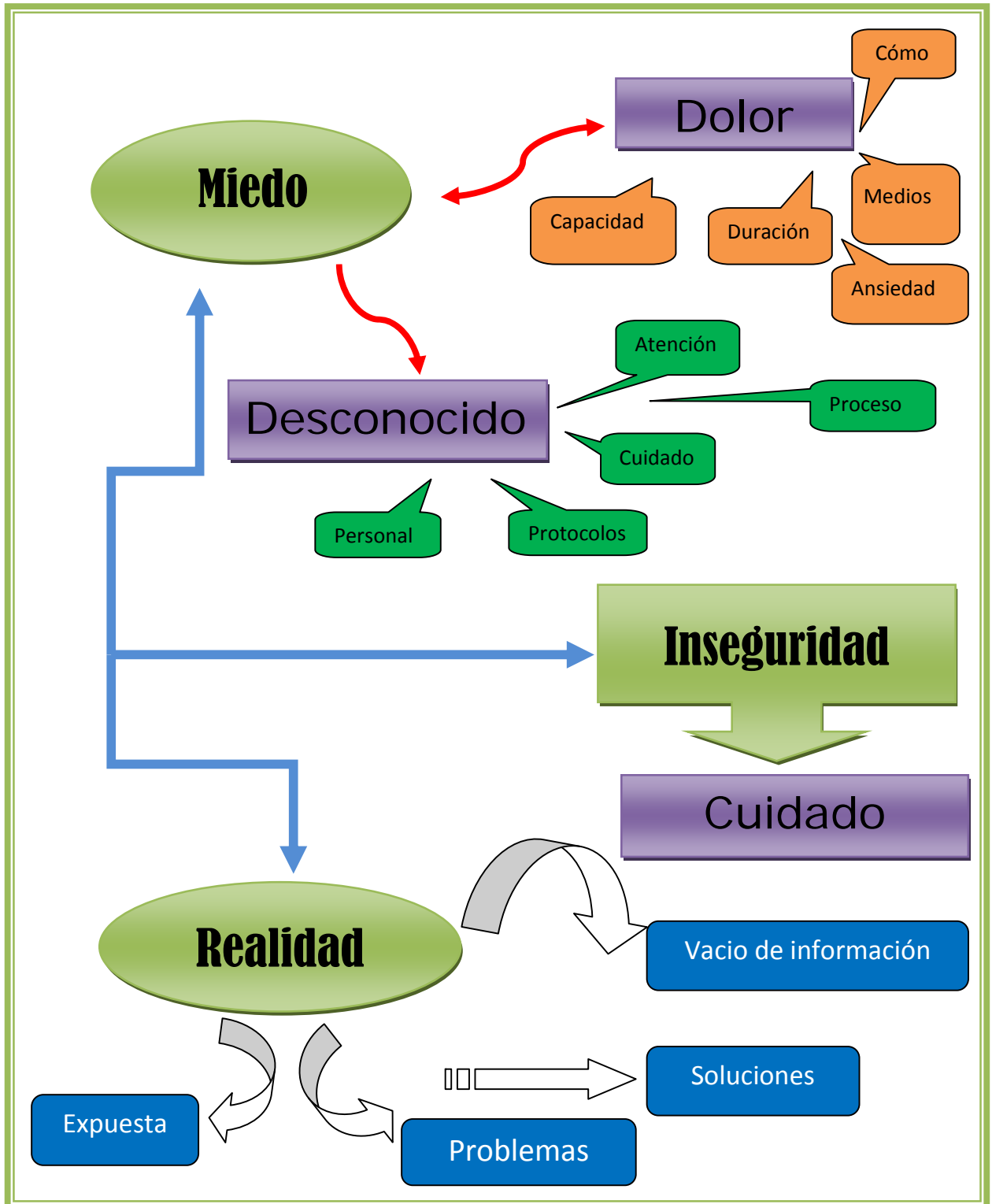


Tabla X: Mapa de categorías de significados

6. Discusión

El 93,4% de las mujeres que acuden a los programas de educación prenatal lo finalizan, según un estudio hecho en 2006 sobre el Programa de Educación Maternal del Sistema Público en Galicia. En el Área Sanitaria de Ferrol en los dos centros seleccionados para el estudio el 100 % de las mujeres que acuden a los programas de educación prenatal acaban el programa acudiendo a todas las sesiones. Hay una coincidencia clara, las participantes que empiezan las clases de educación prenatal desean aprender y conocer todos los servicios que le ofrece el Sistema Sanitario Público, aún que muchas veces no obtengan los resultados esperados.

En el caso de los acompañantes no hay datos escritos que demuestren la tasa de asistencia de los padres en la educación prenatal ⁽²⁰⁾ pero si hay estudios que demuestran una participación activa en el proceso del embarazo, parto y nacimiento ⁽¹⁰⁾. La baja tasa de asistencia según Russell & Aitchison demuestra que muchas veces los padre abandonan las sesiones de educación prenatal por que se sienten separados del proceso o porque observan que las sesiones no están dirigidas a ellos y creen que los padres puedan criar igual que las madres a los bebés ⁽¹¹⁾.

En el Área Sanitaria de Ferrol la tasa de asistencia de padres a las clases de educación es baja, variando en el Centro A desde un 50% a un 20% de asistencia y en el Centro B desde un 25% a un 0% de asistencia. Esta baja participación es debida muchas veces al horario de las sesiones, ya que es horario único y en turno de mañana y la jornada laboral más habitual suele ser en horario de mañana.

Otro de los motivos de esta baja participación es la estructuración de las clases. La parte práctica, comentan las participantes, que sus parejas se aburren bien porque no hay espacio para que ellos participen o porque los ejercicios no les interesan.

De ahí que la participación sea más baja en el Centro B donde la parte práctica juega un papel importante en todas las sesiones, formando el 33% del tiempo de cada sesión.

Las oradoras integran a los padres completamente en las clases y los incluyen en el proceso como uno de los protagonistas, pero la estructuración de las clases no ayuda a que ellos sientan interés por la parte práctica.

La distribución y contenido de las clases está en manos de la matrona que las imparte y esto parece ser un factor determinante en la calidad de lo aprendido.

El estudio sobre el Programa de de Educación Maternal en el Sistema Público en Galicia concluye que la temática que se repite en el 100% de las sesiones de los Centros de Salud de Galicia son el recién nacido, lactancia y cuidados en el puerperio ⁽¹⁵⁾. Esto coincide con nuestros resultados, sin embargo constatamos la existencia de una temática en ambos centros que no está reflejada en el programa citado, hablamos del parto.

Según la bibliografía existente el parto es lo que mayor ansiedad genera en las participantes ^(4, 5,7). El parto es el final del embarazo y el inicio de la maternidad. Nuestros resultados muestran que los Programas de Educación Prenatal preparan a conciencia para el parto pero no tanto para el fenómeno de la maternidad. Las sesiones de educación de los centros seleccionados dedican el 80% del tiempo a preparar a las mujeres para el parto y poco tiempo para prepararlas para ser madres.

Las madres manifiestan que durante las clases se aprende mucho sobre la lactancia, sobre parto, sobre el bebé pero que se expone poco de la realidad que existe después de dar a luz, como son problemas con la lactancia, discrepancia de criterios entre los centros hospitalarios y los centros de salud, complicaciones durante el puerperio, etc., Estos resultados son coincidentes con el estudio realizado por Ho and Holroyd en 2002 en la población china.

También hay que tener en cuenta que ellas demandan más información referente al parto y no tanto al cuidado del bebé.

Las madres se dan cuenta después de dar a luz, cuando vienen los problemas, de que los profesionales no les han dado las estrategias necesarias para el cuidado.

Perciben una falta de adecuación a la realidad, los profesionales no son claros a la hora de exponer la realidad de ser madre; idealizan mucho el concepto, sin exponer las posibles complicaciones en el proceso. Aunque como expuso Rubin en 1967 con el tiempo y la experiencia las madres adquieren conocimientos y perfeccionan las ideas en un proceso descrito como rol materno ⁽⁵⁾.

Se detecta una baja preparación psicológica en las sesiones, coincidente con el estudio de Salmon & Drew donde demuestran que una baja preparación psicológica influye en el parto y en el posparto y que una evaluación multidisciplinar de las mujeres que van a dar a luz permite la confirmación oficial de las observaciones relativamente sistémicas o anecdóticas acerca de las diferencias de experiencias entre las mujeres.

La variabilidad que se observó en los resultados entre las diferentes unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Área Sanitaria de Ferrol crea un grado de desigualdad entre las mujeres del que son conscientes, así como sus acompañantes en cuanto a contenidos tanto teóricos como prácticos ⁽⁹⁾.

Las características de las clases en cuanto a tamaño y acondicionamiento mostró un grado menor de implicación de las mujeres del Centro A que las del Centro B. La falta de espacio del Centro A acompañado del volumen de alguna de las mujeres hizo que las mujeres no realizaran los ejercicios cómodas abandonándolos en mucho de los casos.

La existencia de esa variabilidad entre centros hace que las mujeres lleguen al centro hospitalario con diversidad de conceptos aprendidos, existiendo vacío de conocimientos que en muchos de los casos crea niveles de ansiedad en las madres.

7. Conclusiones

Al principio de este proceso de investigación la investigadora se preguntaba, desde su rol de alumna en prácticas y observando el déficit de conocimientos con el que las madres llegan en el momento del parto, cuál era la preparación prenatal que se estaba llevando a cabo en el Área Sanitaria de Ferrol.

Tras realizar una observación de la educación que las madres y sus parejas recibían podemos contestar a los objetivos que nos planteamos al iniciar este estudio.

1. Las características, distribución y contenidos de las clases de educación prenatal en ambos centros presentan una clara diferencia en cuanto a características de las salas, distribución de contenidos impartidos y temática de las clases. Esta variabilidad ocasiona un grado de desigualdad a las participantes sobre todo de contenidos prácticos del Centro B al Centro A, lo cual las coloca en una posición diferente a la hora de enfrentarse a su maternidad.
2. La interacción de las participantes así como sus parejas durante las sesiones de educación prenatal se vió claramente, observándose mayor nivel de interacción cuando la oradora abandonaba la sala. Este nivel de interacción ayudaba a muchas a solucionar dudas que no se atrevían a preguntar durante la sesión grupal, ayudándose unas a otras.
3. El rol de la oradora influyo en el nivel de implicación de las madres en la sesión de educación. El grado de confianza alcanzado con la matrona hace que las madres pierdan el miedo y la vergüenza y se integren perfectamente en el grupo de trabajo, dejando en manos de su matrona toda la educación prenatal. El no alcanzar este grado de confianza hace que las participantes pierda el interés por las sesiones incluso llegando a sentirse incómodas y en ocasiones ridiculizadas.

4. Las necesidades demandadas por las usuarias tras asistir a un programa de educación prenatal cambian. Los resultados demuestran que las participantes demandan una exposición de la realidad. Los profesionales deben enseñar la realidad que ellas/ellos se van a encontrar en el momento de ser padres. Hechan de menos que les hablen de posibles complicaciones durante la lactancia, que hacer cuando vuelven a casa, estrategias para calmar al bebé, todas aquellas situaciones que se les pueden plantear y que no saben resolver.

Siguiendo el modelo de los países nórdicos donde existen escuelas especializadas en educación prenatal para unificar criterios y que todas las mujeres reciban la misma educación en igualdad de condiciones, la investigadora se plantea unos posibles ejes de intervención a seguir en el Área Sanitaria de Ferrol.

Con los resultados encontrados la investigadora se plantea posibles ejes de intervención para mejorar la educación prenatal en el Área Sanitaria de Ferrol:

1. Unificar criterios en cuanto a los contenidos impartidos, mediante protocolos estandarizados que se lleven a cabo en todos los Centros de Psicoprofilaxis Obstétrica del Área Sanitaria de Ferrol.
2. Habilitar una sala con las características y acondicionamiento necesario, en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, donde se impartieran las sesiones de educación prenatal para todas las embarazadas y acompañantes del Área Sanitaria de Ferrol, unificando así criterios teóricos y prácticos.

3. Formar una Comisión de Intervención de la Educación Prenatal de la que formaran parte todos aquellos profesionales que directa o indirectamente estén implicados en la educación prenatal como son matronas, pediatras, ginecólogos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos. Un equipo multidisciplinar donde cada uno aporte conocimientos a este proceso de aprendizaje como es el de ser madre y padre, abarcando todas las esferas desde la física hasta la psicológica.

8. Bibliografía

- (1). Reeder, Martin, Koniak. Enfermería maternoinfantil.17ª Edición. Madrid. Interamericana. McGraw-Hill.1995.
- (2). Londerwilk DL, Perry Shamon E, Bobak IM. Enfermería Mosby. Enfermería maternoinfantil.6ªEdición.Madrid.Harcourt.
- (3). Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Linares Abad M, Sáenz Monzón, E. Antropología: Educación maternal. Cultura de los cuidados.2002; volumen 12:33-39.
- (4). Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2008 Numero 2.Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.(Traducida de *the Cochrane Library*, 2008 Issue 2.Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- (5). Ho I, Holroyd E. Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *Journal of Advanced Nursing*.2002; 38(1):74–85.
- (6). Nolan ML. Antenatal education-where next?.*Journal of Advanced Nursing* 1997; 25(6):1198-1204
- (7). Melender H-L. Fear and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2002; Vol. 47: 256-263.
- (8). Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29:617–622.
- (9). Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of Psychosomatic Research*.1992; Vol. 36(4): 317-327

- (10). Draper J. "It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*.2002; 39(6):563–570.
- (11). Matthey S, Barnett B. Parent-Infant classes in the early postpartum period: need and participation by fathers and mothers. *Infant mental health journal*. 1999; 20(3):278–290.
- (12). Sullivan PL. Felt learning needs of pregnant women. *Canadian Nurse* 1993; 89(1):42-45
- (13). Fernández Araque, Ana M^a. Comparación de un Programa de Educación para padres durante la etapa gestacional, puerperal y los primeros 3 meses de vida del bebe frente al Programa de Educación Maternal habitual. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(3).Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0545.php>
- (14). Área Sanitaria de Ferrol. Memoria 2011.Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Disponible en: www.sergas.es.
- (15). Martínez Rodríguez A, Martínez Bustelo S, Pita Fernández S, Ferri Morales A, Conde Regueiro M^a T. El programa de Educación Maternal en el Sistema Público de Salud en Galicia. *Rev Iberoam Fisioter Kinesed*.2007; 10(1):5-11.
- (16). Rivera MS, Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo en enfermería. *Enferm Florianopolis*. 2006; 15:158-163.
- (17). Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. Investigación cualitativa. Manual para principiantes.2º Edición. Navarra. Ediciones Eunate; 2012
- (18). Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa.2º Edición. Málaga: Ediciones Aljibe; 1999.
- (19). Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud. *Rev Esp Salud Pública*. Sep-Oct 2002; 76(5):423-436
- (20). Hallgren A, Kihlgren M, Forslin L, Norberg A. Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*.1999; 15, 6-15.

9. Anexos

Anexo I: Parrilla de recogida de datos

	1º Día	2º Día	3º Día	4º Día	5º Día
Tipo de sala					
Acondicionamiento de la sala					
Capacidad de la sala					
Nº de participantes					
Parejas/Acompañantes					
Objetivos					
Contenidos					
Material y recursos					
Ronda de preguntas					
Relación título-contenido					
Interacción entre participantes					
Orador					

Anexo II: Entrevista

1. ¿A cuantas clases de educación maternal ha asistido?
2. ¿Quién la ha acompañado?
3. ¿Qué le han parecido el desarrollo de las clases? y ¿el contenido?
4. ¿Y a su acompañante? (en el caso que asistiera acompañada)
5. ¿Que le ha parecido la actitud del orador? ¿Y su lenguaje?
6. ¿Ha echado de menos algo en las clases?
7. ¿En el momento del parto le han servido de algo lo aprendido en las clases?
8. ¿Se ha acordado de los contenidos de las clases? ¿Y su pareja?
9. ¿Cómo ha sido la vuelta a casa?
10. ¿Que valoración haría de la educación maternal en el Área Sanitaria de Ferrol?

Anexo III

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
 Secretaría Xeral

Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
 Edificio Administrativo de San Lázaro
 15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 Tlf: 881 546425 Fax: 881 541804
 ceic@sergas.es

**DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA**

Paula M. López Vázquez, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 30/04/2013 el estudio:

Título: Estudio diagnóstico de la educación maternal en el área sanitaria de Ferrol
Promotor: Alba Mª Señor López
Código de Registro CEIC de Galicia: 2013/166

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, y la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del CEIC de Galicia

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio del centro y con el investigadores siguientes

Centros	Investigadores Principales
Facultade de Enfermería e Podoloxía	Alba Mª Señor López

En Santiago de Compostela, a 08 de mayo de 2013
 La Secretaria

Paula M. López Vázquez



Anexo IV

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA OBSERVACION NO PARTICIPATIVA DE LAS CLASES DE EDUCACION MATERNAL

Titulo: Estudio diagnóstico de la educación maternal en el Área sanitaria de Ferrol

Investigador: Alba Señor López

Yo, Alba Señor López con DNI....., estudiante de 4º Grado de Enfermería, me encuentro actualmente desarrollando mi Proyecto Fin de Grado **Estudio diagnóstico de la educación maternal en el Área Sanitaria de Ferrol**, cuyo objetivo es conocer cuáles son las necesidades más demandadas en las embarazadas que acuden a educación maternal con el fin de realizar una propuesta de mejora basada en la perspectiva de las usuarias.

SOLICITO:

Su consentimiento, con el fin de poder participar como observadora no participante, sin intervenir en ningún momento, en las clases de educación maternal que se desarrollan en el Área Sanitaria de Ferrol y en las que usted participa.

Se recogerán datos generales del desarrollo y contenido de las clases. No se utilizarán ni nombres ni datos personales identificativos, se respetará el anonimato y la confidencialidad según la Ley de Protección de Datos.

El/la participante

acepta participar en el estudio

El/la participante

El/la investigador

Fdo.:

Fdo.: Alba Señor López

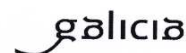
Fecha:

Fecha:

Anexo V

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 546423 Fax: 881 541804
ceic@sergas.es

**DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA**

Paula M. López Vázquez, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 11/04/2013 el estudio:

Título: Estudio diagnóstico de la educación maternal en el área sanitaria de Ferrol
Promotor: Alba Mª Señor López
Version:
Código del Promotor:
Código de Registro CEIC de Galicia: 2013/166

Y que este Comité, teniendo en cuenta los requisitos éticos, metodológicos y legales exigibles a los estudios de investigación con seres humanos, a las muestras o registros, **SOLICITA LAS SIGUIENTES ACLARACIONES:**

- Se debe remitir el compromiso de al menos un investigador colaborador (matronas) en los centros de salud donde se prevea hacer el estudio.
- Consideramos que dado que los datos a recoger se harán a través de un cuestionario anónimo (que no recoge datos de carácter personal de las participantes) no son necesarios los documentos de consentimiento informado. La investigadora principal ha de remitir compromiso a que no recogerá ninguna dato identificativo de las participantes y que solicitará previo al inicio de los grupos parto consentimiento oral a los participantes para presenciar los mismos y obtener información para el presente proyecto.

En Santiago de Compostela, a 18 de abril de 2013
La Secretaria

Paula M. López Vázquez