

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/323317858>

El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto

Article · January 2018

CITATIONS

2

READS

107

5 authors, including:



Laura Timanfaya Vera Ferrer

Universidad de La Laguna

1 PUBLICATION 2 CITATIONS

SEE PROFILE



María de las Mercedes Novo-Muñoz

Universidad de La Laguna

38 PUBLICATIONS 51 CITATIONS

SEE PROFILE



José Ángel Rodríguez-Gómez

Universidad de La Laguna

3 PUBLICATIONS 5 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Satisfacción de la mujer en la Atención al Parto [View project](#)

El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto

Empowerment of the Pregnant Woman and Her Satisfaction during Childbirth

Felipe Santiago Fernández Méndez
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
Universidad de La Laguna
santyfdez@gmail.com

Laura T Vera Ferrer
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
Universidad de La Laguna
ltimanfaya@hotmail.com

María Mercedes Novo Muñoz
Universidad de La Laguna
mernov@ull.edu.es

José Ángel Rodríguez Gómez
Universidad de La Laguna
jarogo@ull.edu.es

Armando Aguirre Jaime
Iltre. Colegio de Enfermeros de Tenerife
armagujai@gmail.com

ISSN 1989-7022

RESUMEN: El Plan de Parto como herramienta para la humanización de la Sanidad, ayuda a los profesionales sanitarios a comprender las necesidades, preferencias y deseos de las gestantes mediante unos cuidados integrales basados en la mejor evidencia disponible para una toma de decisiones compartidas desde un punto de vista ético; empoderando a la mujer durante el parto ante posibles desigualdades en la sanidad. Es relevante conocer la satisfacción durante la atención prestada como medida indirecta y detectar aspectos a mejorar en los procedimientos que incrementen la calidad de los servicios obstétricos. No obstante, en el presente estudio las mujeres con Plan de Parto obtuvieron niveles más bajos de satisfacción y unas expectativas que al final no se cumplieron. La preparación al parto ofertada a las gestantes posiblemente genere expectativas rígidas o lejanas a la realidad para que el Plan de Parto funcione como instrumento de excelencia en buenas prácticas.

ABSTRACT: The Birth Plan as a tool for the humanization of health helps professionals understand the needs, preferences and desires of pregnant women through comprehensive care based on the best evidence available for a shared decision-making from an ethical point of view; empowering women during childbirth in the face of possible inequalities in health. It is relevant to know the satisfaction during the care provided as an indirect measure and to detect aspects to be improved in the procedures that increase the quality of obstetric services. However, in the present study, women with a Birth Plan obtained lower levels of satisfaction and expectations that were not met in the end. The antenatal classes offered to pregnant women may generate rigid expectations or distant reality so that the Birth Plan works as an instrument of excellence in good practices.

PALABRAS CLAVE: Plan de Parto, Cuestionario, Satisfacción, Gestión Clínica, Calidad Asistencial

KEYWORDS: Birth Plan, Questionnaire, Satisfaction, Clinical Management, Clinical Quality

1. El Paradigma de la Asistencia al Parto

Existen argumentos que asocian la medicalización del parto con la tecnificación de las industrias, y la relación de las mujeres con los profesionales sanitarios, comparándolo con la dominación patriarcal (Boladera Cucurella & Goberna Tricas, 2016). En los modelos de atención al parto, históricamente las mujeres que parían en sus casas preparaban este acontecimiento rodeándose de otras mujeres, y siendo ellas las protagonistas de tan especial momento en su vida. Sin embargo, para reducir la morbi-mortalidad, las parturientas fueron incluidas en el modelo sanitario de enfermedad, siendo institucionalizadas en los hospitales y sometidas a una situación de vulnerabilidad y fragilidad, en un sistema médico-hegemónico.



La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) exhorta a los profesionales sanitarios a revisar las estrategias de asistencia al parto, regenerando un paradigma biopolítico revolucionario, que ha sido precursor de multitud de documentos que describen las buenas prácticas basadas en la mejor evidencia científica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Durante el proceso de parto y nacimiento, el objetivo de los cuidados prestados va encaminado a que la mujer se “empodere” (Confederación Internacional de Matronas, 2005), fortaleciendo así su capacidad natural de llevar a cabo un parto con la menor intervención posible (Velasco Juez, 2007). En la línea de la Estrategia que Ministerio de Sanidad busca para “potenciar la atención al parto normal, mejorando la calidad asistencial, y manteniendo los niveles de seguridad actuales” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, 33).

Los Planes de Parto pretenden mejorar la calidad asistencial y, por ende, incrementar la satisfacción de las mujeres (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2011); una vez asumido este paradigma de cuidados en la cultura organizacional, debería formar parte natural en la ética profesional de las instituciones sanitarias. Y las mujeres haciendo uso de los planes de partos se sintieran más empoderadas en su toma de decisiones, dejando reflejado por escrito sus necesidades, deseos y expectativas para dicho momento (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2011).

La satisfacción durante el parto y nacimiento es la vivencia subjetiva que responde a las expectativas de la gestante, siendo el resultado entre la atención sanitaria recibida y el estado de salud al final del proceso (Corbella & Saturno, 1990), y se relaciona con variedad de factores (Goodman, et al, 2004) como el cumplimiento de las expectativas, la calidad de las relaciones con los cuidadores y la implicación en la toma de decisiones.

La Atención al Parto busca dar respuesta a las necesidades de las mujeres, su recién nacido y la familia a partir de los principios éticos de Equidad y Justicia Social (Aguaya Maldonado, et al, 2008). Asimismo, La relevancia de tener en cuenta las preferencias de las embarazadas radica en el respeto del Principio ético de Autonomía, con unos cuidados asentados en que la mujer tiene derecho a estar informada y tomar decisiones; y los profesionales que la acompañan en el proceso deben respetarlas, ofrecerle los recursos necesarios y evaluar su evolución. No obstante, para ello se requiere el abandono del modelo clásico paternalista de la relación profesional-paciente, para compartir la información, incorporar las preferencias de las usuarias y tras un consenso, tomar una decisión informada que empodere a la mujer.

2. Metodología del estudio

Esta investigación partió de la Hipótesis nula de que el Plan de Parto no influye en la satisfacción de las mujeres, no encontrándose diferencias significativas entre las mujeres con Plan de Parto y aquellas que no lo presentaron.

El objetivo general marcado fue determinar el nivel de satisfacción de las mujeres que han tenido un hijo en relación con su Plan de Parto. Para ello, se plantearon los siguientes objetivos específicos: 1) Describir el nivel de satisfacción global de las madres, 2) Averiguar si existen diferencias en la puntuación de la satisfacción, 3) Indagar si hay relación entre el cumplimiento de las expectativas, el Plan de Parto y que se tengan en cuenta las preferencias, 4) Averiguar la magnitud del efecto de las intervenciones en la satisfacción global y 5) Detectar aspectos de mejora en la Atención al Parto.

El ámbito donde se desarrolló el estudio transversal, con aprobación del Comité Ético, fueron los Servicios de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria de Tenerife. Donde la población a estudio fueron las 5.503 mujeres que dieron a luz en el año 2016. Tras un muestreo intencional entre mayo y noviembre entre 842 puérperas, una vez aplicado los criterios de exclusión, la muestra fue de 598 mujeres que consintieron participar.

Se realizó una revisión bibliográfica a través de bases de datos y buscadores, con las palabras clave: satisfacción, cuestionario, Plan de Parto, expectativas y parto.

Previo al alta hospitalaria, las mujeres auto-cumplimentaron la Escala Mackey de Satisfacción validada (Mas-Pons, 2012), que consta de 36 ítems tipo Likert del 1 al 5, cuya suma tiene como resultado la variable dependiente Satisfacción Global. El rango de la escala es de 36 a 180 puntos. Esta a su vez se puede dividir en 6 sub-escalas que denominaremos factores: (I) Obstetra, (II) Matrona, (III) Dilatación, (IV) Expulsivo, (V) Recién Nacido y (VI) Acompañante y Confort.

Tras la escala, en un cuaderno de recogida de datos, las mujeres respondieron a una entrevista semiestructurada donde se recopilaron las variables independientes: "poseer o no Plan de Parto", "el Cumplimiento de las Expectativas" y el que "se tuviera en cuenta o no las preferencias de las mujeres" durante el parto.

El análisis estadístico descriptivo (distribución y frecuencia) e inferencial (pruebas no paramétricas) se realizó a través del Paquete Informático SPSS en su versión 21. La satisfacción se comparó a un nivel de significación estadística con un $p < 0,05$. Para aquellos valores

significativos se midió la magnitud del efecto de las variables en la satisfacción a través de la “d” de Cohen (1988).

3. Resultados en la Satisfacción al Parto

El perfil sociodemográfico de la muestra es una mujer con una edad de 32 años, siendo el grupo más numeroso el de las madres mayores de 30 años (67%). La mayoría eran mujeres solteras (53%) que conviven con sus parejas (95%). Generalmente tienen unos estudios secundarios completados (55%), que poseen un trabajo remunerado (66%) y que esperan tener su primer hijo (51%).

El promedio de la puntuación de la satisfacción global fue de 163 (124,9-180,0) puntos (Mediana [P_5 - P_{95}]), con una alta fiabilidad de la escala con un Alpha de Cronbach de 0.93. Para comparar la satisfacción global con los distintos factores que la componen, se calcularon los promedios en una escala del 1 al 5, siendo la media global de 4,5, pudiéndose observar que el factor III relacionado con la vivencia de la Dilatación durante el parto es la subescala que menos puntúa y el factor V asociado a la experiencia con el Recién Nacido la que más se valora (**Gráfico 1**).

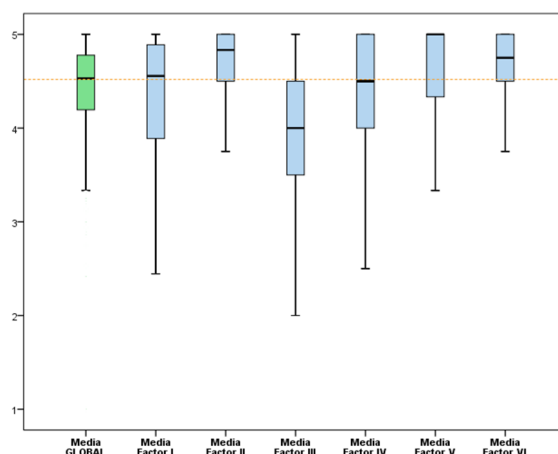


Gráfico 1: Promedio de la Satisfacción Global y Factores que la componen.

El 25% de la muestra presentó Plan de Parto, observándose en este grupo una satisfacción de 159,0 (125,0-178,7) puntos frente a los 164,0 (124,7-180,0) puntos de las que no lo presentaron. Esta diferencia tiene significación estadística, tanto en la Satisfacción Global ($p < 0,016$) como en el Factor II relacionado con el obstetra (**Gráfico 2**). Las mujeres que no presentaron plan de parto adujeron que: “No me dio tiempo a realizarlo”; “Desconozco qué es ese documento”; “No me informaron de que tenía que hacerlo”.

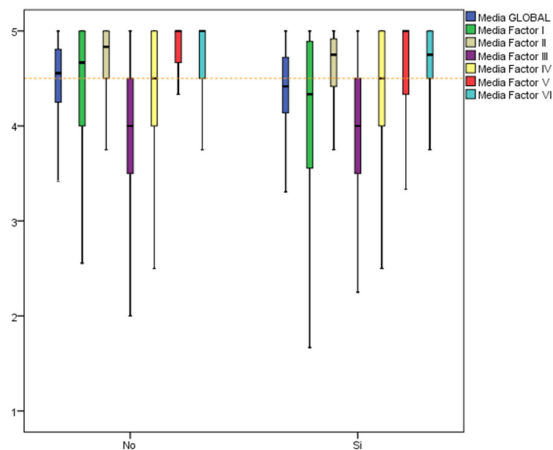


Gráfico 2: Presentar Plan de Parto y Satisfacción.

En cuanto al análisis de la satisfacción y las preferencias, al 94% de la muestra se le tuvo en cuenta sus preferencias durante el parto. La valoración obtenida fue de 164,0 (133,7-180,0) puntos, con respecto a los 131,5 (090,4-162,3) de las mujeres a las que no se les escuchó sus preferencias durante la toma de decisiones. Esta diferencia de puntuación también es significativa estadísticamente para la satisfacción global ($p < 0,001$) y todas las subescalas que la componen (**Gráfico 3**). Las puérperas que refirieron que no se les tuvo en cuenta sus preferencias alegaron que: “Fue un parto muy rápido”, “Nadie me preguntó”, “No leyeron mi Plan de Parto”, “El Paritorio estaba lleno”.

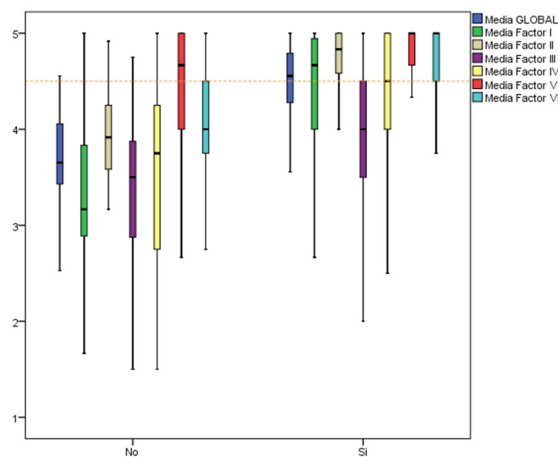


Gráfico 3: Satisfacción y Escucha Activa durante el Parto.

En el 22 % de las observaciones no se cumplieron las expectativas, advirtiendo en este grupo unos valores de 153,0 (112,6-176,0) frente a los 165,0 (138,0-180,0) puntos de las que si se le cumplieron. Esta diferencia de puntuación en la satisfacción global ($p < 0,001$) tiene significación estadística, que también se aplica a todos los factores que la constituyen (**Gráfico 4**). Los discursos de las mujeres en relación con el no cumplimiento de sus expectativas

manifestaron que: “quería un parto lo más natural posible, pero se complicó”; “Me dolió mucho”; “No me hicieron caso”; “No respetaron mi plan de parto”.

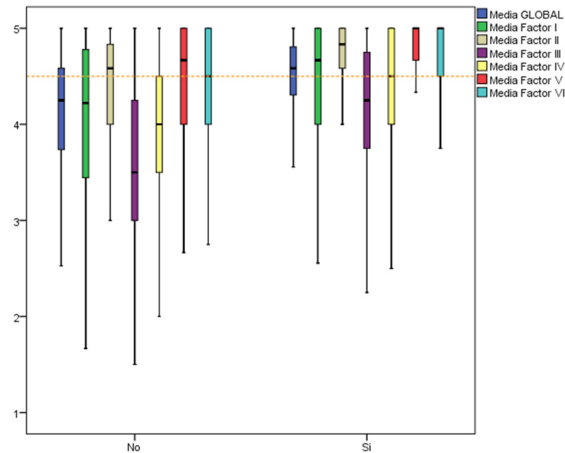


Gráfico 4: Satisfacción y Cumplimiento de las Expectativas.

Al indagar si existe relación entre las intervenciones y el cumplimiento de las expectativas. En el **gráfico 5**, se observa que el 71% de mujeres con Plan de Parto cumplió sus expectativas, frente al 80% de aquellas mujeres que no lo presentaron, y que también cumplieron sus expectativas; hecho que se relaciona con significación estadística ($p < 0,024$). Lo que se traduce en que las mujeres sin Plan de Parto obtuvieron un mayor cumplimiento de las expectativas.



Gráfico 5: Correlación entre Cumplimiento de las expectativas y Plan de parto.

En el **gráfico 6**, se observa que al 54% de mujeres a las que se le tuvo en cuenta sus preferencias sí se les cumplieron sus expectativas, frente al 6% de aquellas mujeres que no se las tuvo en cuenta y sí se cumplieron; hecho que estadísticamente se relaciona de manera significativa ($p < 0,001$). Por lo que se interpreta que las mujeres que no participan activamente en su parto obtienen un menos cumplimiento en sus expectativas.

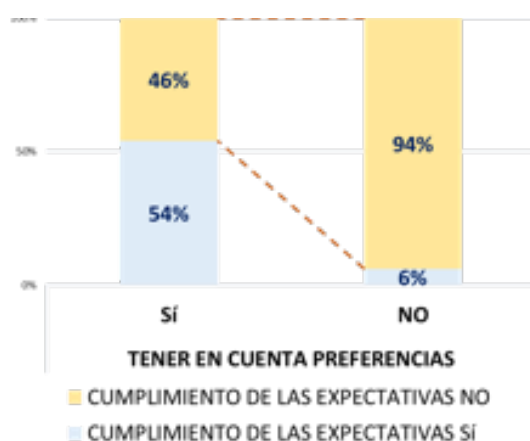


Gráfico 6: Correlación entre Cumplimiento de las expectativas y tener en cuenta las Preferencias.

Además, como se observa en las **Gráfica 5 y 6**, la dependencia que tienen el hecho de presentar un plan de parto y el tener en cuenta las preferencias de las mujeres tiene un efecto contrario en el cumplimiento de las expectativas. Existe un mayor cumplimiento de las expectativas cuando se escuchan las preferencias de las mujeres durante el parto y no se presenta un plan de parto.

Una vez calculada la “d” de Cohen¹, se puede observar (**tabla 1**) que el hecho de poseer o no un Plan de Parto tiene una magnitud de efecto exiguo sobre las puntuaciones de la satisfacción global y la experiencia con el médico obstetra (Factor I). No obstante, tener en cuenta las preferencias de las mujeres durante el parto tiene un efecto moderado en la satisfacción global que se extrapola a las subescalas relacionadas con el médico obstetra, la matrona (Factor II) y el acompañamiento y confort (Factor VI). En aquellas relacionadas con la dilatación y el expulsivo (Factor III y IV) la intervención tiene un efecto pequeño.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
Tener en cuenta las Preferencias	0,697	0,568	0,663	0,421	0,404	0,181	0,567
Elaboración de un Plan de Parto	0,200	0,273	0,109	0,042	0,020	0,030	0,067

Tabla 1: Magnitud de Efecto de las variables en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores

4. Discusión-Conclusión

El Plan de Parto como herramienta de empoderamiento es un canal de comunicación formal en la toma de decisiones informadas desde el punto de vista ético. Sin embargo, debemos rechazar la hipótesis de partida, ya que el Plan de Parto sí influye en la satisfacción.

Las mujeres empoderadas con su Plan de Parto no están más satisfechas. De hecho, hay autores, tales como Higuero-Macías y colaboradores (2013), que siguen la línea de resultados

de nuestra investigación, donde las mujeres con Plan de Parto obtienen unos niveles más bajos de satisfacción que aquellas que no lo presentan; así como, un cumplimiento menor de las expectativas, junto con sentimientos de frustración y decepción. Sin embargo, en contraposición, autores como Doherty (2010) y Suárez-Cortés et al (2015) relatan que esta herramienta si contribuye a la satisfacción.

Se precisa analizar el asesoramiento² durante el embarazo en cuanto al Plan de Parto, para que no se fomenten expectativas rígidas o lejanas a la realidad que generen insatisfacción (Fernández Méndez, 2017), para que esta herramienta funcione realmente como instrumento de excelencia en buenas prácticas.

Como acciones de mejora, se sugiere sustituir la denominación de Plan de Parto por otra que implique “flexibilidad” en las preferencias durante la toma de decisiones, dado que el trabajo de parto es “un proceso vivo”, “cambiante”, en el que pueden aparecer circunstancias que hagan que su curso no se pueda planificar.

Se han de emplear “Guías de Actuación Profesionales” donde se fomente el uso de competencias ético-actitudinales tales como el respeto, la empatía y la escucha activa en la toma de decisiones con las mujeres, que promuevan su autonomía.

Como se demuestra en la presente investigación, este tipo de manejo tiene un mayor impacto en la satisfacción y cumplimiento de las expectativas, que el hecho de presentar un Plan de Parto.

Bibliografía

- Aguaya Maldonado, J. et al. (2008): Buenas Prácticas en Atención Perinatal: Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>
- Boladera Cucurella, M. & Goberna Tricas, J. (2016): *Bioética de la maternidad: Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2005): Philosophy and Model of Midwifery Care. The Hague: International Confederation of Midwives. Disponible en: <http://internationalmidwives.org>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corbella, A. & Saturno, P. (1990). *La garantía de la calidad en atención primaria de salud*. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 397-9.

- Doherty ME. (2010): Midwifery Care: Reflections of Midwifery Clients. *J Perinat Educ*, 19(4): 41-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Fernández Méndez, FS. (2017): *Satisfacción de las mujeres según el método de inducción al parto por rotura prematura de membranas*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.
- Goodman, P. et al. (2004): Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 46(2): 212-9. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com>
- Higuero-Macías, JC. et al. (2013): Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof*, 14(3-4): 84-91. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org>
- Mas-Pons, R. et al. (2012): Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gac Sanit*, 26(3): 236-42. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007): *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010): *Guías de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria-Gesteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en: www.msssi.gob.es
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011): *Plan de Parto y Nacimiento: Estrategia de atención al Parto Normal; Salud sexual y reproductiva*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: www.msssi.gob.es
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985): Appropriate Technology for birth. *The Lancet*, 326(8452): 434-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
- Suárez-Cortés, M. et al. (2015): *Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado*. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 23(3): 520-6. Disponible en: <http://www.scielo.br>
- Velasco Juez, M. (2007): *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org>
- Waldenstrom, U. et al. (2004). *A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample*. *Birth*, 31(1): 17-26. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com>

Notas

1. Cohen reportó los siguientes intervalos para r: entre 0,1 y 0,3: efecto pequeño; entre 0,3 y 0,5: efecto intermedio; y por encima de 0,5: efecto grande (Cohen, 1988).
2. El asesoramiento para la preparación al parto generan unas expectativas mayores que la realidad encontrada durante el proceso de parto y nacimiento de su hijo (Waldenstrom, 2004).