

Osakidea

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-07

REDISEÑO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL: PROPUESTA DE UN MARCO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREPARACIÓN AL NACIMIENTO EFECTIVO Y CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES

Proyecto de Investigación Comisionada

Enero 2013

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-07

**REDISEÑO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL:
PROPUESTA DE UN MARCO PARA LA
ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREPARACIÓN
AL NACIMIENTO EFECTIVO Y CENTRADO EN LAS
NECESIDADES DE LAS MUJERES**

Proyecto de Investigación Comisionada

Enero 2013

Artieta Pinedo, Isabel
Paz Pascual, Carmen
Grandes Odriozola, Gonzalo
Abaunza Jainaga, M. Pilar
Ayestarán Fernández, Cesar
Burgos Nieto, Visitación

Cabeza Diez, Inés
Espinosa Cifuentes, Maite
Gaminde Inda, Idoia
Payo Gordon, Janire
Trincado Aguinagalde, M^a José

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2013

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2009. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2009/10.

Este documento debe ser citado como:

Artieta I, Paz C, Grandes G, Abaunza MP, Ayestaran C, Burgos V, Cabeza I, Espinosa M, Gaminde I, Payo J, Trincado MJ. *Rediseño de la educación maternal: propuesta de un marco para la elaboración de un programa de educación para la salud y preparación al nacimiento efectivo y centrado en las necesidades de las mujeres*. Investigación Comisionada. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe Osteba D-13-07.

Este documento completo está disponible en:

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/rediseño_edumater.pdf

Autora para correspondencia:

miartieta@bergara.uned.es. Maria Isabel Artieta

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Edición:	1.ª Setiembre 2013
Tirada:	80 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud
Internet:	www.osakidetza.euskadi.net/osteba
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	Composiciones RALI, S.A. Costa, 12-14 - 48010 Bilbao
Impresión y encuadernación:	ONA Industria Gráfica, S.A. Poígono Agustinos, c/ F - 31013 Pamplona
ISBN:	978-84-457-3300-4
D.L:	VI 602-2013

Equipo de Investigación

Investigadora principal

Isabel Artieta Pinedo. Matrona de Atención Primaria en el Centro de Salud de Zuazo (Barakaldo). Osakidetza. Bizkaia.

Miembros del equipo de investigación

Carmen Paz Pascual. Matrona de Atención Primaria en el Centro de Salud de Markonzaga (Sestao). Osakidetza. Bizkaia.

Gonzalo Grandes Odriozola. Responsable de la Unidad de Investigación de Atención Primaria. Osakidetza. Bizkaia.

Pilar Abaunza Jainaga. Enfermera de Pediatría en el Centro de Salud de Galdakao. Osakidetza. Bizkaia.

Cesar Ayestarán Fernández. Adjunto al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Basurto. Osakidetza. Bizkaia.

Visitación Burgos Nieto. Matrona del Servicio de Partos. Hospital Universitario Cruces. Osakidetza. Bizkaia.

Inés Cabeza Díez. Adjunta de Pediatría de Comarca Interior. Osakidetza. Bizkaia.

Idoia Gaminde Inda. Jefe de negociado de evaluación de la sección de investigación biomédica del Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Janire Payo Gordon. Enfermera del Hospital Universitario Basurto. Osakidetza. Bizkaia.

M^a José Trincado Aguinagalde. Enfermera del Hospital Universitario Cruces. Osakidetza. Bizkaia.

Revisores externos

Dña. Cristina Martínez Bueno. Responsable del programa de atención a la salud sexual y reproductiva. Institut Catalá de la Salut. Barcelona.

Dña. Matilde Fernández y Fernández-Arroyo. Unidad Docente de matronas. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este informe.

Coordinación y gestión administrativa del Proyecto en Osteba

M^a Asun Gutiérrez Iglesias, Ana Belén Arcellares Díez. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN.....	17
1.1. Planteamiento del problema.....	19
1.2. Situación en nuestro medio.....	21
2. OBJETIVOS.....	23
3. METODOLOGÍA	27
3.1. Revisión bibliográfica.....	30
3.2. Estudio con grupos focales	31
3.3. Sesiones de estudio, discusión y consenso.....	32
4. RESULTADOS.....	33
4.1. Objetivo 1. Conocer las necesidades de atención y las necesidades de salud de diferentes tipos de mujeres en edad fértil, analizando los factores que inciden en estas necesidades. .	35
4.2. Objetivo 2. Identificar los modelos teóricos y las estrategias de educación maternal más efectivas para el abordaje y afrontamiento de los problemas de salud en el contexto del embarazo, el parto y la crianza	42
4.3. Objetivo 3. Juzgar las diferentes estrategias de intervención en educación para la salud existentes en la actualidad y su adecuación a las necesidades del embarazo y crianza ...	47
4.4. Objetivo 4. Detectar las áreas de mejora más relevantes en los distintos momentos: embarazo, parto, crianza.	50
4.5. Objetivo 5. Elaborar un informe de consenso entre expertos sobre las necesidades, modelos y estrategias concretas; así como sobre el contenido de una nueva educación maternal adecuada a las necesidades prioritarias de las mujeres, factible y potencialmente efectiva y eficiente	52
4.5.1. Objetivos de educación maternal	53
4.5.2. Acciones en educación maternal	53
4.5.3. Propuesta de educación maternal	54
5. DISCUSIÓN	57
5.1. Implicaciones para la práctica y la investigación	60
5.2. Recomendaciones.....	61
5.3. Nuevas direcciones	62
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS	75

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: REDISEÑO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL: PROPUESTA DE UN MARCO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREPARACIÓN AL NACIMIENTO EFECTIVO Y CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES

Autores: Artieta I, Paz C, Grandes G, Abaunza P, Ayestarán C, Burgos V, Cabeza I, Espinosa M, Gaminde I, Payo J, Trincado MJ

Palabras clave MESH: educación maternal, preparación al parto, clases preparto, atención a la mujer, atención prenatal

Fecha: Enero 2013

Páginas: 92

Referencias: 139

Lenguaje: castellano y resumen en castellano, euskera e inglés

ISBN: 978-84-457-3300-4

INTRODUCCIÓN

La educación maternal (EM) es una actividad ampliamente aceptada por la población. Sin embargo, no ha demostrado tener un gran impacto ni sobre los resultados del parto ni sobre la salud posterior de la madre y su criatura. Es por ello de especial importancia analizar de qué modo se pueden optimizar los resultados de esta intervención.

OBJETIVOS

Consensuar entre expertos los contenidos de una nueva educación maternal a partir de las necesidades de salud de las mujeres, el análisis de los distintos modelos teóricos y estrategias de educación maternal que puedan responder a estas necesidades.

METODOLOGÍA

Partiendo del modelo propuesto por el Medical Research Council para la fase preclínica del diseño y evaluación de intervenciones complejas: 1º) se revisaron los conocimientos actuales sobre las necesidades de las mujeres con respecto a la maternidad. 2º) se trabajó con cuatro grupos focales de gestantes y púérperas de su primer parto y de niveles socioeconómicos diferentes, analizando sus percepciones con respecto al proceso de maternidad, sistema sanitario, etc. 3º) se realizaron siete sesiones estructuradas con un grupo de profesionales con experiencia en distintos momentos de este proceso para analizar modelos teóricos y estrategias de educación maternal que puedan responder a las necesidades detectadas. Finalmente, se consensuó una nueva propuesta de educación maternal.

Análisis económico: SI

NO

Opinión de Expertos: SI NO

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las mujeres refieren ansiedad o miedo por distintos motivos a lo largo del embarazo (el desarrollo fetal adecuado), en el parto (el dolor), sobre los cuidados de la criatura (hacer “lo correcto”) o la lactancia materna. Demandan la inclusión del padre en todo el proceso y una atención continuada, más allá del parto. Solicitan una información rigurosa y útil y más flexibilidad en la metodología de la EM (tiempos, formato de las sesiones, etc). Según los modelos de Educación para la Salud, la oportunidad en el tiempo de la intervención, la implicación/negociación de la persona y el apoyo social son variables esenciales para conseguir conductas más saludables. Los modelos teóricos de educación maternal afirman que la percepción de autoeficacia y disponer de herramientas para el manejo del dolor mejoran notablemente la satisfacción de la madre.

Se han identificado 10 áreas de mejora referentes al: (1) objetivo individualizado de la EM, (2) evaluación de necesidades de la mujer/familia, (3) la maternidad como un proceso fisiológico, (4) participación de los padres, (5) redes de apoyo, (6) continuidad de atención postparto, (7) accesibilidad de la matrona, (8) formación de las matronas, (9) formato y los contenidos de la EM y (10) coordinación entre profesionales de diferentes niveles de atención.

El objetivo propuesto para la nueva EM es *capacitar* a distintos tipos de mujeres para tomar decisiones adecuadas a sus necesidades y circunstancias, que le permitan: (1) mejorar su salud y la de su familia, (2) elegir, decidir y afrontar de forma responsable su modelo de maternidad-paternidad y (3) utilizar adecuadamente recursos sanitarios y comunitarios, crear y mantener las redes de apoyo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La educación maternal que se propone en este documento pretende aumentar la capacidad de las mujeres y de sus parejas para gestionar su propia salud y la de su familia, especialmente de su criatura. Se enmarca en una visión general de promoción de la salud integrándose con otros servicios sanitarios o comunitarios con un objetivo similar: adquisición de hábitos saludables, proporcionar mayor autonomía a la mujer y su pareja en la toma de decisiones, mejorar las habilidades en el cuidado de los hijos y eliminación de hábitos nocivos. Comienza con la evaluación de las necesidades de cada mujer y genera un programa educativo centrado en ella que se inicia desde la consulta preconcepcional y se prolonga durante el puerperio. Promueve en la pareja la elección de su modelo de parto y crianza y la asunción de responsabilidad ante las diferentes decisiones que implica el rol materno y paterno. Favorece el uso de los recursos y la formación de redes de apoyo. Para el logro de estos objetivos, la educación maternal debe contar con un profesional de referencia (matrona) y utilizar formatos y recursos adaptados a la forma de vida de las mujeres actuales y, por último, evaluar permanentemente sus resultados.

Para su consecución, se propone el modelado de la intervención como un proceso de abajo a arriba. Los agentes protagonistas deberían identificar las necesidades específicas de sus centros, evaluar la prioridad, factibilidad y aplicabilidad de estrategias innovadoras o de efectividad contrastada en el contexto concreto, con el fin de adaptarlas a la realidad de los centros. La implementación debería seguir una estrategia de acción a varios niveles, desde el individuo a la organización y la comunidad. En cuanto a la evaluación debería atender tanto a la efectividad sobre las mujeres como a la factibilidad de implantarlo en poblaciones y a su mantenimiento en el tiempo. La aplicación de un modelo de educación para la salud y preparación para el nacimiento como el propuesto exige una adaptación al contexto, y requiere la cooperación entre investigadores, profesionales de la salud y responsables de los servicios, así como una coordinación entre el sistema sanitario y la comunidad.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: AMA IZATEKO PRESTAKETA BERRIZ DISEINATZEA: OSASUN-HEZKUNTZA LANTZEKO ETA JAIOTZA PRESTATZEKO, EMAKUMEEN PREMIETAN OINARRITUTAKO PROGRAMA ERAGINKOR BAT EGITEKO ESPARRU BATEN PROPOSAMENA

Egileak: Artieta I, Paz C, Grandes G, Abaunza P, Ayestarán C, Burgos V, Cabeza I, Espinosa M, Gaminde I, Payo J, Trincado MJ

MESH gako-hitzak: ama izateko prestaketa, erditzeko prestakuntza, erditze aurreko eskolak, emakumeari zuzendutako arreta, jaio aurreko arreta

Data: 2013ko urtarrila

Orrialdeak: 92

Aipamenak: 139

Hizkuntza: gaztelania, laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez

ISBN: 978-84-457-3300-4

SARRERA

Ama izateko prestaketa gizartean onarpen handia duen jarduera da. Alabaina, ez da frogatu jarduera horrek eragin handia duenik ez erditzearen emaitzetan, ezta amaren eta haren haurtxoaren ondorengo osasunean ere. Hori dela-eta, aztertu beharra dago nola hobetu daitezkeen jarduera horren emaitzak.

HELBURUAK

Adituen artean ama izateko prestaketa mota berri baten edukiak adostea honako hauetatik abiatuz: emakumeen osasun-premietatik eta premia horiei erantzun diezazkieketen hainbat eredu teorikoren eta ama izateko prestaketako hainbat estrategiaren azterketatik.

METODOLOGIA

Medical Research Council izeneko batzordeak esku-hartze konplexuen diseinuaren eta ebaluazioaren fase aurreklinikorako proposatutako eredutik abiatuz: 1.) emakumeek amatasunaren inguruan dituzten premien inguruan gaur egun dakiguna berrikusi zen. 2.) maila sozioekonomiko desberdinetako haurdunez eta lehen erditzeko erdiberriez osatutako lau talde fokalekin lan egin zen eta hainbat gairi buruz (amatasuna, sistema sanitarioa eta abar) zuten pertzepzioa aztertu zen. 3.) dagokigun prozesuko une desberdinetan esperientzia duen profesional-talde batekin 7 saio egituratu egin ziren, detektatutako premiei erantzun diezazkieketen ama izateko prestaketarako eredu teorikoak eta estrategiak aztertzeko. Azkenik, ama izateko prestaketarako proposamen berri bat adostu zen.

Azterketa ekonomikoa:

BAI

EZ

Adituen iritzia:

BAI

EZ

EMAITZAK ETA EZTABAIDA

Emakumeek diote hainbat arrazoi direla-eta, antsietatea edo beldurra sentitzen dutela hainbat unetan, esaterako haurdunaldian (fetuaren garapen egokia), erditzeko garaian (oinazea), haurtxoaren zaintzan (“jokabide zuzena”) edo amagandiko edoskitzean. Aita ere prozesuan inplikatzeko eskatzen dute, baita arreta jarraitua izatea ere, erditzetik haratago. Era berean, honako hauek ere eskatzen dituzte: informazio zehatza eta baliagarria eta ama izateko prestaketarako metodologian malgutasun handiagoa izatea (denboran, saioen formatuan eta abar). Osasun Hezkuntzaren eredu araberako, esku-hartzea une egokian egitea, norberaren inplikazioa eta negoziatioa eta gizarte-babesa funtsezko aldagaiak dira portaera osasungarriagoak lortzeko. Ama izateko prestaketaren eredu teorikoek diote autoeraginkortasun-pertzepzioak eta oinazea maneiatzeko tresnak izateak amaren gogobetetasuna asko handitzen dutela.

10 hobekuntza-arlo identifikatu dira honako hauei dagokienez: (1) ama izateko prestaketaren helburu indibidualizatua, (2) emakumearen/familiaren premien ebaluazioa, (3) amatasuna prozesu fisiologiko modura, (4) aiten parte-hartzea, (5) laguntza-sareak, (6) erdiondoko arretaren jarraitutasuna, (7) emagin hurbillerratasuna, (8) emagin prestakuntza, (9) ama izateko prestaketaren formatua eta edukiak eta (10) arreta-maila desberdinetako profesionalen arteko koordinazioa.

Ama izateko prestaketa berrirako proposatutako helburua honako hau da: hainbat emakumeri beren premiei eta inguruabarrei egokitutako erabakiak hartzeko *trebatzea* xede hauek lortzeko: (1) beren osasuna eta beren familiarena hobetzea, (2) nahi duten amatasun-aitatasun eredu arduraz aukeratzea, erabakitzea eta hari aurre egitea eta (3) baliabide sanitarioak eta komunitarioak behar bezala erabiltzea eta laguntza-sareak sortzea eta haiei eustea.

ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK

Dokumentu honetan proposatzen den ama izateko prestaketarekin emakumeek eta beren bikoteek beren osasuna eta familiarena, bereziki beren haurtxoarena, kudeatzeko gaitasuna handitzea lortu nahi da. Prestaketa hori osasun-sustapeneko ikuspegi orokor batean sartzen da, hain zuzen ere antzeko helburua biltzen duten bestelako zerbitzu sanitario edo komunitarioekin integratuta, esaterako: ohitura osasungarriak eskuratzea, emakumeari eta bere bikotekideari erabakiak hartzeko garaian autonomia handiago ematea, seme-alaben zaintzarako trebetasunak gehiago garatzea eta ohitura kaltegarriak desagerraraztea. Hasteko, emakume bakoitzaren premiak ebaluatzen dira eta emakumearengan oinarritzen den heziketa-programa bat sortzen da; programa hori haurdunaldi aurreko kontsultarekin hasten da eta puerperioan jarraitzen du. Bikotearengan erditze-eredua eta haurraren hazkuntzarako eredu aukeratzea sustatzen du, baita ama-rolak eta aita-rolak dakartzaten erabakiekiko ardura hartzea ere. Baliabideak erabiltzea eta laguntza-sareak sortzea bultzatzen du. Helburu horiek lortzeko, ama izateko prestaketan erreferentziako profesional bat behar da (emagina), gaur egungo emakumeen bizimodura egokitutako formatuak eta baliabideak erabili behar dira eta azkenik, emaitzak etengabe ebaluatu.

Hori lortzeko, esku-hartzea behetik gorako prozesu gisa modelatzea proposatzen da. Agente protagonistek beren zentroetako premia espezifikoak identifikatu behar lituzkete, baita estrategia berritzaileen edo dagokion inguruabarrean kontrastatutako eraginkortasuna duten estrategien lehentasuna, egingarritasuna eta aplikagarritasuna ebaluatu ere, betiere zentroetako errealitateari egokitzeko xedearekin. Inplementazioak maila desberdinetako ekintza-estrategiaren arabera izan beharko luke. Bestalde, ebaluazioak emakumeengan duen eraginkortasunaren arabera izan beharko luke. Proposatu den osasun-hezkuntzarako eta jaiotzarako prestaketarako eredu aplikatzeak testuinguruarekiko egokitzapena eskatzen du eta aldi berean, hainbat agenteren arteko lankidetzak (ikertzaileak, osasun-arloko profesionalak eta zerbitzuetako arduradunak) eta sistema sanitarioaren eta komunitatearen arteko koordinazioa.

STRUCTURED SUMMARY

Title: REDESIGNING MATERNAL EDUCATION: PROPOSAL FOR A FRAMEWORK TO DRAW UP AN EDUCATION PROGRAMME FOR HEALTH AND EFFECTIVE BIRTH PREPARATION FOCUSED ON THE NEEDS OF WOMEN

Authors: Artieta I, Paz C, Grandes G, Abaunza P, Ayestarán C, Burgos V, Cabeza I, Espinosa M, Gaminde I, Payo J, Trincado MJ

MESH keywords: maternal education, birth preparation, antenatal classes, care of women, prenatal care

Date: January 2013

Pages: 92

References: 139

Language: Spanish, abstracts in Spanish, Basque and English

ISBN: 978-84-457-3300-4

INTRODUCTION

Maternal education (ME) is an activity widely accepted by the public. However, it has been seen that this does not have a great impact either on the results of the birth or on the postnatal health of the mother and her child. For this reason, it is especially important to analyse in what ways the results of such an intervention might be optimised.

OBJETIVES

Seek the agreement of experts as to the contents of a new kind of maternal education based on the health needs of women, and analyse the different theoretical and strategic models of maternal education that might respond to such needs.

METHODOLOGY

Based on the model proposed by the Medical Research Council for the pre-clinical stage of the design and assessment of complex interventions: 1) a review was made of the current understanding of the needs of women with regard to maternity. 2) the study was carried out on four focus groups, taken from different socio-economic levels, of expectant mothers and postpartum women following the birth of their first child. An analysis was made of their perceptions with regard to the maternity process, the health system, etc. 3) 7 structured sessions were organised with a group of experienced professionals at different stages in this process to analyse the theoretical and strategic models of maternal education that might respond to the needs detected in the study. Finally, a new proposal for maternal education was agreed.

Economic analysis: YES

Expert opinion:

NO

RESULTS AND DISCUSSION

Women report anxiety or fear for different reasons during their pregnancy (adequate foetal development), and during birth (pain), about the care of their child (to do “the right thing”) or breast feeding. They demand that the father be included in the entire process and that care be provided on a continuous basis, beyond the birth. They request rigorous, useful information and greater flexibility in ME methodology (timetables, formats of sessions, etc.). According to Education for Health models, the timeliness of the intervention, the involvement/negotiation of/with the individual and social support are essential variables to achieve healthier conducts. These theoretical models of maternal education state that the perception of self-efficacy and availability of tools to manage pain bring about considerable improvements in the mother’s level of satisfaction.

Ten areas of improvement have been identified with regard to (1) the individualised aim of ME, (2) assessment of the needs of women/families, (3) maternity as a physiological process, (4) participation of fathers, (5) support networks, (6) continuity of postpartum care, (7) accessibility of midwives, (8) training of midwives, (9) format and content of ME and (10) coordination between professionals at different levels of health care.

The aim proposed for the new ME is to *instruct* women from different backgrounds on how to take the appropriate decisions for their needs and circumstances, allowing them (1) to improve their own health and that of their family, (2) choose, decide and confront the maternity-paternity model in a responsible manner (3) use health and community resources adequately, create and maintain support networks.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The maternal education proposed in this document sets out to increase the capabilities of women and their partners to manage their own health and that of their family, and especially of their child. This must be seen against the background of a general vision of health promotion, integrated with other health or community services with a similar objective: acquisition of healthy habits, promote the greater autonomy of women and their partners in taking decisions, improve their skills in the care of children and elimination of bad habits. It begins with the assessment of the needs of each woman and generates an educational programme focused on her own needs, beginning with the preconception consultation and lasting throughout the postpartum period. It helps couples to choose their own birth and upbringing model and to accept their responsibilities in the face of a range of different decisions that involve directly in their roles as mothers and fathers. It favours the use of resources and the setting up of support networks. In order to achieve these objectives, maternal education must have a reference professional (midwife) and use formats and resources adapted to the way of life of modern women and, lastly, to evaluate their results on a permanent basis.

To achieve this, the modelling proposed for the intervention is a bottom-up process. The main actors in this process must identify the specific needs of their centres, assess the priority, feasibility and applicability of innovating strategies and of their effectiveness in the specific context, with the aim of adapting these to the real circumstances of their centres. The process of implementation should follow an action strategy organised at several levels, from the individual to the organisation and the community. With regard to the assessment, this should pay attention both to the effectiveness for women and on the feasibility of introducing this in populations and its maintenance over time. The application of an education model for health and preparation for birth such as the one proposed here, needs to be adapted to the context and requires the cooperation of researchers, health professionals and those responsible for services, as well as a coordination between the health system and the community.

1. INTRODUCCIÓN

La educación ayuda a la persona a aprender a ser lo que es capaz de ser

Hesíodo (S. VIII AC-?) Poeta griego.

La experiencia de la maternidad constituye un periodo de transición extremadamente significativo en la vida de la mujer. Causa profundos cambios que requieren numerosas adaptaciones, reestructuraciones y reajustes tanto físicos, como psicológicos, sociales y económicos. Todo ello justifica la presencia de un cierto nivel de ansiedad, ante los retos, amenazas y oportunidades que conlleva. Por todo ello, a lo largo de la historia se han generado múltiples estrategias para ser capaz de ser madre con el mayor éxito y con el menor sufrimiento posible (1). Esto se hizo especialmente patente en el último siglo en Europa occidental (2, 3, 4).

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En esta etapa de paso a la maternidad, el embarazo y el dolor del parto son temas recurrentes. En la cultura occidental el descubrimiento de la secuencia temor-tensión-dolor, descrita por el médico inglés Dick Read, constituyó un elemento clave para afrontarlo. Según esta teoría el dolor sería consecuencia de la tensión muscular derivada del miedo, el propio dolor, a su vez, aumentaría la tensión muscular, incluidos los músculos implicados en el nacimiento completando así el círculo vicioso. Bajo este modelo, una intervención que redujese el miedo, disminuiría la tensión inicial, rompiendo este círculo. Esta intervención puede dirigirse a eliminar el miedo, y en consecuencia el dolor, mediante un mejor conocimiento de los procesos fisiológicos del embarazo y el parto, así como con el uso de técnicas de relajación específicas, como las propuestas por Jacobson. (1).

Casi simultáneamente en Rusia procedentes de la escuela pavloviana, Velvovsky *et al.*(5) proponen romper la asociación entre parto y dolor, condicionando a las contracciones otras respuestas alternativas, como respiraciones específicas en cada periodo. Ambas escuelas sostienen que el dolor tiene un origen cultural y no fisiológico, pero mientras que la escuela inglesa lo atribuye al miedo, la escuela rusa asume que se debe al condicionamiento. Profundizando en esta idea Ferdinand Lamaze en 1952 formuló su método de "Psicoprofilaxis Obstétrica" (6). Su objetivo es aumentar el conocimiento sobre el proceso y enseñar conductas distractoras, entre ellas las técnicas de respiración y de relajación. Propone la preparación en grupo, el autocontrol y prioriza el bienestar de la madre. El entrenamiento en relajación es el componente activo más importante del método de Lamaze para el manejo del dolor. Las prácticas en relajación, respiración y pujos, el acompañamiento del padre, la reestructuración cognitiva y la conservación de buenas condiciones físicas pretenden proporcionar confianza a las nuevas madres y favorecer que tomen decisiones informadas.

Esta metodología fue introducida en nuestro país por Aguirre de Cárcer, que incluyó técnicas de entrenamiento en sofrología intensificando la relajación muscular, pero manteniendo un estado de alerta mental, así las contracciones se percibirían desde un estado subliminal y con menos dolor (7, 8). La escuela española es la primera que plantea un programa de Educación para la Salud, y que lo incluye en la cartera de servicios de un Sistema Público y Nacional de Salud. Avanza en la línea de la escuela francesa pero globaliza el proceso de la maternidad más allá del parto, trabajando en el cambio de hábitos durante la gestación, favoreciendo la vinculación afectiva madre-criatura-padre, y potenciando el desarrollo de habilidades para la lactancia, la crianza... Debido a su esfuerzo para la formación de matronas y médicos, la mayor parte de los programas de preparación al parto que se ofrecen en la actualidad en España están basados en aquellos cursos.

En resumen, la Educación Maternal (EM) surgió orientada al manejo del dolor durante el parto, aunque posteriormente ha ido incorporando otros contenidos relacionados con la salud y la maternidad. Por

su parte, la atención al parto ha ido variando, no siempre a favor del bienestar de la madre. Hasta mediados del pasado siglo, las mujeres parían en su casa, atendidas por una matrona y podían utilizar sus propias estrategias (espontáneas o aprendidas) (9,10). A partir de los años 50, sin embargo, el parto ocurre en centros hospitalarios, atendido por profesionales sanitarios que trabajan a turnos y que deben basarse en protocolos estrictos (11,12). La mujer se ve sometida a normas más estandarizadas y prácticas protocolizadas, como el enema, rasurado, uso de oxitocina, amniorrexis artificial, monitorización, episiotomía, que merman su autonomía y dificultan el uso de estrategias como los cambios de posición o los movimientos rítmicos repetitivos. Durante la segunda mitad del siglo pasado se extiende la EM como una herramienta para afrontar el dolor y reducir el miedo, imponiéndose la necesidad de las técnicas de relajación, respiración controlada o el apoyo para el parto.

Con la introducción y generalización de la anestesia epidural en el parto en los años 90, esta situación ha cambiado radicalmente (13). Las necesidades y demandas de las mujeres, también. A la vista de la nueva situación, los educadores (las matronas) han incluido nuevos contenidos que consideraban relevantes, por ejemplo, información sobre intervenciones médicas, enfoques alternativos de afrontamiento del parto o la participación del padre en las sesiones. Igualmente, las técnicas de aprendizaje han sido reemplazadas por discusiones de grupo, donde los participantes pueden proponer sus propias cuestiones (14). En los últimos años del s XX los organismos públicos Insalud (15) y Osakidetza (16), proponían programas amplios de Educación Maternal con objetivos como:

- Favorecer que la mujer embarazada y/o su pareja, adquieran comportamientos saludables que favorezcan el desarrollo de un embarazo normal, la obtención de una criatura sana y la recuperación tras el parto.
- Fortalecer la idea de que tener una criatura es un proyecto de vida, lo que posibilita asumir con mayor facilidad y equilibrio emocional las responsabilidades del nuevo rol de maternidad/paternidad. Promover la comprensión y aceptación de los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que se producen durante este periodo.
- Proporcionar conocimientos y herramientas de autocontrol para que la mujer gestante pueda tener un parto con bienestar para la madre y para la criatura.

Para dar respuesta a estos objetivos, se propuso la asistencia a un programa de alrededor de ocho sesiones durante el tercer trimestre de la gestación. Estas sesiones comprenderían un contenido teórico y un entrenamiento corporal. Las sesiones de Educación Maternal siguen con escasas variaciones, el siguiente programa teórico:

- Anatomía, fisiología del embarazo y autocuidado (hábitos saludables durante el embarazo: alimentación, sexualidad, hábitos tóxicos). Signos de alarma.
- Comienzo del parto y momento de acudir a la maternidad, identificación de las contracciones y su significado.
- Otros tipos de parto, instrumentales o cesáreas. Recursos disponibles para facilitar el parto: respiraciones, anestesia epidural, cambios posturales. Trabajo de la auto-confianza y el desarrollo de las capacidades propias de cada persona.
- Postparto inmediato, signos de alarma. Reacciones físicas y psíquicas habituales. Autocuidado materno, sexualidad.
- Lactancia materna, mitos, beneficios, técnica.
- Lactancia materna: problemas, ingurgitación, grietas del pezón, mastitis. Soluciones. Alimentación a gemelos, alimentación con biberón.

- Cuidados de recién nacido, signos de alarma. Desarrollo afectivo, aceptación y conocimiento del bebé.
- Anticoncepción. Repaso general.

Cada una de estas sesiones se completa con una parte de actividad corporal, en la que se proponen y practican ejercicios físicos (circulatorios, pélvicos, lumbares), respiratorios, pujos, y prácticas de relajación.

A pesar de estas adaptaciones, la utilidad de la EM sobre la evolución del parto es cada vez más cuestionada. En primer lugar, no todas las mujeres acuden a EM y aquellas que lo hacen tienen unas características concretas, son primíparas, con un nivel educativo medio-alto, no fuman y habitualmente tienen pareja estable (17). En segundo lugar, parece que la asistencia a EM no mejora la evolución objetiva del parto ni la satisfacción de las madres (18; 19; 20). En una revisión exhaustiva de la bibliografía, Gagnon afirma que los resultados del parto atribuibles a la EM no son concluyentes (21, 22). Con respecto a la lactancia materna, la evidencia muestra que la EM aporta beneficios sobre la iniciación (23) y la continuación de esta práctica (24), aunque algunos de estos beneficios se observan sólo en grupos concretos (25), o cuando se incluyen intervenciones postparto (26). Como ya ocurría con el parto, el impacto de la EM prenatal sobre la lactancia materna dista mucho de estar claro (27).

1.2. SITUACIÓN EN NUESTRO MEDIO

En Osakidetza la cartera de servicios referente a la mujer en Atención Primaria (AP) incluye la captación de las embarazadas en el primer trimestre, seguimiento del embarazo, las sesiones de educación maternal y posterior visita puerperal en el primer mes tras el parto. Además del embarazo, se oferta información y seguimiento del método anticonceptivo, la detección del cáncer ginecológico y la atención durante el climaterio (BOPV 4-8-1989). Todos los centros de salud cuentan con una matrona de atención primaria, aunque si el centro abarca a poca población la misma persona debe atender a varios centros.

Esta matrona es responsable o participante en la mayoría de las actividades de la cartera de servicios hacia la mujer en algunos casos en coordinación con el ginecólogo puesto que:

- Hay programas que establecen visitas alternas (control de embarazo, anticoncepción) o
- es necesario derivar a la consulta especializada (alteraciones en el screening de cáncer de cérvix, mala tolerancia a los métodos anticonceptivos, o trastornos climatéricos).

En otros casos existe una coordinación con el médico de familia por ejemplo, en el programa de anticoncepción, o ante alteraciones leves en el screening de cáncer de cérvix. También puede trabajar en coordinación con la enfermería del centro de salud para la aplicación de inyectables (gamma globulina anti-D), vacuna antitetánica o de la gripe, curas (cesárea). Finalmente, algunas actividades se dan coordinadas con otros servicios como en el caso de mujeres que precisan una interrupción de embarazo. La matrona también es requerida en ocasiones para realizar sesiones educativas (menopausia o adolescencia) en centros de la comunidad o en colegios e institutos. No existe conexión, más allá de la personal, entre las matronas de AP y las matronas hospitalarias o servicio de partos; ni entre las matronas y los servicios de pediatría.

Otras actividades son responsabilidad exclusiva de la matrona en casi todos los centros de salud como es la visita puerperal, o de los grupos de educación maternal. Aunque en algunos casos se solicita la intervención de las enfermeras de pediatría para algunas sesiones esta no es, ni mucho menos, una práctica extendida. La matrona establece el momento de inicio, la frecuencia y el contenido de las sesiones.

Puesto que la EM consume buena parte de los recursos disponibles de las matronas de AP, parece imprescindible evaluar qué utilidad tiene para las mujeres todo este esfuerzo (28,29,30). Aunque no cabe duda de que los profesionales directamente implicados en la EM la realizan con la mayor responsabilidad, hay que reconocer que no es infrecuente que muchas recomendaciones realizadas por los expertos, se muestren inefectivas cuando se evalúan sus resultados (31,32,33,34). Por citar un ejemplo reciente en el campo de la salud de la mujer, los controvertidos programas de detección temprana de cáncer de mama mediante mamografía (35) o las prácticas sistemáticas de episiotomía, amniotomía, ayuno durante el periodo de dilatación etc., revisadas recientemente (36).

En consecuencia, se realizó un estudio de cohortes en 43 centros de Bizkaia para evaluar la relación entre asistir a EM y un conjunto de resultados en el parto, como una menor ansiedad, menor duración, uso apropiado de anestesia, secuelas o la satisfacción. También se evaluó la asociación entre asistir a la EM y las tasas de iniciación de lactancia materna y su duración hasta el año postparto (28). Los resultados de este estudio sólo mostraron diferencias asociadas a la EM en la variable “ansiedad durante el periodo de dilatación” y esto únicamente en las mujeres autóctonas, no en el caso de las mujeres inmigrantes. En el resto de variables del parto no hubo diferencias significativas entre los grupos (37). Con respecto a la lactancia materna, las mujeres que habían asistido a más sesiones tenían menos probabilidad de abandonar la lactancia materna en el primer mes. No se apreciaron sin embargo diferencias entre los grupos de asistentes y no asistentes a EM en cuanto a la iniciación de la lactancia, ni en las tasas a los 3, 6 y 12 meses (38). Esta falta de diferencias en lactancia a largo plazo puede deberse a que la atención de la madre se encuentre más orientada a otros problemas, como puede ser la vuelta al trabajo (39).

Por tanto, en la misma línea que otros estudios europeos (40, 41, 42, 43) las evidencias científicas del efecto de la EM sobre los resultados del parto y en la lactancia, tanto en sus variables objetivas como subjetivas, es escaso también en nuestro medio. Probablemente debido a un desajuste entre la evolución de la EM en los últimos 50 años y el cambio en las necesidades de las mujeres con respecto a su maternidad, unido al avance de la obstetricia (44, 45, 46).

Ahora bien, si las mujeres disponen de todo tipo de información a través de las nuevas tecnologías y si el dolor en el parto puede suprimirse mediante fármacos, cabe preguntarse qué beneficio aporta la EM en la sociedad actual, es decir, ¿Está justificada la EM en nuestra sociedad? Un elevado número de autores coinciden en que sigue siendo una actividad necesaria, quizá más que nunca (47). Por una parte, como un medio de orientación entre la enorme cantidad de información y de ofertas que existen sobre el parto y que dificultan la posibilidad de elección (12). Por otra, porque supone una oportunidad para promocionar la salud de la madre y a través de ella, la de la nueva familia, fomentando hábitos saludables en el cuidado de la criatura (10, 43, 44, 48, 49, 50).

La EM, por tanto, es una intervención cuyo beneficio claro no se conoce, pero que sí es necesaria, tanto desde el punto de vista de la población como del sistema sanitario. La tarea sería conseguir una adaptación entre la atención que se presta, en nuestro caso desde la atención primaria y las necesidades de salud de las mujeres y hombres actuales (43, 44, 51, 52).

2. OBJETIVOS

El objetivo general es *elaborar un marco de principios y recomendaciones para el desarrollo de una educación para la salud y preparación al nacimiento que se adecue a las necesidades reales de la mujer*. Para ello se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer las necesidades de atención y las necesidades de salud que expresan distintos tipos de mujeres en edad fértil y los factores que inciden en estas necesidades.
- Identificar los modelos teóricos y las estrategias de EM existentes, estudiando su efectividad para el abordaje y afrontamiento de los problemas de salud en el contexto del embarazo, el parto y la crianza.
- Juzgar las diferentes estrategias de intervención en educación para la salud existentes en la actualidad y su adecuación a las necesidades del embarazo, parto y crianza.
- Detectar las áreas de mejora más relevantes en los distintos momentos: embarazo, parto, crianza.
- Consensuar entre expertos las necesidades generales a las que deberían responder los modelos y estrategias concretas y los contenidos de una nueva Educación para la salud y preparación al nacimiento adecuada a las necesidades prioritarias de las mujeres, factible y potencialmente efectiva y eficiente.

3. METODOLOGÍA

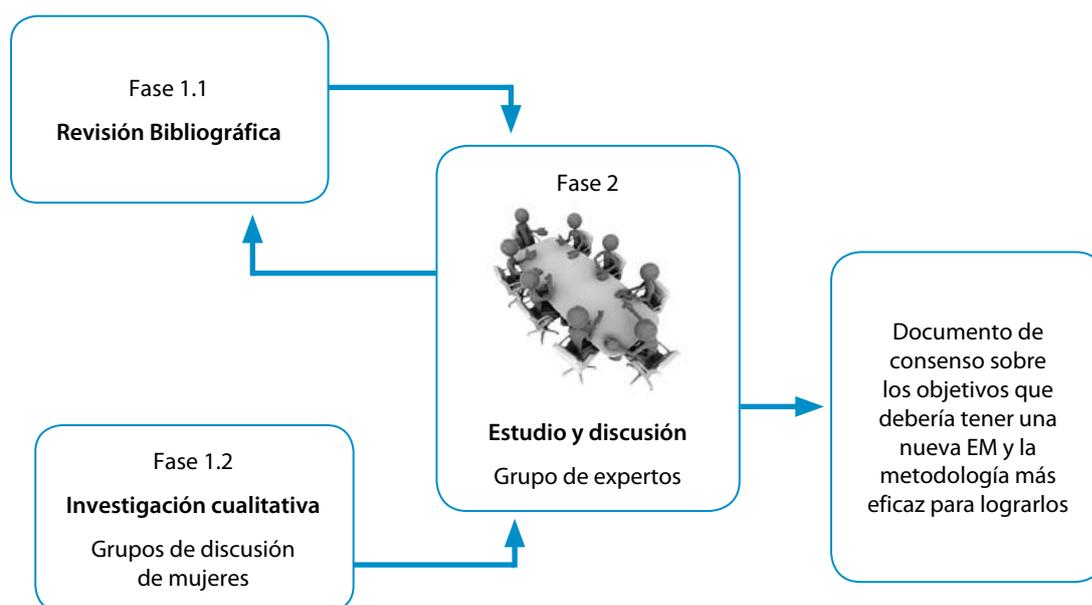
Al abordar el cambio en la EM, es preciso tener en cuenta que se trata de una intervención compleja puesto que:

- Las personas que asisten a EM se enfrentan a un proceso largo formado por etapas de diferentes características: embarazo, parto, postparto, lactancia, crianza. La intervención puede ser beneficiosa sobre un aspecto y no sobre otros.
- En cada uno de estos momentos pueden obtenerse distintos resultados, algunos beneficiosos y otros no. Por ejemplo, el resultado de un parto puede ser objetivamente bueno, pero muy insatisfactorio para la madre (1).
- La propia intervención es compleja en cuanto a su aplicación, puesto que tanto el contenido, como el formato, el momento o el entorno en que se aplican pueden ser diferentes.

El grupo de trabajo sobre servicios sanitarios y salud pública del Medical Research Council (MRC) del Reino Unido definió en el año 2000 un marco teórico y metodológico para el diseño, evaluación y traslación de intervenciones complejas en el contexto clínico que resulta adecuado también en el área de la EM (53). Este marco parte de una base teórica que inicia el proceso identificando la evidencia y estableciendo el desarrollo del proceso y los resultados esperados. A lo largo de las siguientes fases se va implementando el modelo propuesto, inicialmente como un estudio piloto en el que se evaluarán las dificultades encontradas y los resultados obtenidos tanto respecto a su eficacia como a su rentabilidad. Un resultado favorable conducirá a la aplicación a poblaciones más amplias y un seguimiento a largo plazo. La evaluación y revisiones permanentes darán lugar a la necesidad de nuevos cambios para readaptar la intervención, cambios que de nuevo habrán de basarse en la evidencia y ser modelados, cerrando así el círculo (54,55).

Partiendo de este modelo, se diseñó un proyecto de investigación formativa en dos fases, la primera integrada por una revisión bibliográfica y una investigación cualitativa con grupos de discusión de mujeres usuarias de los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) de Osakidetza y la segunda fase que consistía en sesiones estructuradas de estudio, discusión y consenso de un grupo de expertos. Se trata de una metodología similar a la ya empleada en otros trabajos sobre EM (56).

Figura 1. Esquema del proceso de investigación



3.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1.1. Necesidades de salud

El objetivo de la revisión bibliográfica fue sintetizar qué *necesidades* de educación para la salud expresan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como cuáles son sus *preferencias* en cuánto a aprendizaje y qué *variables* pueden influir en esas necesidades.

a) *Bases de datos consultadas:*

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos originales y revisiones en las siguientes bases de datos: Ovid MEDLINE (1966 to present), EMBASE (1980 to 2010), CINHAL (1982 to 2010), PSYCHINFO (1806 to 2010), Cochrane Database of systematic reviews y JBI Connect.

b) *Términos y estrategia de búsqueda:*

Los términos utilizados para la búsqueda en las distintas bases de datos fueron una combinación de términos naturales y términos MESH, en función de las características específicas de cada una de ellas:

Health promotion OR health service needs & demand OR prenatal care OR needs assessment OR patient education as Topic OR attitude to health OR learning needs OR health education OR health knowledge, attitudes, practice
AND
pregnancy OR postpartum period
AND
female OR mother* OR parent*.

c) *Criterios de inclusión:*

- Artículos originales o revisiones sistemáticas de estudios descriptivos de tipo cualitativo y cuantitativo.
- Cuyo tema central fuera la evaluación de las necesidades de la mujer en el periodo perinatal en lo referente a temas de interés, inquietudes o intereses en el embarazo, parto y crianza y preferencias en cuanto a aprendizaje.
- Desde la perspectiva del consumidor de los servicios de salud.
- Centrándonos en la normalidad, es decir, embarazos y partos sin complicación; excluyendo condiciones y grupos muy minoritarios.
- Realizados en países desarrollados.
- Artículos publicados entre 1998 y 2010.
- Publicados en inglés o en español.

3.1.2. Modelos teóricos de educación para la salud y modelos de preparación al parto

Se estudiaron: 1) los modelos contemporáneos más extendidos de EM (10) y 2) modelos generales de promoción de la salud (integrados en estrategias de intervención en educación para la salud). En este último caso se partió de la revisión realizada para el proyecto de estrategias de promoción de estilos de vida saludables en atención primaria (57) seleccionando aquellos modelos cuya efectividad se había evaluado en el área de salud de la mujer: adolescentes (uso de anticoncepción, prevención de ETS),

embarazadas (abandono del tabaco, prevención de la obesidad, del parto prematuro, del bajo peso), o en el postparto (inclusión de la pareja).

3.2. ESTUDIO CON GRUPOS FOCALES

La utilidad de los métodos cualitativos en el ámbito de la promoción de la salud se ha puesto de manifiesto tanto en la modificación de estilos de vida (58, 59, 60) como en los estudios sobre EM (12, 45, 61, 62). En este caso se planteó un estudio cualitativo con cuatro grupos focales formados en función de dos ejes: nivel socioeconómico (medio-alto, medio-bajo) y momento en el que se encontraban (embarazo, puerperio). El nivel socioeconómico se tomó como variable relevante porque no se considera adecuado que en un grupo de discusión haya jerarquías de ningún tipo, ya que dificultan la libre expresión de ideas y se determinó a través de entrevista telefónica, teniendo en cuenta los indicadores principales propuestos por la Sociedad Española de Epidemiología en cuanto al nivel de estudios, profesión de ellas y sus parejas, y lugar de residencia (63). El criterio de captar mujeres únicamente hasta el cuarto mes de puerperio se debió a la dificultad de que asistiesen mujeres que pudiesen haberse reincorporado al trabajo.

Tabla 1. Centros de Salud de procedencia de los cuatro grupos focales clasificados por nivel socioeconómico.

	Embarazadas	Puérperas (0 y 4 meses)
Nivel socio económico alto	Indautxu, Algorta y Berango	
Nivel socio económico bajo	Barakaldo, La Peña, Sestao y Rekalde	

Se entregó a cada potencial participante la hoja de información sobre el estudio junto con el formulario de consentimiento informado (Anexos 1 y 2). A medida que las matronas iban captando mujeres se lo comunicaban al equipo de investigación para interrumpir el reclutamiento una vez el número de mujeres necesarias por grupo se había alcanzado.

Las sesiones grupales se desarrollaron en la biblioteca de la Unidad de Investigación de Atención Primaria en la última semana de septiembre y primera de octubre de 2010. Todas las sesiones se grabaron en audio, y posteriormente se transcribieron de manera literal. Las grabaciones se custodian en la Unidad de Investigación de Atención Primaria y se destruirán a los cinco años de finalizada la investigación. Todas las mujeres participantes recibieron un obsequio por participar y bono de transporte para cubrir los gastos de desplazamiento, por un valor conjunto de 20 €.

Los guiones previstos para las reuniones planteaban cuatro temas fundamentales:

- Las dudas y problemas que expresaban las mujeres respecto al embarazo, parto o crianza.
- Qué estrategias utilizaban para afrontarlos y resolverlos.
- Qué utilidad asignaban a la EM.
- Qué mejoras introducirían en esta intervención. Los guiones detallados se muestran en los Anexos 3 y 4.

El objetivo de la investigación se orienta hacia la descripción e interpretación, por lo que tres miembros del equipo investigador leen de manera independiente las transcripciones literales realizadas para el tratamiento del texto y análisis conforme al modelo sociológico del discurso, con posterior triangulación entre los investigadores. El primer paso es ordenar la información en torno a los diferentes temas debatidos. Este proceso exige revisar el texto en múltiples ocasiones asignando códigos a

los diferentes segmentos del texto, posteriormente estas se van reagrupando en categorías más generales, o más específicas. Con estas categorías y subcategorías, así como las relaciones entre ellas se construye una estructura conceptual por cada uno de los analistas. Posteriormente se pone en común y se vuelve a contrastar con los textos para dar lugar a los resultados finales.

3.3. SESIONES DE ESTUDIO, DISCUSIÓN Y CONSENSO

Para el logro de los objetivos propuestos: análisis de las necesidades, estudio de los modelos teóricos que pudiesen dar respuesta a estas necesidades, y la elaboración de un documento de consenso sobre las características de una nueva EM era necesario un grupo en el que estuviesen representados los distintos profesionales que atienden a la mujer a lo largo del proceso de la maternidad. Con esta idea, se formó un equipo de personas especialmente interesadas por el tema y con acreditada experiencia clínica, docente e investigadora: dos matronas de atención primaria, una matrona de atención hospitalaria, un ginecólogo, un pediatra, una enfermera de pediatría y una enfermera experta en lactancia materna. Para conseguir el necesario apoyo metodológico, se completó el equipo con especialistas en educación para la salud, epidemiólogos, psicólogos, sociólogos y expertos en investigación cualitativa. Finalmente resultó un grupo de nueve mujeres y dos hombres, con edades entre 30 y 57 años, una de ellos trabajadora del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y los 10 restantes trabajadores de Osakidetza (cuatro en Atención Primaria, tres en centros hospitalarios y tres en la Unidad de Investigación de AP con una experiencia que varía de 5 a 30 años).

Con el fin de garantizar la eficiencia del grupo de trabajo, priorizar temas, resolver problemas o analizar sus causas, nos servimos de las oportunas técnicas de consenso grupal, que favorecieron la implicación de los participantes y un gran aporte de ideas para la renovación de la EM. Entre mayo 2010 y noviembre 2011 se realizaron ocho reuniones del grupo de expertos de aproximadamente dos horas de duración.

Después de algunas reuniones previas con un carácter organizativo sobre la formación y desarrollo de los grupos focales así como el resultado de éstos y de la revisión bibliográfica, el grupo centró su atención en establecer los objetivos a los que debería dirigirse la EM. El procedimiento que se utilizó fue:

- Identificar las ideas comunes y aquellas en las que había discrepancia,
- permitir la explicación y defensa de cada una de ellas, y
- jerarquizarlas finalmente mediante votación.

Para dar respuesta a los objetivos de la EM propuestos, se procedió al estudio y análisis de los modelos teóricos que ya hubiesen demostrado su eficacia en áreas similares, como los utilizados para el logro de hábitos de vida saludables y los modelos utilizados en preparación para el parto. Este estudio se realizó individualmente, exponiendo y discutiendo en el grupo los aspectos más relevantes y seleccionando finalmente los más adecuados para nuestra tarea.

Con todo ello, se elaboró una propuesta para una nueva EM que fue sometida a la aprobación de los miembros del grupo de expertos. Esta propuesta se planteó inicialmente como una intervención "óptima" discutiéndose posteriormente su factibilidad en el sistema sanitario y comunitario actuales.

4. RESULTADOS

4.1. OBJETIVO 1. CONOCER LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN Y LAS NECESIDADES DE SALUD DE DIFERENTES TIPOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL, ANALIZANDO LOS FACTORES QUE INCIDEN EN ESTAS NECESIDADES

4.1.1. Revisión bibliográfica

Se obtuvieron 729 referencias de potencial interés, de las cuales se seleccionaron 21 para su estudio detallado, tras eliminar los artículos ya incluidos en las revisiones.

Dentro de estos 21 artículos seleccionados se halla una revisión de evidencias sobre EM publicada en 2009, la guía de cuidados prenatales del National Institute for Health and Clinical Excellence (64) que, aunque forma parte de la revisión anteriormente mencionada, consideramos que merecía lectura aparte, cuatro revisiones sistemáticas y 15 artículos en su mayoría cualitativos y descriptivos que abordaban, desde el punto de vista del consumidor de servicios de salud, las necesidades de las mujeres en las etapas del embarazo, parto y puerperio.

Las características principales de los citados artículos se pueden encontrar en la sección de tablas del presente documento (Anexo 5), y de ellos se desprende que las demandas de las mujeres se relacionan con variables tales como edad, etnicidad, nivel socioeconómico y cultural, status laboral y momento de gestación y pueden agruparse en cuatro grandes temas:

En primer lugar, *la necesidad de recibir más atención emocional*. Los actuales modelos de cuidados de salud durante el embarazo se hallan dominados por las necesidades normativas ligadas fuertemente al modelo biomédico y focalizados en los aspectos físicos de la salud. Las mujeres solicitan que se responda a sus dudas, y se atienda a sus miedos, y a sus sentimientos de ansiedad producidos en la mayor parte de los casos por desconocimiento y sensación de falta de control. En su estudio Luyben y Fleming, (65) concluían que la necesidad principal era “sentirse seguras”, lo que se traducía en una búsqueda de conocimiento de todas las fuentes posibles. Tras conseguir sentirse seguras, el paso siguiente es “sentirse autónomas”, o tener el control de la situación, es decir, tener la capacidad de tomar sus propias decisiones (por ejemplo sobre programas de cribado, el tipo de parto o el lugar), de acuerdo a sus valores y creencias (50, 66). Según estos autores, el objetivo de los cuidados profesionales debería dirigirse a identificar las necesidades de ayuda o soporte que tienen las nuevas madres para construir autoconfianza o “capacitación”.

Existe, además, *una necesidad de información rigurosa y de confianza* (67). Los profesionales de la salud no son la principal fuente de información para estas embarazadas, ya que sólo un 5% consideran encontrar la información más útil en médicos y matronas. Las mujeres se quejan de la falta de consistencia entre la información que reciben de los profesionales y la que reciben de otras fuentes (68). También refieren que a veces se generan expectativas poco realistas, por ejemplo, acerca del dolor en el parto o de una evolución idílica de éste, que no preparan a las mujeres para tomar decisiones en circunstancias más difíciles (69). Buscan una información de tipo emocional o intelectualmente compleja impartida por un profesional de la salud en persona, que sea capaz de responder preguntas, clarificar o adaptar información general al contexto personal de las participantes (70) puesto que un exceso de información dificulta la retención (71). En este sentido, consideran que es más adecuado un trabajo en grupos pequeños, un aprendizaje de tipo práctico que facilite la interacción, el role playing, solución de problemas, aprendizaje procedimental o desarrollo de habilidades, y sin un calendario estricto (67).

En tercer lugar, se refieren a las *necesidades específicas* para cada grupo social a las que *el sistema sanitario debe adaptarse*. Las madres *adolescentes*, las minorías étnicas y las mujeres de niveles socioeconómicos bajos utilizan poco las fuentes de información escrita y afirman tener más necesidad de información que el resto. (72). Los servicios dirigidos a madres adolescentes proponen, a partir de un estudio cualitativo desarrollado en Irlanda, una EM con grupos de coetáneas en los que se ha de integrar a la fa-

milia de la adolescente, y un replanteamiento del modo en que ayudamos a que se instaure la lactancia, ya que las madres perciben una excesiva presión por parte del sistema (73). Las mujeres pertenecientes a *minorías étnicas* encuentran barreras para su acceso y prefieren clases impartidas por alguien de su misma cultura complementadas con otros medios de aprendizaje tales como vídeos grabaciones etc. (74, 75, 76, 77) encontraron que las mujeres de *clase social más desfavorecida* tienen tasas más altas de depresión tras cuatro semanas postparto, menos probabilidad de que refieran encontrarse con una salud buena, inician en menor proporción la lactancia materna y utilizan en menor proporción los servicios destinados al periodo postparto que las más favorecidas socialmente. Hay que mencionar, sin embargo, un estudio realizado en Suecia en el que se muestra que la asunción de que un grupo tiene más necesidades y la dedicación de más recursos a este resulta a la larga contraproducente. Por una parte, porque puede haber una resistencia en el resto de los grupos a cooperar en este servicio, por otra parte, porque prestar más atención a la población de más riesgo supone realizar un juicio previo sobre una "situación social" lo que en ocasiones ya es de por sí una estigmatización que las mujeres percibían, se "cumplía" la propia asunción de exclusión por lo que ellas mismas rechazaban este servicio (78).

Es también frecuente la demanda de los *padres* de disponer de grupos o cursos formativos sobre la paternidad. Puesto que las clases están muy centradas en el parto y el embarazo, dirigidas a la mujer, se dedica poco tiempo al tema de la transición a la paternidad, los cambios de rol, de vida... Los futuros padres manifiestan sentimientos de miedo a cuidar al bebé, de no saber hacerlo, de responsabilidad. En consecuencia, se hace énfasis en una EM que incluya a ambos miembros de la pareja (79, 80). Además, se ha evidenciado que la paternidad responsable es un factor de protección de conductas de riesgo y trastornos afectivos en los niños y las niñas, y también permite prevenir las conductas violentas y el abuso en la familia. Se ha descrito el momento del nacimiento de los hijos como un momento idóneo para el cambio de conductas y roles de los hombres hacia posiciones más igualitarias respecto a sus familias.

Por último, hay una *necesidad de continuidad de la EM durante el postparto*. (64, 70, 79, 81). Tras la euforia del nacimiento, las parejas constatan que el exceso de información, a veces de muchas fuentes, y en ocasiones contradictoria, les hacía sentirse poco preparadas para el ejercicio de su nuevo rol de madre/padre. Tras cuatro semanas postparto los temas que más dudas suscitan son los signos de enfermedad, la conducta y los cuidados del bebé (77).

4.1.2. Grupos focales

La edad media de las participantes fue de unos 30 años, ligeramente superior en las mujeres de nivel socio económico medio-alto que en las de nivel socioeconómico medio-bajo, con estudios universitarios en su mayoría o de formación profesional. Se convocó a 40 mujeres, de las cuales 30 conformaron finalmente los cuatro grupos. A pesar de que el nivel de participación fue variable como se ve en la tabla 2, se consideró que las participantes aportaron información relevante y suficiente, y que convocar otro grupo no añadiría nuevos contenidos.

Tabla 2. Asistencia y características de los grupos focales convocados.

	Periodo	Nivel socio económico	Fecha realización	Participantes	Edad media	Rango de edad
G1	Puérperas	Alto	26/10/2010	10	34,1	30-42
G2	Puérperas	Bajo	3/11/2010	6	34,0	32-36
G3	Embarazadas	Alto	8/11/2010	5	32,8	29-36
G4	Embarazadas	Bajo	11/11/2010	9	27,6	24-38

A priori, el nivel socioeconómico de las mujeres no parece influir excesivamente en sus necesidades respecto a la EM. Todos los temas que emergieron en los grupos se centran en los problemas que se les presentan ahora.

En el análisis de contenido, se encuentran dos ejes claros, uno, el de las diferentes etapas del proceso que vamos a presentar como embarazo, parto, puerperio temprano y tardío, y dos, todos los temas que se presentan de manera transversal a lo largo de todo el periodo. Estos temas que aparecen sistemáticamente, aunque en cada momento con una intensidad diferentes son:

- Los miedos, dudas y ansiedad asociados a la maternidad,
- la percepción del sistema sanitario (personal, servicios y, concretamente, la EM),
- las fuentes y el tipo de información de que disponen, y
- la lactancia materna.

Durante el primer momento del *embarazo* suele aparecer una “preocupación”, sobre el embarazo en sí y el momento del parto, estas preocupaciones se van modificando a medida que avanza la gestación. Una de las participantes lo resume como miedo a la pérdida durante el primer trimestre, una época más tranquila (dudas sobre pruebas) en el segundo trimestre y miedo al parto, si sabrán reconocerlo, y a los cambios que se sucederán tras el parto durante el tercer trimestre.

“Yo creo que depende del mes en el que estés. El primer trimestre el miedo era a que no tengas perdidas, que no sangres. El segundo trimestre fue mi mejor época, me hice la amniocentesis, no me hacia falta pero me la quise hacer personalmente y mentalmente estuve mas tranquila. Ahora al final pues el miedo al parto, a ver como va a ser...” (G4, 023).

Refieren la constante demanda de ecografías y pruebas, y verdadera ansiedad porque les hagan la primera. Algunas deciden pagar por ello para adelantar este evento. Esta necesidad se ve acrecentada si han tenido historia de abortos o les ha costado llegar a estar embarazadas.

“Yo me quedé embarazada en noviembre y en agosto tuve el aborto y le dije, es que he tenido un ectópico y estaba ya de seis semanas cuando aborté y claro, yo quería saber, ¡qué me hicieran una ecografía o me hicieran algo para saber si estaba todo bien!..., y me decía la matrona que no, que llevaba un proceso, que estaba de muy poco y que tenía que esperar para ir al ginecólogo en las semanas correspondientes, que no me acuerdo cuando era, pero creo que no me daba hasta enero y yo lo llevé por el igualatorio, o sea, yo no podía estar esperando hasta enero a que me hicieran una ecografía, porque claro, yo digo, no, o sea, entonces yo... eso fue una cosa que no estuve... La matrona muy bien, todo muy correcto, todo muy bien, pero eso yo digo, ¡jo!, habiendo tenido eso antes, que, igual que tu, lo único que quería era saber que tenía confianza como para no volver a perderlo...” (G2, 019).

Al principio desconocen los diferentes roles de la matrona y ginecólogo, el papel de las clases, las pruebas diagnósticas (eco, amniocentesis, cribado Síndrome de Down, ...). Distinguen la figura de las matronas en consultas embarazo, clases y después de dar a luz. La experiencia siempre es buena, su atención se valora de manera muy positiva. Sin embargo, en otras pruebas, como la ecografía creen que se les debería de informar con más atención, y sobre todo, cuando les acompañan sus parejas/maridos. Parece una ocasión relevante para saber cual es el estado del bebe, salud, sexo, talla.

“Nosotros le preguntamos a ver si podía saber cuanto medía el crío, y nos dijo: ‘jes que siempre me preguntáis lo mismo!’. Pero si eres primerizo lo único que quieres es saber cosas”. G4, 054).

Las sesiones de EM se viven como algo más bien pasivo, sin posibilidades de participación, aunque parece que hay una elevada variabilidad en cuanto a la participación relacionada con la matrona que las imparte. Consideran como aspectos positivos el nivel de información que dan, así como la posibilidad

de reunirse con mujeres en situación similar para poder compartir la experiencia (red de apoyo), lo que consideran necesario en ese momento.

“Una cosa que me gustaría comentar. Nuestra matrona era muy profesional, entonces empezamos a una hora y terminaba a una hora, pero no nos dejaba a nosotras hablar, comentar, ni entablar un vínculo entonces luego eso se echa de menos. Como que nos hubiese dejado participar más en las clases” (G1, 314).

La parte negativa se relaciona con las parejas, ya que no parecen bien recibidos, van pocos y se sienten extraños, o no hay espacio para ellos; por otra parte, los horarios no siempre se adecuan a la vida laboral de ellas y/o de sus parejas. En este sentido, sugieren la posibilidad de abrir las salas de EM para hacer ejercicios junto con otras madres cuando dispongan de tiempo.

“Debería haber un grupo por la tarde que puedas elegir, y que tu pareja pueda amoldarse a ir, porque yo creo que es importante que sepan lo que es un parto, porque luego hay hombres, que leen, que se ponen a mirar cómo es un parto, pero hay otros que no, el mío no, lo que venga ya vendrá y ya saldremos adelante y claro llegan allí y claro, están dando el coñazo todo el rato y claro, no saben como va el proceso, y se ponen nerviosos enseguida. Les vendría bien...” (G2, 128).

También se recogen algunas críticas sobre la calidad de la información que se les proporciona como el considerarla: escasa, o inútil por no estar ordenada. Poco clara o incompleta. Contradictoria. Desactualizada. Poco útil o demasiado general. Dada a destiempo.

“O el vídeo que nos puso de 40 minutos y se fue ella por ahí, y nosotros con el vídeo de los 80. Por cierto, eso sí sería una de las cosas que se podría...” (G3, 433).

“Que por favor actualicen o pidan a los laboratorios DVD actualizados. Ponían a los niños boca abajo...” (G3, 434).

Sus fuentes de información son muy variadas, además del sistema sanitario, las amigas, las madres, los libros, Internet y la gente en general. La información proporcionada por amigas experimentadas les es útil para resolver dudas en el embarazo, para el parto y el posparto. Además adquieren libros y guías de todo tipo, utilizan internet para resolver dudas sobre el embarazo, contrastar o complementar la información dada por los profesionales; sin embargo, refieren encontrar demasiada información, a veces contradictoria y alarmista, que no hace sino crearles ansiedad. Además dudan de la veracidad y calidad del contenido de algunas páginas y foros que consultan. Piensan que la información que reciben de la gente muchas veces es contraproducente y les crea ansiedad.

“Pero de todas formas yo creo que ahora mismo tenemos mucha información. Yo me acuerdo cuando... bueno, a parte de todas las amigas que ya te cuentan sus partos, como sus síntomas y mil formas de tratar un parto distintas, hasta pues eso, libros, Internet, es que ahora tienes información por todos los lados, o sea es, no se...” (G2, 036).

“Pero he recurrido a un libro pero reconozco que nadie me a poder explicar todos los conceptos que ahí vienen, eso está claro. Y me ha servido un montón, sabiendo que yo quiero dar lactancia. Hay gente que desde el minuto uno sabe que no... que no va a dar lactancia... pero ahí, en principio, hemos ido a buscar la información fuera” (G3, 263).

“Al final, estás todo el día en Internet, en foros de mierda, que yo creo que al final es peor...es una pseudoinformación, que es peor, que te andas tú buscando, por tu cuenta...” (G3, 040).

“Yo estuve mirando, pero era tanta información y te vuelves loca, y decidí no mirar más. Aparte había muchas cosas: ‘y si te pasa esto corre...’. Y dije, mejor no miro y si pasa ya veré” (G4, 139).

La lactancia materna no es un tema al que le otorguen gran importancia, de hecho, piensan que va a ser algo más fácil. Que “cojan el pecho o no” es una preocupación leve comparada con el parto en sí mismo.

En el *parto* emergen más actores del sistema sanitario como son la matrona en el parto, las enfermeras y el ginecólogo. En este momento aumentan las dudas con respecto a la anestesia epidural, cuándo han de ir al hospital, si saldrá bien, si sabrán aplicar lo aprendido en las clases. No hablan demasiado de sus sentimientos con respecto al parto en estos momentos, pero el grupo de puérperas recuerda no querer pensar en ello, algo horrible, doloroso, sentimientos de miedo, de no saber etc.

“No quería ni pensar”.

“A mi me parecía que era algo horrible”.

“Pensaba que iba a ser más doloroso”.

“Yo miedo”. (G1, 184).

“Si, lo que pasa es que cuando escuchas a la gente con los partos..., yo sinceramente me ponía mala, no quería” (G2, 46).

La atención recibida durante el parto se percibe como satisfactoria y existe la anestesia epidural, que se vive como una bendición. Mayoritariamente prefieren dar a luz en los hospitales públicos, les da seguridad.

El *puerperio* inicia una transición, las dudas ahora son acerca del cuidado del bebé, lactancia, adaptarse como madres. Cuando les llega información acerca de lo duro que será el primer mes, información de conocidos y clases, restan importancia al tema. En cuanto a esto, las puérperas y las que ya han sido previamente madres manifiestan que durante el embarazo estaban muy centradas en éste y en el parto y no se hacían una idea de la dureza de después. Los primeros momentos se viven con angustia: ¿lo haré bien?, ¿estará lleno?, ¿habrá comido bien?

“El parto es, siendo primeriza, a lo que más miedo tienes. Es de lo que más información tienes y es lo que luego se pasa y dices: ‘¡ah! ¿y esto era todo?’. Los problemas, en los que no sabes en los que te metes, vienen después. La lactancia, la subida de leche, dónde me he metido, por qué llora... Lo duro viene después, pero como está de alguna forma socializado en el dolor, y todo el mundo piensa en su parto... cuando di a luz la primera vez, piensas en eso, en el parto, esa es la meta... estar una hora o dos horas o quince de parto, pero de verdad, los problemas vienen después” (G3, 214).

Las mujeres señalan la necesidad de más información durante su estancia en el hospital y también sugieren la realización, por parte de Osakidetza, de una guía que se actualice anualmente, que incluso puede colgarse en Internet para que sea de fácil acceso y que informe, por etapas, de los pasos que se tienen que dar (citas, pruebas etc.), signos y síntomas frecuentes, señales de alarma, “que hacer en caso de...” etc.

“No sé yo creo una vez que tienes al niño, son las mayores dudas, al principio te preocupa todo lo que oyes de los primeros días...todo te preocupa todo lo que oyes a las madres, cualquier cosa que le pase ya estas angustiada pensando que le pasa algo grave..., lo ves una vez que eres madre lo ves lo vives cualquier tontería...luego ves que es algo normal...una manchita...yo ahora con el caso de los cólicos que lo sufro...” (G1,30).

Durante la estancia en el hospital, la percepción no es del todo satisfactoria, no sólo por cuestiones externas como son el problema de las visitas en el centro –ruido–, sino por la sensación de desatención pues algunas de las demandas no son satisfechas adecuadamente, y se inicia el complicado proceso de la lactancia que comentaremos más adelante...

“También cuando te pasan del paritorio a planta tienes el niño que acabas de dar a luz... tienes el niño delante, un momento súper emocionante, sacan a tu madre y a tu marido... y te empiezan a decir: ‘pues aquí tienes pañales y esto y lo otro...’ y te aturullan ese momento. Yo creo que tendrían que tener sensibilidad y de tacto porque lo que te dicen te entra por aquí y te sale por aquí... no te enteras absolutamente de nada... y te crea una inseguridad... ¿Que ha dicho? ¿Que tengo que hacer? No te enteras de nada...” (G1, 096).

Las experiencias son de todo tipo, para algunas el personal del hospital (Cruces y Basurto) es agobiante en el sentido que te presionan diciendo que es algo fácil. Hay personal centrado en la lactancia con el que las madres están muy contentas mientras están en el hospital.

Finalmente en el puerperio tardío, “ya en casa con el bebe” es cuando surgen los verdaderos problemas de la maternidad: ya no hay nadie que se ocupe de mi, el protagonismo es del bebé, pues excepto por el papel de la matrona a la que se le pueden plantear todas las dudas –con respecto al bebé– todo el protagonismo y la atención la recibe el bebé. En esta época se sienten algo solas y desasistidas y la queja general es que se hace un buen seguimiento del estado del bebé, pero nadie se ocupa del estado de la madre. Proponen que se haga más acompañamiento tras el parto hasta que se instaure la lactancia con normalidad y la madre se sienta más segura para realizar los cuidados del bebé.

“...el niño desde que nace ya tiene un seguimiento. Pero la madre desde que da a luz, quitando los primeros cinco días que vas a la matrona para que te mire, a los cuarenta para..., no hay ningún seguimiento de si me está yendo bien la lactancia, si tienes un problema... A no ser que tengas un problema... en ese ‘impass’ no hay ningún médico que atienda a la madre... físicamente sí, si te salen grietas en los pechos, vas a tu médico... pero psicológicamente si tienes una necesidad, no hay nada. Sólo hay un vacío. No estoy pidiendo que haya clases postparto, pero no hay... De repente, vas a tu casa y estás sola” (G3, 217).

Afirman que ante cualquier duda se ponen en contacto con la matrona. Hacen claras distinciones entre la atención recibida desde estas profesionales frente a ginecólogos, pediatras. Les dedican el tiempo y la atención que necesitan. Les resuelven todo tipo de dudas, son más accesibles y humanas y, además, acuden al domicilio. Con respecto al pediatra, el profesional sanitario con el que empiezan a tratar a partir de este momento, señalan una variabilidad elevada, contradicciones en la información recibida de los distintos profesionales, y discontinuidad en la atención.

“Es que el ginecólogo se ocupa más del pre... hasta el día del parto luego después con tu hijo allá te entiendas...” (G1, 116).

“Sí porque hasta antes del parto tienes la matrona siempre, pero parece que luego llegas a casa con el bebé y desaparece todo el mundo” (G1, 352).

Los problemas fundamentales los centran en la lactancia, su instauración y los cuidados del bebé, así como el estado de salud de éste, los cólicos... y perciben una gran presión externa para dar pecho, frente al biberón, como si tuviera que ver con ser peor/mejor madre. Se demandan “grupos postparto” para compartir experiencias y resolver dudas, y atención a las madres.

“Estoy de acuerdo con ella ...además te lo plantean muy fácil, todas las enfermeras se ponen en tu cama y te dicen mira es muy fácil mira tú pones así... y ya está... además ni el niño sabe coger pecho ni tú sabes darle pecho, al final es un poco frustrante, fueron dos días malos pero...es duro porque el niño no comía ni sabía ponerle ni el comer... entonces luego ya muy bien pero a base de hablar con amigas tranquila vete a casa no te preocupes... más que las enfermeras de Osakidetza...” (G1, 32).

“es la presión esa de que hago como lo hago... y una chica en Cruces nos enseñó muy bien, pero claro me lo tengo que llevar a casa si y ahora entiendo lo que dices como lo coges pero succiona

pero no traga y ella explicaba muy bien y luego yo lo tenía en casa y decía a ver que haces todo bien o que a ver la postura la posición y siempre la presión esa de pierde peso...entonces es como a veces si muy bien darles pecho todo lo que tú quieras pero por otra parte pierde peso" (G1, 37).

Por último, en relación con los grupos de EM y su adaptación al proceso de maternidad, las mujeres señalan algunas modificaciones, entre ellas:

- Mayor flexibilidad horaria de las sesiones de EM.

"Igual se podían hacer dos grupos y hacer una sesión de mañana y una sesión de tarde. Pero a poder ser más pronto por la mañana de manera que si tú vas a trabajar que no te rompa el día en el trabajo" (G3, 456).

- Mayor inclusión de la pareja en la educación y seguimiento durante todo el proceso.

"Debería haber un grupo por la tarde que puedas elegir, y que tu pareja pueda amoldarse a ir, porque yo creo que es importante que sepan lo que es un parto, porque luego hay hombres, que leen, que se ponen a mirar cómo es un parto, pero hay otros que no, el mío no, lo que venga ya vendrá y ya saldremos adelante y claro llegan allí y claro, están dando el coñazo todo el rato y claro, no saben como va el proceso, y se ponen nerviosos enseguida... Le vendría bien..." (G2,128).

- Adecuación de la información al momento concreto del proceso maternal con una mayor participación de las mujeres, reduciendo las sesiones magistrales.
- Oferta de grupos de postparto y continuidad en la atención a la mujer.

"(...) Y lo que echamos de menos igual que el curso preparto pues otro grupo postparto, le llamaba a una chica del grupo que congeniamos... pero es que la primera semana de dar a luz olvídete de salir de casa, no tienes fuerza de salir de casa, las sacas yo creo para ver como van estas... con el pecho... Igual les pasa como a mi... a mi yéndome muy bien he tenido mis problemas..." (G1,035).

- Creación de una Guía protocolizada y actualizada de las diferentes etapas del embarazo, parto y posparto.

"Como la Guía Repsol... que sale en un formato de cada año... que tiene que cambiar, porque muchas veces nos dicen 'esto era así hasta el año tal... como la prueba del estreptococo, que era así hasta el 2005, pero que si en el canal de parto está el estreptococo pues hay que dar el antibiótico...' Perfecto. La Guía del 2010 es la nuestra. Que la pongan en Internet y ya está" (G3, 233).

Únicamente hubo una referencia al trabajo corporal durante el embarazo y curiosamente las mujeres pedían disponibilidad horaria en la sala para poder hacer gimnasia ellas espontáneamente y reunirse entre ellas. También una púérpera comentó que la práctica en respiraciones le había ayudado bastante para afrontar las contracciones.

4.1.3. Necesidades percibidas por el grupo de expertos en relación a la salud de la mujer.

El grupo de expertos propone como necesidad de salud de las mujeres: *la autogestión de su propia salud y la de la criatura.*

Para lograrlo las mujeres deberían:

- Conocer los condicionantes de la salud (alimentación, ejercicio, hábitos tóxicos).
- Identificar las situaciones que precisan atención médica y las que pueden resolver en su propio entorno.

- Contar con estrategias: de afrontamiento para el parto, control de estrés, habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones, técnicas de relajación, etc.
- Establecer redes de apoyo.
- Disponer de canales de información rápidos, veraces y eficaces.
- Limitar la dependencia del sistema sanitario. Aunque se asume que el embarazo no es una enfermedad, lo cierto es que no sólo la pareja, sino el propio sistema sanitario “teme” permanentemente por el riesgo y los posibles problemas del embarazo, medicalizando ya desde unos meses antes a la mujer. Hasta tal punto que algunos autores hablan de una maternidad “impotente” que quizá sólo refleja la actitud que también se da en otras áreas de la vida (82).

En resumen, las necesidades encontradas en la bibliografía y las expresadas por las mujeres de nuestro medio tienen algunas semejanzas, en ambos casos se aprecia el miedo, la ansiedad, la necesidad de sentirse seguras o autónomas y controlar la situación, la solicitud de información rigurosa, útil y adaptada a la situación, la importancia de incluir a los padres en todo el proceso y de atender específicamente a su vivencia, o la demanda de continuidad de la EM más allá del parto. La bibliografía distingue las necesidades de distintos grupos en función de la edad, la clase social o la raza que en los grupos focales no puede observarse tratándose de mujeres muy similares, excepto en el nivel socioeconómico que no ofrece distintas necesidades aunque sí se constata la evolución de éstas a lo largo del tiempo. La opinión del grupo de expertos en cuanto a las necesidades de las parejas naturalmente no aludía al miedo, sin embargo sí mencionaba la necesidad de conocimiento. En este caso resaltaba la necesidad de gestionar la propia salud: conocer, decidir y asumir la responsabilidad de ésta considerando que los padres constituyen la imagen que recogerán sus hijos. Las diferencias entre unos grupos a otros y de unos momentos a otros indican que no hay un sólo grupo de “necesidades de salud”, en consecuencia, quizá no pueda ofrecerse una sola estrategia de “educación maternal”, sino distintas “educaciones maternas” para distintos tipos de mujeres y en distintos momentos del proceso.

4.2. OBJETIVO 2. IDENTIFICAR LOS MODELOS TEÓRICOS Y LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN MATERNAL MÁS EFECTIVAS PARA EL ABORDAJE Y AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL EMBARAZO, EL PARTO Y LA CRIANZA

En este apartado se describirán algunas características de los modelos de educación maternal más conocidos.

4.2.1. Modelo de Lamaze

Propuesto por Ferdinand Lamaze en 1952 se conoce también como psicoprofilaxis obstétrica y actualmente es un método muy extendido sobre todo en Estados Unidos en donde existen numerosas asociaciones de educadores y disponen de sus propios medios de comunicación (*The Journal of Perinatal Education*). Considera al parto un suceso normal, natural y saludable, e intenta capacitar a la mujer y a sus familiares para que tomen decisiones informadas (6, 45).

El componente más poderoso en el manejo del parto es la relajación muscular controlada, concentrándose la mujer en sensaciones diferentes a las contracciones del parto. El modelo incorpora diferentes respiraciones a lo largo del proceso: una respiración más rápida durante el segundo periodo del trabajo de parto y el jadeo durante la coronación y el nacimiento. Este método no se pronuncia sobre el uso de medicación ni las intervenciones rutinarias, pero sí recomienda la conservación de buenas condiciones físicas y fomenta el apoyo social, sobre todo del padre, que actúa como entrenador du-

rante la preparación y el trabajo del parto. Las clases en el método Lamaze son pequeñas, con 12 parejas como máximo y con una duración de al menos 12 horas. Durante las sesiones se enseña a las nuevas madres, a relajarse, respirar y pujar para dar confianza y para conseguir una evolución exitosa en el trabajo de parto. El contenido de las clases incluye:

- Apoyo durante la dilatación.
- Habilidades de comunicación.
- Información sobre procedimientos médicos.
- Lactancia.
- Estilo de vida saludable.

4.2.2. Sofropedagogía Obstétrica (Aguirre de Cárcer)

En España el método más extendido parte de los sistemas tradicionales (Escuela Soviética, Dick Read y Lamaze) respecto a respiraciones y relajación, a los que se agrega la sofrología. De ésta, el elemento más importante es la relajación sofrónica. Cuando la paciente ha logrado llegar al nivel sofroliminal, se pueden grabar en su mente profundamente conceptos favorables, así como dinamizar todo lo positivo en lo referente al tema. Durante la contracción uterina, el profundo grado de relajación que las pacientes logran favorece la dilatación. Mediante la sofrorespiración sincrónica se pueden prevenir aquellos traumas y temores que preocupan, y muchas veces aterran, a la gestante. La respiración sincrónica es un tipo de respiración abdominal, en la cual la paciente, con una mano sobre su abdomen corrobora los ascensos y los descensos de la pared abdominal durante las dos fases de la respiración, inspira por la nariz y espira por la boca. Ambas fases tienen la misma duración –cuatro o cinco segundos–, y el paso de la inspiración a la espiración debe ser continuo. Según Aguirre de Cárcer, con una buena respiración sincrónica y un buen contacto afectivo se puede llegar al final del período de dilatación; si no se consigue, se recurrirá a las demás respiraciones (83). Esta técnica busca un autocontrol total en el momento del parto, tanto físico como psíquico; favorece la reposición de fuerzas entre una contracción y la siguiente y ayuda a mantener un pensamiento positivo constante que permita asimilar el nuevo papel de madre (84, 85).

La educación maternal basada en esta escuela insiste en aspectos como:

- *Constancia en la práctica:* está totalmente comprobado que aquellas pacientes que son constantes en la realización de los ejercicios respiratorios y de relajación y su repetición en el hogar, son las que “mejor dan a luz”, motivo por el cual consideran que debemos alentarlas para que sean perseverantes, sobre todo en el último mes de la gestación.
- *Ilusión por la criatura:* si bien toda embarazada tiene esta ilusión, resulta de primordial importancia incrementarla como lo afirma Aguirre de Cárcer porque también aquí él piensa que las que se encuentran en este estado son las que mejor dan a luz. ¿Cómo se logra este estado? comunicándonos con la criatura intrauterina, por medio de la palabra, el pensamiento, el tacto (con una mano colocada en el abdomen), etc.
- *Emplear los recursos en forma progresiva:*
 - Tranquilidad y distracción.
 - Relajación.
 - Respiración (combinado con relajación).
- *El regreso al hogar:* es importante asesorar a la pareja sobre el estado muy especial que tiene la mujer después del parto, la denominada depresión puerperal. Posiblemente debido al brusco

cambio hormonal que ocurre durante el puerperio, la mujer sufre cambios importantes en el humor. Una especie de tristeza, angustia predisposición al llanto fácil. Este es el momento en que se necesita el apoyo de la pareja y de todo el resto de la familia (5).

- *Tratamos de que la visualización esté relacionada con el parto*, incorporando las imágenes de un alumbramiento ideal, con una criatura sana y saludable, suponiendo que todo ha llegado a feliz término. A este trabajo de visualización se le han agregado características especiales como su realización durante la relajación sofrónica. Una vez que la paciente alcanza el nivel sofróliminal, comienza la visualización y durante dos o tres minutos, durante los cuales imagina “su parto” aportando con su imaginación, todos los elementos positivos posibles (principio de la acción positiva) (83).

4.2.3. Método Bradley

El método Bradley también se conoce como el “del marido entrenador”, ya que prepara a los padres para proporcionar apoyo emocional durante el parto (86).

El “método” en sí mismo es ante todo una aplicación de lo que el Dr. Bradley denomina “las seis necesidades de la parturienta”: la relajación profunda y completa, la respiración abdominal, la oscuridad silenciosa, la soledad, el bienestar físico, los ojos cerrados y la aparición del sueño.

Se ayuda a las mujeres a prepararse para un parto natural sin el uso de medicación. Se trata de dominar la habilidad de relajarse por completo como una herramienta para aliviar el dolor; a las parejas se les enseñan varias técnicas de relajación diferentes y se alienta a practicar la relajación diariamente, por lo que la madre puede confiar en una respuesta de relajación condicionada a la voz de su compañero y el tacto.

Ofrece a las mujeres la información necesaria para que tomen decisiones saludables y responsables sobre su embarazo y parto, de acuerdo con lo que es correcto para ellos y sus familias. Las parejas que planeen participar en el método Bradley deben poner por escrito un plan y revisarlo con un médico antes del trabajo de parto. Esto permite a las parejas discutir los posibles escenarios en un ambiente más relajado. El curso se inicia en el sexto mes de embarazo y tiene una duración de 12 semanas en los que se tratan:

- Historia, objetivos y filosofía del método Bradley.
- Nutrición prenatal.
- Cambios e incomodidades físicas asociadas al embarazo.
- Técnicas naturales para reducir las molestias y el dolor.
- Qué esperar durante el momento del parto y el alumbramiento.
- Técnicas sobre cómo pujar.
- El papel del padre o del entrenador.
- Planeación del nacimiento.
- Complicaciones del embarazo.
- Afianzamiento del vínculo con su bebé.
- Preparación para su nueva familia.

4.2.4. Hypnobirthing

También llamado Método Mongan, es un enfoque de EM basado en la relajación potenciada por técnicas de auto-hipnosis. Según su creadora, en el estado hipnótico la mujer se concentra y utiliza con mayor eficacia sus esfuerzos, lo que hace que se acorten las etapas del parto, al disminuir las resistencias musculares a la formación del canal del parto, previniendo la anoxia fetal (87).

La hipnosis favorece la desaparición de los temores propios al parto, en especial en las primigestas, y permite neutralizar todas las sugerencias que desde la niñez reciben las mujeres respecto a los dolores de parto; estableciendo así, un estado de tranquilidad, seguridad o firmeza en el momento del parto (88).

4.2.5. Parto activo

Balaskas (89) defiende la necesidad de entrenamiento físico y actividad durante el embarazo y el parto, mencionando ejercicios que van desde un deporte concreto hasta el paseo u otras técnicas de preparación física.

Sin integrarse en ningún modelo concreto, pero siguiendo con esta perspectiva, algunos profesionales han elaborado programas de trabajo muscular dirigidos a mejorar la condición física de la mujer durante el embarazo y a la preparación al parto:

- *La técnica de Alexander*: es un método para mejorar, facilitar y liberalizar el movimiento, balanceo, flexibilidad y coordinación.
- *Yoga*: puede aportar beneficios relacionados con la flexibilidad, la circulación sanguínea y el autocontrol. Trabaja las partes del cuerpo más afectadas durante el embarazo y el parto como son la pelvis, la vejiga o la parte baja de la espalda y se llevan a cabo todo tipo de ejercicios de relajación y respiración. Aumenta la resistencia, fuerza y flexibilidad.
- *Pilates*: los ejercicios se dirigen a mejorar el suelo pélvico, controlar la respiración, a mejorar la circulación sanguínea y a aumentar la elasticidad. Al parecer resulta más beneficioso durante el tercer trimestre de la gestación.
- *Estiramientos*: favorecen la elasticidad y toma de conciencia del cuerpo.
- *Preparación al parto en el agua*: es beneficioso para reducir las varices y los dolores de espalda típicos del embarazo; fortalece los músculos y aumenta la flexibilidad de las articulaciones, produciendo menos cansancio que otro tipo de ejercicios. Se completa con ejercicios de respiración y de relajación para afrontar el parto.

También hay algunas clases de preparación para tipos específicos de partos, las mujeres pueden elegir uno o varios métodos, en una especie de “preparación a la carta”, entre ellas algunas de “recuerdo”, (para los padres que quieren revisar lo más básico), el parto natural, atención al hermano (por el cambio en la dinámica familiar que implica), preparación para cesáreas programadas, partos tras una cesárea, o embarazos múltiples.

Algunos métodos de preparación prenatal, sin embargo, se concentran en la experiencia de la maternidad, de un modo más global, atendiendo a factores psicológicos del embarazo e incluso anteriores, y a su resultado en el parto, en el puerperio o en el desarrollo inicial del recién nacido. Por ejemplo, la *Haptonomía* es una técnica que trabaja el carácter comunicativo-afectivo de las relaciones humanas a través del tacto (HAPTO-HAPSIS-tocar con sentimiento). Mediante el tacto se crea un vínculo emocional que ayuda a fortalecer los vínculos afectivos entre la pareja y el bebé, transmitiéndole seguridad y afecto, al tiempo que permite reducir la ansiedad de la madre y aumenta la tolerancia al dolor. Es imprescindible la implicación del padre para que esos vínculos con el bebé sean totalmente efectivos.

En algunos casos, más que de distintos métodos parece tratarse de distintas escuelas que aplican el mismo método.

4.2.6. Birthing From Within

Más que proponer o enseñar estrategias para afrontar el parto, este método reconoce que las mujeres disponen de un conocimiento propio, y explora las creencias personales y culturales y la forma en la que afectan a su forma de manejar el dolor validando este conocimiento. Prepara a las madres para dar a luz "con plena conciencia", independientemente del tipo de parto que ellas elijan (90).

4.2.7. Birthologie

Es una creación de Amy Jones, doula y educadora desde 1997. Su propuesta es proporcionar un conocimiento completo sobre las opciones de embarazo, de parto y de cualquier suceso posterior. También este método de preparación al parto se centra en la elección de la vivencia del parto por parte de la mujer y la facilitación para que esta vivencia sea placentera. Con este objetivo, pueden utilizarse sustancias como las infusiones, fitoterapia, algunos nutrientes o aceites esenciales, incluso en los casos en que únicamente tienen un efecto placebo, si aumentan la sensación agradable de la mujer (91).

4.2.8. Birthworks

Diseñado por Cathy Daub en 1981, este método parte del objetivo de desarrollar en la mujer la autoconfianza y fe en su capacidad innata para dar a luz. Se fundamenta en que el parto será mejor en la medida en que la mujer se sienta segura y saludable. Para algunas puede ser en el hospital, para otras en su casa o en una casa de partos (92).

Los "BirthWorks" intentan facilitar a las parejas esta transición, no impartir un método preconcebido para el parto. Las creencias previas y las emociones tienen un efecto profundo en el resultado del parto, por lo que se fomenta la exploración y expresión de estos sentimientos que pueden bloquear, dificultar o, por el contrario, favorecer el parto.

4.2.9. International Childbirth Education Association

La International Childbirth Education Association (ICEA) es una organización profesional que apoya a educadores y otros profesionales de la salud que creen en la libertad de las mujeres para tomar decisiones basadas en el conocimiento de los cuidados *centrados en la familia*. Sus objetivos son proporcionar recursos educativos de calidad, el entrenamiento y programas de educación continuados (93).

4.2.10. Multidisciplinary Program for Childbirth & Motherhood Preparation (MPCM) (94)

En la misma línea de los modelos anteriores, se trata de un programa global que atiende no solamente la preparación al parto, sino todo el proceso de maternidad/paternidad. Comprende tres actividades básicas: educativas, fisioterapéuticas y de interacción. Es desarrollado y aplicado por un equipo multidisciplinario, y cada una de las tres actividades supervisada por profesionales cualificados de las tres áreas.

La actividad educativa proporciona información relacionada con el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. Los temas previamente seleccionados son presentados por profesionales de la salud y discutidos con la embarazada. Se incluye también una visita a la maternidad para que la mujer visite el área obstétrica, la zona de postparto, los servicios disponibles y la unidad neonatal. Durante la actividad de fisioterapia se entrenan respiraciones, orientación postural para las actividades de la

vida diaria, fortalecimiento muscular y técnicas de relajación. Después de la semana 36 las mujeres embarazadas reciben orientación y entrenamiento en técnicas de respiración y maniobras para la expulsión del feto. La actividad de interacción representa una oportunidad para discutir sobre las experiencias de embarazo, las experiencias emocionales relacionadas con la situación de tener una criatura y el impacto del embarazo en el contexto familiar. Sin ninguna práctica especial, suplen la pérdida de las antiguas redes de apoyo informales entre las mujeres (94).

Consiste en 10 encuentros: los seis primeros quincenales y los cuatro últimos semanales. Cada encuentro dura tres horas, empieza con una actividad educativa durante aproximadamente 50 minutos; después un intervalo de 15 minutos, durante los cuales se ofrece un aperitivo, y después, la mitad de las embarazadas participan alternativamente en las otras actividades, bien de fisioterapia o de interacción, por un periodo promedio de 50 minutos. Los últimos 15 minutos se reservan para la relajación física y mental.

En resumen, los aspectos que habitualmente se tratan desde los modelos tradicionales de preparación al parto o EM son:

- Control del dolor.
- Trabajo corporal: relajación muscular, ejercicios físicos y técnicas respiratorias.
- Autoconfianza de la mujer en sus propias capacidades.
- Con respecto a la crianza:
 - Fomento de la lactancia materna.
 - Integración positiva del nuevo rol de maternidad y paternidad.
 - Adquisición de conocimientos y habilidades sobre las necesidades y cuidados del recién nacido.

Si bien en los modelos iniciales el principal objetivo era la disminución de la percepción de dolor, el foco ha ido desplazándose hacia la transición a la maternidad y la capacidad de afrontar el proceso. Siguiendo en esta línea, en varios países han surgido corrientes que defienden la participación de la familia, amigos y servicios comunitarios, considerando que estos niveles ajenos al sistema sanitario estarían interviniendo en los conocimientos, actitudes y conductas de las mujeres con respecto a su maternidad (48, 95).

4.3. OBJETIVO 3. JUZGAR LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EXISTENTES EN LA ACTUALIDAD Y SU ADECUACIÓN A LAS NECESIDADES DEL EMBARAZO Y CRIANZA

Los modelos teóricos del comportamiento humano aplicados al campo de la promoción de la salud, tratan de explicar la conducta en función de ciertos factores que estarían mediando entre los componentes de la intervención y el cambio deseado en la conducta. Por otro lado, los modelos teóricos establecen el marco para la creación de intervenciones que pudiesen cambiar estos factores intermedios, tales como las creencias, actitudes, motivación o eficacia percibida entre otros, y en consecuencia se modifique la conducta y se mantenga a largo plazo. Dentro de este marco conceptual, nos preguntamos:

- ¿Cuáles son los modelos teóricos de cambio de conducta en los que se fundamenta la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en APS que podamos aplicar a las mujeres embarazadas?
- ¿Cuáles son los factores personales, psico-sociales o ambientales que intervienen en el riesgo o la conducta saludable de las mujeres?
- ¿Cuál es la efectividad de las principales estrategias de intervención, para modificar estos factores?

Para responder a estas preguntas el equipo de expertos ha atribuido una mayor utilidad a los siguientes modelos.

4.3.1. Modelo de Autorregulación (Self Management Model)

Enfatiza la autogestión de la salud por el individuo, destaca la responsabilidad del individuo sobre su propia salud. Comparte el concepto de auto-aprendizaje con otros modelos. Se aleja del modelo paternalista de la teoría del aprendizaje operante, e introduce el concepto de negociación en mayor consonancia con una atención primaria de igual a igual. Las políticas sanitarias, los sistemas de información clínicos o el apoyo a las decisiones serían herramientas que darían lugar a un paciente activo e informado (96).

4.3.2. Modelo transteorético de las etapas de cambio (Transtheoretical Model)

Señala que es preciso atender al momento en que se encuentra el individuo para aplicar la intervención más adecuada, en caso contrario no tiene utilidad. Se consideró posiblemente más efectivo para cambios de “todo o nada”, como dejar de fumar, y de menor efectividad para la adopción de nuevos hábitos, como podrían ser la modificación de la dieta o la realización de ejercicio físico, conductas estas que se caracterizan por su complejidad. Sin embargo, a pesar de su aparente sencillez, quizá sea difícil clasificar adecuadamente a los pacientes de atención primaria en su etapa de cambio correspondiente, sobre todo en etapas como la contemplación o la preparación, en las que es necesario concretar el tiempo planificado para efectuar el cambio (97).

4.3.3. Modelo de creencias en salud (Health Belief Model)

El sujeto actúa según el valor que asigna a la meta que se le ofrece (una salud mejor, evitar una enfermedad grave) y la probabilidad que tiene de lograrla con su conducta. Es el más antiguo y el más utilizado. Ya que la convicción del propio individuo es imprescindible para que se dé el cambio. Según este modelo las variables que afectarían al cambio de hábitos serían:

- Percepción del problema (vulnerabilidad y severidad).
- Toma de decisiones (beneficios y barreras).
- Logro del cambio (auto-confianza y ayudas externas).

Los autores del modelo consideran que todas las variables cobran igual importancia para la modificación del hábito (98).

4.3.4. Teoría de la acción razonada/planificada

Esta teoría introduce la variable influencia social, la norma subjetiva: percepción que tiene el sujeto sobre la opinión de los individuos que son importantes para él. Tiene similitudes con las variables y constructos propios de otros modelos: la actitud hacia la conducta con la vulnerabilidad, severidad, beneficios y barreras del modelo de creencias en salud; la norma subjetiva con la influencia externa de los modelos a nivel interpersonal, que se comentan posteriormente; la intención con la motivación para el cambio de los modelos que describen las etapas de cambio; o el control de la conducta percibida con la auto-eficacia de modelos como el del aprendizaje social. La Teoría de la Acción Planificada introduce el *control conductual percibido* o percepción que la persona tiene sobre su capacidad de control sobre la conducta. (99). Se ha utilizado en estudios sobre el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento: si bien el constructo intención influye en el inicio, el mantenimiento parece más determinado por la experiencias iniciales (100).

4.3.5. Modelo de Aprendizaje social (Social Cognitive Theory)

La conducta, las cogniciones (creencias sobre la salud, sobre la autoeficacia, etc) y el ambiente interactúan recíprocamente modificándose entre sí. Este modelo introduce dos nuevos conceptos: la capacitación y el determinismo recíproco (capacidad de influir sobre el entorno y a su vez del entorno sobre el individuo), así como la introducción del plano interpersonal. La parte social de este modelo puede considerarse fundamental para la adquisición de ciertos hábitos como la dieta o la realización de actividad física (82). Dentro de los factores personales que determinan la conducta o el cambio de comportamiento, toman especial relevancia la capacidad del individuo para simbolizar la conducta, anticipar las consecuencias, aprender a partir de la observación de la conducta de otros y sus consecuencias, tener confianza en su capacidad de ejecución de la conducta, su capacidad de auto-regular la conducta, analizar y reflexionar sobre la experiencia (101).

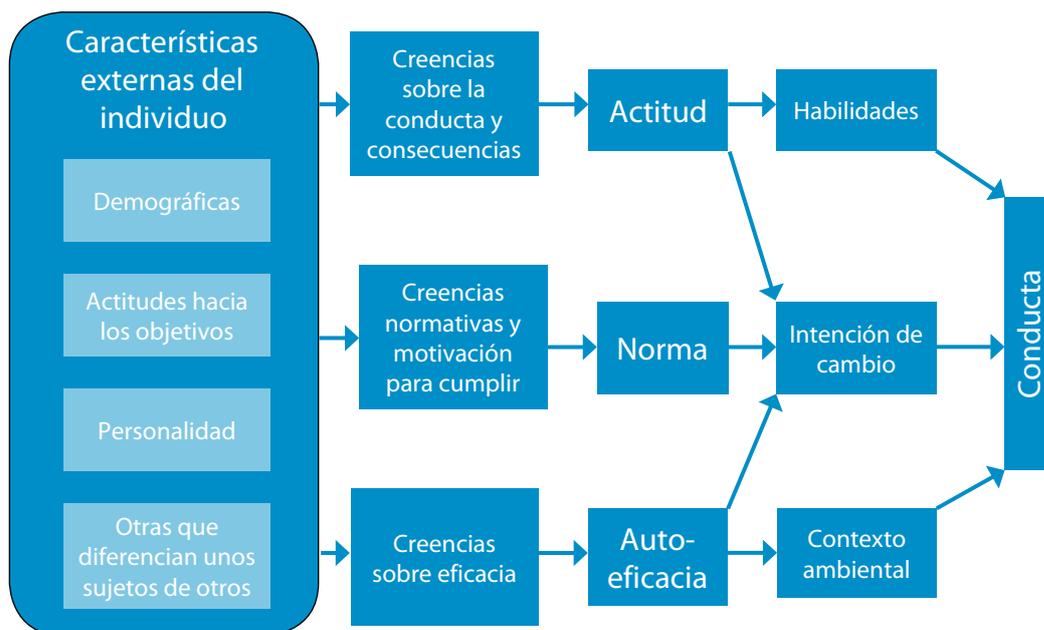
4.3.6. Modelo del Apoyo Interpersonal / social (Social Support Theory)

Considera que la salud viene determinada en gran medida por las redes o interacciones sociales que posee cada individuo. Puede destacarse la importancia de la familia, cuyo grado de implicación se traduce en una mayor probabilidad de cambio y mantenimiento del mismo. Puede incluirse también el apoyo del personal sanitario (102).

4.3.7. Modelo Integrador de Fishbein

Contempla todas las variables mencionadas: características del individuo, creencias sobre su salud y autoeficacia, habilidades para cambiar la conducta, necesidad de apoyo social y normativo, etc. El grupo valoró muy positivamente las iniciativas integradoras, como la de Fishbein & Ajzen (103). Todos los modelos añaden nuevos elementos y diferentes enfoques a este puzzle que pretende comprender un poco mejor el comportamiento humano y ayudar, de esta manera, a encontrar las herramientas idóneas en la promoción de conductas saludables.

Figura 2. Modelo integrado de factores determinantes de la conducta propuesto por Fishbein



Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*. 2000;12:273-278

Varios trabajos han mostrado la influencia de los determinantes de la conducta propuestos por este modelo en el área del embarazo y parto. La experiencia previa y el conocimiento de lo que previsiblemente ocurrirá favorecen un sentimiento mayor de autoeficacia respecto al embarazo y parto (104), que a su vez se asocia con una satisfacción mayor con la vivencia del parto (105). En otras conductas, como en la vuelta al trabajo tras el parto, es la intención, que a su vez está influida por las consecuencias y la norma social el principal determinante, lo que tiene relevancia en el caso del mantenimiento de la lactancia materna (106). El tipo de parto que la mujer elegirá parece determinado por otra variable también presente en el modelo, como es la actitud de ambos miembros de la pareja (107).

Los atributos que los modelos teóricos consideran asociados al cambio de conductas de salud están especialmente presentes durante el embarazo-parto-crianza, lo que ofrece una oportunidad única para promocionar la salud general de la madre, la criatura y la familia, desde una perspectiva bio-psi-co-social. Las mujeres embarazadas prestan mucha más atención de lo habitual hacia las recomendaciones de conductas saludables (dieta, abandono de tóxicos) que se ven como claramente beneficiosas, si no imprescindibles, durante el embarazo. Son unas conductas para las que existe no sólo apoyo, sino en ocasiones presión social y frecuentemente un arrepentimiento anticipado por la importancia de las normas sociales de "buen comportamiento" (82). Es, por otra parte, un momento de cambio que afecta a las costumbres y por supuesto al estilo de vida. La aceptación de uno sólo de los modelos teóricos excluiría variables que para el equipo investigador resultaban claramente relevantes, en consecuencia se consideró que el modelo integrador de Fishbein era el que mejor reflejaba los condicionantes de la salud y las variables sobre las que intervenir.

4.4. OBJETIVO 4. DETECTAR LAS ÁREAS DE MEJORA MÁS RELEVANTES EN LOS DISTINTOS MOMENTOS: EMBARAZO, PARTO, CRIANZA

Con el fin de identificar las áreas de mejora sobre las que trabajar durante el proceso de la maternidad, resumimos las necesidades expresadas por las mujeres y las apreciadas por el grupo de expertos:

a) *A nivel general necesitan:*

- Mayor atención a sus necesidades emocionales y sociales, además de las físicas.
- Sentirse seguras para sentirse autónomas: adquirir habilidades y conocimientos para poder tomar sus propias decisiones de acuerdo a sus creencias y valores.

b) *Durante el embarazo:*

- Resolver su gran preocupación /obsesión sobre el embarazo en su conjunto y el parto. Miedo a todo el proceso.
- Saber que todo va bien, sobre todo durante el primer trimestre; esperar a la primera ecografía les parece esperar mucho tiempo.

c) *Durante el parto:*

- Aumentar su capacidad para saber decidir si desean anestesia epidural o no.
- Aumentar su confianza en que el parto saldrá bien y sabrá aplicar los recursos aprendidos en la EM.

d) *En el postparto:*

- Resolver todas sus dudas sobre el cuidado del bebé, la lactancia, la adaptación a la maternidad.
- Más apoyo, información durante su estancia en el hospital, incluso una guía actualizada de forma constante.

- Respeto a su decisión de lactar o no a la criatura. *Acompañamiento en el inicio de la lactancia y que se respete su decisión de no dar el pecho cuando esto es así.*
- Mayor atención tras el cuidado del puerperio precoz. En el puerperio tardío se sienten solas y desatendidas.

e) *Respecto a la EM solicitan:*

- Sesiones de EM activas, participativas que permitan la posibilidad de reunirse con mujeres en igual situación. *Incluso después del parto, para comentar experiencias y aprender de ellas.*
- Horarios flexibles, que se adapten a los horarios laborales.
- Información adecuada, útil, objetiva, clara y actualizada. *Y bien ordenada. Saber en todo momento que es lo próximo, qué han de esperar, tanto en cuanto al proceso de embarazo como en cuanto al proceso asistencial.*
- Que los futuros padres se sientan incluidos y puedan participar.
- Las madres adolescentes prefieren grupos de madres adolescentes.
- Las madres de mayor edad necesitan, sobre todo información objetiva sobre cambios fisiológicos, signos de alarma, soluciones a los problemas y alternativas posibles.

Teniendo en cuenta estas necesidades, consideramos diferentes áreas de mejora:

- En cuanto al *objetivo de la EM*: tendría que ajustarse más al hecho de que es la mujer quien debe tomar sus propias decisiones de acuerdo a sus creencias y valores, favoreciendo las conductas saludables a nivel físico, emocional y social. El objetivo no es “enseñar” sino *ayudar a elegir y llevar a cabo* lo que cada una desee (108).
- Sobre la *comunicación* entre los profesionales y las mujeres/familias: sería recomendable *aplicar instrumentos válidos de evaluación de necesidades y objetivos* de la mujer/familia, que permita a los profesionales mejorar la atención a las carencias emocionales y sociales. Ofrecer información objetiva y actualizada, ajustada a las necesidades de cada mujer en cuanto al momento en que la necesita y a la profundidad que solicita, respetando las creencias y valores de cada persona y aproximando a la mujer a otros profesionales, como matronas hospitalarias o personal de pediatría.
- *Transmisión del proceso de la maternidad como un proceso fisiológico*: ante esa necesidad/obsesión que plantean las mujeres de saber que todo va bien, de que se le realicen más ecografías; quizá habría que mejorar la percepción del embarazo como un proceso en el que nuestra capacidad de intervención es limitada.
- Respecto a la *participación de los padres*: es una demanda constante por parte de las mujeres que los padres sean bien acogidos y que se permita su participación en todo el proceso, por lo que sería adecuado atender a esta necesidad. Es necesario, por otra parte, conocer qué expectativas y deseos tienen los padres respecto a esta etapa (80, 109).
- *Redes de apoyo*: es necesario fomentar redes de apoyo tanto entre mujeres como entre mujeres y profesionales. Parece imprescindible contar con información exhaustiva de los programas, protocolos de citas, ofertas reales de atención al parto (hospitalario o no); así como guías de “preguntas más frecuentes” durante el embarazo, el postparto, el cuidado del recién nacido; que pudieran estar en una web de fácil acceso, actualizada con regularidad y conocida por las mujeres desde el inicio del embarazo o incluso antes.
- *Atención postparto*: podría ser mejorable la atención en este periodo aumentando el contacto con la mujer y su familia, apoyando su capacitación para su cuidado y el de la criatura.

- Accesibilidad de la *matrona*: se percibe un cierto desconocimiento de las mujeres y de la sociedad en cuanto a la función y la oferta profesional de la matrona en la atención a la mujer durante su proceso maternal que puede ser mejorada.
- *Formación de las matronas*: las matronas podrían mejorar su función capacitadora y de comunicación. Sería deseable que estuviésemos informadas de todos los recursos existentes a nivel sanitario y comunitario y ser capaces de coordinarlos para poder detectar y dar respuesta a las necesidades de las mujeres en el momento en que se presenten.
- *Organización de la EM*: parece necesario intervenir en el formato y los contenidos de la EM, que esté *adaptada a grupos* de mujeres con situaciones o intereses comunes. *Horarios flexibles* que permitan compaginar la EM con el horario laboral. Se podría favorecer la *participación de otros profesionales*, incluso padres/madres experimentados. En el caso de los hombres podrían ofrecer un modelo del papel de la figura masculina (109).
- *Coordinación entre profesionales de diferentes niveles de atención*: unos adecuados sistemas de comunicación e información compartidos permitirá atender a cada pareja de forma más personalizada, atendiendo de forma eficaz a las particularidades de cada una y a los posibles contratiempos o circunstancias que puedan surgir durante todo el proceso.

En resumen, se aprecia algún desajuste entre los deseos y necesidades de las mujeres y lo que obtienen a través de la actual EM que podría:

- Ampliarse en el tiempo ya que las necesidades de la mujer con respecto a su maternidad se inician desde que surge el deseo de gestación hasta, por lo menos, el final del puerperio. Desde este punto de vista, las sesiones de EM habituales hoy en la mayoría de los centros, podrían constituir un apartado dentro de un programa más amplio de EM.
- Ofrecer información y procedimientos objetivos, concretos y correctos.
- Dirigirse a la capacitación o “empowerment” para afrontar la nueva situación, para ello la mujer necesitará: conocimientos, habilidades, redes de apoyo y confianza en disponer de un sistema sanitario.
- Tener presente no sólo a la mujer sino también a parte de su entorno, fundamentalmente al padre, como elementos influyentes sobre la salud familiar.
- Presentarse como una oportunidad especialmente favorable para la promoción de la salud y rentabilizar así todos los recursos disponibles.

4.5. OBJETIVO 5. ELABORAR UN INFORME DE CONSENSO ENTRE EXPERTOS SOBRE LAS NECESIDADES, MODELOS Y ESTRATEGIAS CONCRETAS; ASÍ COMO SOBRE EL CONTENIDO DE UNA NUEVA EDUCACIÓN MATERNAL ADECUADA A LAS NECESIDADES PRIORITARIAS DE LAS MUJERES, FACTIBLE Y POTENCIALMENTE EFECTIVA Y EFICIENTE

El objetivo último de nuestro proyecto es la elaboración de un informe que aborde la modificación y adecuación de un programa de EM. El grupo de expertos a partir de la evidencia y de su propia experiencia, consideró que como requisitos básicos la nueva EM debería ser una intervención:

- *Centrada en las necesidades de la mujer*: la EM debería intentar responder a las *necesidades* detectadas en las mujeres relativas a la reproducción y cuidado de las criaturas, lo que puede incluir educación sexual, anticoncepción, planificación familiar, embarazo, parto, puerperio, lactancia, crianza. También habrá que tener en cuenta el bienestar psicológico de la madre y de la unidad familiar, contemplando la necesidad emocional.
- *Continuada e integrada* en la atención de otros servicios sanitarios y extrasanitarios.

4.5.1. Objetivo de la educación maternal

Basándonos en las áreas de mejora detectadas, el grupo llegó a un consenso en cuanto al objetivo fundamental de una nueva EM, que se definió como *capacitar* a la mujer para tomar decisiones adecuadas a sus necesidades y circunstancias. Decisiones que le permitan:

- Mejorar su nivel de salud y el de su familia, modificando sus hábitos de vida relacionados con la salud (alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, conducta sexual, control del estrés) y controlando los factores de riesgo más importantes (hipertensión, obesidad, dislipemia, diabetes, sedentarismo).
- Elegir, decidir y afrontar de forma responsable su modelo de parto y crianza, ya sea en un centro hospitalario o en su domicilio, haciendo uso de las diferentes alternativas, de alivio del dolor, decidiendo la forma de criar a su criatura.
- Utilizar recursos sanitarios y extra sanitarios, crear y mantener las redes de apoyo que considere necesarias dentro y fuera del sistema sanitario para favorecer su auto-cuidado, mantener y mejorar su salud, la de la criatura y su familia.

“Capacitar” entendido como proporcionar información/actividades dirigidas a mejorar la actitud, el conocimiento, y las habilidades y conductas de la mujer y su familia con respecto a su salud en general y a su modelo de parto y crianza en particular de forma que ella sea capaz de tomar las decisiones más saludables. Será ella quien lidere y auto gestione su salud y la de su entorno más cercano. Esta capacitación podrá obtenerla a través de los profesionales sanitarios que estén presentes a lo largo de este proceso, especialmente de la matrona, que es su interlocutor estable, cercano y accesible durante todo el proceso; y a través de todas sus redes de apoyo personal y social.

Se trata, por tanto de un objetivo con dos vertientes fundamentalmente, por una parte promover el papel de la mujer como agente de su propia salud y la de su familia y por otra favorecer la adopción de decisiones y manejo de su parto y crianza. Este objetivo coincide en gran medida con el propuesto por el Insalud (15), Osakidetza (16) y con trabajos mucho más recientes realizados en Cataluña (56) o en Cantabria (110). Sin embargo, el grupo de expertos consideró que el logro de este objetivo requería una atención más intensa a otros condicionantes de salud sobre los que la mujer puede intervenir en beneficio suyo y de su familia y un énfasis mayor en la continuidad de esta educación para la salud desde el principio del embarazo e incluso antes hasta, al menos, el final del puerperio.

4.5.2. Acciones en educación maternal

Entre el abanico de acciones que los distintos equipos podrían proponer para conseguir la capacitación de diferentes grupos de mujeres con respecto a su salud, podrían sugerirse intervenciones que conduzcan a conductas más saludables como actividad física, nutrición adecuada, sexualidad satisfactoria, etc y reduciendo los hábitos nocivos (tabaco, alcohol, consumo excesivo de grasas, sedentarismo, ...). También podrían introducirse cambios con respecto al *parto* y *crianza* proponiendo distintos modelos y evaluando sus ventajas e inconvenientes para cada mujer.

El inicio de un programa de EM como el que se presenta sería anterior al propio embarazo. Los profesionales y la población sobre la que se actúa pueden identificar problemas de salud específicos de esa población a los que no son ajenas las mujeres embarazadas y sobre los que se puede actuar ya desde el momento de la captación, evaluando y dirigiendo a la mujer hacia intervenciones específicas.

En cuanto a la forma que pueden tomar las estrategias de intervención, existen evidencias sólidas que acreditan la efectividad del consejo breve, realizado por médicos o enfermeras sobre la modificación de hábitos o conductas de riesgo (111,112). El consejo o intervención individual podría ser más adecua-

do en el inicio de la lactancia materna, o en casos de grupos poblacionales minoritarios o con bajo nivel socioeconómico (grupos que habitualmente no acuden a otras actividades), o para evaluar los logros alcanzados. El asesoramiento individual, con planteamiento de metas y sobre todo evaluando y reforzando lo conseguido resulta efectivo para incrementar el ejercicio físico, y como una estrategia de ayuda en el control de sobrepeso.

No hay evidencia concluyente respecto a intervenciones grupales o comunitarias sobre hábitos saludables (113) y tampoco sobre diferencias en la satisfacción y evolución del parto (21). Sin embargo, en un reciente estudio en Canadá se encuentra que las mujeres se benefician de los grupos prenatales en cuanto a "empowerment", eficiencia, apoyo social y adquisición de conocimiento de una forma que no puede proporcionar la atención individual. (114). Las actividades grupales parecen especialmente adecuadas para la formación de redes en las que apoyarse (115). Desde este punto de vista, la intervención grupal podría ser adecuada para identificar la sintomatología banal, manejo de situaciones habituales, cuidados Recién Nacidos (RN) o en la formación de grupos de iguales: diabéticas, gemelares,....adolescentes.

Las intervenciones sobre la familia, como una unidad, han demostrado su eficacia para mejorar prácticas de sexo seguro, consumo de alcohol, o cuidados precoces del embarazo en familias afroamericanas, aunque no se encontraron diferencias en conductas con riesgo de infecciones maternas y nutrición (116). Las campañas publicitarias, unidas a políticas de precios y educación en la escuela han resultado eficaces para retrasar el inicio del consumo de tabaco.

Por último, dada la especial sensibilidad de las mujeres en esta época de su vida hacia las conductas beneficiosas para el bienestar de la criatura, muchas campañas o intervenciones comunitarias podrían ser efectivas. Por otra parte, hay que tener en cuenta que Internet está teniendo un impacto visible en la toma de decisiones de las mujeres respecto a todas las áreas de su embarazo. La principal razón es mayor necesidad de información, validar la que ya tienen, necesidad de "empowerment", compartir experiencias y asesoramiento en la toma de decisiones. Los profesionales sanitarios, por tanto deberían aprender a trabajar en colaboración con las mujeres para poder dirigirse hacia websites basadas en la evidencia, y estar preparados para discutir la información que aporten (117).

4.5.3. Propuesta de educación maternal : Capacitación en el autocuidado y la crianza

Puesto que sistemáticamente se ha hablado de una EM adaptada a distintas poblaciones y necesidades, no podemos defender una EM única, sino que entendemos que serán los profesionales conocedores de su población y de las necesidades de salud de ésta, los encargados de definir qué tipo de EM y en qué formato será el más útil para cada mujer. En todo caso, partimos de las necesidades de las mujeres y del objetivo de "capacitar para el autocuidado".

La propuesta preliminar del grupo de expertos (Figura 3) incluye tres entrevistas exploratorias programadas a nivel individual cuyo objetivo es detectar las necesidades, expectativas, deseos personales y hábitos. Cada una de ellas adaptada a la etapa en que la mujer se encuentra: la primera será lo más precoz posible dentro del proceso maternal, ante el deseo de gestación o en el inicio del control gestacional orientada a la mejora de hábitos de salud en la nueva etapa de embarazo; la segunda entrevista exploratoria se realizará durante el embarazo, en el segundo trimestre, superada la ecografía para el diagnóstico de defectos congénitos fetales y estará dirigida fundamentalmente a la preparación al nacimiento; y la tercera tras el parto, acompañando en el inicio de la nueva etapa de crianza.

Estas entrevistas tienen el objetivo de indagar sobre sus creencias sobre la salud y sobre los beneficios que le aportará el cambio, el apoyo o barreras de que dispone, la percepción de autoeficacia o las habilidades reales, la dependencia o autonomía, etc, es decir, aquellos aspectos que, según la evidencia, afectan a los cambios de conductas como alimentación, ejercicio o consumo de tabaco. En función de estas características podría establecerse un plan de cambio. Es importante que el personal sanitario

conozca y pueda gestionar la derivación de las mujeres motivadas a realizar cambios de hábitos, de forma que accedan a los servicios especializados que fomenten estos cambios: grupos de deshabitua- ción tabáquica, o de alcohol, centros deportivos, consulta nutricionista o médico/enfermera de familia que trabaje la obesidad o malnutrición, salud mental, fisioterapia, recuperación suelo pélvico, grupos de apoyo a la lactancia, etc.

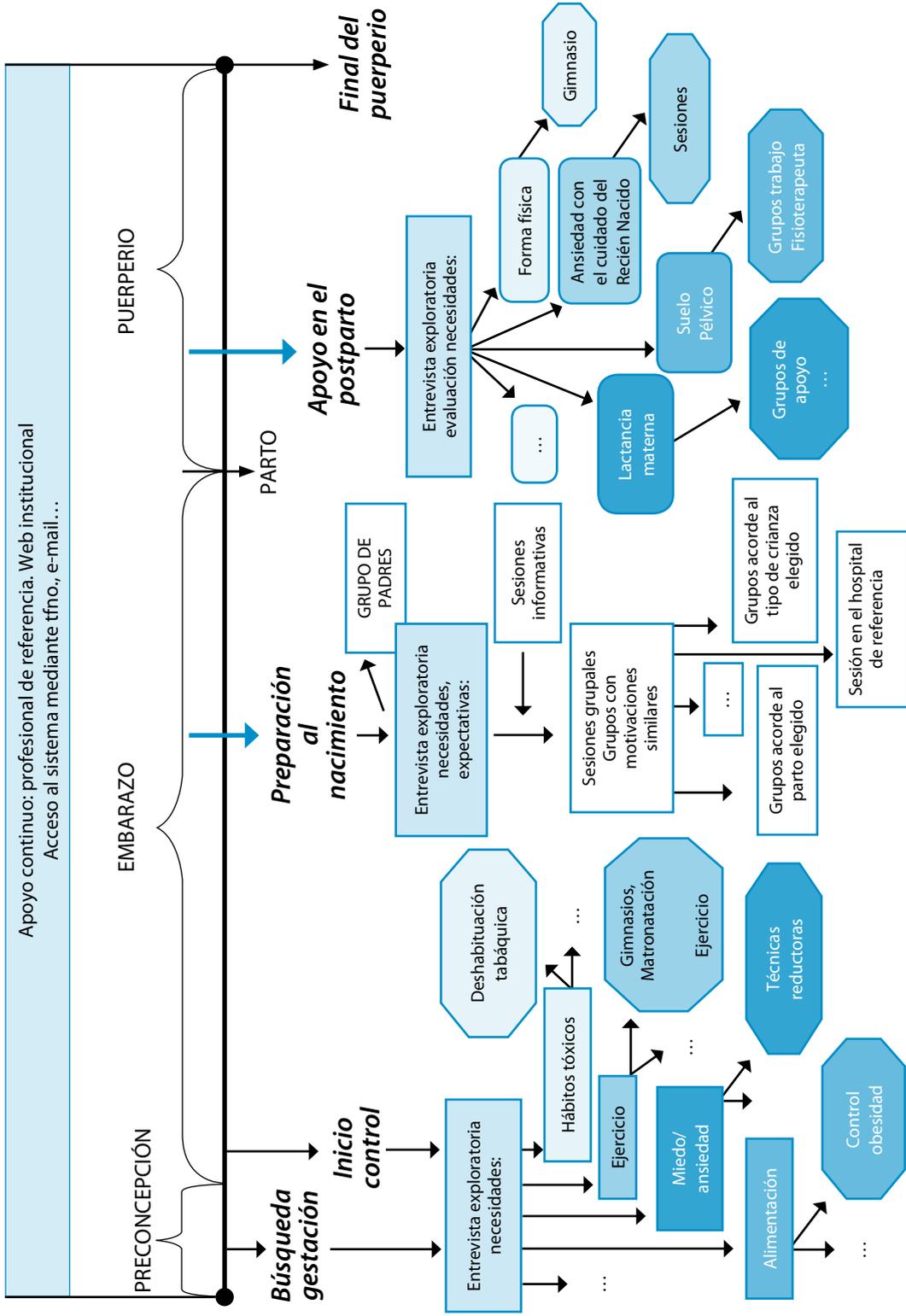
Con respecto a la preparación para el nacimiento, existen actualmente en nuestro país programas no- vedosos y amplios (56, 110) producto del consenso entre las matronas que posiblemente podrían adaptarse a mujeres de distintas características demográficas, o con distintos tipos de embarazo o de- seo de parto, etc. Una intervención en este momento debería contemplar:

- Las estrategias para el manejo del dolor y, sobre todo, la reducción del miedo aumentando la confianza en las propias posibilidades.
- Para aquellas mujeres, que deseen un parto en el sistema hospitalario o deseen conocer cómo se desarrolla el parto en él antes de tomar una decisión, parece obligado que la EM incluya alguna sesión o visita al hospital. Esta visita permite conocer el área de partos, algunos procedimientos que allí se realizan, y un primer contacto con el personal del hospital.
- Otro aspecto mencionado en las áreas de mejora es la inclusión del futuro padre durante todo el proceso de la maternidad: las consultas del embarazo o sesiones grupales. Con respecto a este punto, hay importantes diferencias culturales, desde la total inhibición hasta la organización de sesiones exclusivas para padres, dirigidas por un hombre (40, 41, 79, 118, 119).

La continuidad de la EM después de parto se ha considerado imprescindible por las mujeres partici- pantes en los grupos focales. Se espera que esta intervención de nuevo se adapte a la situación de cada mujer. Así, una tercera entrevista revelaría los problemas más relevantes: lactancia, adaptación al nuevo rol, manejo de los problemas del RN, molestias derivadas del parto, etc sobre los que se centra- ría el trabajo, individual o grupal, con recursos de la mujer, del sistema sanitario, o de la comunidad.

Las mujeres identifican a la matrona como el interlocutor permanente y estable, cercano y accesible que permite resolver dudas y ofrecer apoyo de forma rápida (120, 121). Esta seña la convierte en la pro- fesional que lideraría la EM, sin embargo son muchos los agentes sanitarios y no sanitarios que pue- den participar: médico y enfermera de familia, pediatra/enfermera de pediatría, matrona hospitalaria, enfermería del puerperio hospitalario, fisioterapeuta, monitor deportivo, nutricionista, especialista en deshabitua- ción de tóxicos, grupos de lactancia, etc. Por ello, es indispensable un canal efectivo de co- municación continua entre las matronas de asistencia primaria y hospitalaria, así como con la enferme- ría del puerperio y pediatría y con otros servicios sanitarios y comunitarios. Los agentes de la nueva EM deben tener una actitud de cercanía, disponibilidad, empatía para tratar los temas de índole emo- cional y social, según las necesidades planteadas por las mujeres (11, 122, 123, 124).

Figura 3. Propuesta de un programa de Educación para la salud y preparación al nacimiento continuado y centrado en las necesidades de cada mujer



5. DISCUSIÓN

La relación que establecen las mujeres con el sistema sanitario durante el embarazo proporciona a los servicios de salud una oportunidad única para intervenir con un objetivo de promoción de la salud. Aunque la EM debería ser el elemento clave en esta tarea, lo cierto es que los resultados en la actualidad son escasos. Las necesidades de las mujeres actuales con respecto a la maternidad van más allá de la preparación al parto y, además, estas necesidades son diferentes de unas mujeres a otras según su edad, su cultura, o su nivel económico. En el presente trabajo señalan la importancia de sentirse seguras y confiadas, desearían aumentar su sensación de control sobre la nueva situación, manifiestan miedo al parto, la necesidad de no sufrir un dolor excesivo, o sentir un dolor soportable y asegurarse de que “todo va bien,” lo que supondría contar con una madre y una criatura sanos. Las necesidades de salud destacadas por el grupo de expertos coinciden con aquellas, en cuanto a que las mujeres logren un conocimiento y capacitación para manejar adecuadamente las situaciones normales en el proceso de maternidad, solicitar ayuda sanitaria en los casos más graves y en último término, llevar un estilo de vida saludable para que “todo vaya bien”.

Estas necesidades no siempre se cubren con la EM que se realiza habitualmente, lo que permite identificar algunas áreas de mejora. Por una parte, la EM podría comenzar desde que la pareja desea un embarazo o, en todo caso, desde que éste se inicia y no terminar hasta el final de la lactancia. También el formato podría cambiar, utilizando nuevas tecnologías y adaptándose en horarios y lugares a su forma de vida. En una nueva EM, la mujer abandona su papel de receptor de información para asumir un papel protagonista y con capacidad de decisión sobre el todo el proceso de embarazo, parto y lactancia. Ahora bien, la complejidad y la variabilidad de las necesidades de salud en el proceso de maternidad favorecen que el objetivo final sea la capacitación y autogestión de la propia salud. En este punto coinciden las mujeres, los expertos, y los modelos más actuales de EM: una capacitación que estaría dirigida a afrontar los cambios en el embarazo-parto-crianza y de forma transversal, durante todo el proceso, al logro y mantenimiento de un estilo de vida saludable. La prolongación de la intervención a todo el proceso de la maternidad y, en último término, a un estilo de vida más saludable, se encuentra en los modelos más actuales de EM que también se ofrecen on-line (ICEA, birthing from within, etc...).

Recientes investigaciones en Francia reflejan igualmente la limitación de la EM actual, centrada en el parto, y recomiendan la atención a la familia como objetivo de trabajo, la evaluación individual de las necesidades para adecuar la intervención a las parejas, y la competencia de los padres en el cuidado de su salud y el de los hijos (125, 126, 127). El protagonismo de la mujer y el uso de sus propias estrategias durante el parto se ha reivindicado en Gran Bretaña en los últimos años (52), proponiendo actualmente un nuevo marco en el que la EM parte de los grupos y de la comunidad, mientras que el profesional es un facilitador, una referencia, o un apoyo de los grupos con menos recursos (41, 48, 128). Desde el norte de Europa, el equipo de trabajo liderado por Ulla Walldenstrom pone a prueba la utilidad de la EM ofreciendo dos alternativas posibles, con o sin técnicas de psicoprofilaxis puesto que no pueden privar a uno de los grupos de la EM, y comparan los resultados obtenidos con ambas (129, 130). Desde EE.UU. Nolan (71) defiende un cambio en el formato, con una orientación de educación para adultos y centrada en las necesidades de cada mujer, y también Schneider (131) desde Australia aboga por un modelo más participativo y centrado en la mujer. En estos países los programas de EM son similares al nuestro, con 8-10 sesiones previas al parto, algunas con técnicas de psicoprofilaxis, yoga, sofrología,... y otras sin ellas. La principal diferencia que se menciona es el profesional que imparte las sesiones, un educador, doula o enfermera de atención primaria en los países anglosajones, mientras que en Suecia o Francia, suelen ser las matronas del sistema público las responsables de esta actividad (120, 132).

La necesidad de cambio, por tanto, es una demanda generalizada, aunque varía de unos lugares a otros la forma que toma este cambio: en algunos casos es de formato y en otros afecta al objetivo de la EM. Basándonos en las necesidades expresadas por las mujeres en nuestros grupos focales, la pro-

puesta de EM planteada por el grupo de expertos supone tanto un cambio en el enfoque de la EM como en la forma.

Para conseguir cambios en el estilo de vida, incluida la vivencia del parto, los modelos de Educación para la salud proponen distintas variables sobre las que habría que intervenir, siendo de especial relevancia que la persona perciba un beneficio, que se vea capaz de conseguirlo, que tenga apoyo social/sanitario para lograrlo o que no encuentre barreras insalvables. Tanto las variables internas o características individuales, como las variables cognitivas y las sociales que afectan a la conducta están recogidas en el modelo integrado de Fishbein por lo que en este trabajo se ha considerado el más adecuado como norma de referencia.

Afortunadamente, la mayoría de las variables mencionadas están presentes en la transición a la maternidad, tanto durante el embarazo como en los primeros meses postparto. En este momento las mujeres son especialmente susceptibles al cambio puesto que de hecho, toda su vida va a cambiar. El mantenimiento y la búsqueda de la propia salud se consideran muy relevantes, mientras que las conductas contrarias, como los hábitos tóxicos, el abuso de fármacos, etc. generan un arrepentimiento anticipado y reprobación social. Finalmente, la mujer habitualmente cuenta con el apoyo de su entorno, especialmente de las mujeres más cercanas (madre o hermanas). El sistema sanitario debería aprovechar esta disposición previa, potenciándola y trabajar simultáneamente en el cambio del resto de las variables, proporcionando un conocimiento amplio, contrastado y útil; y favoreciendo la búsqueda y el uso de los recursos necesarios para vivir un embarazo saludable y elegir un parto satisfactorio. Afortunadamente también en nuestro país se han desarrollado en los últimos años numerosas iniciativas renovando, ampliando y adaptando la educación para la salud a las necesidades actuales de las parejas (56, 110) elaborando nuevos materiales en distintos formatos. Del mismo modo han surgido estrategias de evaluación para los programas de EM que nos proporcionarán información sobre las próximas áreas de mejora (29, 30).

El trabajo actual tiene algunas limitaciones propias de un estudio exploratorio. La necesidad de seleccionar mujeres en base a criterios concretos obliga a dejar fuera del estudio a otros grupos de mujeres con necesidades diferentes, como es el caso de las adolescentes, ampliamente estudiadas, los niveles socio-económicos extremos, los padres, un grupo especialmente relevante y que también ha quedado fuera de nuestro estudio. No obstante, las características del procedimiento de renovación de EM que se propone, generado por las personas que vayan a llevarlo a cabo, permite que sea en cada caso, y en función de la población sobre la que se vaya a aplicar, donde se definan las características de los grupos más relevantes.

Esta capacidad de adaptación es una de las mayores fortalezas de nuestro trabajo, dado que la participación y capacidad de decisión de los efectores del programa favorece y en cierto modo garantiza su implicación y esfuerzo; "las intervenciones deben ser diseñadas en el contexto en el que van a ser ejecutadas, con la participación activa de los agentes protagonistas y con el objetivo de adaptar las intervenciones a las necesidades y características de las consultas y los centros" (71).

Tratándose de una intervención compleja, era imprescindible contar con los distintos profesionales que trabajan con la mujer en este proceso. La participación de un grupo de expertos en el que están representados la mayor parte de estos profesionales aporta una perspectiva amplia sobre los problemas de salud más frecuentes y la solución más adecuada en cada caso. El uso de metodología cualitativa con grupos focales, completando los hallazgos de la revisión bibliográfica, refleja la disposición ya repetida, de prestar un servicio adecuado al usuario.

5.1. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y LA INVESTIGACIÓN

La principal aportación de este informe es un conjunto de principios o fundamentos para mejorar la EM, que cada equipo donde vayan a adoptarse adaptará a las necesidades de su población y a su con-

texto de trabajo. El paso siguiente será la definición de objetivos específicos que debería lograr esta nueva EM y su evaluación operativa. Disponer de un marco riguroso y sistemático nos facilitará el modelado de EM distintas para cada tipo de mujer, que mejore su efectividad, impacto y eficiencia, así como su factibilidad. Este marco se está empleando ya en intervenciones que intentan aumentar el periodo de lactancia materna (133, 134).

La aplicación de esta propuesta daría lugar a un nuevo proyecto de investigación colaborativo, *ema.Q*, que elabore y pilote diferentes formatos, evaluando su implantación y su eficacia con respecto a los objetivos planteados por la nueva EM. Enlazaría así con las fases I (modelado) y II (ensayo exploratorio, piloto) de la elaboración de intervenciones complejas (53), lo que implica en primer lugar la descripción de los componentes de la intervención, de su posible interrelación, y la repercusión del conjunto sobre el resultado final. El modelado de esta intervención inicial puede estar basado en la aportación directa de las matronas y profesionales de atención primaria y hospitalaria de cada centro colaborador, en modelos teóricos o simulaciones, sondeos, estudios cualitativos con grupos focales, estudios de casos, o pequeños estudios observacionales. En la fase II la evidencia almacenada es sometida a prueba, pueden modificarse los distintos componentes de la intervención global, y también la cantidad de cada componente, para evaluar su efecto sobre los resultados, esta acción puede llevarse a cabo en diferentes escenarios, comprobando si la evidencia apoya al efecto teóricamente esperado, identificando un grupo control apropiado, evaluando las mediciones de las variables utilizadas, estimando las posibilidades de extender la intervención a un grupo de un tamaño relevante, etc. Aunque es necesario mantener en todo caso algunas circunstancias precisas y consistentes que aporten información al ensayo extenso, una característica distintiva de esta fase II es su naturaleza adaptativa, de forma que cualquier elemento del estudio puede modificarse durante la intervención. En definitiva, lo que se ofrece en este documento es un marco o una guía de cómo modelar y evaluar una EM adaptada a la población. A priori, por tanto, describimos algunas estrategias que podrían utilizarse, pero que deben adaptarse a las características de las usuarias: no todas las mujeres se beneficiarían del trabajo corporal, ni disponen de una pareja con la que afrontar el parto. Como se ha evidenciado en algunos trabajos previos (37) las sesiones de EM aumentaban la ansiedad ante el parto en las mujeres inmigrantes necesitando, por tanto, otro tipo de acercamiento. Por ello, es especialmente relevante el surgimiento de instrumentos de evaluación para los resultados de la EM (30) y la posibilidad de aplicarlos en distintos contextos y a distintas poblaciones favoreciendo un proceso de mejora continua de la intervención.

5.2. RECOMENDACIONES

Se propone una intervención de EM con las siguientes características:

- Centrada en las necesidades de la mujer, atenta a las necesidades emocionales y promotora de su salud y la de su familia. Será una EM diferente para cada grupo de población que presente distintas necesidades de salud.
- Promotora de su capacitación para tomar decisiones de forma autónoma en lo referente a su salud y la de su familia.
- Continuada a lo largo de todo el periodo de embarazo, parto, puerperio y crianza.
- Integrada con los niveles de atención primaria - hospitalaria y de asistencia social.
- Creadora de redes sociales.
- Que incluya la participación de la figura del padre y familia.
- Flexible y adaptada tanto en la forma (horarios) como en el fondo (grupos específicos).

Esto requiere una serie de transformaciones en nuestro sistema de atención, entre ellos:

- Desarrollar instrumentos válidos de evaluación de necesidades de las mujeres en esta etapa de su vida.
- Establecer comunicación, distribuir tareas y crear enlaces y sinergias entre los servicios de EM, los profesionales de atención primaria y los servicios hospitalarios para responder de la forma más apropiada a esas necesidades.
- Crear alianzas con recursos y agentes comunitarios que trabajen en áreas de apoyo social y relacionadas con la salud.
- Mejorar los sistemas de comunicación y de apoyo entre profesionales para la toma de decisiones.
- Incluir nuevos formatos de educación sanitaria, utilizando nuevas tecnologías de información y comunicación.
- Modificar la filosofía de cuidador dirigiéndola hacia la de facilitador en el personal responsable.
- Considerar el protagonismo de las redes sociales, y de los elementos familiares.

La estrategia a seguir para modelar e implementar esta nueva EM debería ser de abajo a arriba. Los agentes protagonistas deberían identificar las necesidades de sus centros, evaluar la prioridad, factibilidad y aplicabilidad de estrategias innovadoras o de efectividad contrastada en el contexto concreto, con el fin de adaptarlas a la realidad de los centros. Para ello se deberían utilizar métodos de investigación-acción participativa como el propuesto por Damschroder *et al.* (135) en el que se tienen en cuenta:

- Las características de la intervención.
- El ambiente externo.
- La situación interna.
- La disposición al cambio, compromiso, conocimientos y actitudes de los individuos implicados.
- Un proceso de implementación que busque la aplicación de la investigación a la práctica clínica.

Esta combinación pretende acelerar los cambios y la adopción de innovaciones en la práctica clínica rutinaria, así como generar conocimientos, tanto sobre los posibles resultados de las mismas, como sobre la forma más efectiva de implantarlas (135, 136).

5.3. NUEVAS DIRECCIONES

Avanzando en este modelo, se propone la identificación de centros de atención primaria que contasen con microequipos especialmente interesados en la EM como parte integrada en la promoción de la salud. En lugar de proponer un cambio de todo un sistema, que requiere años de proyectos, tras un proceso de evaluación formativa los cambios se idean y se aplican rápidamente en paralelo con variaciones muy pequeñas siguiendo el modelo PLAN-DO-STUDY-ACT (PDSA). Su efecto se analiza inmediatamente de forma que los logros de unos microequipos pueden ser utilizados inmediatamente por el resto, y/o eliminados. Así, en esta red de centros se podrían diseñar e implantar programas innovadores, obteniéndose una intervención adaptada al contexto concreto de cada centro.

Una vez diseñada, la estrategia de implementación y cambio debería aplicarse en varios niveles simultáneamente (116), analizando también la sostenibilidad del programa a largo plazo (137). En la línea, por ejemplo, de algunos trabajos en los que se interviene sobre la persona, familia, escuela y grupo de amigos etc para favorecer conductas saludables en prevención de embarazos en adolescentes, transmisión del HIV y otras enfermedades de transmisión sexual (138).

Como tercera etapa, será necesario comparar los resultados obtenidos en estos grupos de intervención y grupos de control (GC) en los que se mantengan los cuidados habituales de promoción de hábitos saludables. Esta comparación se dará respecto a las siguientes dimensiones: características de la población diana, efectividad sobre el individuo, adopción por los centros o instituciones, consistencia en el desarrollo de la intervención, mantenimiento en el tiempo de los efectos en los individuos y centros (*RE-AIM Model*, 139). Los indicadores de proceso y resultados serán establecidos por cada uno de los microequipos y aplicados a otros centros de control con poblaciones de características similares. Consiguiendo así nuevos conocimientos sobre el proceso de implementación, factores facilitadores y barreras en dicho proceso y sus potenciales resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becerro de Bengoa Callau C. Educación maternal y beta endorfinas en plasma materno durante el parto (Tesis doctoral). Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid; 1993.
2. Dick-Read, G. *Childbirth without fear: The principles and practices of natural childbirth* (rev. ed.). New York: Harper; 1959.
3. Chertok L, Carballo JR, Lorenzo L, Aguirrebeña. *Los métodos psicósomáticos del parto sin dolor: Historia, teoría y práctica*. Cultura Clásica y Moderna. Ed. Científico Medica P; 1958.
4. Oiberman A. *La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal*. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*; 2007.
5. Velovsky IPK, Ploticher V, Shugom E. *Painless Childbirth Through Psychoprophylaxis*. Moscow: Foreign Languages Publishing House; 1960.
6. Lamaze F. *Painless Childbirth : The Lamaze Method*. Chicago, IL: Contemporary Books; 1984.
7. Aguirre de Cárcer A. *Preparación al parto*. Madrid: Morata; 1985.
8. Caycedo A. *Sofrología médica: colección antológica Sofrología y progreso*. Editorial Aura, 1975 ISBN 84-214-0074-6, 9788421400746.
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Apoyo continuo para las mujeres durante el parto* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 (2). Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Walker DS, Visger JM, Rossie D. *Contemporary childbirth education models*. *Journal of Midwifery Womens Health* Nov. 2009; 54(6):469-76.
11. Dragonas T, Christodoulou GN. *Prenatal care*. *Clinical Psychology Review*. 1998; 18:127-142.
12. Zwelling E. *The Emergence of High-Tech Birthing*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2008;37: 85-93. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00211.x.
13. Latorre PM, Aizpuru F, De Carlos Y, Echevarria J, Fernández-Ruanova B, Lete I, Martínez-Astorquiza T, Martínez C, Páramo S, Valls A. *Desigualdades Sociales en la Salud Perinatal en la CAPV*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2007. Informe Osteba D-07-05.
14. Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Hakansson A, Ottosson T. *Some lessons from Swedish midwives' experiences of approaching women smokers in antenatal care*. *Midwifery*. 2005;21(4):335-45.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Instituto Nacional de la Salud; 1995.
16. *Varios autores, Programa de preparación maternal/Ama izateko prestakuntza programa*. Vitoria-Gasteiz, Osakidetza-Servicio vasco de salud. 1988; pp. 88
17. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. *Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy*. *Midwifery*. 2004; Sep 20(3):226-35.
18. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. *Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes*. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*. 2005;84: 436-43.
19. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. *A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample*. *Birth*. 2004; 31(1):17-27.
20. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E y Hofmeyr J. *Antenatal Education*. In: *A Guide to Effective Care in*

- Pregnancy and Childbirth, N.Y. Oxford University Press; 2001.
21. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003.
 22. Gagnon AJ, Sandall S. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software; 2007.
 23. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*. 2001; 285(4):413-20.
 24. Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH. Simple Antenatal Preparation to Improve Breastfeeding Practice. A randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2007; 109 (1):73-80.
 25. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*; 2005.
 26. Dennis CL, Lee RN. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2002; 31 (1): 12-32.
 27. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*. 2007. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.
 28. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Remiro Fernández de Gamboa G, Odriozola Hermosilla I, Bacigalupe de la Hera A. et al. Design and process of the EMA Cohort Study: the value of antenatal education in childbirth and breastfeeding. *BMC Nursing*. 2008; 7:5.
 29. Fernandez y Fernandez-Arroyo M. Estudio piloto para la elaboración de un cuestionario de evaluación para el 2º nivel del programa de Educación Maternal. XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid 15-18 Noviembre 2011. Comunicación oral.
 30. Fernández y Fernández-Arroyo M, Muñoz San Roque I, Torres Lucas J. Análisis de la evaluación de los programas de Educación Maternal en Atención Primaria en Madrid XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados Cartagena (España) 6-9 de Noviembre 2012 Comunicación oral.
 31. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003; 362(9391):1225-30.
 32. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*. 2004; 180(6 Suppl):S57-60.
 33. Kottke TE, Solberg LI. Beyond efficacy testing redux. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 27(2S):104-5.
 34. Kottke TE, Solberg LI. Optimizing practice through research: a preventive services case study. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007; 33(6):505- 506.
 35. Woloshin S, Schwartz LM. How a charity oversells mammography. *BMJ*. 2012; Aug 2:345.
 36. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad, Centro de Publicaciones, Madrid; 2008.
 37. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandez de Gamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A. et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*. 2010; 59(3):194-202.
 38. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Bacigalupe A, Payo J & Montoya I. Antenatal Education and Breastfeeding in a Co-

- hort of Primiparas. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(7):1607-27.
39. Cooklin AR, Donath SM, Amir LH. Maternal employment and breastfeeding: results from the longitudinal study of Australian children. *Acta Paediatrica*. 2008; 97(5):620-623.
 40. Barlow J, Coe C, Underdown A, Redshaw M. Birth and beyond: stakeholder perceptions of current antenatal education provision in England. Published date: 8 December 2009 http://www.dh.gov.uk/en/Publication-andstatistics/%20Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_109833 visto el 25/06/2012.
 41. McMillan AS, Barlow J, Redshaw M. Birth and beyond: a review of evidence about antenatal education. London: DH; 2009.
 42. Morton CH, Hsu C. Contemporary Dilemmas in American Childbirth Education: Findings From a Comparative Ethnographic Study. *The Journal of Perinatal Education*. 2007; 16(4): 25-37. doi: 10.1624/105812407X245614 .
 43. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*. 2001; 16(4):381-8.
 44. Koehn ML. Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*. 2002; 11(3): 10-9.
 45. Lothian JA. Choice, Autonomy, and Childbirth Education. *The Journal of Perinatal Education*. 2008. Winter;17(1):35-38.
 46. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth*. 2003; 30(3): 189-94.
 47. Healthy People Initiative 2010 U.S. Department of Health and Human Services. Maternal, infant and child health: Objectives and sub-objectives (focus area 16). In: *Healthy People 2010 Midcourse Review*. Acceso 30 August, 2010, from <http://www.healthypeople.gov/data/midcourse>.
 48. Billingham K. Preparing for parenthood: the role of antenatal education. *Community Practitioner*. 2011; 84(5): 36-8.
 49. Svensson J, Barclay L, Cooke M. Effective antenatal education: strategies recommended by expectant and new parents. *The Journal of Perinatal Education*. 2008; 17(4): 33-42.
 50. Dumas L. Focus groups to reveal parents' needs for prenatal education. *The Journal of Perinatal Education*. 2002; 11(3):1-9.
 51. Spiby H, Henderson B, Slade P, Escott D, Fraser RB. Strategies for Coping with Labor: does Antenatal Education Translate into Practice? *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(2):388-94.
 52. Escott D, Spiby H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labor. *Midwifery*. 2004; 20:144-56.
 53. Medical Research Council. A framework for the development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London: MRC; 2000.
 54. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000; 321; 694-96.
 55. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance *BMJ*. 2008; 337: a 1655.
 56. Generalitat de Catalunya. Educación Maternal: Preparación para el nacimiento. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Barcelona; 2009.
 57. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E. et al. Estrategias

- útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe Osteba D-08-07.
58. Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' anti-smoking advice to smokers. *BMJ*. 2001; 323(7310):432-435.
 59. Wormald H, Waters H, Sleaf M, Ingle L. Participants' perceptions of a lifestyle approach to promoting physical activity: targeting deprived communities in Kingston-upon-Hull. *BMC Public Health*. 2006; 6:202.
 60. Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practitioner*. 2006; 56(530):666-672.
 61. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *The Journal of Perinatal Education*. 2007; 16(4): 15-7.
 62. Reitmanova S, Gustafson D.L. "They can't understand it": Maternity health and care needs of St. John's immigrant Muslim women. *Maternal and Child Health Journal*. 2008; 12(1): 101-11.
 63. Alvarez Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor, E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
 64. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. <http://publications.nice.org.uk/antenatal-care-cg62/woman-centred-care>
 65. Luyben AG.& Fleming V. Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery*. 2005; 21:212-223.
 66. Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting *Midwifery*. 2006; 22(2):169-180.
 67. Svensson J, Barclay L, Cooke M. The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs *The Journal of Perinatal Education*. 2006; 15(4): 18-27. doi: 10.1624/105812406X151385.
 68. Bansah M, O'Brien B, Oware-Gyekye F. Perceived prenatal learning needs of multi-gravid Ghanaian women. *Midwifery*. 2009; 25(3):317-26.
 69. Lally J, Murtagh M, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*. 2008 Mar 14; 6:7.
 70. Bowman KG. Postpartum learning needs. *JOGNN*. 2005; 34(4):438-443.
 71. Nolan ML. Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies. *The Journal of Perinatal Education*. 2009; 18(4): 21-30.
 72. Singh GK, Kogan MD, Dee DL. Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. *Pediatrics*. 2007; 119 Suppl 1:38-46.
 73. Cronin C. First-time mothers-identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12, 260-267.
 74. Berman RO. Perceived Learning Needs of Minority expectant women and barriers to prenatal education. *The Journal of Perinatal Education*. 2006; 15(2):36-42.
 75. Herrel N. et al. "Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery." *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2004; 49(4):345-9.
 76. Kurtz L C, Sword W, Ciliska D. Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2008 Oct 3;8:203.

77. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter?. *Birth*. 2005; 32:2.
78. Vallgård S. Widening the scope, targeting interventions, creating risk groups: maternal and child health in Denmark and Sweden from 1930s and onwards. *Journal of Epidemiologic Community Health*. 2008; 62:5 382-386.
79. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008; 8:30.
80. Persson EK. Fathers matter *Pract Midwife*. 2012 Jul-Aug; 15(7):28-31.
81. Carolan M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16:1162-1172.
82. Montes MJ. Transferencias de la maternidad. El itinerario asistencial del embarazo. En *Antropología y Enfermería*. MA Martorell, JM Comelles y M Bernal Eds. Publicaciones URV Tarragona; 2010.
83. Manuele E, Arca M, Arca F, Gorischnik M, Leiva C, Schuler E, Viera MN. Evaluación de la eficacia del método de Sofropedagogía Obstétrica mediante el dosaje de Beta-Endorfinas. *Cienc. docencia tecnol*. 2010. [online]. 40 [acceso el 2012-12-12 Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162010000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-1716.
84. Espinosa M. Realidad de una ciencia. *Sofrología. Pasado y Presente*. Madrid..M. Espinosa Ed. Egraf; 1983.
85. Espinosa M. *Sofrología. El método abreviado de relajación dinámica*. Madrid. Egraf; 1995.
86. Bradley RA. *Husband-Coached Childbirth* (4th ed.). New York, NY: Bantam Books; 1996. ISBN 0-553-37556-3.
87. Mongan M. *HypnoBirthing®*, The Mongan Method, Health Communications, Inc; 1992.
88. Cyna AM, Andrew MI, Robinson JS, Crowther CA, Baghurst P, Turnbull D, Wicks G, Whittle C. Hypnosis Antenatal Training for Childbirth (HATCh): a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2006; 6:5.
89. Balaskas J. *Active Birth: The New Approach to Giving Birth Naturally*. Editor Harvard Common Press; 1992.
90. England P, Horowitz R. "The Birthing From Within Holistic Sphere": A Conceptual Model for Childbirth Education . *The Journal of Perinatal Education*. 2000; 9(2): 1-7.
91. Jones AC. *The Way of the Peaceful Birther*. Salt of the Earth Press. USA; 2010.
92. Daub C. *Birthing In The Spirit*, Birthworks Press, NJ; 2007.
93. International Childbirth Education Association. Web site. Available from; www.icea.org [Accessed on July 1, 2012].
94. Consonni EB, Calderon I, Consonni M, De Conti M, Prevedel T, Rudge M. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*. 2010; 7:28.
95. Choquette L. Best Start Resource Centre Prenatal Education in Ontario – Better Practices. 2010. En http://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/prenatal_education_web.pdf. Acceso el 12 enero 2012.
96. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. *American Psychologist*. 2000; 55:68-78.
97. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51:390-95.
98. Strecher VJ, Rosenstock IM. "The Health Belief Model." In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, eds. K. Glanz, F. M. Lewis, and B. K. Rimer. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

99. Ajzen I, Fishbein M. The Prediction of Behavioral Intentions in a Choice Situation, *Journal of Experimental Social Psychology*. 1969; 5:400-416.
100. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding. *Health Educ Behav*. 2005; 32(2): 208-226 doi: 10.1177/1090198104271971 .
101. Bandura A, Walters R. *Social Learning and Personality Development*. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1963.
102. Triandis HC. *Interpersonal Behaviour*. Monterey, C.A: Brook/Cole; 1977.
103. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention, and behavior*. Addison-Wesley; 1975.
104. Drummond J, Rickwood D. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 26: 613-622. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-24-00999.x
105. Crowe K, Von Bayer C. Predictors of a positive childbirth. *Birth*. 1989; 16(2):59-63.
106. Granrose CS, Kaplan E. Returning to Work Following Childbirth: The Relationship Between Intentions and Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*. 1994; 24: 873-896. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb02364.x.
107. Lowe RH, Frey JD. Predicting Lamaze Childbirth Intentions and Outcomes: An Extension of the Theory of Reasoned Action to a Joint Outcomes. *Basic and Applied Social Psychology*. 1983. Volume 4, Issue 4, DOI: 10.1207/s15324834basp0404_5 pages 353-372).
108. WHO. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? 2006. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf. accessed on 18/12/2012
109. Bonino L. Las nuevas paternidades. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2002; 16: 171-182.
110. Gobierno de Cantabria. Programa de preparación para la maternidad y paternidad. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública; 2010.
111. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: Meta-análisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2003; 17(2):116-122.
112. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004. Issue 1. Art. No.:CD001188.
113. Kok G, van den Borne B, Mullen PD. Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient Educ Couns*. 1997 Jan 8;30(1):19-27.
114. McNeil DA, Vekved M, Dolan SM, Siever J, Horn S, Tough SC. Getting more than they realized they needed: a qualitative study of women's experience of group prenatal care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; Mar 21;12:17. doi: 10.1186/1471-2393-12-17.
115. Paul G, Smith SM, Whitford D, O'Kelly F, O'Dowd T. Development of a complex intervention to test the effectiveness of peer support in type 2 diabetes. *BMC Health Service Research*. 2007; Aug 31; 7:136.
116. Baffour TD, Chonody JM. Do empowerment strategies facilitate knowledge and behavioral change? The impact of family health advocacy on health outcomes. *Soc Work Public Health*. 2012; 27(5):507-19. doi: 10.1080/19371918.2010.494991.
117. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG What is the impact of the Internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth*. 2011 Dec; 38(4):336-45. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x. Epub 2011 Sep 6.
118. Mari-Klose P, Mari-Klose M, Vaquera S, Argeseanu S. *Infancia y futuro. Nuevas realidades, nuevos retos.*, Barcelona: Fundación "la Caixa"; 2010.

119. Lamb M. The history of research on father involvement: an overview. *Marriage & Family Review*. 2000; 29(2/3): 23-42.
120. Benoit C, Wrede S, Bourgeault I, Sandall J, De Vries R, van Teijlingen ER. Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of health and illness*. 2005; 27(6):722-37.
121. Wieggers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009; 9:18.
122. 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.
123. García-Dié MT, Palacín C. Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia. Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) Girona; 1999.
124. Hegarty K, Brown S, Gunn J, Forster D, Nagle C, Grant B, Lumley J. Women's Views and Outcomes of an Educational Intervention Designed to Enhance Psychosocial Support for Women During Pregnancy. *Birth*. 2007; 34(2):155-163.
125. Azizoudine Kinney A. Évaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité : le point de vue des patientes. De l' "accouchement sans douleur" à la préparation à la naissance et à la parentalité. Mémoire de Diplôme d'État de Sage-Femme. 2011 08/04, Cécile Marest, Catherine Méninat (Dir.)
126. Haute Autorité de la Santé (HAS). http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite acceso 12/06/2012; 2005.
127. Bernard MR, Eymard C. [Trends and current issues in childbirth and parenting education]. *Sante Publique*. 2012; Jul-Aug; 24(4):283-9.
128. Department of Health. *Maternity matters: Choice, access and continuity of care in a safe service*. London: The Stationery Office; 2007. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_074199.pdf Acceso 20-06-2012
129. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009; 116: 1167-1176. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x.
130. Gottvall K, Waldenström U, Tingstig C, Grunewald C. In-Hospital Birth Center with the Same Medical Guidelines as Standard Care: A Comparative Study of Obstetric Interventions and Outcomes Birth. 2011; 38(2):120-128.
131. Schneider Z. An Australian study of women's experiences of their first pregnancy. *Midwifery*. 2002; 18(3):238-249.
132. Hemminki E, Blondel B, Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe. Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology*. 2001; 94(1):145-8.
133. Hoddinott P, Craig L, Britten J, McInnes R. (2012) A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism, *BMJ Open*, 2(2).
134. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE, Misso K, Stenhouse E, AF Williams. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2009; 13(40):1-146, iii-iv.

135. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*. 2009; 4:50.
136. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical Care*. 2012; 50(3):217-26.
137. Fonck K, Claeys P, Bashir F, Bwayo J, Fransen L, Temmerman M. Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program. *Am J Public Health*. 2001; 91(5):705-707.
138. Coyle K, Basen-engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, Baumler E, Carvajal S, Harrist S. Safer Choices: Reducing Teen Pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Reports*. 2001; Supp. 1(116):82-93.
139. Dzewaltowski DA, Glasgow RE, Klesges LM, Estabrooks PA, Brock E. RE-AIM: evidence-based standards and a Web resource to improve translation of research into practice. *Annals of Behavioral Medicine*. 2004; Oct;28(2):75-80.

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES

Proyecto de investigación: Rediseño de la Educación Maternal

Equipo investigador:

Isabel Artieta Pinedo (*Investigadora principal*), Carmen Paz Pascual, Idoia Gaminde Inda, Inés Cabeza Diez, Janire Payo Cordón, M^a Pilar Abaunza Jainaga, Cesar Ayestarán Fernández, Visitación Burgos Nieto, M^a José Trincado Aguinagalde, Gonzalo Grandes Odriozola.

Centro coordinador del estudio:

Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. (UIAPB) Subdirección de Atención Primaria y Comunitaria. Osakidetza. C/ Luis Power 18, 4^a planta. Tlf. 946006637.

Finalidad del estudio

El propósito del estudio es conocer cuáles son las necesidades de salud y de atención de las mujeres en las etapas del embarazo, parto y postparto en relación a la Educación Maternal.

Esta es la primera parte del proyecto de investigación titulado “Rediseño de la Educación Maternal”, que dirige la Dra. Isabel Artieta Pinedo, matrona del C.S. Zuazo, y en el que colaboran otros profesionales todos ellos implicados en la atención a la mujer, o al recién nacido, en alguna de estas etapas y que intentaran aportar su experiencia en la mejora de la Educación Maternal.

En qué consiste el estudio con grupos focales

Si usted decide participar en el estudio, lo que se le pedirá es que acuda a una reunión junto con otras personas (unas 8 o 10), que como usted, están esperando una criatura o recientemente han sido madres.

El objeto de este encuentro es intercambiar experiencias y opiniones acerca de sus necesidades y acerca de la educación maternal. Nos interesa su punto de vista tanto si ha acudido a las clases, como si no ha tenido ocasión de acudir. Esta información es fundamental para saber qué podemos hacer para atenderle mejor.

A la reunión también acudirán otras dos personas, una moderadora que será quien se encargue de plantear algunas preguntas sobre el tema que nos ocupa, y una asistente, que tomará algunas notas de interés para la investigación.

Asimismo, se le pedirá que rellene un pequeño cuestionario sobre datos personales y sociodemográficos de interés para el estudio. Estos datos son absolutamente confidenciales.

Tiempo requerido para la sesión

60-90 minutos.

Riesgos y beneficios

La participación en el presente estudio no entraña ningún riesgo para usted. No está obligada a contestar preguntas que considere pertenecen a su intimidad.

Como beneficio, usted tiene la oportunidad de exponer su punto de vista y sus preferencias acerca de la educación maternal; su opinión será tenida en cuenta para la mejora del servicio.

Compensación

Al término de la reunión la organización le compensará con un pequeño obsequio en agradecimiento por su colaboración.

Asimismo se le abonarán los gastos de transporte derivados de la asistencia a la reunión.

Grabaciones

La sesión de grupos focales será grabada y transcrita para su posterior análisis. Tras completar el estudio, las cintas serán archivadas durante cinco años y posteriormente se destruirán. En ningún momento se asociará la información que se recoja del estudio a la identidad real de las participantes.

Confidencialidad

Tanto el cuestionario de datos sociodemográficos que usted complete para la sesión, como el registro de las grabaciones son confidenciales y anónimos, y se ajustarán a lo establecido en la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal), siendo responsable de la custodia de los mismos la Unidad de Investigación de Atención primaria de Bizkaia. Usted puede ejercer con respecto a estos datos todos los derechos que la ley le otorga en relación al tratamiento de los mismos.

Participación voluntaria

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria.

Derecho a retirarse del estudio

Usted tiene derecho a retirarse del estudio si lo desea en cualquier momento del mismo sin consecuencia alguna para usted.

Con quién contactar en relación al estudio

Puede contactar con la Unidad de Investigación de atención Primaria de Bizkaia en el teléfono 946006637 (Pregunte por Maite Espinosa) si necesita hacer alguna aclaración, resolver alguna duda con respecto al estudio, o lo que usted pueda necesitar.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: "Rediseño de la Educación Maternal. Estudio con grupos focales acerca de necesidades de atención y de salud durante el embarazo, parto y puerperio"

Centro: Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia

Yo (nombre y apellidos)

.....

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

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre del investigador)

Comprendo que la participación es voluntaria.

Los datos recogidos se incorporarán a una base de datos informatizada sin su nombre para evaluar la investigación. Los datos recogidos pueden ser utilizados en el futuro en otros estudios o publicaciones (sin revelar su identidad), pudiendo ser cedidos y tratados conforme a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal en relación con la finalidad prevista y la legislación aplicables en vigor. Dichos datos podrán ser comunicados a investigadores participantes o autoridades para fines directamente relacionados con el desarrollo del estudio. Vd. podrá ejercer previa acreditación de identidad, sus derechos de información, oposición, acceso, rectificación o cancelación de los datos ó dirigiéndose al investigador, el cual lo pondrá en conocimiento del responsable del fichero.

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento:

- 1º Cuando quiera.
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FECHA:

FIRMA DE LA PARTICIPANTE.

ANEXO 3. GUIÓN ENTREVISTAS GRUPALES

1. Guión Puerperas

2. Dudas/ preocupaciones a lo largo del proceso

- i. Qué dudas se les plantearon, principales preocupaciones...

3. Fuentes que utilizan para resolver esas dudas

- i. ¿Sintieron la necesidad de resolver estas dudas?
- ii. ¿De qué modo las resolvieron?
- iii. Internet, amigas, madres,...

4. Utilidad de las clases de EM

- i. ¿Acudieron o no a las clases de EM?
- ii. Motivación para acudir o para no acudir a las clases
- iii. Resolvió la EM las dudas y preocupaciones que tenían
- iv. Qué han conocido después que les hubiera venido bien saber antes
- v. ¿Se cumplieron sus expectativas con respecto a las clases?
- vi. ¿Realizaron alguna actividad alternativa o complementaria a las clases?
- vii. (Gimnasia o natación para embarazadas, aptonomía, doulas, grupos de crianza, masaje etc.) Motivación de su uso
- viii. ¿Se sintieron preparadas al arranque del parto, durante el parto, y tras el parto?
- ix. ¿Pudieron aplicar las técnicas aprendidas en las clases durante la dilatación en el parto, en la lactancia?
- x. Componente *de socialización de las clases ¿es importante?*

5. Posibles cambios en la EM

- i. Calendario y duración del programa
- ii. Cantidad de información (mejor mucha o poca- relación con la ansiedad)
- iii. Contenido de la información
- iv. Metodología de las clases (más teoría, más práctica, clases magistrales Vs. Clases participativas, participación de los padres, participación de otros profesionales, clases a la carta, materiales para el aprendizaje...)

6. Ideas importantes que no han salido y les gustaría Comentar

ANEXO 4. GUIÓN GRUPO EMBARAZADAS

1. Dudas/preocupaciones ahora en el embarazo y con respecto al futuro

- i. Qué dudas se les plantean ahora y principales preocupaciones o dudas con respecto a las etapas que están por venir (parto, posparto, en casa con el bebé)

2. Fuentes que utilizan para resolver esas dudas

- i. ¿De qué modo las resuelven? Internet, amigas, madres,... ¿Qué tipo de información buscan?
- ii. ¿Cómo resolverán las dudas que se les planteen en el futuro?

3. Utilidad de las clases de EM

- i. ¿Acuden o no a las clases de EM? ¿Tienen intención de acudir?
- ii. Motivación para acudir o para no acudir a las clases
- iii. Si no han acudido ¿qué expectativas tienen con respecto a las clases? ¿Creen que saldrán preparadas para afrontar el parto, tomar decisiones con respecto a hacer uso o no de la epidural, reconocer signos de alarma durante el embarazo, saber cuándo acudir al hospital, decidir por qué tipo de lactancia optarán e iniciarla etc.?
- iv. ¿Realizan o tienen pensado realizar alguna actividad alternativa o complementaria a las clases? (gimnasia o natación para embarazadas, haptonomía, doulas, grupos de crianza, masaje etc.) Motivación de su uso
- v. Componente de socialización de las clases ¿es importante?

4. Si tuvieran que diseñar ellas una EM adecuada a sus necesidades...

- i. Calendario y duración del programa
- ii. Cantidad de información (mejor mucha o poca- relación con la ansiedad)
- iii. Contenido de la información
- iv. Metodología de las clases (más teoría, más práctica, clases magistrales Vs. clases participativas, participación de los padres, participación de otros profesionales, clases a la carta, materiales para el aprendizaje...)

5. Ideas importantes que no han salido y les gustaría comentar

ANEXO 5. TABLAS RESUMEN DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE NECESIDADES

Autor y fecha	Diseño	Participantes	Localización	Objetivo del estudio o revisión	Sumario de hallazgos encontrados
Bansah M (2007)	Cualitativo.	Embarazadas al final de la gestación (38 a 40 semanas).	Canadá		Falta de consistencia entre la información que reciben de los profesionales y la que reciben de otras fuentes. Interés por conocer acerca de relaciones sexuales en el embarazo, autocuidado tras el nacimiento, cuidado del bebé, posición del bebé, preconcepción tras el embarazo, lactancia. Prefieren métodos más interactivos de enseñanza, pequeños grupos.
Berman R.O. (2006)	2 cuestionarios administrados a mujeres inmigrantes sobre Barreras para el acceso a la EM y sobre Necesidades de aprendizaje. Datos demográficos recogidos (edad, país de origen, lengua materna, estado civil, años en EE.UU., nivel de Educación, semana de gestación y si eran primíparas o múltipara.	Mujeres inmigrantes, en su mayoría latinas. N=59	EE.UU.	Examinar las necesidades de educación prenatal de mujeres inmigrantes hispanas, y sus percepciones acerca de las barreras de acceso a la EM.	Las conclusiones de este estudio sugieren que los programas de educación prenatal tradicionales no cubren las necesidades de las minorías. Aunque reconocen la importancia de la educación maternal encuentran algunas barreras para su acceso tales como el transporte y el cuidado de los otros hijos en el caso de las múltiparas. Prefieren que la educación maternal sea impartida por alguien de su misma cultura. Prefieren métodos de aprendizaje tales como videos, grabaciones, sólo un tercio prefería material escrito. En cuanto a los contenidos de la educación maternal prefieren contenidos más orientados al presente que al futuro, siendo los temas más elegidos durante las primeras etapas del embarazo temas prácticos relevantes para el presente o futuro inmediato (molestias, nutrición, cambios emocionales, cuándo llamar al médico) y durante el final del embarazo se interesan por los cuidados de si mismas tras el parto, como reducir el dolor durante el parto, lactancia y cuidados del bebé).
Bowman, K.G (2004)	Revisión sistemática.			Revisión de artículos publicados sobre las necesidades de aprendizaje de las madres en el periodo postparto.	Información sobre los puntos, epistomía, complicaciones del postparto, alimentación del bebé es insuficiente para satisfacer las necesidades de aprendizaje de las nuevas madres. Los temas de interés van cambiando a lo largo del postparto.
Camiletti YA (1999)	Descriptivo transversal. Encuesta de salud. 120 mujeres embarazadas de menos de 16 semanas responden a un cuestionario para ver cuáles son los temas de interés durante el primer trimestre del embarazo, relacionándolos con variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, empleo) utilizando el Test de Fisher. Responden 120 de 265 cuestionarios (45%). Características de las que devuelven el cuestionario: Edad entre 26-35, con empleo y nivel de educación alto (post-secundaria).	Primer trimestre del embarazo.	Inglaterra	Determinar 1) Qué información consideran debería ser incluida para esta etapa de la gestación en los Health fairs. 2) Por qué consideran importante la información en etapas tempranas del embarazo. 3) Qué motiva a las mujeres a acudir a estos encuentros. 4) ¿Qué lugares y fechas son los más adecuados? y 5) ¿Cuál es la mejor manera de avisar de su existencia?	Topics de interés: guía en nutrición; cafeína, té y sacarina; ácido fólico, calcio y otros suplementos vitamínicos; desarrollo fetal desde el embarazo al nacimiento; prescripción de medicamentos; cambios físicos durante el embarazo; cambios emocionales; razones para cuidados prenatales regulares; monitorización. Tres de los temas se correlacionan significativamente con el status laboral (manejo de las molestias en el embarazo, razones para cuidados prenatales regulares y cambios físicos en el embarazo). Los métodos preferidos fueron panfletos, videos y demostraciones y charlas. Parece que el estatus laboral es mejor indicador de los temas seleccionados que la edad o la educación.

.../...

.../...

Autor y fecha	Diseño	Participantes	Localización	Objetivo del estudio o revisión	Sumario de hallazgos encontrados
Caver, NA (2008)	Cualitativo. Entrevistas semiestructuradas a 7 embarazadas antes de recibir EM.	Mujeres embarazadas primíparas.	Australia	Mostrar cómo el modelo de taxonomía de las necesidades de Bradley (Necesidades percibidas, expresadas, normativas y comparativas) puede ser utilizado por los profesionales para identificar las necesidades percibidas de las mujeres durante el embarazo.	Los actuales modelos de cuidados de salud durante el embarazo se hallan dominados por las necesidades normativas (lo que los expertos dicen que hace falta), ligadas fuertemente al modelo biomédico y focalizado en los aspectos físicos de la salud. Si utilizamos el modelo de necesidades de Bradley emergen otro tipo de necesidades (económicas, sociales y emocionales), más acordes con los determinantes sociales de la salud, que pueden mejorar el modelo existente.
Cronin, C. (2003)	Cualitativo: Grupos focales (13 participantes) que hubieran atendido o no a las clases prenatales.	Madres adolescentes.	Irlanda	Identificar necesidades, experiencias y percepciones de primíparas adolescentes y jóvenes en el periodo postnatal.	La planificación de los servicios dirigidos a madres adolescentes debiera estar basada en la evidencia y orientada a las necesidades peculiares de este colectivo. Este colectivo se puede beneficiar de grupos de sus mismas características, de integrar a la familia (sobre todo a la madre de la adolescente) en la planificación de los servicios, ya que son las que ayudan en la transición de las adolescentes a su nuevo rol. El tema de la lactancia ha de adaptarse, ya que en todos los casos fue percibido como un fracaso por parte de las madres por la excesiva presión a la que se sintieron sometidas por parte de las matronas.
Deave, T. (2008)	Cualitativo: Entrevistas semiestructuradas a 24 nulíparas en el último trimestre del embarazo, 20 de las cuales tenían pareja y hacían la entrevista conjunta, y posteriormente, tras 3-4 meses postparto. Clase social media. Edad entre 18 y 35. La mayoría blancos e ingleses, con alguna pareja mixta.	Mujeres gestantes en el tercer trimestre y 3-4 meses postparto y sus parejas.	Inglaterra		El conocimiento acerca de la transición a la paternidad es por lo general pobre, las clases están muy centradas en el parto y el embarazo, y dirigidas a la mujer. Se dedica poco tiempo al tema de la transición a la paternidad, los cambios de rol, de vida... Sentimientos de miedo de cuidar al bebé, de no saber hacerlo, de responsabilidad. Utilizan muchas fuentes de información (libros, clases EM, revistas, internet, información de familia y amigos...). El DVD les parece un soporte muy interesante para aprender. El trabajo de la matrona en el posparto debería durar más tiempo, sobre todo por la lactancia, ya que las parejas no son de gran ayuda. Los hombres se sienten algo excluidos de las clases y les pilló de sorpresa todos los cambios que acontecen tras el nacimiento del bebé. Se identifican varias líneas de acción para mejorar la educación maternal haciéndose énfasis en que se incluya a ambos miembros de la pareja en la preparación para la paternidad.
Dumas, L. (2002)	Estudio cualitativo mediante grupos focales, encuestas y revisión de la literatura.	Parejas (15 grupos) y profesionales.	Canadá	Propuesta de un programa innovador de educación prenatal.	La mayoría de los padres y profesionales expresan el deseo de intervenciones que sirvan para la adquisición de confianza en sus decisiones a lo largo del periodo perinatal, que sean capaces de elegir de acuerdo a sus valores y creencias. La educación prenatal debe centrarse en las necesidades de los padres, que son cambiantes y específicas. Lo importante no es el contenido en sí de las clases, sino que estas sirvan para ganar confianza o empoderamiento.

Autor y fecha	Diseño	Participantes	Localización	Objetivo del estudio o revisión	Sumario de hallazgos encontrados
Herrel, N (2004)	Cualitativo grupos focales	Mujeres refugiadas somalíes.	EE.UU.	Describir necesidades de cuidados de salud y educación de mujeres somalíes refugiadas en EE.UU. con respecto al embarazo.	Describe experiencias de parto, temas que les preocupan acerca del parto (episiotomía, cesárea y manejo del dolor) marcadas diferencias con su país; necesidades de educación maternal (qué ocurre en la sala de partos, métodos para aliviar el dolor y efectos secundarios e importancia de las visitas prenatales. Éstos son los temas que más interés suscitan). En cuanto a las fuentes de información que utilizan: personal sanitario y familiares y amigos. Prefieren como formatos para la EM videos para llevar a casa, tours por el hospital, audiotapes y material impreso.
Jewell, D (2000)	Ensayo clínico aleatorizado. Cuestionario a 593 mujeres inglesas al comienzo del embarazo (de bajo riesgo). Comparan nulíparas con múltiparas sin historia de alto riesgo previos embarazos.	Mujeres embarazadas al comienzo del embarazo.	UK	Explorar el punto de vista de las madres sobre su actitud hacia el embarazo y los cuidados prenatales, su locus de control en relación a los cuidados de salud en el embarazo (externo o interno), planificación del embarazo y expectativas de cuidado.	No hay diferencia entre ellas en su percepción de riesgo en embarazo. En la escala sobre el locus de control que mide la percepción de las mujeres de los factores que pueden afectar o influir en la salud del bebé, las mujeres nulíparas dan a los cuidados prenatales más importancia que las múltiparas, pero no hay diferencias en sus preferencias en cuanto al tipo de cuidados prenatales, expresando la mitad no preferencia, y de aquellas que si la mostraban, el 61% se decantan por los cuidados prenatales tradicionales., las mujeres múltiparas habían planificado el embarazo más que las nulíparas, daban menos importancia a la influencia de los cuidados prenatales sobre la salud de su bebé y tienen más claras sus preferencias en cuanto al tipo de cuidados prenatales que requieren.
Kurtz, Landy C (2008)	Descriptivo transversal. N=1.000 mujeres parto a término, vaginal sin complicaciones en 4 hospitales de Ontario (Canadá). Datos, procedentes de una encuesta autoadministrada al alta del hospital y a las 4 semanas entrevista telefónica, fueron estratificados por nivel socioeconómico.	Mujeres en el periodo posparto.	Canadá	Examinar la salud de mujeres socioeconómicamente desfavorecidas en el postparto (primeras 4 semanas) y compararla con las más favorecidas, necesidades de servicios de salud y patrones de utilización de estos servicios.	En comparación con las socioeconómicamente favorecidas, las mujeres de clase socioeconómica desfavorecida es más probable que sean dadas de alta dentro de las primeras 24 horas tras dar a luz, menos probable que refieran encontrarse con una salud muy buena o excelente, y tienen tasas más altas de síntomas de depresión posparto. Reciben más visitas a domicilio de las enfermeras del servicio público de salud (que está más focalizado en cuidar la salud del bebé que la de la madre). Inician en menor proporción la lactancia materna que las favorecidas socialmente, pero una vez instaurada la mantienen en igual proporción que las otras a las 4 semanas. No hay diferencias significativas en cuanto a demanda de cuidados de salud física o emocional, ayuda familiar o con la lactancia. Esta baja utilización de los servicios existentes para el periodo posparto puede deberse a la existencia de barreras de acceso o falta de conocimiento de su existencia y su contenido. Este estudio no se puede generalizar a embarazos de alto riesgo.

.../...

.../...

Autor y fecha	Diseño	Participantes	Localización	Objetivo del estudio o revisión	Sumario de hallazgos encontrados
Lally, JE (2008)	Revisión sistemática.			Revisar la literatura acerca de las expectativas que tienen las mujeres con respecto al dolor en el parto y métodos de alivio.	Las mujeres pueden tener falsas expectativas de lo que quieren con respecto al control del dolor, pero la realidad difiere de esas expectativas. Muy importante EM en este sentido para que la experiencia del parto sea satisfactoria.
Luyben, A.G (2005)	Cualitativo.	Embarazadas entre las 11 y 36 semanas de gestación y 8 semanas a 5 meses posparto.	Escocia, Suecia y los Países Bajos	Determinar aspectos importantes de los cuidados prenatales desde la perspectiva de las mujeres en tres países europeos (Escocia, Suiza y Países Bajos).	Necesidad de sentirse seguras (esto se traduce en búsqueda de conocimientos de todas las fuentes posibles, en las primeras etapas sobre los cambios que les suceden, según va avanzando el embarazo sobre el bebé, la salud del bebé, tratando de asegurarse de que el bebé está sano y tratando de reducir riesgos para él). Tras conseguir sentirse seguras, el paso siguiente es sentirse autónomas, o tener el control de la situación, es decir, tener la capacidad de tomar sus propias decisiones (screenings, tipo de parto, cómo, dónde), siempre en relación con la necesidad anterior sentir seguridad para ellas y sus bebés, trasladando a veces la responsabilidad de tomar las decisiones a otros, (por ejemplo la matrona de confianza). Tras el parto, algunas mujeres expresan la necesidad de hablar de su experiencia, lo que supone como hacer el cierre. Esta experiencia será parte de su bagaje o conocimiento para su próximo embarazo.
Moran, C.F (1997)	Descriptivo. 1.161 mujeres encuestadas. De ellas fueron excluidas gestaciones múltiples, bebé en unidad neonatal, bebé trasladado a otro hospital o cuestionario incompleto. La muestra se queda en 1.161 mujeres incluídas para el análisis, estratificado por paridad.	Mujeres en el periodo posparto.	EE.UU.	Cuestiones: ¿Desearían las mujeres haber recibido más información acerca de su autocuidado y el cuidado del bebé? Si es así, acerca de qué temas desearían más información? Está relacionado el tiempo de estancia en el hospital, el haber asistido a clases de EM en relación con el deseo de las mujeres de recibir más información?	En general, las primíparas están más interesadas en recibir información acerca de los cuidados del bebé, mientras que las multíparas están más interesadas en autocuidado. Las mujeres jóvenes (<25) se interesan más por su autocuidado que las mayores. La asistencia o no a clases y el tipo de parto no está asociado a un aumento de las necesidades de información tras el parto. El tiempo de estancia en el hospital tampoco está asociado con la necesidad de información (primíparas con periodo de estancia corto refieren pocas necesidades de información). La juventud está asociada a una necesidad percibida de más información. El bajo nivel cultural está asociado a un incremento en la necesidad de información, sobre todo en lo relativo a cuidados del bebé. El pobre apoyo socio-familiar también se asocia a una mayor necesidad de información.
NICE systematic review of antenatal care (Antenatal classes). 2008	Revisión sistemática.			Revisión de la literatura sobre experiencias y puntos de vista de las madres sobre las clases prenatales.	Incluye 7 estudios descriptivos (4 de UK, 2 australianos y uno canadiense) acerca de las opiniones de las mujeres sobre la educación prenatal. Éstos muestran que aunque la mayoría de las mujeres parecen satisfechas con el contenido de las clases (en cuanto a información sobre el embarazo, parto y nacimiento) expresan deseos de más información relativa a temas del postparto, incluyendo cuidados generales del bebé.

Autor y fecha	Diseño	Participantes	Localización	Objetivo del estudio o revisión	Sumario de hallazgos encontrados
Nolan, M.L. (2009)	Revisión de estudios cualitativos.			Ver qué tipo de enfoque en EM es el más apropiado para el aprendizaje de las madres acerca del parto y la maternidad. El estudio está centrado más en cómo comunicar la información que se da en las clases que en el contenido que ha de tener la EM.	Es imposible evaluar la efectividad de la EM únicamente sobre la base de lo que sucede en la sala de partos, ya que existen otras variables que determinarán lo que sucederá en el parto, desde la propia fisiología y psicología de la mujer a la flexibilidad en los protocolos de parto del hospital o su inexistencia, la filosofía de parto de la matrona etc. Los estudios tradicionalmente no han tenido en cuenta la calidad de la EM que se imparte y si su contenido y/o estilo se adaptan a las preferencias y/o necesidades de las madres. La revisión deja claro que las mujeres prefieren información dada en persona por un profesional de la salud que sea capaz de responder preguntas, clarificar información y adaptarla a las propias circunstancias de la embarazada. Prefieren aprender información sobre el parto y la maternidad en pequeños grupos, con un facilitador que sea capaz de identificar cuánta información necesitan, que tenga habilidades para presentar la información de forma que sea fácil recordarla, que promueva la interacción entre las participantes del grupo y oportunidades para practicar habilidades. Dar información que habilite a la mujer para tomar sus propias decisiones requiere matronas que sepan ver cuáles son las verdaderas necesidades de la mujer y que animen a cambiar el sistema del que ellas mismas forman parte.
Schrader, M (2009)	Revisión sistemática.	Educación maternal. Punto de vista de los preceptores del servicio.	Inglaterra	Revisión de evidencias en Educación maternal desde el punto de vista de resultados en salud, coste-beneficio y punto de vista del consumidor.	Necesidad de una EM más centrada en la preparación en la transición a la paternidad, componente socializador de la EM, valoran modos participativos de aprendizaje,
Singh, D (2002)	Descriptivo. Muestra de 702 mujeres primíparas que respondieron a un cuestionario en el tercer trimestre del embarazo elegida aleatoriamente de la mayor base de datos disponible. Representativa de las mujeres embarazadas de UK en términos de edad, etnicidad y localización.	Mujeres en el tercer trimestre del embarazo.	Inglaterra	Ver si las mujeres tienen acceso a la información necesaria para poder hacer elecciones informadas. Determinar qué cantidad de información necesitan y sobre qué temas desean ampliar información. El artículo se centra en las necesidades de las madres.	La demanda de información entre las madres primíparas va en aumento. El 70% afirman querer la mayor cantidad de información posible (sólo un 2% prefieren recibir poca información, ya que consideran que demasiada aumenta su ansiedad). Todas ellas manifiestan tener algunas de estas necesidades de información no cubiertas. Los profesionales de la salud no son la principal fuente de información para estas embarazadas (sólo un 5% consideran encontrar la información más útil en médicos y matronas). Las madres adolescentes, minorías étnicas y niveles socioeconómicos bajos utilizan menos las fuentes de información escrita y afirman necesitar más necesidad de información que el resto. La matrona debe proveer información en consonancia con las necesidades individuales de cada madre y dar herramientas que puedan ayudarle a tomar decisiones o elecciones informadas.

.../...

Autor y fecha	Diseño	Participantes	Localización	Objetivo del estudio o revisión	Sumario de hallazgos encontrados
Svensson PHD (2006)	Descriptivo. Entrevistas, grupos focales y encuestas. En total 205 mujeres participantes + sus compañeros.	Embarazo, parto y puerperio (1er año). Desde el punto de vista de hombres y mujeres.	Australia	Determinar los intereses e inquietudes de futuros padres y padres recientes, y cómo prefieren aprender durante los periodos de embarazo y primeras semanas de paternidad.	Parece que los padres perciben el embarazo como un camino con hitos que superar (Ej. Primer trimestre superado menos riesgo de aborto). También es percibido el embarazo como algo incierto, así que tienen que chequear constantemente si su estilo de vida es adecuado, se nutren de forma correcta...de cara a maximizar la oportunidad de tener un niño sano...En cuanto a necesidades: necesidad de saber "qué es lo normal", qué esperar. Durante la etapa intermedia del embarazo la mujer se interesa por la lactancia y el crecimiento del bebé, y a medida que el parto está inminente se interesa por el parto en sí y primeros días del bebé. Al percibir el embarazo como riesgo o algo incierto necesitan respuestas concisas (saber cuál es la práctica más adecuada en cada momento, que está bien y que está mal). ¿Como se preparan? Obtienen información de hablar con otros, ver a otros y otras fuentes de apoyo (Ej. Clases prenatales). El exceso de información o la información poco concreta o práctica les crea ansiedad. Valoran las clases como esenciales tanto por la oportunidad de estar con otros en las mismas circunstancias como por poder contrastar y clarificar la información que obtienen por otras fuentes. Se quejan de que se hace demasiado énfasis en el nacimiento y poco énfasis en la paternidad-maternidad.
Sword,W (2005)	Estudio transversal relacionando distintos topics relacionados con la salud con nivel socioeconómico. 1º Cuestionario al alta en el que se recogen datos sobre nivel socioeconómico y preocupaciones sobre distintos aspectos tales como lactancia, biberón, cuidados del bebe..., 2º entrevista telefónica pasadas 4 semanas en relación a los topics señalados anteriormente y uso de los servicios de salud tras el alta.	Mujeres en el periodo posparto.	Canadá	Examinar las inquietudes de las mujeres al alta del hospital y conocer las necesidades de aprendizaje que manifiestan tras 4 semanas tras el alta y cómo se pueden relacionar con su nivel socioeconómico.	La naturaleza de los temas de interés o inquietudes mientras permanecen en el hospital, en el primer periodo posparto es similar en los dos grupos (nivel socioeconómico alto vs bajo) siendo los más citados topics lactancia y signos de enfermedad en el bebé,seguido de cambios emocionales y cuidados del bebé. Tras 4 semanas posparto las principales necesidades de aprendizaje son signos de enfermedad del bebé y cuidados y conducta de los bebés. Es en este 2º periodo cuando surgen muchas más preocupaciones o dudas o necesidad de asesoramiento en ambos grupos., existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a necesidad de aprendizaje (2º periodo) entre bajo y alto nivel socioeconómico.
Weiss M (2009)	Descriptivo. Muestra de 233 mujeres cuyo alta fue dado en los 4 días posteriores al parto, elegidas aleatoriamente en varios hospitales de región medioeste y noroeste de EE.UU.	Mujeres a las que se les ha practicado una cesárea. Periodo postparto.	EE.UU.	Describir la adaptación en el periodo posparto, necesidades de información y dudas de las mujeres a las que se les ha practicado una cesárea.	Grupos etnicos minoritarios más necesidad de información que las mujeres blancas (autocuidado, nutrición, cuidados bebé, salud...). Más dudas acerca del posparto en primíparas que múltiparas.

Autor y fecha	Diseño	Participantes	Localización	Objetivo del estudio o revisión	Sumario de hallazgos encontrados
Wilkins, BA. (2006)	Cualitativo. Grounded Theory.	Mujeres en el periodo postparto.	Inglaterra	Adquirir conocimiento de las experiencias de madres primíparas con la intención de identificar qué áreas de ayuda encuentran estas mujeres de cara a realizar el ajuste a la maternidad.	El estudio concluye que más que centrarnos en los exámenes físicos posparto, el objetivo de los cuidados profesionales tras el parto debería dirigirse a identificar las necesidades de ayuda o soporte que tienen las nuevas madres para construir autoconfianza o empoderamiento; que sepan que tienen las habilidades necesarias para cuidar de sus bebés. El papel de la matrona sería el de una facilitadora, que identificando los recursos de las madres, contribuye a que desarrolle sus propias habilidades como madre, construya sus propias redes de apoyo y haga crecer su autoconfianza, esto contribuiría a reducir ansiedad en las madres noveles.

BIBLIOGRAFÍA INCLUIDA EN LA REVISIÓN

Reference List

1. Bansah M, O'Brien B, Oware-Gyekye F. Perceived prenatal learning needs of multi-gravid Ghanaian women. *Midwifery*. 2009; 25(3):317-26.
2. Berman RO. Perceived learning needs of minority expectant women and barriers to prenatal education. *Journal of Perinatal Education*. 2006; 15(2):36-42.
3. Bowman KG. Postpartum learning needs. *J.Obstet.Gynecol.Neonatal Nurs*. 2005; 34(4): 438-43.
4. Camiletti YA, Alder R. Learning needs as perceived by women less than or equal to 16 weeks pregnant. *Can.J Public Health* . 1999; 90(4): 229-32.
5. Carolan M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *J Clin.Nurs*. 2007; 16(6): 1162-72.
6. Carver NA, Ward BM, Talbot LA. Using Bradshaw's taxonomy of needs: listening to women in planning pregnancy care. *Contemporary Nurse*. 2008; 30(1):76-82.
7. Cronin C, McCarthy G. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. [Erratum appears in *J Clin Nurs*. 2003 Sep;12(5):790]. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12(2):260-7.
8. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008; 8:30.
9. Dumas L. Focus groups to reveal parents' needs for prenatal education. *J Perinat Educ*. 2002; 11(3):1-9.
10. Herrel N. et al. Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2004; 49(4):345-9.
11. Jewell D, Sanders J, Sharp D. The views and anticipated needs of women in early pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2000; 107(10): 1237-40.
12. Kurtz Landy C, Sword W, Ciliska D. Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:203.
13. Lally JE. et al. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*. 2008; 6:7.
14. Luyben AG, Fleming VE. Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery*. 2005; 21(3):212-23.
15. Nolan ML. Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *Journal of Perinatal Education*. 2009; 18(4): 21-30.
16. Schrader MacMillan A, Barlow J. Birth and beyond: A Review of evidence about antenatal education. 2009. Ref Type: Generic.
17. Singh D. et al. The information needs of first-time pregnant mothers. *British Journal of Midwifery*. 2002; 10(1): 54-58.
18. Svensson J, Barclay L, Cooke M. The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs. *J.Perinat.Educ*. 2006; 15(4): 18-27.
19. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? *Birth*, 2005; 32(2): 86-92.
20. Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006; 22(2):169-80.

