

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Empoderamiento femenino en el periodo perinatal: percepciones de mujeres, matronas y gestores de cuidados de enfermería

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

María del Carmen Martín Bellido

Fecha de lectura: 7 de febrero de 2025

Bajo la dirección del doctor:

Juan Diego González Sanz

Huelva, 2025



Universidad de Huelva

Programa de Doctorado en Estudios

Interdisciplinares de Género



**Empoderamiento femenino en el periodo perinatal:
percepciones de mujeres, matronas y gestores de
cuidados de enfermería**

Memoria para optar al grado de doctora presentada por:

D^a. María del Carmen Martín Bellido

Fecha de lectura:

Bajo la dirección de:

Prof. Dr. Juan Diego González Sanz

Huelva, 2024

Agradecimientos

A Juan Diego, mi director de tesis, por confiar en mí, por su apoyo, paciencia y ayuda en este proceso. Por su orientación, guía y dedicación. Pero, sobre todo, por ser siempre el espejo en el que mirarme profesional y personalmente.

A mis padres, por haber hecho de mí la persona que soy. Por apoyarme siempre en cada paso, por su cariño y sus consejos.

A mi hija, Manuela, por hacerme feliz y darme la fuerza necesaria para acabar este proyecto.

A Vicente, mi marido, siempre dispuesto a animarme y ayudarme con cada aventura que decido vivir.

Y a todas aquellas personas que me inspiran, apoyan y motivan para crecer profesional y personalmente.

Índice

RESUMEN	7
ABSTRACT	11
1 INTRODUCCIÓN	15
1.1 JUSTIFICACIÓN	17
1.2 ESTRUCTURA	19
2 MARCO CONCEPTUAL	21
2.1 EMPODERAMIENTO FEMENINO	23
<i>Concepto general</i>	23
<i>Teorías sobre el empoderamiento femenino</i>	24
2.2 EL PERIODO PERINATAL	27
2.3 ATENCIÓN SANITARIA Y EMPODERAMIENTO FEMENINO EN ESTE PERIODO	29
<i>Atención sanitaria y autonomía personal</i>	29
<i>Humanización, cuidados individualizados y trato digno</i>	30
<i>Violencia obstétrica</i>	31
<i>Empoderamiento femenino</i>	34
<i>La enfermería en el periodo perinatal</i>	37
2.4 PERCEPCIONES DE LOS PROTAGONISTAS DE ESTA INTERACCIÓN DE CUIDADO	43
3 OBJETIVOS	47
3.1 GENERAL	49
3.2 ESPECÍFICOS	49
4 METODOLOGÍA	51
4.1 DISEÑO	53
4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	53
4.4 COLECCIÓN DE DATOS	55
4.5 ANÁLISIS DE DATOS	57
4.6 TRATAMIENTO DE LOS DATOS	59
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	61
5 RESULTADOS	63
5.1 DATOS GENERALES SOBRE LOS RESULTADOS	65
5.2 PERCEPCIONES DE LAS MUJERES	68
<i>Definición del concepto de empoderamiento femenino</i>	68
<i>Beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino</i>	69
<i>Papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino</i>	71
<i>Relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres</i>	73
<i>Aspectos esenciales para el empoderamiento femenino</i>	73
<i>Conocimientos del plan de parto</i>	75
<i>Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino en el periodo perinatal</i>	76
<i>Sentimientos de las participantes</i>	79
5.3 PERCEPCIONES DE LAS MATRONAS	82

Definición del concepto de empoderamiento femenino	82
Beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino	83
Papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino	84
Relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres	86
Aspectos esenciales/herramientas para el empoderamiento femenino	87
Conocimientos del plan de parto.....	88
Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino en el periodo perinatal.....	90
Propuestas de mejora para empoderar a las mujeres en el periodo perinatal	91
Empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual	93
Relación entre matronas y mujeres.....	94
5.4 PERCEPCIONES DE LOS GESTORES.....	95
Definición del concepto de empoderamiento femenino	95
Beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino	96
Papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino	97
Relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres	98
Aspectos esenciales/herramientas para el empoderamiento femenino	99
Conocimiento del plan de parto	101
Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento en el periodo perinatal.....	102
Empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual	103
Motivación para empoderar a las mujeres	103
6 DISCUSIÓN	107
6.1 PERCEPCIONES DE LAS MUJERES.....	109
6.2 PERCEPCIONES DE LAS MATRONAS.....	113
6.3 PERCEPCIONES DE LOS GESTORES.....	115
7 LIMITACIONES	121
8 CONCLUSIÓN	125
9 REFERENCIAS	131
10. ANEXOS.....	173
TABLAS.....	175
FIGURAS.....	189
PUBLICACIONES	195
Anexo 8.....	197
Publicación 1. Análisis de la producción científica enfermera sobre empoderamiento femenino y salud perinatal	197
Anexo 9.....	221
Publicación 2. La construcción del empoderamiento femenino: visibilizando la violencia obstétrica.....	221
Anexo 10.	229
Publicación 3. Spanish women's perceptions of empowerment during the reproductive process.....	229
OTROS DOCUMENTOS	231
Anexo 11.....	247
Documento de respuesta del Comité de Ética de Andalucía	247

Resumen

Introducción: Las sociedades occidentales, y entre ellas la española, reflejan la forma en la que entienden la reproducción en la atención sanitaria que prestan a las mujeres durante el periodo perinatal. El proceso reproductivo, a pesar de ser natural, es percibido a menudo como un acontecimiento casi patológico. Este hecho favorece que algunos de los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres gestantes, parturientas y puérperas adquieran a veces una actitud paternalista, bienintencionada pero protectora, que dificulta que cada mujer pueda tomar decisiones de forma autónoma. Las enfermeras en general, y en particular las matronas forman uno de los colectivos más relevantes en este sentido, dada su cercanía con las mujeres. Para las matronas, la conciencia, exploración y reflexión sobre el modo en que se cuida a las mujeres durante el periodo perinatal es esencial para poder modificar los patrones de pensamiento básicos sobre los cuidados, que funcionan como pilares fundamentales dentro de la atención centrada en la mujer. Como fruto de esta reflexión sobre la actitud al cuidar, enfermeras y matronas pretenden ayudar a alcanzar una situación de autonomía real de las mujeres, mediante la toma de decisiones informadas, compartidas y respetadas, gracias a la previa adquisición de competencias, resumida con la expresión “empoderamiento femenino en el periodo perinatal”. Este modelo de cuidados basado en el respeto hacia la mujer requiere de conocimientos, habilidades y actitudes esenciales, y parece responder mejor a las necesidades de las mujeres embarazadas. Pero el intento de implantarlo trae aparejadas dificultades relacionadas con el sistema sanitario y con las actitudes hacia la autonomía de las mujeres de cada sociedad

concreta. Así pues, es preciso la implicación de los gestores sanitarios en cuidados en la promoción de un sistema de salud comprometido con los valores anteriormente expuestos y que apueste por la calidad de las relaciones interpersonales entre la matrona y la mujer. En este sentido, el estudio de las percepciones sea muy interesante para conocer en profundidad las implicaciones que tiene la comprensión que los actores clave del proceso reproductivo humano tienen acerca del empoderamiento femenino. Será a partir de estas percepciones de mujeres, matronas y gestores, que nosotros y otros investigadores podamos ir estableciendo un diagnóstico adecuado sobre el empoderamiento femenino en la atención perinatal y continuar avanzando en la tarea de dignificar la atención sanitaria orientada hacia las mujeres y sus familias durante su proceso reproductivo.

Objetivos: Describir las percepciones que tienen mujeres, matronas, y gestores sanitarios de cuidados sobre el empoderamiento femenino y la función que este desarrolla en la atención perinatal; e identificar qué entienden mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados

Metodología: Estudio fenomenológico descriptivo cualitativo desarrollado mediante grupos focales y entrevistas semiestructuradas en profundidad online y cara a cara. Se entrevistó a mujeres (gestantes y puérperas), matronas y gestores sanitarios en cuidados relacionados con el periodo perinatal. Las entrevistas y grupos focales fueron grabadas y transcritas para su análisis. Este fue realizado según el modelo de Taylor y Bodgan (1990) en el caso de los grupos focales y según el modelo de Braun y Clarke (2006) en el caso de las entrevistas en profundidad.

Resultados: El número total de mujeres que participaron en los grupos focales fue de 39; mientras que las matronas que participaron en las entrevistas

semiestructuradas en profundidad fueron 19 y los gestores sanitarios en cuidados 8 (6 españoles y 2 brasileños). Del análisis de los datos extraídos surgieron 9 categorías en el caso de las mujeres y 11 en el caso de matronas y gestores sanitarios en cuidados. De ellas, 7 categorías coinciden en todos los grupos de participantes del estudio.

Conclusiones: Mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados perciben el empoderamiento femenino en el periodo perinatal como un proceso que aporta autonomía a las mujeres, permitiendo la toma de decisiones informadas sobre su proceso de salud y aumentando su satisfacción en este periodo. Todos los agentes implicados consideran este proceso como esencial y beneficioso para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Palabras clave: Empoderamiento femenino, periodo perinatal, percepciones, enfermería, matronas, autonomía.

Abstract

Introduction: Western societies, including Spain, reflect the way in which they understand women's reproduction health care during perinatal period. Despite being natural, reproductive process is often perceived as an almost pathological event. This causes that some of the health professionals who care for pregnant, parturient and postpartum women acquire, sometimes, a paternalistic, well-intentioned but protective attitude, that makes it difficult for each woman to make decisions with autonomy. Nurses in general and midwives in particular, are one of the most relevant groups in this sense, due to their closeness to women. For midwives, awareness, exploration and reflection on the way women are care for during the perinatal period is essential to be able to modify basic thought patters about care, which function as fundamental pillars within women-centered care. As a result of this reflection on the attitude when caring, nurses and midwives aim to help achieve a situation of real autonomy for women, though taking informed, shared and respected decisions, thanks to the prior acquisition of skills, summarized with the expression "female empowerment in the perinatal period". This model of care based on respect for women requires essential knowledge, skills and attitudes, and seems to better respond to the needs of pregnant women. But the attempt to implement it brings with difficulties related to the health system and attitudes towards the autonomy of women in each specific society. Therefore, the involvement of healthcare managers in care is necessary in the promotion of a health system committed to the quality of interpersonal relationships between the midwife and the

woman. In this sense, the study of perceptions is very interesting to understand in depth the implications of the understanding that the key actors of the human reproductive process have about female empowerment. It will be from these perceptions of women, midwives and managers that we and other researchers can establish an adequate diagnosis of female empowerment in perinatal care and continue advancing in the task of dignifying health care aimed at women and their families during their reproductive process.

Objectives: To describe women, midwives and nursing health care managers perceptions about female empowerment and its function during perinatal period.

Methodology: Exploratory phenomenological descriptive study developed through focus groups and in-depth semi-structured interviews online and face to face. Pregnant and postpartum women, midwives and nursing health care managers related to the perinatal period were interviewed. The interviews and focus groups were recorded and transcribed for analysis, carried out following the Taylor y Bodgan (1990) model in the case of focus groups and according to the Braun and Clarke model (2006) in the case of in-depth interviews.

Results: The total number of women who participated in the focus groups was 39; while there were 19 midwives and 8 health care managers who participated in the in-depth semi-structured interviews. In the case of women, 9 categories emerged from the analysis of the extracted data and 11 in the case of midwives and health care managers. Of them, 5 categories are similar in both groups of participants.

Conclusions: Women, midwives and health care managers perceive female empowerment in the perinatal period as a process that provides autonomy to women, allowing them to make informed decisions about their health process and

increasing their satisfaction in this period. All the aforementioned agents involved in the perinatal period consider this process to be essential and point out that, in general, the benefits outweigh the harms.

Keywords: Female Empowerment, Perinatal Period, Perceptions, Nursing, Autonomy, Midwives.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

El ámbito de la salud sexual y reproductiva es una de las áreas de la vida de las mujeres en las que se ponen en crisis profundamente su autoimagen y sus creencias. De ahí que nos haya parecido oportuno desarrollar un proyecto de investigación sobre este tema en el marco del Programa de Doctorado Interuniversitario en Estudios Interdisciplinarios de Género (del que participa la Universidad de Huelva), en el que se presenta esta tesis doctoral.

En concreto, dentro de este ámbito de la salud sexual y reproductiva, entendemos por periodo perinatal como el proceso que se inicia desde que las mujeres descubren que están embarazadas (De Toledo et al., 2023) y culmina en el puerperio, etapa que comprende hasta seis meses después del parto (Martín-Aznar et al., 2023)

Son muchos los puntos de vista desde los que se puede estudiar el periodo perinatal y las vivencias de las mujeres que lo atraviesan, pero en esta tesis doctoral he querido centrarme en la confluencia entre la autonomía de las mujeres y la labor asistencial de los profesionales sanitarios que las atienden. Dada mi formación y ejercicio profesional como enfermera, he puesto el foco de atención en la labor de los profesionales de enfermería, enfermeras y matronas.

En un sentido amplio, la atención sanitaria prestada a las mujeres durante el periodo perinatal es un reflejo de la forma en la que las sociedades occidentales entienden la reproducción (Prosen y Tavcar, 2019). El proceso reproductivo, a pesar de ser un fenómeno natural, es percibido a menudo como un acontecimiento casi patológico (Benyamini et al., 2017), en el que, a menudo, los profesionales sanitarios

(enfermeras y matronas entre ellos) realizan numerosas intervenciones sobre el cuerpo de las mujeres.

Esto favorece que dichos profesionales adquieran de forma generalizada una actitud paternalista, bienintencionada pero protectora, que dificulta que cada mujer pueda tomar decisiones de forma autónoma (Thompson et al., 2016). La organización del sistema sanitario (Nogue et al., 2020) y el déficit de conocimientos que muchas mujeres tienen sobre el proceso reproductivo y sus derechos durante el mismo parecen fomentar este paternalismo (Binfa et al., 2016; Riggs et al., 2017).

Esta situación genera insatisfacción en ambos grupos: profesionales y mujeres (y sus familias). Así, un número creciente de profesionales está optando por desarrollar otro estilo de cuidados (no paternalista), con la intención de alcanzar una situación de autonomía real de las mujeres durante su proceso reproductivo.

Esta búsqueda se sitúa en el espacio de confluencia que mencionábamos anteriormente y a ella apunta el término “empoderamiento femenino”, a cuyo conocimiento está dedicado este trabajo, sobre todo en lo que tiene que ver con el modo en que lo entienden y describen los principales agentes mencionados: mujeres y enfermeras/matronas, añadiendo también a los gestores de cuidados de enfermería.

Mi trayectoria de estudio e investigación sobre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal arranca de mi formación de grado, cuando en la asignatura *Enfermería de la Persona Adulta III (Salud de la mujer)*, tuve conocimiento de estas cuestiones por primera vez y ya apareció en mí un gran interés sobre el tema. A partir de ahí, comencé a participar en actividades científicas, haciendo algunas primeras aportaciones sobre los sentimientos de las mujeres durante el duelo perinatal.

Posteriormente, durante mi formación de máster orienté mi investigación hacia el estudio conceptual y bibliográfico del empoderamiento femenino en el periodo perinatal. Considero esta tesis doctoral la consecuencia de la maduración de mi trabajo en esta línea de investigación y espero haber conseguido, aunque sea de forma humilde, realizar alguna aportación propia al estudio de un tema que es considerado esencial por mujeres y profesionales sanitarios.

1.2 Estructura

La estructura de esta tesis doctoral responde a la modalidad de compendio de publicaciones. Recoge cuatro publicaciones realizadas durante el periodo de investigación doctoral (ver anexos 8, 9, 10 y 11), precedidas en esta memoria por las secciones establecidas en la normativa vigente, que permiten mostrar estas publicaciones en el contexto completo y ordenado de la investigación desarrollada.

Me gustaría destacar que las aportaciones de estas investigaciones pueden sufrir algunas modificaciones menores durante el desarrollo de este manuscrito de Tesis Doctoral debidas a la continua revisión del trabajo realizado.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 Empoderamiento femenino

Concepto general

El concepto de empoderamiento tiene su origen en el encuentro de pensadoras feministas del primer mundo con las del tercer mundo. Surge como una herramienta que recoge las preocupaciones por el desarrollo del poder de las mujeres. En la evolución de su uso, este concepto se usa como sustituto de integración, participación, autonomía, identidad, desarrollo y planeación (León, 2001).

En el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (2024) lo define como “un proceso continuo a través del cual individuos y comunidades adquieren confianza, autoestima, conocimientos y poder necesarios para satisfacer las necesidades esenciales y para tomar el control de sus vidas, específicamente en el ámbito de la salud”.

A partir de esta comprensión genérica del empoderamiento que, como se ha visto, tiene también un correlato sanitario, se desarrolla una acepción específica relacionada con las mujeres. Así, el concepto de empoderamiento femenino se consolida en la Conferencia de Pekín (1995) (García Arteaga et al., 2022) como una estrategia para luchar contra la desigualdad de género. Tal y como se abordó entonces, su objetivo era transformar las estructuras y relaciones desiguales que no

permitían a las mujeres su participación y desarrollo en la sociedad (Ruiz-Bravo et al., 2018).

Este concepto ha seguido siendo objeto de interés en las décadas siguientes, y diferentes autores han hecho aportaciones para describirlo y mostrar su alcance y tipología, así como las estrategias para desarrollarlo. Por ejemplo, Mouta Oliveira et al. (2017) lo entienden como “una forma de ganar poder interior y tener el control sobre todo aquello que te está sucediendo, así como la defensa de los propios derechos” (p.2). A su vez, Cardoso Da Silva et al. (2016) indican que es un “proceso

a través del cual se pretende promover y mejorar la habilidad individual de satisfacción de las propias necesidades” (p.56), lo que aporta sensación de control tanto a las vidas de los individuos como a la de la comunidad. Camberos Sánchez (2011) añade a lo anterior que “el empoderamiento femenino modifica la imagen de las mujeres sobre sí mismas y las creencias sobre sus derechos y capacidades” (p.45).

Según la Organización de las Naciones Unidas Mujeres (2010), existen siete principios básicos para lograr el empoderamiento de las mujeres: promover la igualdad de género; tratar a las mujeres y hombres equitativamente en el trabajo; velar por su salud, seguridad y bienestar; promover la educación, formación y desarrollo personal; favorecer el desarrollo empresarial, la cadena de suministro y el marketing sobre empoderamiento femenino; promover la igualdad mediante iniciativas comunitarias y cabildeo; evaluar y difundir los progresos en igualdad de género.

Teorías sobre el empoderamiento femenino

Existen diferentes teorías en torno al empoderamiento femenino, y son muchos (y de diferentes disciplinas) los autores que han realizado aportaciones para describir con rigor este término, destacando Rowlands (1997), Stromquist(1997), Batliwala (1997), Kabeer(1999), Tasli (2007), Alkire (2005) y Bennett (2002).

Dentro de las aportaciones encaminadas a empoderar a las mujeres, Rowlands (1997) considera que el empoderamiento femenino incorpora al proceso de toma de decisiones a personas que han sido excluidas de este, lo que favorece que tomen conciencia de sus propios intereses. Esta autora distingue entre tres dimensiones del empoderamiento: personal (capacidad individual), relacional (capacidad de negociar) y colectiva (impacto de grupo) (Sánchez et al., 2015).

Por su parte, Stromquist (1997) refiere que el empoderamiento engloba componentes cognitivos (comprensión), psicológicos (autoestima y confianza), económicos (independencia financiera) y políticos (habilidad organizativa). Además, argumenta que, dentro del componente psicológico del empoderamiento femenino, se encuentra la autonomía como elemento esencial para tener el poder (García, 2003).

Otra autora, Batliwala (1997) sostiene que el empoderamiento implica mayor control sobre principios de poder, lo que conlleva la reorganización y la transformación de instituciones y de normas. En este sentido, considera que el empoderamiento tiene tres dimensiones: control de materiales (físicos, humanos, económicos), control sobre recursos intelectuales (conocimientos, ideas e información) y control sobre ideología (habilidad para comunicar valores, actitudes y conductas). Además, no concibe una dimensión sin otra.

Por otro lado, Kabeer (1999), define el empoderamiento femenino como un proceso a través del cual las mujeres adquieren la capacidad de tomar decisiones (Gressel et al., 2020). Además, también divide esta capacidad en tres dimensiones: agencia (definir los propios objetivos), logro (formas de ser) y recursos (materiales, humanos y sociales) (Lwamba et al., 2022). Estos últimos son resaltados por esta autora como elemento esencial dentro del empoderamiento femenino, con el objetivo de mejorar sus condiciones de elección. Kabeer (1999) señala que la unión de la agencia y de los recursos conforman las capacidades y esto da lugar a los resultados. Y, además, esta autora defiende que el empoderamiento es un fenómeno individual y colectivo, que sirve para generar conciencia y transformar estructuras (Castiblanco Moreno, 2022).

Desde una perspectiva que busca la máxima amplitud, Tasli (2007) afirma que el empoderamiento es un proceso de larga extensión, dinámico y abierto que implica grandes cambios en lo social, económico y cultural. En este sentido, admite también que se encuentra afectado por múltiples factores y actores.

Partiendo de la teoría de Rowlands (1997), autores como Alkire (2005) hacen alusión al empoderamiento como expansión de la agencia, dividiendo ésta en cuatro tipos: elección (autonomía), control (de las decisiones personales), cambio (modificación de aspectos individuales) y sentido de pertenencia a la comunidad (modificación de aspectos comunes).

Por último, y sin ánimo de haber hecho una exposición exhaustiva de todas las teorías existentes sobre empoderamiento femenino, sino únicamente de algunas de las más significativas, Bennett (2002) añade a la definición de empoderamiento la influencia de la institución, influyendo en el proceso de empoderamiento la mejora

de los activos de salud; y siendo necesaria la participación de los individuos en las instituciones para influenciar estos activos. Esta nueva incorporación a la definición de empoderamiento también hace alusión a la dimensión de agencia planteada por Rowlands (1997).

2.2 El periodo perinatal

La salud de las mujeres durante el periodo reproductivo es un tema relevante, con una dimensión mundial, ya que se trata de un momento vital que conlleva importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en la vida de las mujeres (Álvarez-Valverde et al., 2019). Dentro de él se encuentra el llamado periodo perinatal, que comprende tres etapas: embarazo, parto y puerperio.

Durante el embarazo las mujeres sufren diversos cambios fisiológicos que se inician en sus etapas tempranas y no finalizan hasta el puerperio tardío. Estos cambios se producen a nivel cardiovascular, pulmonar y respiratorio, renal y urinario, gastrointestinal, hematológico, inmunológico, endocrino y metabólico. La mayoría de ellos suponen una fuente de estrés fisiológico para el organismo (Carrillo-Mora et al., 2021), así como un verdadero reto psicológico y social.

Desde el punto de vista psicológico el periodo perinatal supone un importante cambio en la vida de las mujeres. Además de la inestabilidad emocional producida por los cambios hormonales, puede haber cierta insatisfacción con la imagen corporal durante y tras el embarazo, lo que funciona como factor predictor de la depresión en este periodo (Przybyla-Basista et al., 2020). En este sentido, es importante facilitarles a las mujeres recursos para hacer frente a estos cambios y

acompañarla en la elaboración de estrategias que faciliten su bienestar, así como el establecimiento de un adecuado vínculo madre-hijo (Costa-Romero et al., 2019). Otra de las variables psicológicas que influirá el afrontamiento de este periodo es la personalidad, puesto que hay investigaciones (Peñacoba et al., 2017) que señalan que una personalidad abierta y basada en la amabilidad favorece la adaptación de las mujeres a los cambios que derivan del proceso de embarazo, previniendo la aparición de problemas relacionados con la salud mental durante este periodo. Además, también existe una asociación significativa entre la salud mental de las mujeres en el periodo perinatal con el nivel y las fuentes de apoyo social con las que cuentan, teniendo las mujeres con bajo apoyo social más riesgo de padecer depresión, ansiedad o autolesiones en embarazo, parto y puerperio (Bedaso et al., 2021).

La interrelación entre aspectos fisiológicos y psicológicos es clara. Así, hay estudios que relacionan la no tolerancia por parte de las mujeres de todos estos cambios psicológicos con un mayor riesgo de parto prolongado, nacimientos pretérminos y bajo peso al nacer del recién nacido (Biaggi-et al, 2016). Además, el miedo extremo ante las complicaciones durante el periodo perinatal y el dolor percibido durante el parto pueden dar lugar a un síndrome de estrés postraumático (De Molina-Fernández et al., 2015). En este sentido, hay investigaciones que demuestran que un mal control del dolor durante el parto tiene efectos negativos de adaptación durante el periodo puerperal, pudiendo dar lugar a alteraciones del estado de ánimo, del funcionamiento social e interferencias en el establecimiento del vínculo madre-hijo (Aksoy et al., 2016). Algunos de los factores con mayor relevancia en el control del dolor durante el parto son el apoyo de la pareja, la percepción de autoeficacia y el temor al parto (Allport et al., 2018).

Por último, en relación con la dimensión social del periodo perinatal, sabemos que el entorno social en el que se desarrolla tiene influencias significativas en los procesos de toma de decisiones de las mujeres sobre la maternidad en general (Ghimire , 2017). En este sentido, algunas investigaciones han establecido relaciones entre las expectativas que elaboran las mujeres en torno al nacimiento, su red de apoyo familiar y social, la relación profesional-paciente y la toma de decisiones, con la percepción del periodo perinatal como un acontecimiento satisfactorio (Cy-Chan et al., 2014).

2.3 Atención sanitaria y empoderamiento femenino en este periodo

En las últimas décadas se ha ido consolidando la idea de que la atención sanitaria a las mujeres durante el periodo perinatal ha de ser una prioridad mundial (OMS, 2022). Además, está ampliamente aceptada la premisa que establece que invertir en cuidados sanitarios a las mujeres en edad reproductiva proporciona más beneficios que cualquier otro gasto sanitario en cualquier otro grupo demográfico (Murguialday, 2013).

Atención sanitaria y autonomía personal

Esta atención sanitaria comprende actividades que pueden englobarse en las diferentes dimensiones física, psicológica y social que componen la realidad humana. Esta tesis se centra en un aspecto que no es fácil situar de forma estricta en ninguna de estas tres dimensiones pues, de algún modo, afecta a todas ellas. Se trata

de la autonomía personal de las mujeres en relación con los profesionales que las atienden durante el periodo perinatal, es decir, que cada mujer sea autónoma a la hora de reconocer sus derechos y de manifestar sus preferencias durante el periodo perinatal (Giordano y Surita, 2019).

Esta es una de las líneas de trabajo e investigación más relevantes de los últimos años en el campo de la atención sanitaria perinatal, siendo partícipes de ella, además de grupos de mujeres y familias, muchos de los colectivos profesionales implicados en este proceso asistencial. Aunque en la actualidad el término que está tomando un mayor protagonismo para describir esta búsqueda de la autonomía es el de empoderamiento femenino, hay algunos de uso anterior en nuestro país que han tenido gran importancia y que siguen siendo utilizados (humanización), así como otros de reciente incorporación y creciente uso (violencia obstétrica y *women centred care*, entre otros).

Humanización, cuidados individualizados y trato digno

Es el caso de la humanización de los cuidados, denominada también en la literatura “atención humanizada”, que incluye un conjunto de propuestas y conceptos encaminados a la prestación de cuidados individualizados (menos centrados en el cumplimiento estricto de protocolos y más en las circunstancias concretas de cada mujer) y a la búsqueda del equilibrio entre la adecuada medicalización del proceso reproductivo y el respeto a su fisiología (Clesse et al., 2018). Esta atención ha sido descrita como “la adquisición y puesta en práctica por parte de los profesionales sanitarios de un conjunto de conocimientos, habilidades y

actitudes que configuran una forma diferente de llevar a cabo su labor asistencial, (...) abandonando el modelo medicalizado clásico para incorporar un nuevo modelo que pone énfasis en el uso de prácticas estrictamente necesarias (...), lo que supone el desarrollo de la autonomía de la mujer” (p.4) (González Sanz et al., 2012).

De este modo, no se trata de dejar solas a las gestantes ante la responsabilidad de la toma de decisiones sobre su proceso reproductivo, sino de prestarles un trato digno que les ayude a ejercer su autonomía personal. Para ello es imprescindible un esfuerzo de formación durante todo el embarazo, para que cada mujer, junto con el profesional sanitario que la atiende, pueda elegir entre las opciones de las que dispone en cada caso (Shumye Mihret, 2019). Esto implica hacer más accesible la terminología médica y dar a conocer las opciones de cuidados existentes, lo que permite llegar a una toma de decisiones informadas y compartidas por parte de las mujeres (Rayment-Jones., 2019; Salmon y Maeda, 2016).

Una atención humanizada durante el periodo perinatal, centrada en la autonomía y la dignidad de las mujeres, tiene importantes consecuencias: que las mujeres se relajen y se sientan más cómodas (George et al., 2022); que los profesionales que las atienden comprendan y respeten más y mejor sus preferencias, experiencias y valores (Akuamoah-Boateng y Spencer, 2018; Munro et al., 2017); que las matronas tengan una mejor autopercepción de su trabajo (Lukasse y Henriksen, 2019); y que se reduzca el uso de técnicas innecesarias (Roberts et al., 2020).

Violencia obstétrica

De forma más reciente se ha incorporado al léxico habitual de las mujeres y los profesionales del ámbito perinatal el término “violencia”, apuntando a que la existencia de actitudes violentas hacia las mujeres son una negación clara de su autonomía personal. En el caso de los cuidados perinatales, la violencia clave es la conocida como “violencia obstétrica”. Esta es definida como “todas y cada una de las acciones o procedimientos que se realicen sin el consentimiento de las mujeres y no se basen en la evidencia científica vigente, ya sea física, psicológica, sexual, institucional, mediática y material” (p. 244) (Pereira Rodrigues et al., 2018).

Resulta obvio que una situación en la que los profesionales sanitarios, o las instituciones a través de estos, ejercen violencia contra las mujeres durante su proceso reproductivo, no es una situación en la que se estén respetando sus derechos ni mucho menos se esté desarrollando su autonomía personal (Barbosa et al., 2018; Martín-Bellido, 2020- Anexo 9).

No obstante, las situaciones de violencia no siempre son fáciles de identificar. Durante mucho tiempo, este tipo de violencia no se ha considerado como tal, lo que ha propiciado que pasara desapercibida (Da Silva Carvalho y Santana Brito, 2017). De ahí que en la literatura científica dedicada a estas cuestiones sea habitual encontrar propuestas de trabajo destinadas a conseguir una mayor visibilización de todo tipo de violencias (Badim Márquez, 2020; Basurto Mendoza y Alcívar Medranda, 2020; Vallana y Viviana, 2019). En este sentido, algunas de las teorías feministas pueden ayudar a la enfermería a tomar conciencia de aspectos hasta ahora poco atendidos dentro de su configuración disciplinar (Fairman, 2015).

De este modo, la lucha por la dignidad de las mujeres en su proceso reproductivo tiene que ver con la visibilización de actuaciones contrarias a los

cuidados, como la violencia obstétrica (Laia Da Mata Fujita et al., 2015; Russo y Nucci, 2020). Tal y como han descrito algunos autores (Leal Do Nascimento et al., 2019; Rodríguez Ramos y Aguilera Avila, 2017), la formación de los profesionales sanitarios en este tema es clave, ya que ayuda al entendimiento de la violencia como un fenómeno multidimensional y a concienciar de la necesidad de eliminarla en el periodo perinatal (De Carvalho Barbosa et al., 2019; Pinto Leal et al., 2018). De esta forma, parece necesario aportar conocimientos actualizados a los profesionales para que tengan las herramientas necesarias que les permitan identificar las situaciones en las que es susceptible de producirse la violencia obstétrica.

Esta formación actualizada ha de llegar incluso a repensar el estilo comunicacional que los profesionales utilizan en su interacción con las mujeres. En este sentido, existen hallazgos que demuestran que uno de los factores facilitadores de la violencia obstétrica es el establecimiento de un patrón comunicativo inadecuado entre la gestante y el profesional sanitario (Teles de Alexandria et al., 2019). Es un modo de cuidar violento el que puede estar siendo transmitido a los nuevos profesionales desde dentro mismo de la institución, facilitando que el profesional actúe apropiándose del cuerpo de las mujeres a la que está atendiendo. Este proceso lleva a una visión corporativa que normaliza el abuso sobre las mujeres, despreciando sus derechos y facilitando el uso y abuso del cuerpo del otro, sin que este participe con intención o voluntad, y dando lugar a la llamada violencia institucional (Baró, 2020; Bellamy y Castro, 2019).

Para prevenir la violencia a la gestante en el ámbito asistencial, es responsabilidad de gestores, sanitarios y pacientes la inclusión de políticas que se centren en el respeto de la autonomía personal de las mujeres en el periodo perinatal

(Al Adib et al., 2017; Monteiro Da Silva et al., 2020; Ribeiro De Oliveira et al., 2020;), cambiando el enfoque hacia la salutogénesis y la preservación de la fisiología, la dignidad y la autonomía de cada gestante, parturienta o puérpera (Iglesias et al. 2019).

No se trata únicamente de continuar con la creación de leyes, políticas y protocolos que denuncien las situaciones en las que se reproduce la violencia obstétrica (Castrillo, 2020), sino de hacer más investigaciones acerca de este tema y de cuáles son las causas que la favorecen (Benllonch-Doménech et al. 2019; Fernandes da Rocha y Ferreira, 2020; Fernández Guillén, 2015) para hacer frente al uso de la violencia como forma de control social en todas sus manifestaciones y hacerla visible fuera del ámbito de los profesionales de sanidad.

Empoderamiento femenino

Así, heredando las intenciones recogidas en lo que se ha denominado “atención humanizada” y la prevención de la “violencia obstétrica”, la expresión “empoderamiento femenino en el periodo perinatal” parece estar siendo utilizado en la actualidad como el término que mejor engloba la búsqueda de la autonomía y dignidad personal de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio. Con la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, se introduce de forma reglada el término empoderamiento, descrito como el fortalecimiento de la capacidad de autonomía de las mujeres en la consecución de su salud sexual y reproductiva, fomentando el derecho de las mujeres a decidir libre

y con responsabilidad sobre su maternidad, y el acceso a la información y educación para hacer frente a estos derechos. De esta forma, podemos considerar la orientación empoderadora en la atención perinatal como una de las vías más importantes para consolidar un estilo de cuidado que evitaría caer en el modelo patriarcal de cuidado hacia las mujeres.

El uso de este término es una de las pruebas del cambio que vienen produciendo las estrategias de promoción de la autonomía de las mujeres (Prosen y Tavcar, 2019). Lo que pretende conseguir el empoderamiento femenino es una participación efectiva de cada mujer en sus cuidados durante el proceso reproductivo, permitiéndole entender su cuerpo y potenciar su capacidad de gestar, parir y criar a su recién nacido (Tunçalp et al., 2017).

Esta tesis, como expondremos con más detalle en las páginas siguientes, quiere investigar específicamente sobre el conocimiento que tienen de este nuevo término algunos de los protagonistas de la interacción entre mujeres y profesionales en el periodo perinatal. Pero antes de pasar a describir la participación de los profesionales de enfermería en este campo de la búsqueda de la autonomía de las mujeres en el periodo perinatal, aportemos algunas ideas sobre el plan de parto, una de las herramientas de promoción de la autonomía de las mujeres, que, además de todo lo señalado en los apartados anteriores –referente a la humanización y la detección, eliminación y prevención de la violencia obstétrica–, tiene una especial relación con el concepto de empoderamiento femenino en el periodo perinatal.

Sin quitar relevancia al embarazo y el puerperio, parece ser que el parto sigue teniendo una centralidad específica en la cuestión de la autonomía en el periodo perinatal. De hecho, Kwee y McBride (2015) señalan en esta línea que “la intensidad

de la vivencia del parto parece estar directamente relacionada con el empoderamiento”. En este contexto, el plan de parto es un documento que fue elaborado con el objetivo de hacer del parto un proceso fisiológico. Se trata de una herramienta que ayuda a la embarazada a clarificar y dejar constancia con antelación al momento del parto de sus propios deseos, expectativas y necesidades para ese momento concreto (Dos Reis Quintans G. et al. 2024). Permite profundizar en la consecución del respeto, garantiza el cumplimiento de los derechos de las mujeres y favorece la realización de prácticas basadas en la evidencia (Souza Nascimento et al., 2023). Esta perspectiva, fue apoyada por la OMS en 1996 con la publicación de la Guía Práctica para los cuidados del parto natural, donde se recomendaba la elaboración del plan de parto.

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

El plan de parto se configura así, como una posibilidad de generar en las instalaciones sanitarias un entorno respetuoso con las mujeres, que, con la adecuada implicación de las capacidades y actitudes de los profesionales, contribuye a que las gestantes puedan conocer sus derechos y adquirir y utilizar las herramientas y

conocimientos necesarios para tomar sus propias decisiones en base a sus necesidades, sus creencias y deseos (Gray et al., 2019; Moré Pauletti et al., 2020).

La enfermería en el periodo perinatal

De entre los diferentes grupos que prestan atención sanitaria a las mujeres durante el periodo perinatal, la enfermería desempeña una función muy relevante. La vinculación de esta profesión con la lucha por la emancipación de las mujeres viene de antiguo, especialmente a partir del surgimiento de la figura de Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna. En la época en que la británica desarrolló su labor profesional, el movimiento feminista empezó a tomar una altura y amplitud desconocidas hasta entonces.

En ese contexto, la obra de Nightingale supuso una reivindicación del papel de las mujeres como responsable de los cuidados de enfermería y, en especial, el establecimiento de estructuras de formación que ella consideraba esencial para desempeñar la responsabilidad que la enfermería tenía aparejada (Atewell, 2010; González Gil, 2005). Desde entonces hasta aquí, las mujeres se han hecho más visibles en el espacio público y han ganado protagonismo en el ámbito social. Por otra parte, la enfermería continúa siendo una profesión mayoritariamente femenina (Avellaneda, 2019) y tiene como uno de sus ejes más fuertes la prestación de cuidados en el periodo perinatal y, en general, el fomento del autocuidado de las mujeres (Moura Rabelo et al., 2020). El concepto de empoderamiento femenino está siendo utilizado con una frecuencia creciente en el ámbito de la enfermería (García y Yim, 2017; Prata et al., 2017).

En este ámbito hay que destacar la figura de la enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona). La matrona es una figura del sistema sanitario encargada del seguimiento y cuidado de las mujeres, generalmente embarazadas, parturientas y puérperas, aunque su labor aborda toda la salud de las mujeres (Gimeno Sajuan et al., 2024). En España, esta especialidad puede realizarse con posterioridad al Grado Universitario de Enfermería, mediante un examen teórico de temario sanitario abierto (no específico del tema). Este examen da la entrada a la residencia, que es un periodo de dos años de duración en el que el profesional adquiere conocimientos tóricos y prácticos de los cuidados de la salud sexual y reproductiva de la mujer tanto en atención primaria como en atención especializada. Para finalizar esta especialidad, los profesionales presentan un trabajo de investigación relacionado con la obstetricia y ginecología; y así obtienen la especialidad de matronas o enfermera especialista en obstetricia y ginecología (Orden SAS, 2009).

En cuanto a su papel como dinamizadoras de la autonomía femenina, Sánchez-Jiménez et al. (2007) han destacado la capacidad de las matronas para fomentar la participación de la población en la formación sobre autocuidados. Esto se debe al contacto directo entre los pacientes y estas profesionales, quienes son capaces de captar e informar adecuadamente a la población más vulnerable. De esta forma, estamos de acuerdo con Mouta Oliveira et al. (2017) cuando afirman que “el empoderamiento femenino en el ámbito perinatal puede ser considerado un movimiento enfermero educativo, cuyo objetivo es aportar conocimientos, actitudes y habilidades a las embarazadas para que asuman el poder y la responsabilidad de las decisiones que toman” (p.4). En este sentido las matronas pueden jugar el papel

de “mecanismo facilitador de la adaptación a las nuevas situaciones de salud” (p.50)(Cardoso Da Silva et al., 2016).

Pero no se trata únicamente de ofrecer más y mejor información. En el caso de la atención prestada por matronas, vemos que en el proceso de empoderamiento influyen otros factores (Vogels-Broeke et al., 2021), como la prestación de cuidados de calidad basados en la evidencia científica (Cleary-Holdforth et al., 2021) y orientados a reducir las intervenciones obstétricas prescindibles, prevenir la aparición de complicaciones (Abdessalami et al., 2017) y aumentar la satisfacción de las mujeres, favoreciendo la confianza de las mujeres en sí mismas (Knox et al., 2018; Niuewenhuijze y Leahy-Warren, 2019).

También son relevantes otros aspectos como el apoyo personalizado por parte de las matronas (Baas et al., 2017; McLeish y Redshaw, 2017; Siguroardóttir et al., 2019; Silva et al., 2017); la comprensión de los derechos y valores personales (Kennedy et al. 2020); la perspectiva cultural de los cuidados (Altman et al., 2022); y la continuidad de cuidados (Neerland et al., 2022), que permite que se establezcan relaciones de confianza entre las mujeres y las matronas que las atienden (Lida et al., 2020).

Sin embargo, la relación que establecen las mujeres durante su proceso reproductivo con las enfermeras y matronas que las atienden no siempre es facilitadora del ejercicio de su autonomía personal. La atención de estos profesionales está influenciada por aspectos patriarcales de la estructura social y del sistema sanitario, lo que en ocasiones dificulta la realización de actividades participativas y colaborativas con las gestantes (Bedoya Ruiz et al., 2020). Como

ocurre con otros tipos de usuarios de este sistema, también los profesionales de enfermería restringen a menudo la libertad de acción y decisión de las mujeres.

Para evitarlo, enfermeras y matronas no solo deben estar motivadas para respetar la autonomía femenina, sino también formadas para identificar las necesidades individuales de cada mujer y ser capaces de respetar sus decisiones (Higginbottom, 2013). Son abundantes los estudios que resaltan la importancia de una preparación adecuada de los profesionales de enfermería, con un enfoque integral, para contribuir al desarrollo satisfactorio de este proceso en la vida de las mujeres (Centeno-Pérez et al., 2017; Ortiz-Contreras et al., 2024; Sakilah Adnani et al., 2022). Dentro de esta formación se incluyen los conocimientos, las destrezas y las actitudes que permitirán o dificultarán desempeñar este rol empoderador. Parece claro que el proceso educativo que ofrecen las universidades para la formación de las futuras enfermeras y matronas tiene una gran influencia en la adquisición de estas competencias y, especialmente, en el componente actitudinal de las mismas (Martín-Bellido, 2021; Ponti, 2016; Turkamani 2013). Por tanto, si se quiere avanzar en el empoderamiento de las mujeres en el periodo perinatal, es esencial desarrollar una docencia durante el grado que facilite la adquisición de competencias empoderadoras por parte de los estudiantes de enfermería y matronería. Por tanto, sigue siendo necesario insistir en un cambio del sistema educativo que forma a los profesionales sanitarios, dando más importancia a la educación para la salud, a la formación en autocuidados de la población, a la valoración y aprecio de la dignidad de los usuarios (Do Nascimento et al. 2016).

Ampliando la perspectiva en la que estamos considerando la labor de los profesionales de enfermería en este periodo, hemos de tener en cuenta también la

dimensión institucional de los cuidados, lo que atañe a la gestión de los cuidados de enfermería. Entre las diferentes funciones que puede desempeñar una enfermera a lo largo de su carrera profesional se encuentra la de gestión de unidades de cuidados sanitarios. En este ámbito, la gestión se caracteriza principalmente por conocer y llevar a cabo responsabilidades administrativas directas, para lo que resulta indispensable elaborar un programa e incorporar unos objetivos, teniendo clara conciencia y comprensión de la atención sanitaria que se pretende prestar (Devik et al., 2020) y evaluándolos de forma oportuna (Mathias et al., 2021).

Una de las funciones centrales de un gestor sanitario es la de facilitar la creación de un entorno de bienestar físico y emocional, tanto entre profesionales como entre profesionales y pacientes; para lo que es fundamental su capacidad de liderazgo (Lukasse y Henriksen, 2019) y conocer las necesidades de profesionales y pacientes. En este sentido, conviene recordar que las unidades asistenciales de cuidados reproductivos a menudo se organizan sin tener en cuenta la opinión de las mujeres, lo que afecta de forma directa a cómo perciben a nivel cognitivo, conductual, emocional y espiritual sus experiencias (Mathias et al., 2021). Esto lleva a los profesionales a afrontar su labor de cuidado con unas limitaciones que ponen en riesgo la calidad de los cuidados y las expectativas de las mujeres (Montgomery-Andersen et al., 2013).

Teniendo en cuenta la alta demanda de una atención de calidad en el periodo perinatal por parte de las mujeres y la importancia de la relación de confianza de éstas con los profesionales que las atienden (Lida et al., 2020), sería conveniente que la función de los gestores se orientase hacia una gestión comprometida con el empoderamiento femenino en el periodo perinatal. Este tipo de gestión conlleva el

apoyo de enfermeras y matronas, con técnicas de motivación y formación continuada, y la provisión y organización de los servicios (Healy et al., 2016).

Así, en el ámbito de la gestión, de entre los esfuerzos actuales que persiguen un mayor empoderamiento femenino durante la atención perinatal, es preciso contar con el apoyo, experiencia y flexibilidad de los profesionales de salud que desempeñan la labor asistencial (Shorey et al., 2022) y con que estos profesionales tengan una formación sobre el empoderamiento femenino de calidad (Gavine et al., 2019). Por otro lado, es preciso tener la participación e implicación de los propios gestores en el tema (Styles et al., 2020) y las condiciones necesarias para poder ofrecer continuidad asistencial, ya que es uno de los escenarios que propicia mayor empoderamiento femenino en el periodo perinatal al aumentar la satisfacción de mujeres y matronas (Fenwick et al., 2018).

Como vemos, no solo la forma en la que se gestiona el apoyo a los profesionales es un determinante del empoderamiento de las mujeres a las que cuidan. Las capacidades de los centros donde se atiende a las mujeres (los recursos materiales, humanos, etc.) son los que mantienen y mejoran el entorno laboral de los profesionales sanitarios implicados en el cuidado perinatal (Malesela, 2020), ya que se ha demostrado que un entorno laboral deficiente afecta a la capacidad de las matronas de ofrecer un cuidado seguro y de calidad (Harvie, 2019); y por tanto, también resulta importante su gestión interna para la dignificación de los cuidados de las mujeres y el empoderamiento femenino en el periodo perinatal. Y es que los profesionales desarrollan su labor en el marco de instituciones sanitarias que, de una forma u otra, condicionan notablemente el estilo de la prestación de sus cuidados.

Llegados a este punto, hay que resaltar que un enfoque centrado en los profesionales y en el sistema sanitario no basta. Y es que, aunque los profesionales y los entornos institucionales en que trabajan “puedan garantizar unas actuaciones basadas en el respeto, sin la utilización de intervenciones innecesarias y reconociendo los aspectos culturales y sociales que influyen en el proceso del parto” (p. 2)(Mouta Oliveira et al., 2017), hay que tener en cuenta la objeción de Gobernadoras et al., (2013) cuando afirman “que la atención no tecnificada y respetuosa con la fisiología no garantizará el empoderamiento de las mujeres, ya que también influyen los aspectos sociales y culturales” (p.2).

Y es que no solo los profesionales sanitarios son importantes para favorecer el empoderamiento femenino. Las propias mujeres desempeñan una función clave en esta cuestión, pues sus expectativas, actitudes y comportamientos durante el periodo reproductivo influyen en las pautas de actuación del sistema sanitario (Buultjens et al., 2017; Martín-Bellido y González-Sanz, 2024-Anexo 10; Wadephul et al., 2020). Actualmente, las mujeres reclaman más información sobre su proceso reproductivo (Rouhi et al., 2019) y que esta sea de mejor calidad (McLeish et al., 2020). Además, expresan la necesidad de una mayor capacitación de los profesionales en cuidados humanizados (León-Larios et al., 2019; Petit-Steeghs et al., 2019), para evitar situaciones de cuidado irrespetuoso (McLeish y Redshaw, 2019).

2.4 Percepciones de los protagonistas de esta interacción de cuidado

En la actualidad, son insuficientes las investigaciones que se realizan sobre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal. Además, la mayoría de las investigaciones que se realizan se orientan generalmente hacia temas fisiológicos, psicológicos y sociales relacionados con el parto y el postparto, y habitualmente lo hacen desde perspectivas individuales. Sin embargo, no hemos encontrado ninguna investigación que estudie la percepción que tienen del concepto de empoderamiento femenino las figuras protagonistas de la interacción de cuidado durante el periodo perinatal. Por ello consideramos importante intentar aportar, con esta tesis doctoral, una visión que recoja las ideas, vivencias y sentimientos (Guerrero-Castañeda et al., 2017) sobre el empoderamiento femenino de mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados.

Con motivo del estudio de estas perspectivas, parece oportuno introducir una perspectiva fenomenológica que nos permita un acercamiento, comprensión e interpretación de estas ideas, vivencias y sentimientos de las mujeres durante el periodo perinatal y sobre cómo logran los profesionales sanitarios responsables de sus cuidados incorporarlas en la realidad de estos cuidados. Esto nos permite acercarnos a diversas esferas de cuidado y conocer las experiencias sensoriales como parte del contexto vital de interacción entre seres humanos (Guerrero-Castañeda et al., 2017).

Finalmente, destacar que fruto de las percepciones de mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados se utiliza el término “perjuicios” para hacer referencia a todas aquellas acciones y actitudes que tienen una repercusión negativa sobre el proceso de empoderamiento femenino durante el periodo perinatal. Estos “perjuicios”, en voz de los agentes considerados clave en esta investigación, derivan

de la frustración de expectativas y sensación de impotencia de los mismos, tras no recibir los cuidados esperados (en caso de las mujeres) o las actitudes habituales esperadas por parte de las mujeres y la administración (en caso de las matronas).

3 OBJETIVOS

3.1 General

Describir las percepciones que tienen mujeres, matronas, y gestores sanitarios de cuidados sobre el empoderamiento femenino y la función que este desarrolla en la atención perinatal.

3.2 Específicos

1. Identificar qué entienden las mujeres por empoderamiento femenino durante el proceso reproductivo, y qué relación establecen entre este y la humanización del parto, los cuidados individualizados y el trato digno hacia el cuerpo de las mujeres.
2. Identificar qué entienden las matronas por empoderamiento femenino durante el proceso reproductivo, y qué relación establecen entre este y la humanización del parto, los cuidados individualizados y el trato digno hacia el cuerpo de las mujeres.
3. Identificar qué entienden los gestores sanitarios en cuidados por empoderamiento femenino durante el proceso reproductivo, y qué relación establecen entre este y la humanización del parto, los cuidados individualizados y el trato digno hacia el cuerpo de las mujeres.

4 METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Estudio fenomenológico descriptivo cualitativo que explora la percepción de mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados sobre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, desarrollado mediante grupos focales y entrevistas en profundidad.

4.2 Población de estudio

La investigación ha estudiado a personas pertenecientes a uno de los tres colectivos considerados protagonistas de los cuidados perinatales: mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados.

Las mujeres participantes fueron gestantes (en cualquier momento del embarazo) y puérperas (a partir de la 4^a semana del puerperio), que dominaran el idioma español. Aunque otros estudios no establecieron esta limitación, consideramos que las circunstancias de adaptación al cuidado del recién nacido durante las primeras 4 semanas del puerperio podían afectar a la participación de las mujeres puérperas en un grupo focal y al contenido de su participación. También se ofreció la participación a mujeres que hubieran gestado y/o parido en los últimos doce meses antes de la realización del estudio.

Con el término “matronas” se hace referencia a los enfermeros especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica de ambos sexos, en situación laboral activa, independientemente de su ámbito de trabajo (atención hospitalaria y/o primaria, sanidad pública, privada o desempeño autónomo de su labor profesional).

Los gestores sanitarios en cuidados han sido enfermeros que se encontraban desempeñando cargos de gestión en unidades hospitalarias o de atención primaria relacionadas con el cuidado perinatal (tanto del ámbito público como privado). Fueron invitados a reflexionar acerca de la importancia del empoderamiento femenino en el periodo perinatal, aportando un enfoque de muestreo intencionado (Elo et al., 2014). Los idiomas usados durante las entrevistas fueron el español y portugués.

4.3 Selección de participantes

La estrategia para la captación de participantes del estudio se basó en la difusión de una convocatoria abierta de participación en el estudio mediante redes sociales (Facebook, Instagram, WhatsApp) en general. Además, en cada caso particular se añadieron otras estrategias.

Para captar más mujeres, se contactó con centros privados de impartición de Pilates para embarazadas de la provincia de Huelva y con dos ayuntamientos de esta misma provincia, para desarrollar grupos focales presenciales en sus establecimientos. También se ofreció participar en este estudio a los/as participantes de las I y II *Jornadas Doctorales Género, salud y sexualidades* organizadas por la Universidad de Huelva en los años 2020 y 2021. De las 60 mujeres con las que contactamos, finalmente 39 participaron en los grupos focales.

Respecto a las matronas, se hizo una invitación directa y personalizada a las participantes en jornadas mencionadas anteriormente y a las matronas que desempeñan su labor asistencial en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva y

en otros centros públicos de Andalucía. Se contactó con un total de 30 matronas, de las que 19 participaron en el estudio.

Finalmente, en el caso de los gestores sanitarios en cuidados, se realizó una invitación directa mediante correo electrónico a los gestores de unidades relacionadas con el cuidado perinatal de distintos hospitales públicos y privados de todas las provincias de Andalucía (España) y de algunos centros de Porto Alegre (Brasil). Los participantes interesados contactaron directamente con los investigadores. Se envió la encuesta a 15 gestores, recibiendo ocho respuestas, a partir de las que se realizaron ocho entrevistas. De estas, las seis primeras fueron a participantes de nacionalidad española y las dos restantes a participantes de nacionalidad brasileña. En cuanto al género, seis eran mujeres y dos hombres.

Todos los participantes del estudio fueron reclutados entre los meses de junio de 2020 y 2022, cuando se alcanzó la saturación de los datos. El hecho de haber recogido datos en dos de forma virtual y presencial permite llegar a un nivel más completo y extenso de conocimiento sobre las ideas que estamos estudiando, abarcando también a un grupo poblacional más extenso ya que contempla aquellas personas que tengan acceso a internet y aquellas a las que no. Además, el haber recogido datos en dos países diferentes (en el caso de los gestores) permite también contrastar la situación actual de un país con el otro y favorece la diversidad y saturación de los datos (Cisneros-Caicedo et al., 2022; Orellana López y Sánchez Gómez, 2006).

4.4 Colección de datos

La colección de datos se realizó mediante seis grupos focales (en el caso de las mujeres) y mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad en modalidad online o cara a cara (diecinueve en el caso de las matronas y ocho en el caso de gestores sanitarios). En este sentido, la literatura reciente ha mostrado que no hay diferencias relevantes entre la utilización de esta técnica de entrevista en modo presencial y virtual para este tipo de estudios (Guzmán et al., 2020; Hamui-Sutton y Vives-Varela, 2021; Hernán-García et al., 2021; Salvador et al., 2020; Silveira et al., 2015; Steward y Shamdasani, 2017)

Se proporcionó a los participantes flexibilidad horaria para adaptarse a sus conveniencias y maximizar el reclutamiento. Las entrevistas fueron privadas para minimizar el ruido, las distracciones, las interrupciones y proteger la confidencialidad. Se utilizaron preguntas desarrolladas por los investigadores para guiar los grupos focales y las entrevistas (tablas 1 y 2, respectivamente), que exploraban los conocimientos de los participantes y sus percepciones acerca de los beneficios y perjuicios del empoderamiento femenino en el periodo perinatal, la influencia del término en la actualidad en la asistencia clínica y cómo se estaba tratando a nivel docente.

Además, se añadieron preguntas para explorar las opiniones sobre el uso del plan de parto y sobre la relación del término empoderamiento con otros como humanización del parto, dignificación del cuerpo de las mujeres y cuidados individualizados. También se recogieron variables sociodemográficas como género, edad, nacionalidad, filiación, número de hijos y años de experiencia laboral. Las cuestiones de las entrevistas y grupos focales fueron revisadas por el equipo

investigador antes de su realización para garantizar la claridad y la idoneidad de las preguntas.

Todas las entrevistas y grupos focales fueron conducidos por la doctoranda autora de esta tesis, específicamente formada en estas técnicas (Nyumba et al., 2018; Sierra Caballero, 2019). Además, en el caso de las entrevistas realizadas a gestores sanitarios en cuidados de Brasil, se contó con la presencia de una moderadora de nacionalidad brasileña que realizó funciones de coordinación y traducción entre la investigadora y los participantes durante el desarrollo de las entrevistas.

Las entrevistas duraron un promedio de 45 minutos (O' Brien et al., 2021) y los grupos focales alrededor de 40 minutos. Además, fueron grabadas en audio con una grabadora de voz, en el caso de los presenciales, y con la grabación de la aplicación Zoom en el caso de los virtuales.

La asignación de los participantes en los distintos grupos focales se realizó de forma aleatoria. El criterio de elección del número de grupos focales, de su conducción, realización y duración se basó en las recomendaciones recogidas en la literatura (Amezcuca y Hueso, 2009; Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013). El idioma en el que se llevaron a cabo grupos focales y entrevistas fue el castellano, aunque en el caso de las entrevistas a gestores sanitarios en cuidados, dos de ellas se realizaron en idioma brasileño (por ser el idioma nativo de los participantes) y posteriormente fueron traducidas al español.

4.5 Análisis de datos

Las entrevistas y grupos focales fueron conducidos por la investigadora, específicamente formada en la realización de estas técnicas (excepto las dos entrevistas realizadas a gestores sanitarios en cuidados de nacionalidad brasileña, en las que se contó con la ayuda de una moderadora-traductora de esta nacionalidad). Se emplearon los criterios COREQ (Consolidated Criterio For Reporting Qualitative Research) para la revisión de estudios cualitativos con el fin de potenciar la calidad y transparencia del presente estudio (Tong et al., 2007).

Al principio de cada una de ellas, la autora se presentó y explicó el objetivo y el motivo de realizar el estudio. La información obtenida de la videograbación y grabación de voz de los grupos focales y de las entrevistas respectivamente fue transcrita palabra por palabra (*verbatim*) y luego se leyó en su totalidad para verificar la precisión de los datos y facilitar a los investigadores su análisis. De forma adicional, durante la realización de las técnicas de recogida de datos nombradas con anterioridad se tomaron notas de campo y reflexiones.

Las transcripciones finales fueron importadas al programa *Excel* para su reducción, triangulación y agrupamiento. Asimismo, estas fueron enviadas a los participantes para confirmar los datos, como método de triangulación. La autora llevó a cabo la colección de los datos con la supervisión de su director de tesis.

El análisis temático se realizó de dos formas: siguiendo el modelo de Taylor y Bodgan (1990), en el caso de los grupos focales; y el de Braun y Clarke (2006), para las entrevistas en profundidad, tanto el caso de matronas como en el caso de gestores sanitarios en cuidados. Ambos utilizan un enfoque inductivo, que deriva del análisis de los datos sin procesar (no de los modelos teóricos preexistentes), lo que permitió que el análisis permaneciera abierto a todas las posibles influencias sobre las

percepciones de mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados. Códigos, temas e interpretaciones en desarrollo fueron discutidos por el equipo de estudio, para promover la criticidad, el rigor, la transparencia y la credibilidad.

4.6 Tratamiento de los datos

Se informó a los participantes que todos los datos generados a partir de las entrevistas y su confidencialidad estarían protegidos de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Los nombres de los participantes y aquellos que nombraron en su entrevista fueron anonimizados, ya que cada participante generó un código identificador (ID) mediante la asignación de un número a cada grupo focal o entrevista, por orden de realización, unidos a las letras G (grupo focal) o E (entrevista) y P (participante), seguidos del número de posición del participante en la entrevista. (Ej. G1P4- Grupo focal 1, participante 4.)

Las principales consideraciones para el análisis estuvieron relacionadas con los conocimientos y la experiencia/práctica asistencial de los participantes sobre empoderamiento femenino en el periodo perinatal. De aquí surgieron las siguientes cuatro categorías: definición del concepto de empoderamiento femenino; beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino; papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino; y el plan de parto como herramienta empoderadora (figura 1).

Posteriormente, el equipo de estudio buscó los factores que podían afectar a este término, desarrollando siete categorías más en el caso de los gestores en cuidados: aspectos esenciales para el empoderamiento femenino; herramientas para empoderar a las mujeres; acciones que dificultan el empoderamiento; acciones asistenciales actuales para empoderar; motivación a la hora de elegir empoderar a las mujeres; manejo del empoderamiento a nivel docente; y la relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal y humanización, dignificación y cuidados individualizados (figura 1).

En el caso de las mujeres, los factores influyentes sobre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal dieron lugar a la aparición de cinco categorías: aspectos esenciales para el empoderamiento femenino; la relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal y humanización, dignificación y cuidados individualizados; conocimientos sobre el plan de parto, sentimientos de las mujeres embarazada y acciones para facilitar el empoderamiento femenino (figura 1).

Los factores influyentes sobre el término empoderamiento femenino en el periodo perinatal que se desarrollaron en el estudio de las matronas fueron: aspectos esenciales para el empoderamiento femenino; plan de parto: conocimientos y uso actual; acciones de mejora para el empoderamiento femenino; acciones que dificultan el empoderamiento femenino; situación del empoderamiento femenino en la asistencia en la actualidad; y relación entre las mujeres y las matronas (figura 1).

El cuestionario inicial recogió datos de carácter personal, como información asociada a la asistencia y ocupación de los participantes, pero nunca relativa a la identidad de estos (nombre, apellidos, DNI, etc.) También se recogieron datos

relacionados con las variables siguientes: género, edad, nacionalidad, ocupación, número de hijos, conocimientos previos sobre empoderamiento femenino, momento del periodo perinatal en el que se encuentra (en el caso de las mujeres) y, en el caso de los profesionales y gestores sanitarios en cuidados, experiencia profesional.

4.7 Aspectos éticos

Todos los participantes fueron informados verbalmente y por escrito sobre los objetivos del estudio cuando se les ofreció la participación en los grupos focales o en las entrevistas, teniendo en cuenta los principios de la declaración de Helsinki. Además, también se les preguntó por escrito acerca del consentimiento para ser grabados y para procesar los datos. Antes de iniciar la realización de cada grupo focal o entrevista, se ofreció de nuevo información sobre el estudio y sobre la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento. No se identificaron riesgos para los participantes.

Los datos fueron tratados confidencialmente en todo momento, separando la información que podía servir para identificar a los participantes. Los datos finales no incluyen el nombre de los participantes ni sus iniciales, tal como indica la legislación vigente. Por otro lado, se garantiza que ninguno de los investigadores tiene ningún tipo de relación con los participantes del estudio.

El estudio fue evaluado por el Comité de Ética de Andalucía, que declaró que no existían aspectos biomédicos estudiados en esta investigación, por lo que no consideraba preceptivo emitir una aprobación expresa (Anexo 12).

5 RESULTADOS

5.1 Datos generales sobre los resultados

Mujeres

El número total de mujeres que participaron en los grupos focales fue de 39, con edades comprendidas entre los 24 y 42 años. Del total de la muestra, 29 mujeres estaban embarazadas y el resto se encontraba en un postparto no superior a 12 meses (figura 2). Asimismo, 37 eran de nacionalidad española, 1 de nacionalidad lituana y 1 de nacionalidad rumana; todas comprendían y hablaban español con un nivel medio-alto. Con respecto al nivel de estudios, 13 poseían titulación universitaria, 14 habían cursado ciclos formativos y 4 tenían estudios básicos.

Del análisis de los datos extraídos de los grupos focales realizados con mujeres, surgieron 8 categorías: definición del concepto de empoderamiento femenino; beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino; papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino; relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres; aspectos esenciales para el empoderamiento femenino; conocimiento del plan de parto; acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento; y sentimientos de las participantes. De ellas, las seis primeras estaban directamente relacionadas con el cuestionario que se utilizó para guiar los grupos focales, mientras que las dos últimas

aparecieron en el análisis de las respuestas de las participantes. También se consideraron datos importantes a recoger y analizar aquellos que hacían referencia a la formación-información sobre empoderamiento femenino y al conocimiento de la existencia del plan de parto (figura 1).

Matronas

El número total de matronas que fueron entrevistadas fue de 19 (18 mujeres y un hombre), con edades comprendidas entre 26 y 55 años. La nacionalidad de todos los entrevistados fue española, por lo que el idioma que se usó para las entrevistas fue el castellano. Se ofreció la entrevista a otros 11 profesionales, pero revocaron su participación en el estudio. El resto de los datos detallados aparecen en la tabla 3.

Del análisis de los datos extraídos en las entrevistas, surgieron 10 categorías. Las siete primeras coincidieron con algunas de las aparecidas en el análisis de los resultados sobre percepciones de las mujeres: definición del concepto de empoderamiento femenino; beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino; papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino; relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres; aspectos esenciales para el empoderamiento femenino; conocimiento del plan de parto; acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento. Las tres restantes fueron las siguientes: propuestas de mejora para empoderar a las mujeres

en el periodo perinatal; empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual; y relación entre matronas y mujeres.

De estas categorías, las seis primeras estaban directamente relacionadas con el cuestionario que se utilizó para guiar los grupos focales, mientras que las restantes aparecieron en el análisis de las respuestas de las participantes.

Gestores

El número total de gestores que participaron en las entrevistas fue de 8, con edades comprendidas entre 38 y 62 años. La procedencia de los participantes fue 6 de nacionalidad española y 2 de nacionalidad brasileña, siendo su idioma el castellano y el portugués, respectivamente. El resto de los datos detallados aparecen en la tabla 4.

Del análisis de los datos extraídos en las entrevistas, surgieron 10 categorías. Las ocho primeras coincidieron con algunas ya identificadas en el grupo de las matronas: definición del concepto de empoderamiento femenino; beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino; papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino; relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres; aspectos esenciales para el empoderamiento femenino; conocimiento del plan de parto; acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento; empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual. Las dos restantes fueron: motivación para empoderar a las mujeres; y trato del empoderamiento a nivel docente.

De estas categorías, las seis primeras estaban directamente relacionadas con el cuestionario que se utilizó para guiar las entrevistas, mientras que las restantes aparecieron en el análisis de las respuestas de las participantes.

5.2 Percepciones de las mujeres

A continuación, se muestran los principales resultados de las ocho categorías de análisis de las percepciones de las mujeres sobre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, con mención expresa de algunas de las manifestaciones más significativas.

Definición del concepto de empoderamiento femenino

Del total de las participantes, 31 no estaban familiarizadas con el término empoderamiento femenino, frente a 8 que sí poseían algún tipo de conocimiento. La mayoría de las participantes definen el empoderamiento femenino en el periodo perinatal como una actitud que adopta la gestante (con los consejos previos de los profesionales sanitarios y la adquisición de conocimientos que estos le facilitan), que le permite expresar sus deseos durante este periodo y que sus decisiones sean respetadas por los profesionales que la atienden:

“Es el desarrollo de las capacidades, creer, tener la confianza en sí misma, en que tienes la capacidad para desarrollar todas las acciones en las que interviene el proceso del embarazo o del parto y de la crianza.” (G2P3)

“El control, la autogestión, el autoconocimiento, la capacidad que tiene una mujer para autogestionarse con respecto a emociones, con respecto a estrategias de trabajo. Es la seguridad que te creas a ti misma a través de estrategias y cómo voy a afrontar yo de manera positiva, cómo puedo trabajar eso para enfrentarme al parto, o cómo van a ser esos momentos después del parto, o cómo voy a llevar a cabo la nueva vida.”
(G6P1)

Beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino

Todas las participantes consideraron que el empoderamiento femenino en el periodo perinatal aporta más beneficios que perjuicios y, además, que éstos últimos derivan del concepto que tenga el profesional sanitario sobre el empoderamiento. Como beneficios, las mujeres señalan que el empoderamiento aporta conciencia sobre el proceso, conocimientos, seguridad, tranquilidad y capacidad de decisión.

“La información te da el poder de saber qué es lo que va a ocurrir en el proceso del embarazo, en el proceso del parto, que tú vayas con tranquilidad, con seguridad, con confianza, que no tengas miedo es super importante, porque si vas con miedo el cuerpo responde de una forma que no te va a ayudar en el proceso de parto.” (G2P3)

“Considerarnos mejores, que somos capaces, que podemos con todo, que podemos con la gestación, podemos con el parto.” (G4P6)

En cuanto a aspectos negativos del empoderamiento femenino en el periodo perinatal, destaca la percepción negativa de algunos profesionales sanitarios sobre las usuarias que demuestran tener conocimientos e información de su proceso y conciencia de sus derechos. Las mujeres señalan que creen que estos profesionales pueden sentirse amenazados (probablemente por sentirse inseguros, estar desactualizados, o tener poca formación) y esto hace que cambien su actitud hacia las mujeres a las que cuidan o realicen prácticas inadecuadas.

“Al hablar tan seguro de lo que quieres o no, también se nos critica de que lo sabemos todo.” (G6P5)

“Normalmente esos comentarios negativos vienen de gente que no está informada y como que te quieren quitar tu empoderamiento con comentarios despectivos.” (G6P5)

Además, las mujeres participantes consideran que cuando las mujeres están empoderadas se implican más y son más exigentes con los cuidados que se les ofrecen, lo que podría resultar negativo, ya que tras no recibir los cuidados que esperan pueden llegar a sentir decepción e insatisfacción.

“Nos volvemos más exigentes con lo nuestro, queremos más. O te vas para tu casa diciendo es que no me están dando las soluciones que yo busco.”

(G1P5)

“Lo peor es llegar con una idea y encontrarte todo lo contrario, eso es lo peor.” (G1P2)

Papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino

Las mujeres consideran que la figura de la matrona tiene un papel esencial dentro del empoderamiento femenino en el periodo perinatal.

“Figura esencial.” (G3P4)

“Es clave y fundamental.” (G6P3)

Señalan que el papel de las matronas dentro del empoderamiento femenino consiste principalmente en facilitar información, dar tranquilidad, guiar, ayudar, dar confianza, aconsejar, acompañar, prestar apoyo emocional, llevar el seguimiento perinatal, aportar capacidad a las mujeres para el autocuidado, y respetar sus decisiones y deseos. Además, también se encargan de implicar a la pareja-familia en el proceso.

“Guiarla, ayudarla... como más confianza, como que la matrona se supone que sabe más del embarazo, entonces tienes siempre una ayuda para cualquier duda, pues siempre la tienes ahí.” (G2P4)

“Aportarle información, aclararle dudas, apoyarle en el momento del parto, después del parto, que también es importante.” (G3P1)

Pero, por otro lado, también señalan que no siempre las matronas ejercen el papel señalado anteriormente o el que se espera que ejerzan. Con frecuencia ocurre que no están actualizadas, que ofrecen un trato no individualizado, no son empáticas y no confían en las capacidades de decisión de las mujeres. Todo esto las lleva a ejercer un papel autoritario en base a sus conocimientos o creencias y es por eso por lo que las mujeres reclaman poder tomar las decisiones en equipo junto con las matronas.

“A mí me dijo la matrona, está muy bien que hayas rellenado el plan de parto, pero yo voy a hacer lo mejor para tu parto, a mí me da igual lo que tú quieras.” (G4P2)

“Lo primero es informarte y explicarte las distintas prácticas o en qué momentos o en qué circunstancias se pueden realizar cada una o si es conveniente o inconveniente, eso primero; y segundo, que ellos asuman también, tanto doctores como matronas como enfermeras, que tienen que

darnos a nosotros un poco más de voz, que no sean solo ellos los que llevan tu parto o tu embarazo.” (G5P1)

Relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres

Cuando preguntamos a las participantes acerca de la relación que puede existir entre estos conceptos, todas creen que existe una relación de dependencia entre ellos, siendo imposible aplicar unos y otros no.

“Creo que si no se respeta una cosa no se respeta lo demás tampoco. Es como entender que es un periodo que engloba todos esos conceptos.” (G6P5)

“Hombre yo creo que van como un poco unidas, ¿no? Me parece a mí. Porque lo de la dignificación del cuerpo de la mujer va también en el empoderamiento que tú también te pongas, el control que lleves tú de tu cuerpo... yo creo que sí, ¿no? Que también van como un poco cogidas de la mano.” (G6P2)

Aspectos esenciales para el empoderamiento femenino

La información es considerada por las gestantes y puérperas uno de los elementos clave del empoderamiento, ya que aporta conocimientos y les permite tomar conciencia del proceso de salud en el que se encuentran.

“Si tienes información como que estas más concienciada y, al estar más concienciada, pienso que psicológicamente estás más tranquila.” (G1P5)

“Tener toda la información para nosotras sentirnos seguras en ese momento y llevar el dominio de la situación.” (G4P2)

Otro de los aspectos que resaltan como relevante dentro del empoderamiento femenino es el apoyo emocional, tanto por parte del profesional como por parte de sus parejas, haciendo notar la necesidad de que éstas también estén informadas e implicadas en el periodo perinatal.

“El apoyo que te dé tu pareja o las personas que estén a tu lado yo creo que es muy importante, además de la propia fuerza que tú tengas.” (G3P3)

“El apoyo de los profesionales, de tu familia, de tu pareja.” (G4P4)

Además, también consideran esencial para tener una experiencia satisfactoria la actitud y el respeto mostrados por las matronas durante el embarazo, parto y puerperio, así como que sus deseos sean escuchados.

“Hay mujeres que van empoderadas al parto y si te encuentras que el equipo no sigue tu mismo camino hay una deshumanización y hay una falta de respeto ante estos conocimientos que tiene esta mujer realmente.” (G2P3)

“Que me pidieran mi opinión y que me escucharan, que yo pudiera decir «pues siento esto o me gustaría hacer esto» y después, en función de lo yo le diga, pues que ella me guíe y me diga «pues mira, pues esto si se puede hacer así o esto no», ¿sabes?, pero que me escuchen, no que ni siquiera lo hacen.” (G5P4)

Conocimientos del plan de parto

De las 39 mujeres participantes, 22 no conocían el plan de parto, a pesar de encontrarse gestando o haber tenido un parto en un periodo anterior de menos de un año.

“Yo directamente no lo conocía, entonces no conocía que hubiese... ni en el primer parto ni el segundo, no lo conocía.” (G2P1)

“Yo nada, no tengo nada de información sobre eso, no. No sé ni cómo va, ni qué pone de información ni nada.” (G6P2)

Las restantes, que sí lo conocían o lo habían usado, consideraban que el plan de parto es un instrumento que se entrega a las gestantes de forma obligatoria, donde

se recogen por escrito derechos básicos de las mujeres durante el parto. Sin embargo, refieren que los profesionales no lo usan ni lo tienen en cuenta en la mayoría de los casos.

“La verdad es que yo no supe ni qué poner, ni me sentía capacitada para ponerlo y después creo que tampoco lo usan mucho, porque en la documentación que te hacen firmar cuando tú llegas al hospital te ponen claramente que van a intentar seguir tu plan de parto, a no ser que ellos consideren que no tienen que seguirlo. Entonces, pues no tiene mucho sentido. (G2P2)

“Nadie me lo pidió... o sea eso iba conmigo en el bolso y volvió conmigo en el bolso.” (G5P6)

Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino en el periodo perinatal

De las respuestas anteriores cogimos que las participantes en este estudio perciben que el empoderamiento femenino en el periodo perinatal es difícil de conseguir en la situación actual. Sin embargo, en sus intervenciones las participantes hacen alusión a algunos cambios que consideran que pueden facilitar que la experiencia de las mujeres durante este periodo sea más satisfactoria.

En primer lugar, consideran que debe haber un cambio en la organización del sistema sanitario público, empezando por las infraestructuras, que a veces dificultan que las mujeres puedan cumplir sus expectativas y deseos.

“Teniendo el privado, aquello es un hotel comparado con el público. Porque, por ejemplo, con el tema del COVID, allí voy a estar en una habitación individual y en la pública me van a poner con alguien.” (G1P1)

Pero el aspecto central, desde su punto de vista, es el de los profesionales. Las participantes expresan que les gustaría tener una persona o un equipo concreto al que dirigirse y ser atendidas siempre por éste, para aumentar su seguridad y confianza.

“Siempre me ven las mismas personas, eso es muy importante.” (G1P5)

“Es que tú puedes tener una super matrona durante el embarazo, que tú dices «hostia que guay, que bien, lo que me está explicando super bien», y ahora, cuando llegas, te toca otra matrona cualquiera y al final es totalmente diferente todo lo que a ti te han contado y te han idealizado con lo que cada una se encuentra después.” (G5P6)

Además de su demanda de continuidad de cuidados, también hacen alusión a la escasez de profesionales sanitarios, lo que puede ser un factor desencadenante de muchas de las desatenciones percibidas.

“De que haya más profesionales, me hubiese encantado que el matróon no tuviese que estar repartido con tres boxes, porque al final nos pusimos a parir las tres a la vez y al final fue un poco locura en ese momento.” (G6P3)

“Con mi hija no era como ahora. Lo primero es que no había ni aquí matrona en el centro de salud, nos daba la charla una enfermera.” (G6P2)

Otro aspecto citado es el referente a la formación y la actitud de los profesionales, pues las participantes consideran que deben estar actualizados y ofrecer un trato igualitario, respetando su situación, deseos y necesidades, pues perciben que existen variaciones entre la atención por parte de profesionales con diferentes grados de experiencia o que pertenecen a instituciones diferentes.

“Es que realmente debería de haber un acuerdo común entre todos los matrones y matronas de España, a nivel estatal, a nivel regional puede ser o a nivel de Andalucía. De que todos tuvieran un mismo fin y una forma de trabajar. No que te cuentan unos una cosa, otros otra totalmente diferente, y es que es una locura, no hay unificación porque cada uno piensa de una forma, unos son de la escuela antigua, otros son de la escuela moderna y ahora voy a rezar a ver cuál me toca. No hay una unificación.” (G5P6)

“Con una entrevista o una charla previa de lo que tú desees, lo que tú quieres y que a partir de ahí pues te digan pues mira, si en un momento dado se puede hacer o no, no es conveniente, pero más que nada lo que estamos

diciendo, si es necesario episiotomía, si se puede evitar, que son cosas que yo... una no le gustaría que se lo hicieran.” (G5P5)

En cuanto a la parte que les corresponde a las mujeres como usuarias del sistema sanitario en el periodo perinatal, las participantes expresan la convicción de que queda mucho trabajo por hacer para conseguir que todas sean conscientes de los derechos que tienen y sean capaces de luchar por su autonomía durante el periodo perinatal.

“Porque tú lo puedes sacar [el plan de parto], te suelen decir llévalo fotocopiado y cuando llegues se lo entregas a la matrona, pero llévalo y le dices toma, no lo dejes en el bolso, sino sácalo. A lo mejor, si lo sacamos, lo miran.” (G5P6)

“Yo creo que es un poco concienciar, bueno concienciar, estudiar, investigar, profundizar un poco en todo, un poco mucho porque creo que hace mucha falta, en que el parto es un proceso natural y que la mujer puede y es cuestión de darle tiempo.” (G6P3)

Sentimientos de las participantes

La última categoría de análisis hace referencia a los sentimientos de las mujeres. Uno de los sentimientos más extendidos de las embarazadas es la falta de conocimientos sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio.

“No estamos formadas para afrontar el parto.” (G3P2)

“Yo al menos no, no sé qué me beneficia más, si me tengo que poner la epidural o no me la tengo que poner, que me hagan el corte o no me lo hagan [...] por lo menos a mí la matrona no me ha comentado nada, ni la matrona ni nadie y eso también se echa de menos para luego tú poder decidir al respecto, sabiendo los pros y los contras.” (G5P3)

Esta falta de conocimientos, unida a la falta de consideración por parte de los profesionales sanitarios de su opinión y sus deseos, hace que las mujeres participantes se sientan desprotegidas e inseguras, además de poco respetadas. Y, esto lleva, independientemente de sus expectativas, a que se sometan a lo que el profesional sanitario les indique o proponga.

“Y te da la sensación de que, si tú llegas con tu plan de parto y dices quiero esto, se te van a echar encima y te van a decir mira la gilipollas esta. Yo la información que he recibido de la gente, por así decirlo, es que te tratan como un objeto, y ponte aquí y ponte allí, ábrete de piernas, dicen que no hablan de lo que hacen contigo o lo que quieres en ese momento.” (G5P2)

“¿Para qué me he preparado? Eso es más frustrante todavía que si no conoces nada, porque si tú pasas de todo durante el embarazo, te dedicas a las visitas de la matrona y ya está, pues no sabes a lo que vas, y haces lo que

te digan ¿no? Pero si tú vas con cierto conocimiento, pues todavía es más frustrante.” (G5P6)

Además, el hecho de no ser siempre atendidas por el mismo profesional sanitario también les genera desconfianza, junto con la sensación de que los profesionales sanitarios no dedican todo el tiempo que ellas necesitan para atender a sus necesidades.

“Meten gente nueva, son muy jóvenes, no tienen experiencia, no me dan confianza ninguna.” (G1P7)

“Las consultas con tu matrona del centro de salud son muy cortitas, entonces es verdad que al final vas y entre que preguntas dudas es un poco sota, caballo y rey y aunque ella es de charlar y demás pues se hacen cortas.” (G6P3)

Sin embargo, se sienten valoradas cuando las matronas se implican y tienen en cuenta sus deseos y expectativas.

“La muchacha, vamos yo me acuerdo de que la mitad del tiempo estuve empujando de pie, como la que está cagando en el campo, y la muchacha con un espejito por debajo tumbada en el suelo. O sea, que podía haberme dicho siéntate ahí que me duelen los riñones. No. Así que, lo respetó,

por lo menos la matrona que a mí me tocó en ese momento, lo respetó.”

(G6P3)

5.3 Percepciones de las matronas

En las páginas siguientes mostramos los resultados principales de las diez categorías de análisis de las percepciones de las matronas sobre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, con mención expresa de algunas de sus manifestaciones más significativas.

Definición del concepto de empoderamiento femenino

Todas las participantes estaban familiarizadas con el término empoderamiento femenino, e incluso habían oído hablar de él durante su formación como enfermeras especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Las matronas participantes definen el empoderamiento femenino en el periodo perinatal como un cambio de paradigma de la atención sanitaria a las mujeres, en el que se fomenta el principio de autonomía y las capacidades para tomar decisiones informadas (con la información, el apoyo y consejos previos de las matronas).

“La capacidad de creerse que eres una diosa. La confianza, demandar la información, tomar decisiones, hacer lo que quieres realmente, no lo que te dicen que tienes que hacer y que te sientas bien con las decisiones que tomes, sean las que sean.” (E14)

“Que la mujer tenga las capacidades, las habilidades, la forma de buscar esa información, eso que ella quiere hacer. Es decir, buscarla y encontrarla. Porque muchas veces la mujer intenta conocer más sobre qué se va a hacer y qué no; qué va a ocurrir durante su proceso; qué puede ella decidir y qué no: y se encuentra con muchas trabas. Que parece una tontería, pero el acceso a ese tipo de información no es tan fácil.” (E1)

Beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino

Todas las participantes consideraron que el empoderamiento femenino en el periodo perinatal aporta más beneficios que perjuicios. Sobre estos últimos, las matronas creen que derivan principalmente de las percepciones de los profesionales sanitarios sobre este término. Aunque también consideran que el empoderamiento femenino puede ser perjudicial si las mujeres basan sus decisiones en información no basada en evidencia científica o si llegan al sistema sanitario con unas ideas inflexibles.

“Algunas de ellas han confundido el empoderamiento y te dicen: «Tengo mucha información, tú a mí no me vas a decir lo que está bien, lo que está mal o lo que tengo que hacer». Vienen a la defensiva, no te buscan como figura de información, vienen como atacando.” (E10)

“El problema es que la percepción por parte de los profesionales que acompañan a esta mujer puede ser negativa. Porque están acostumbrados a tener delante mujeres dóciles y sumisas, que dicen: «yo quiero que me lo saquen y notar lo menos posible». Y una mujer que viene empoderada, bien informada y cuestionando los protocolos y la manera de hacer, pues no suele gustar.” (E17)

Como principales beneficios, las matronas señalan que el empoderamiento femenino en el periodo perinatal aporta conciencia sobre el proceso, conocimientos y una vivencia positiva del parto.

“El beneficio mayor es la satisfacción de esa mujer de haber sido consciente de las decisiones que ha ido tomando.” (E18)

“La mujer está muchísimo más informada, tiene más libertad para poder decidir sobre lo que quiere y lo que no quiere hacer.” (E1)

Papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino

Las matronas consideran que su papel dentro del empoderamiento femenino en el periodo perinatal es esencial. Y, además, creen que no sólo es importante en este periodo, sino en todos los procesos de salud-enfermedad de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

“Yo creo que el papel de la matrona es fundamental en el periodo perinatal, pero yo te diría más; yo incluso iría al periodo en el que la mujer se está planteando si quiere o no embarazarse.” (E1)

“Nuestro empoderamiento como mujer, yo creo que es desde que somos adolescentes, desde que tenemos capacidad de decidir, por ejemplo, para tomar unos anticonceptivos u otros. Desde el minuto uno, creo que figura de la matrona es fundamental, desde la niñez hasta la menopausia y después.” (E2)

Las matronas participantes señalan que el empoderamiento femenino en el periodo perinatal consiste, principalmente, en acompañar a las mujeres durante este proceso. Además, creen que las matronas deben: animar a las mujeres, respetar sus decisiones, apoyarlas, informarlas y ser su profesional de referencia.

“Yo soy de las que piensan que las mujeres son poderosas. Que nosotras solo les tenemos que recordar que lo son. Y como mucho ayudarle a quitar lastre.” (E15)

“Las matronas ahora mismo estamos relegadas a hacer tactos, romper bolsas y poner oxitocina. Que está muy bien, yo también hago esas cosas. Pero eso no es ser matrona, ser matrona es acompañar a las mujeres y eso se nos ha olvidado. Por eso no queremos estar en primaria, nos cuesta

trabajo la continuidad, porque también somos pocas y eso genera mucha sobrecarga de trabajo.” (E12)

Sin embargo, consideran que, para poder empoderar a las mujeres, ellas necesitan estar empoderadas como matronas.

“Las matronas creo que ahí tenemos un papel muy importante porque podemos ser el espejo en el que mirarse. Y si nosotras somos las que no somos capaces de sentirnos en ese poder, es muy difícil transmitírselo a las mujeres.” (E15)

Relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres

Cuando preguntamos a las participantes acerca de la relación que puede existir entre estos conceptos, la mayoría creen que existe una relación de dependencia entre ellos, siendo imposible aplicar unos y otros no. E incluso señalan que la humanización del parto debería estar presente siempre, con independencia del empoderamiento o no de las mujeres durante este periodo.

“O sea, creo que empoderamiento femenino y dignificación del cuerpo de la mujer sí que creo que están muy relacionados. El resto no sé si deberían tener relación. O sea, el hecho del empoderamiento femenino con que el parto

sea humanizado es que es como el parto debería ser humanizado sin necesidad de hablar de empoderamiento femenino.” (E8)

“Cada una de las palabras que has dicho, engrandece la otra. O sea, todas juntas suman. No hay una sin otra para mí.” (E18)

Aspectos esenciales/herramientas para el empoderamiento femenino

Respetar a las mujeres y sus decisiones en el periodo perinatal es considerado por las matronas como uno de los principales factores del empoderamiento en esta etapa de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

“Entonces yo creo que la mujer empoderada es importante, lo que pasa que el empoderamiento se tiene que entender de una forma correcta, siempre basado en el respeto tanto de la mujer como del profesional.” (E5)

“Yo sigo pensando que lo fundamental es absoluto respeto porque cada mujer tiene su tiempo, cada mujer tiene su forma de estar en el mundo y su momento para tomar decisiones. Y ahí creo que es donde, el respeto es fundamental.” (E16)

Además, las matronas consideran que para poder llevar a cabo un empoderamiento femenino eficaz en el periodo perinatal las mujeres deben tener

información sobre el proceso de salud en el que se encuentran y un entorno sociocultural y familiar en el que cuenten con apoyo.

“Yo creo que el primordial es la información.” (E11)

“Obviamente también va a depender mucho del contexto sociocultural en el que la mujer se desarrolle.” (E12)

Por otro lado, resaltan la figura de las matronas como elemento empoderador esencial, así como la necesidad de que a éstas les sean reconocidas sus capacidades y habilidades para cuidar a las mujeres durante toda su vida sexual y reproductiva.

“Como matronas que somos, tenemos que tratar a mujeres en toda su edad reproductiva.” (E14)

“También entendí que si no me empoderaba primero yo era difícil que le pudiera sugerir a alguien que tomara las riendas de su vida.” (E15)

Conocimientos del plan de parto

En cuanto al plan de parto, todas las participantes coinciden en que en sus inicios era una herramienta empoderadora, que permitía establecer un diálogo con la paciente y conocer sus expectativas y deseos. Sin embargo, las matronas reflejan

que en la actualidad ha quedado obsoleta y es insuficiente para cubrir estas necesidades.

“Y para mí sí que es una herramienta importante porque, al final no tanto como papel, sino porque da un espacio de reflexión a la mujer durante el embarazo. Puede dar pie a que haya un diálogo entre la mujer y la matrona.” (E5)

“No lo considero efectivo como tal, porque es como un modelo y todas las mujeres copian ese modelo, todas ponen lo mismo. Y en realidad cada parto, cada experiencia es individualizada.” (E11)

Asimismo, consideran que un plan de parto redactado por las mujeres y no estandarizado, la digitalización de éste y una consulta con la matrona en la que las mujeres describan sus necesidades, deseos y expectativas, es un conjunto de acciones más empoderador que la herramienta que existe actualmente.

“Lo ideal sería sentarse un día con la matrona y hablar de todo esto, previa a información. No tachar casillas, porque muchas veces es como que no llega a concretarse realmente qué es lo que quiere.” (E17)

“Deberían tener el plan de parto de cada mujer digitalizado en el historial, para que nada más llegar al hospital, al abrir su historial, lo vieran.” (E19)

Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino en el periodo perinatal

Finalmente, las matronas consideran que la inclusión del acompañante y la familia resulta beneficiosa en el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, puesto que permite a las mujeres deleguen el cumplimiento de sus deseos y expectativas en la persona que tienen al lado cuando se encuentren en una situación que les impida decidir.

“El empoderar a la acompañante muchas veces es más conveniente durante el proceso del parto. Porque la mujer cuando está con dolor, con molestias, no te está prestando atención. Porque es que neurológicamente no está en el momento de prestar atención a nada.” (E1)

“En el momento del parto debes buscarte otra persona que te empodere más. Que te dé más capacidades, más ánimo, más ayuda... y quizás pues, darle otro papel. Pues el de informar, el de preparar... Es decir, no desplazarlo, porque evidentemente la pareja (sea quien sea) debería estar involucrada. De hecho, es uno de los principales aspectos que después van a influir en el apego que tengan y la formación de esa nueva unidad familiar.” (E3)

Por otra parte, la principal acción que señalan las matronas como dificultad para empoderar a las mujeres es la atención paternalista y la jerarquización profesional del sistema sanitario, en el que las matronas son consideradas como profesionales secundarios. En este sentido, las matronas participantes creen que necesitan empoderarse para poder transmitir este empoderamiento a las mujeres.

“Creo que primero empoderarnos a nosotras, porque creo que no seré la única que se ha sentido menospreciada en su trabajo, y que su opinión contaba menos que la de otros profesionales.” (E8)

“Las mujeres se sienten muy niñas, muy inseguras. Las tratamos como niñas.” (E12)

Además, las matronas consideran que la captación tardía de las mujeres en el periodo perinatal, la falta de continuidad asistencial y la escasez de matronas dificultan mucho la tarea de empoderar a las mujeres.

“Ahora mismo la matrona, hace una visita puerperal a más tardar a los 10 días y ya después se desentiende de la mujer. No vuelves a ver a esa mujer, ni a esa madre, ni sabes cómo le va la lactancia, ni nada más. Ni si ha tenido un problema de suelo pélvico, si tiene algún tipo de incontinencia, si conoce si es normal o no lo que le ocurre.” (E1)

Propuestas de mejora para empoderar a las mujeres en el periodo perinatal

Las matronas consideran que el nivel de empoderamiento femenino de las mujeres durante el periodo perinatal podría mejorar si se les permitiera a las matronas desarrollar sus competencias como profesionales referentes de los cuidados de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

“Debería fortalecer los lazos de la multidisciplinariedad. Los obstetras son especialistas en patologías y no pueden liderar, ni estar en los sitios donde el primer contacto de las mujeres y el seguimiento de un embarazo o un parto sea el natural que debe de ser para esa mujer.” (E16)

“Que se nos respete como profesión. Porque con la preparación que tenemos que tener y con las decisiones que tenemos que tener, y el acompañamiento que tenemos que hacer, ya es hora de que vayamos por libre.” (E16)

En este sentido, reclaman más continuidad en los cuidados a las mujeres. Sin embargo, son conscientes de que estos cambios deben realizarse desde las políticas sanitarias.

“En el primer momento en el que yo estoy planteándome el hecho de ser o no madre. Yo creo que, desde ahí, ya debería de tener contacto con la matrona. Que le vaya un poco orientando sobre su proceso, sobre cómo quiere hacerlo, sobre qué va a ocurrir, qué puede ella decidir.” (E1)

“Desde las políticas sanitarias más de macroestructura y que luego sean los profesionales lo que los que muevan el cambio. No tanto las mujeres. Un cambio en la atención pública.” (E4)

Empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual

Las matronas refieren que, en la actualidad, se intenta empoderar a las mujeres con el uso del plan de parto, aunque a veces no se respetan las decisiones de las mujeres y se consideran como una amenaza a aquellas mujeres empoderadas. Por otra parte, expresan que la deficiencia de matronas hace que no puedan profundizar en todos los aspectos que les gustaría.

“Yo lo he utilizado siempre en la educación maternal, le he dado una copia cada una de la Junta de Andalucía para que se lo leyesen en casa .” (E11)

“Pero es verdad que estamos muy mal utilizadas. Y nos centran mucho en lo que es el parto y poco más embarazo, parte, puerperio.” (E14)

“De hecho, me fui de la sanidad pública porque no podía hacer las cosas que hago en mi consulta. Y esa es mi forma de colaborar.” (E14)

Las matronas creen que el hecho de que las mujeres estén empoderadas o no depende, principalmente, del profesional sanitario que atienda a las mujeres en este periodo y del lugar geográfico en el que las mujeres se encuentren.

“Es que por ejemplo yo soy de un pueblo pequeñito y hasta hace 1 año no teníamos matrona. Entonces realmente un seguimiento lo hacía una enfermera que podría o no podría tener los conocimientos en ese tipo de menesteres.” (E2)

Relación entre matronas y mujeres

En cuanto a la relación entre las mujeres y las matronas, la confianza de las mujeres en las matronas y el respeto a sus decisiones es resaltada por las participantes como un elemento muy importante dentro del empoderamiento femenino en el periodo perinatal, ya que les aporta seguridad. Y esto hace que las mujeres tengan una vivencia positiva de su proceso de salud.

“Tiene que estar basado en un diálogo, en una información, en un compromiso y un respeto mutuo, tanto de profesional como del usuario del servicio. Entonces, si nos basamos en esto, la mujer puede empoderarse y puede decidir lo que ella quiera.” (E5)

“Parto súper largo, un desgarro vaginal. Dios mío, pobrecita. Un fórceps. Y ella, en principio, contenta. Porque se ha sentido bien acompañada.” (E11)

5.4 Percepciones de los gestores

Por último, mostramos los resultados principales de las once categorías de análisis de las percepciones de los gestores sanitarios de cuidados sobre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, con mención expresa de algunas de sus manifestaciones más significativas.

Definición del concepto de empoderamiento femenino

Todos los participantes expresaron que estaban familiarizados con el término empoderamiento femenino, aunque solo uno de ellos tenía formación específica sobre este tema. La mayoría de los participantes consideran que empoderamiento femenino en el periodo perinatal es la toma de control por parte de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva, mediante la adquisición de conocimientos (con los consejos previos facilitados por los profesionales sanitarios) y que los profesionales sanitarios respeten sus decisiones.

“Todo ese estado de control que tiene la mujer, desde la idea de crear una familia, de cuándo desea la concepción, de todo aquello sobre el control del bienestar para su salud y la del bebe o de los bebés que lleve dentro y todo

lo que supone lo que es la preparación a la maternidad, al parto, al nacimiento, a la crianza. Y todos aquellos factores que ella puede incorporar a sus hábitos de vida, hábitos sociales en su conciliación de la vida familiar, laboral...” (E1)

Beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino

Los gestores sanitarios en cuidados entrevistados señalaron que el empoderamiento femenino durante el periodo perinatal es beneficioso.

“Se evitan sufrimientos innecesarios y eso en sí, le va a influir a nivel mental, social y fisiológico, es decir, la salud de la mujer va a mejorar mucho porque eso le ayuda a recuperarse del proceso del parto, lactancia y crianza.” (E5)

Como aspectos negativos del empoderamiento femenino en el periodo perinatal, los entrevistados señalaron el desconocimiento generalizado del término empoderamiento por parte de las mujeres y la influencia de los aspectos sociales en la toma de decisiones por parte de las mujeres.

“La sociedad obliga a que tienen que pasar por una criba. Y eso, al final, hace mucha mella, las mujeres sufren y el sufrimiento es lo que les hace perder el empoderamiento.” (E5)

Otro aspecto perjudicial indicado por los participantes fue la percepción negativa de algunos profesionales sobre las mujeres con conocimientos e información sobre su proceso y conciencia sobre sus derechos.

"Una mujer que venga diciendo lo que quiere hacer y cómo lo quiere hacer a los profesionales muchas veces no nos gusta y puede revertir en que el trato hacia la mujer no sea el más adecuado." (E6)

Papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino

Para los gestores sanitarios en cuidados, las labores más significativas de las matronas dentro del proceso de empoderamiento de las mujeres en el periodo perinatal son facilitar información, dar apoyo y respetar sus decisiones.

"La matrona tiene que ser capaz de transmitirle a la mujer que está ahí para hacer lo que ella quiera que haga: no te pongas en mis manos, vamos juntas a hacer lo que tú quieras, cómo quieres que sea tu parto, tú me vas a ir indicando, yo te voy a ir preguntando, ¿te apetece que te haga esto, te apetece moverte, te apetece que te ponga tratamiento? Cuando hacemos eso, las mujeres se sienten muy protagonistas. Y eso es muy importante, porque la satisfacción de la mujer aumenta." (E6)

“Divulgar conocimiento y las evidencias de las mejores prácticas para dejar la decisión en manos de la mujer.” (E8)

Los participantes resaltan la creación de un vínculo de confianza entre la paciente y la profesional, control del proceso de salud, captación de pacientes y seguimiento de procesos de salud-enfermedad como actividades a realizar por las matronas.

“De apoyo, de información, de educación sanitaria, de respeto, de calidez, de cercanía a sentimientos y valores, de fomentar el vínculo, el apego, en el momento del nacimiento del recién nacido, del contacto piel con piel...” (E1)

Relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres

Todos los participantes comentaron que estos conceptos están relacionados y encadenados, ya que cada uno implica a los otros.

“Es que precisamente el empoderar a la mujer es dignificar su cuerpo, y si tú la empoderas es para que tenga un parto humanizado, o sea, totalmente coherente con sus deseos y cómo se debe de desarrollar, respetuoso con el bebé y con la madre. Es que, si no, no tiene sentido.” (E2)

Aspectos esenciales/herramientas para el empoderamiento femenino

El respeto a las decisiones de las gestantes y puérperas es considerado por los gestores sanitarios en cuidados uno de los factores facilitadores del empoderamiento de las mujeres en el periodo perinatal, ya que ayuda a establecer una relación de confianza entre las matronas y las mujeres, elemento también señalado por las matronas participantes como indispensable en el empoderamiento femenino en este periodo.

“La humanización engloba no solo aquellas técnicas y prácticas que los profesionales tenemos que fomentar, sino respetar aquellas que la mujer libremente con la información que tenga elija.” (E1)

Por otro lado, el conocimiento también es considerado esencial para empoderarse.

“Lo primero que necesitan es comprender lo que acontece en su cuerpo, cómo es el proceso de gestación, cómo es el proceso de trabajo de parto y el parto, para que ellas puedan comprender aquellas sensaciones que tienen durante ese proceso de gestar y parir.” (E7)

Se observó que los participantes indicaron, como otro aspecto a resaltar dentro del empoderamiento femenino, la figura de las matronas de atención

primaria, ya que se encargan de la captación, formación y seguimiento de las mujeres en su etapa sexual y reproductiva.

“Que la enseñemos desde el primer minuto a que se tiene que preparar, eso es fundamental. No que deje hacer, sino que la mujer lea, aprenda, vea experiencias, y eso se prepara desde la atención primaria.”

(E6)

Además, también consideran esencial para tener una experiencia satisfactoria que las mujeres estén informadas, conservar su intimidad, y que tengan un contacto previo con el lugar en el que van a dar a luz.

“El tema más importante es la intimidad. Si una mujer está de parto necesita tener una intimidad para empoderarse, para ella estar viviendo su parto.” (E5)

Finalmente, también señalan la necesidad de que el profesional sanitario que las atiende tenga formación específica sobre empoderamiento femenino en el periodo perinatal.

“Otra parte importante es que el profesional que esté atendiendo a estas mujeres esté formado para eso.” (E6)

Los gestores sanitarios de unidades relacionadas con el cuidado durante el periodo perinatal dividen las herramientas para empoderar a las mujeres en dos sectores: el institucional y el profesional. Dentro del primero, encontramos los proyectos de humanización de la atención perinatal, los planes de parto, el conocimiento del lugar donde van a dar a luz, la información y transparencia por parte de los centros sanitarios, y las guías de práctica clínica. En el sector profesional, son herramientas empoderadoras los propios profesionales, de entre los que destacan las matronas de atención primaria, y la formación de estos profesionales en empoderamiento femenino.

“El grueso más importante de todo son sus profesionales. Ese es el valor más grande que tienen.” (E5)

“Teníamos unas jornadas de puertas abiertas y hacíamos a las mujeres partícipes de la unidad previo a ingresar de parto y conocían el hospital. Yo creo que esa es la información que les garantiza ese empoderamiento y esa seguridad.” (E4)

Conocimiento del plan de parto

Todos los encuestados coinciden en que el plan de parto es una herramienta empoderadora en sus orígenes, que se ha quedado obsoleta e insuficiente para cubrir las necesidades actuales de las mujeres en el periodo perinatal, y esto puede generar

insatisfacción y frustración a las mujeres, por no cumplir con sus expectativas en cuanto a los cuidados idealizados durante el periodo perinatal.

“El plan de parto se hace en una época en que el enfoque era ese, pero después la sanidad y los partos han ido evolucionando tan rápido, que debido al desconocimiento y a la falta de humanización se ha quedado atrasado.” (E5)

Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento en el periodo perinatal

Los participantes consideran la formación específica para profesionales en empoderamiento femenino en el periodo perinatal como un elemento facilitador de este empoderamiento. Sin embargo, aluden que es escasa: no se les facilita acceso a la misma ni se le da importancia en las instituciones.

“Esa formación específica existe, pero ¿el acceso a esa formación específica lo tenemos todos?” (E1)

También consideran que existe escasez de profesionales, concretamente de matronas, y eso dificulta que estas profesionales puedan empoderar a las mujeres, ya que cuentan con un tiempo demasiado reducido para atenderlas y se decantan por aspectos más técnicos en sus consultas, además de que hay mucha variabilidad en la práctica asistencial.

“Más profesionales, matronas en este caso, que es lo que yo defiendo a nivel de atención primaria y a nivel de atención especializada, para que la atención pueda ser en primaria no tanto, pero en especializada, una: una. Una mujer, una matrona que pueda atender ese parto. Si no es así, nos falta tiempo para empoderar a la mujer.” (E6)

“Así, el empoderamiento puede ser puesto en jaque por sobrecarga de trabajo, pero también depende mucho de cada profesional.” (E7)

Empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual

Los participantes de nuestro estudio consideran que en la asistencia sanitaria que se presta a las mujeres en la actualidad, los profesionales sanitarios empoderan a las mujeres durante el periodo perinatal gracias a que es uno de los objetivos que se plantean las unidades para aumentar la calidad asistencial. No obstante, consideran que los gestores sanitarios en cuidados no cuentan con la formación necesaria para otorgar al empoderamiento femenino en el periodo perinatal la importancia que éste tiene.

“Objetivos que nos ponen a los hospitales y a los centros de salud del tema de humanización.” (E5)

Motivación para empoderar a las mujeres

En cuanto a la motivación a la hora de elegir empoderar a las mujeres, los gestores sanitarios en cuidados encuestados sienten que lo que motiva a los profesionales a empoderar a las mujeres es que éstas consigan una vivencia positiva de su proceso reproductivo. Otra de las cosas que les motiva es recibir una compensación económica en respuesta a un trabajo bien realizado. Y, finalmente, que se haya creado conciencia social y de los gestores sobre la importancia del empoderamiento femenino en el periodo perinatal.

“Lo que más motiva no es solo el buen resultado obstétrico, es que la mujer pueda lograr esa vivencia positiva en general del momento del nacimiento. Una mujer satisfecha es nuestra mejor satisfacción.” (E1)

Trato del empoderamiento a nivel docente

Respecto al trato del empoderamiento a nivel docente, los participantes consideran que el empoderamiento femenino es un tema que cada vez cobra más importancia en las unidades docentes de matronas, aunque no se trata como tema primario; es un tema que se ve de forma transversal durante la formación.

“Entre el temario que nosotros tenemos que dar a nivel docente no hay un tema que diga «empoderamiento femenino». Sin embargo, casi todos los profesores que dan clase suelen tenerlo de manera transversal metido dentro de cada temario.” (E6)

“Claro que sabemos que es necesaria la formación continua, o sea, una educación permanente, pero necesitamos trabajar en esto desde la carrera para tener enfermeros sensibilizados con esta temática” (E7)

6 DISCUSIÓN

6.1 Percepciones de las mujeres

Teniendo en cuenta la naturaleza del estudio, cabe destacar que lo expresado en las respuestas de nuestras participantes está en relación con sus propias experiencias, creencias y conocimientos, tras estar en contacto con los profesionales sanitarios durante el periodo perinatal.

Sobre la definición/concepto de empoderamiento femenino, las mujeres definen el empoderamiento femenino como una actitud que les permite ser autónomas y conscientes de sus capacidades y derechos (Martín-Bellido, 2020). Definiciones similares de este término se han realizado en otros estudios, que exponen que se trata de adquirir confianza en sí mismas, logrando autoridad para tomar decisiones en un entorno que le proporciona los recursos necesarios para ello (Castillo-Guerra, 2019; Fernández y Fernández Arroyo, 2017).

En cuanto a los beneficios/perjuicios derivados del empoderamiento femenino, nuestros hallazgos están respaldados con estudios anteriores al señalar que las participantes lo ven como un proceso que aporta muchos beneficios (Martín Badía, 2020; Pratley, 2016). No obstante, como ocurre en el estudio de Palmquist et al. (2020), las mujeres perciben que aún se encuentra muy medicalizada la atención sanitaria durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

En lo relativo al papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino, nuestros resultados son consistentes con los de la literatura anterior (Martínez-García et al., 2018), pues las mujeres participantes las identifican como un agente clave en su empoderamiento, a través de acciones como facilitar

información, aportar tranquilidad, guiar, aconsejar, respetar, dar confianza y acompañarlas durante el proceso. Coincidimos así con el trabajo de Alfaro et al. (2018) en la percepción que nuestras participantes tienen de sentirse valoradas por las matronas y considerarlas sus aliadas cuando éstas conocen sus necesidades y las de su familia, y respetan sus deseos y expectativas. Eso no quita que las participantes también valoren que, en otros casos, las matronas pueden dificultar el proceso en función de sus consejos y de la actitud con las que los brindan, pudiendo llegar a una verdadera falta de respeto a su autonomía personal (Goberna-Tricas y Biurrun-Garrido, 2020).

Sobre la relación entre el empoderamiento femenino y otros términos como humanización del parto, cuidados individualizados y trato digno hacia sus cuerpos, las participantes en nuestro estudio establecieron una conexión clara. La literatura disponible indica que las mujeres consideran que todos estos términos plantean un mismo tipo de atención sanitaria, que favorece su autonomía y el respeto a sus deseos y preferencias (Borges Damas et al., 2018; Cima R. et al., 2019; Goberna-Tricas y Biurrun-Garrido, 2013).

Concerniendo a los aspectos esenciales para el empoderamiento femenino, las participantes en nuestro estudio coinciden con lo señalado por Tully y Ball (2013), al identificar la información como el elemento más facilitador de la toma de decisiones junto al equipo sanitario. Sin embargo, sugieren que en la actualidad esta información es escasa, como se describe de manera similar en los trabajos de Alfaro et al. (2018) y Lázzaro y Arnao-Bergero (2021). Al hecho de que los profesionales sanitarios las informen y les aporten conocimientos, le dan un valor emocional positivo para su propia experiencia y la de sus familias, porque no solo adquieren

conciencia, conocimientos y capacidades, sino seguridad y tranquilidad (Gómez-Fernández, et al. 2020).

Por otro lado, nuestras participantes destacan la importancia de la implicación de la pareja o familia en el periodo perinatal, como ocurre en el estudio de Jeong et al. (2021). Aunque no podemos dejar atrás hallazgos como los sugeridos en la investigación de Longworth et al. (2015), que indica que las mujeres continúan percibiendo que recae sobre ellas el peso más importante de la toma de decisiones durante este periodo.

Además de sus acciones concretas y de la actitud del profesional sanitario que las atiende, las participantes en nuestro estudio identifican el tiempo disponible para la atención como el tercer elemento para tener en cuenta respecto de los profesionales en su relación con el empoderamiento femenino en el proceso perinatal, lo que coincide con lo recogido en otros estudios (Lewis-Jones, 2022; Tickle, 2021). Nuestras participantes consideran que, en general, la cantidad de tiempo para la atención es limitada y lo atribuyen a la escasez de profesionales sanitarios.

Al abordar la cuestión del plan de parto, hemos encontrado que es una herramienta que actualmente no es conocida por todas las mujeres que se encuentran en el periodo perinatal. Además, las mujeres perciben el plan de parto como una estrategia administrativa en desuso por parte de los profesionales sanitarios. Estas percepciones también han sido señaladas por otros autores en sus investigaciones (Hidalgo-Lopezosa, 2017; Knupp Medeiros, 2019; Suárez-Cortés, 2015).

Sobre las acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino, las percepciones de nuestras participantes abren el campo de análisis al sistema sanitario visto como conjunto orgánico. En esta línea, las mujeres participantes en nuestro estudio reclaman otra organización que permita una continuidad asistencial de cuidados por parte de los mismos profesionales sanitarios, como ha sostenido el estudio de Tickle et al. (2021). El aumento de las plantillas y una mayor aplicación de la evidencia científica en la aplicación de los cuidados, son identificadas también por las participantes como mejoras significativas para aumentar la calidad de la atención sanitaria (Pourette et al., 2018) y un mayor grado de satisfacción (Gamedze-Mshayisa et al., 2018). Coincidiendo con lo indicado en el estudio de Fernández-Castillo y Linares-Abad (2018), en esta misma perspectiva organizacional, nuestras participantes expresan que los centros sanitarios están muy limitados en cuanto a recursos e infraestructura y que esto también repercute en la calidad de la atención. Así, sugieren un cambio en la organización de la atención sanitaria prestada a las mujeres y sus familias durante el proceso reproductivo, para que sean éstas el centro de los cuidados, coincidiendo también con lo expuesto por Liberati et al. (2019).

Por último, respecto a los sentimientos de las participantes, cuando las mujeres perciben que se ha producido una falta de respeto, ligada a la escasa consideración de sus deseos y decisiones por parte de las matronas y otros profesionales sanitarios, refieren haber tenido una experiencia negativa del proceso de embarazo, parto y puerperio, al considerar que no se ha dado respuesta a sus necesidades, lo que es consistente con lo recogido en otros estudios (Abdallah Husein et al., 2018). En estos casos, coincidiendo con Kroll et al. (2022), nuestras

participantes expresan haber percibido que los profesionales sanitarios no confían en sus capacidades para tomar decisiones informadas durante el periodo perinatal (en concreto, en sus preferencias plasmadas por escrito en sus planes de parto, que valoran como una herramienta facilitadora del empoderamiento).

6.2 Percepciones de las matronas

Lo expresado en las respuestas de las participantes de este estudio está relacionado con sus experiencias y conocimientos, tras la práctica asistencial con mujeres que se encuentran en el periodo perinatal.

Las matronas definen el empoderamiento femenino en el periodo perinatal como un cambio de paradigma de la atención sanitaria a las mujeres que fomenta la autonomía para tomar decisiones informadas. Definiciones similares de este término se han realizado en otros estudios (Van Bogaert et al., 2016).

Al indagar en la percepción de las matronas sobre los beneficios y perjuicios del empoderamiento femenino en el periodo perinatal, señalan que los beneficios superan a los perjuicios, lo que es consistente con la literatura anterior (Andrade-Romo, 2019). Así mismo, creen que el empoderamiento femenino en el periodo perinatal facilita una vivencia positiva del parto, aportando los conocimientos y conciencia necesarios sobre el proceso (Shimoda et al., 2018).

Continuando en esta línea, el papel que las matronas tienen dentro de este nuevo paradigma de atención a las mujeres en el proceso sexual y reproductivo es considerado esencial para la salud de las mujeres (Thommesen et al., 2020). Este papel consiste en acompañar a las mujeres, informándolas, apoyándolas y

respetando sus decisiones (Fernandes et al., 2020). Para ello, las matronas necesitan ser reconocidas y estar empoderadas (Hajiesmaello M. et al., 2020).

Sobre la relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres, las matronas establecen una conexión de dependencia entre todos ellos, algo que ocurre también en el caso de las mujeres y los gestores sanitarios en cuidados, como apoyan publicaciones como la de Berruecos-Prada et al. (2021) y algunas propias (Martín-Bellido y González-Sanz, 2020; Martín-Bellido y González-Sanz, 2023).

En cuanto a los aspectos esenciales para el empoderamiento femenino, el respeto a las mujeres y a sus decisiones no solo es una función de las matronas, sino que es señalado como una de las claves para empoderar a gestantes y puérperas (Shakibazadeh E., et al. 2017). En este sentido, otros aspectos que destacan nuestras participantes ya fueron tenidos en cuenta por Camacho-Morell y Esparcia (2020): la información y el entorno sociocultural, familiar y de apoyo que rodea a las mujeres .

Además, las matronas señalan que el establecimiento de una relación de confianza entre las mujeres y las matronas les aporta seguridad a las mujeres y facilita una vivencia positiva de su proceso de salud, lo que coincide con lo expuesto en otras investigaciones (McInnes et al., 2020).

Sobre la relación entre las mujeres y las matronas, las participantes consideran empoderadora y esencial para el propio proceso de empoderamiento la relación que se establece entre mujeres y matronas durante el periodo perinatal, en la que éstas son capaces de respetar sus necesidades y recoger sus demandas de cuidado (Rodrigues de Loiola et al. 2020; Herreira Trigueiro et al., 2021).

En cuanto al plan de parto, al igual que en el estudio de Busquets Gallego (2020), es considerado por las matronas como una herramienta empoderadora, aunque su uso hace que algunos profesionales se sientan cuestionados. No obstante, también consideran que necesita ser trabajada con las mujeres y mejorada, ya que en la actualidad no cubre las necesidades de las mujeres en general (Zubiaurre de Barros et al., 2017).

Respecto a las acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, las matronas participantes consideran que sería bueno que pudieran desarrollar todas sus competencias como profesionales referentes de salud sexual y reproductiva de las mujeres, mejorando, por ejemplo, la continuidad de cuidados en la etapa pre, intra y postnatal (Cescutti-Butler et al., 2020). Nuestras participantes coinciden con lo indicado en otros estudios acerca de que el paternalismo de la asistencia clínica durante este periodo, la escasez de matronas y la captación tardía de las mujeres dificultan el empoderamiento (Pemo et al., 2020). En este sentido, Anderson et al. (2017) señalan que las mujeres que tienen un acceso temprano a los profesionales referentes de su salud sexual y reproductiva tienen predictores más positivos de experiencias de parto.

En cuanto a otros aspectos, actualmente el que las mujeres estén o no empoderadas, según las matronas, depende del profesional sanitario que las atienda y del lugar geográfico en el que se encuentren, lo que es consistente con publicaciones anteriores (Bradfield, 2019).

6.3 Percepciones de los gestores

Destacar que lo expresado en siguientes líneas, son percepciones fruto de las experiencias y conocimientos de los gestores sanitarios en cuidados tras la gestión de unidades que se encargan de atender y cuidar a las mujeres durante el periodo perinatal.

Así pues, este colectivo define el empoderamiento femenino en el periodo perinatal como la adquisición de conocimientos y el respeto a las decisiones de las mujeres, gracias a la toma de control por parte de éstas del estado en el que se encuentran, lo que es consistente con lo recogido en la literatura previa (Kumar Sen et al., 2023).

Sobre los beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino, los participantes creen que el empoderamiento femenino durante el periodo perinatal aporta numerosos beneficios a las mujeres, como seguridad en sí mismas, y les permite expresar y llevar a cabo sus deseos (Alfaro et al., 2018). Sin embargo, no todo es positivo, ya que como señalan Khatiwada et al. (2020), los profesionales tienden a adquirir una percepción negativa de aquellas mujeres con conocimientos e información sobre sus derechos y proceso. Por otra parte, aunque estos beneficios son conocidos, no son considerados por los gestores sanitarios a la hora de establecer las medidas de atención a las mujeres gestantes (Van den Heuvel et al., 2018).

Acerca del papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino, los gestores sanitarios en cuidados destacan entre las actividades esenciales derivadas del papel que las matronas ocupan dentro de este proceso, la de facilitar información y ofrecer apoyo. Aunque, también consideran importante la educación sanitaria, la creación de un vínculo de confianza entre las mujeres y el profesional, el control del proceso de salud, la captación de pacientes y el

seguimiento de los procesos de salud-enfermedad, datos que se apoyan en los encontrados en investigaciones como las de Pringle et al. (2022) y Shahinfar et al. (2021).

En cuanto a la relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres, los resultados del estudio de las percepciones de los gestores sanitarios en cuidados sugieren que el concepto de empoderamiento femenino está estrechamente asociado con estos otros, como ya venían exponiendo otras investigaciones (Lanero y Lanero, 2020). Sin embargo, nuestros participantes consideran lo que ya Tavananezhad et al. (2022) afirmaban en su estudio: que es un término generalmente desconocido por las mujeres, que siguen tomando decisiones influenciadas por las creencias de la sociedad en la que viven.

Por otro lado, son considerados por los participantes aspectos esenciales para el empoderamiento femenino el respeto a las decisiones de las mujeres, los lazos de confianza que se establecen entre éstas y las matronas, el conocimiento que tienen acerca del proceso reproductivo, y en general, la figura de las matronas (Valdés et al., 2016). Otros aspectos señalados son la intimidad de las mujeres y que las atienda un profesional con formación específica en empoderamiento (Gijón-García, 2016). Los gestores sanitarios en cuidados que participaron en este estudio consideraron que son herramientas para empoderar a las mujeres los proyectos de humanización del parto, el plan de parto y las matronas, entre otros. Todos estos elementos ya habían sido señalados como empoderadores en otras investigaciones (Cobo Pérez y Analuisa Jiménez, 2022).

Que los participantes contemplen el plan de parto como herramienta empoderadora es consistente con lo mostrado en el estudio de Nogueira Vieira da Silva (2017). Sin embargo, nuestros participantes consideran que en la actualidad este documento ha quedado obsoleto y es insuficiente para cubrir las necesidades actuales de las mujeres en el periodo perinatal, lo que coincide con lo indicado por Barrionuevo López et al. (2022) en su investigación.

Los gestores sanitarios en cuidados entienden que esta limitación del plan de parto y otras anteriormente descritas son elementos insatisfactorios y frustrantes para las mujeres, ya que no les permiten cumplir con sus expectativas en cuanto a los cuidados durante el periodo perinatal —a menudo idealizados— aspecto que ya De Carvalho Silva et al. (2017) habían mencionado previamente en su estudio.

En lo que hace a las acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento, los participantes señalan dos sectores clave en los que evaluar las prácticas realizadas, para saber si contribuyen o no al empoderamiento femenino durante el periodo perinatal. Son el ámbito institucional y el profesional. En cuanto al primero, nuestros hallazgos están respaldados con estudios anteriores, ya que los participantes sugieren que la adquisición de conocimientos por parte de las mujeres, los cuidados basados en evidencia científica y el respeto a las decisiones de las mujeres, son las acciones que más facilitan su empoderamiento (Gómez-Fernández et al., 2020). En cuanto al ámbito profesional, la presencia de las matronas y su formación sobre empoderamiento destacan como acciones claramente empoderadoras (Fernández Méndez et al., 2018).

En cuanto a las acciones que dificultan el empoderamiento de las mujeres, los gestores sanitarios en cuidados destacan la escasez de los conocimientos sobre estas

cuestiones que tienen los propios gestores y los profesionales sanitarios dedicados al cuidado de mujeres en el periodo perinatal, por lo que consideran, como otros estudios previos (Macías Intriago et al, 2018), que sería necesario un aumento de la formación específica sobre este tema. En este sentido, indican que la oferta de esta formación es escasa, que no se les facilita acceso a la misma ni a ellos ni a los profesionales, y que no se le da la importancia debida en las instituciones (Fisher et al., 2022). Otra de las acciones institucionales que dificultan es la escasez de profesionales, en concreto de matronas, que creen que está relacionada, como indica el estudio de Anyichie y Nwagu (2019), con un aumento de las complicaciones durante el periodo perinatal.

En cuanto a las motivaciones para desarrollar una actividad empoderadora, los gestores sanitarios en cuidados consideran que los profesionales asumen el empoderamiento de las mujeres como resultado de la respuesta a los objetivos que se plantean las unidades para aumentar la calidad de los cuidados. Sin embargo, otros estudios indican que, aunque la implementación de medidas a favor del empoderamiento por parte de los gestores sanitarios en cuidados es muy importante (Angarita-Navarro., 2018; Villegas-Chiriboga et al. 2022), las principales responsables de la implantación del empoderamiento femenino en el periodo perinatal son las matronas y su motivación suele ser intrínseca (Contreras y Guaymás, 2018). Nuestros participantes también tienen en cuenta esta motivación intrínseca, pues expresan que otro de los factores clave de motivación de los profesionales es conseguir que las mujeres tengan una vivencia positiva de su proceso reproductivo. Como han señalado Deliktas Demirci et al. (2019), esta es la base

principal para guiar la práctica clínica hacia entornos promotores de la salud, respeto y toma de decisiones informadas.

Respecto al abordaje docente del empoderamiento femenino, los participantes consideran lo que ya Dickson et al. (2022) y Janighorban et al. (2016) señalaban con anterioridad: que, aunque es un tema que ciertamente se aborda en la formación especializada de las matronas, estos conocimientos deberían aportarse desde los estudios de grado, para tener profesionales generalistas y especialistas más sensibilizados con el tema y una gestión de calidad adaptada a las necesidades de las gestantes (Janighorban M. et al., 2015). Resultados similares en este sentido han sido expuestas en otra investigación realizada por la autora sobre este tema (Martín-Bellido et al., 2021).

Finalmente, resaltar que los datos recogidos en las entrevistas con gestores sanitarios españoles estaban en la línea de los recogidos en las entrevistas con gestores sanitarios en cuidados brasileños, a pesar de tratarse de dos entornos sanitarios con formas de gestión diferentes. En la tabla 5, se recoge de forma resumida, esquematizada y comparativa los aspectos principales aportados en este apartado.

7 LIMITACIONES

Entendemos que las principales limitaciones de este estudio tienen que ver con la presencia de varios posibles sesgos de selección. El primero, en relación con haber recogido únicamente datos de personas que tienen acceso a internet (en el caso de los grupos focales y entrevistas online), y/o cercanas al lugar de residencia de los investigadores en el caso de grupos focales y entrevistas presenciales.

Otro posible sesgo de selección puede encontrarse en el hecho de haber contado únicamente de datos de mujeres embarazadas, puérperas tras la cuarta semana del puerperio y con hijos menores de 12 meses. Puede haber otras situaciones durante las 4 primeras semanas de puerperio, tras el año de nacimiento, o en relación con abortos espontáneos y/o provocados que no queden recogidas en el estudio.

Un tercer sesgo de selección puede estar presente en el caso de los gestores sanitarios en cuidados, ya que hemos realizado nuestro estudio sobre una pequeña muestra de profesionales que ocupan puestos de gestión en cuidados en hospitales públicos y privados de algunas regiones determinadas de España y de Brasil. Por tanto, estos resultados pueden diferir de otros realizados en regiones y países diferentes, con otros entornos de atención sanitaria.

Por último, somos conscientes de que solo hemos recogido datos de mujeres en proceso reproductivo, matronas y gestores sanitarios en cuidados, por lo que las percepciones de otros participantes del proceso (como acompañantes y familias – varones y mujeres—, u otros profesionales y gestores implicados en la salud perinatal) pueden no estar reflejadas.

8 CONCLUSIÓN

1. Las mujeres participantes entienden por empoderamiento femenino la actitud adoptada por las mujeres, previa adquisición de conocimientos, que les permite expresar sus deseos y tomar decisiones que sean respetadas por los profesionales que las atienden en el periodo perinatal. Lo conciben como algo beneficioso, que les aporta autonomía y conciencia sobre sus capacidades y derechos. Como elementos esenciales para este empoderamiento femenino en el periodo perinatal, las participantes destacan la información (que consideran escasa en la actualidad) y el respeto y apoyo de las matronas.

En cuanto a la relación del empoderamiento femenino en el periodo perinatal con la humanización de parto, el trato digno hacia el cuerpo de las mujeres y los cuidados individualizados, las mujeres establecen una relación estrecha entre todos los términos. Sin embargo, afirman que aún queda mucho trabajo por hacer, tanto en la organización del sistema sanitario como en la actitud de las propias gestantes, parturientas y puérperas.

2. Las matronas entienden por empoderamiento femenino en el periodo perinatal como un tipo de atención sanitaria prestada a las mujeres que fomenta la autonomía y capacidades de éstas a la hora de tomar decisiones (previa información, apoyo y consejos de estas profesionales), así como una vivencia positiva del proceso de embarazo, parto y puerperio. Además, se consideran a sí mismas como el profesional más idóneo para garantizar este empoderamiento, por su cercanía con la mujer durante este periodo.

Sobre la relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres, las matronas establecen una conexión de dependencia entre todos ellos.

3. Los gestores sanitarios en cuidados entienden por empoderamiento femenino en el periodo perinatal como la adquisición de conocimientos y el respeto a las decisiones de las mujeres, gracias a la toma de control por parte de éstas sobre su salud sexual y reproductiva. A pesar de que consideran que es un elemento muy importante para garantizar una buena experiencia durante los cuidados que se prestan el periodo perinatal, gracias a que favorece el respeto a las decisiones y el cuerpo de las mujeres, poseen información básica sobre empoderamiento femenino en el periodo perinatal

En cuanto a la relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres, los gestores sanitarios en cuidados sugieren que el concepto de empoderamiento femenino está estrechamente asociado con estos otros.

4. Mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados perciben el empoderamiento femenino en el periodo perinatal como un proceso que aporta autonomía a las mujeres durante el periodo perinatal, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su proceso de salud, aumentando así su satisfacción durante el embarazo, parto y puerperio. De esta forma, es considerado un elemento importante del periodo perinatal, al facilitar que se cumplan los deseos y expectativas de las mujeres.

La matrona es considerada por los participantes como el profesional de mayor influencia durante el periodo perinatal para facilitar el empoderamiento de las mujeres, tomando como guía el plan de parto. Si bien, reconocen que el plan de parto está desactualizado y que puede frustrar a las mujeres por no cumplir con sus expectativas.

Se considera que hay escasez de formación en general sobre este tema, tanto en profesionales como las mujeres y sus familias. Por tanto, sería oportuno desarrollar este tema desde que se comienzan los estudios de enfermería, durante la formación de enfermera obstétrica, y durante la formación a las mujeres y sus familias en el periodo perinatal, para sensibilizar más a pacientes, familiares y profesionales tanto del área asistencial como del área de gestión.

9 REFERENCIAS

- Abdallah Husein S.A.A., Dahlen H.G., Ogunsiyi O., Schmied V. (2018). Women's experiences of childbirth in Middle Eastern countries: A narrative review. *Midwifery*, 59: 100-111. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.010>
- Abdessalami S., Rota Midwife H., Dias Pereira G., Roest J., Rosman A.N. (2017). The influence of counseling on the mode of breech birth: a single-center observational prospective study in The Netherlands. *Midwifery*, 55: 96-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.012>
- Afulani P.A., Buback L., Kelly A.M., Kirumbi L., Cohen C.R., Lyndon A. (2020). Provider's perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. *Reproductive Health*, 17 (85): 1-17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0>
- Akuamoah-Boateng J. y Spencer R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labour for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 67: 45-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018>
- Aksoy H., Yücel B., Aksoy U., Acmaz G., Aydin T., Babayigit M.A. (2016). The relationship between expectation, experience and perception of labour pain: an observational study. *SpringerPlus*, 5 (1): 1766. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3366-z>
- Al Adib Mendi M., Ibáñez Bernánde M., Casado Blanco M., Santos Redondo P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 2017; 34 (1): 1-8. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104

- Alfaro Blazquez R, Ferrer Ferrandiz E, Pardo Moya S, Gea Caballero V, Corchon S. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of the preterm birth experience and satisfaction scale (P-BESS) into Spanish. *Midwifery*, 66: 148-154. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.007>
- Alkire, S. (2005). Subjective quantitative studies of human agency. *Social Indicators Research*, 74 (1): 217-260. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-005-6525-0>
- Allport B.S., Johnson S., Aqil A., Labrique A.B., Nelson T., Angela K.C. et al. (2018). Promoting father involvement for child and family health. *Academic Pediatrics*, 18 (7): 746-753. DOI: 10.1016/j.acap.2018.03.011
- Altman M.R., Afulani P.A. Melbourne D., Kuppermann M. (2022). Factors associated with person-centered care during pregnancy and birth for Black women and birthing people in California. *Birth*, 00; 1-10. DOI: 10.1111/birt.12675
- Álvarez-Valverde S., Pérez-Rivera F.J., Andina-Díaz E. (2019). Percepciones y deseos sobre el parto en gestantes a término en Zamora. *Enfermería clínica*, 30 (6): 411-418. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2019.06.016>
- Amezcu M. y Hueso Montoro C. (2009). Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria*, 6: 3. <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>
- Anderson C. M., Monardo R., Soon R., Lum J., Tschann M., Kaneshiro B. (2017). Patient communication, satisfaction and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawaii J. Med. Public Health*, 76: 305-309. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29164014>
- Andrade-Romo Z., Heredia-Pi I. B., Fuentes-Rivera E., Alcde-Rabanal J., Bolaños Cacho L.B., Jurkiewicz L., Darnet B.G. (2019). Group prenatal care:

- effectiveness and challenges to implementation. *Revista de Saúde Pública*, 53: 85. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001303>
- Angarita-Navarro A.M. (2018). El acompañamiento por enfermería en la atención del trabajo de parto: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Investig Salud Univ Boyacá*, 5(2): 323-344. DOI: <https://doi.org/10.24267/23897325.346>
- Anyichie N.E y Nwagu E.N. (2019). Prevalence and maternal socio-demographic factors associated with stillbirth in health facilities in Anambra, South-East Nigeria. *Afri Health Sci*, 19 (4): 3055-3062. Doi: <https://dx.doi.org/10.4314/abs.v19i4.27>
- Atewell, A. (2010). Florence Nightingale (1820-1910). *Temperamentum*, 11: 1 <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/to111.php>.
- Avellaneda P.I.C., Crespo H.G., Kasano J.P.M. (2019). Rotación y desempeño laboral de los profesionales de enfermería en un instituto especializado. *Cuidarte*, 10 (2): e626. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.626>
- Baas C.I., Wieegers T.A., De Cock P. Erwich J.J.H., Spelten E.R., De Boer M.R., Hutton E-K. (2017). Client-related factors associated with a “Less than Good” experience of midwifery care during childbirth in the Netherlands. *Birth*, 44 (1): 58-67. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12266>
- Badim Marques, S. (2020). Violência Obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral á saúde das mulheres. *Cad. Ibero-amer de Direito Sanitário*, 9 (1): 97-119. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>

- Barbosa Jardim D. M., Modena C.M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26: e3069. DOI: 10.1590/1518-8345.2450.3069
- Baró, S. (2020). Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calidad de Vida y Salud*, 13 (n. especial): 18-29. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar>
- Barrionuevo López I., Murillo de las Heras M.M., Enríquez Rodríguez I. (2022). Influencia de la presentación del plan de parto en los resultados maternos-fetales. *Paraninfo digital*, 34: e34020d. <https://ciberindex.com/c/pd/e34020d>
- Basurto Mendoza G. P. y Alcívar Medranda E. M. (2020). Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Belda, período 2019-2020. *Socialium*, 4(2): 445-458. DOI: <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2020.4.2.607>
- Batliwala, S. (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En León, M (comp.): Poder y empoderamiento de las mujeres. Santafé de Bogotá: TM Editores.
- Bedaso A., Adams J., Peng W., Sibbritt D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*, 18: 162. DOI: 10.1186/s12978-021-01209-5
- Bedoya-Ruiz L.A., Agudelo-Suárez, A.A., Restrepo-Ochoa D.A. (2020). Mujeres en embarazo, parto y postparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Rev*

Peru Med Exp Salud Pública, 37 (1): 142-147. DOI:

<https://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.371.4981>

Bellamy, C. y Castro R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Rev Cienc Salud*, 17(1): 120-137. DOI:

<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>

Bennet, L. (2002). Using empowerment and social inclusion for pro-poor growth: A theory of social change. *Social Analysis*.

Benllonch-Doménech C, Barbé-VillaRubia M.J., Cascales Ribera, J. (2019). Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *Musas*, 4 (1): 98-119. DOI: 10.1344/nusas2019.vol4.num1.6

Benyamini Y., Lila Molcho M., Dan U., Gozlan M. y Preis H. (2017). Women's attitude towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual models of birth. *Women and Birth*, 30 (5): 424-430. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.03.007

Berruecos-Prada D.C., Calderón-Rivas E.M., Rodríguez-Ramírez K.S., Guayacundo-Aldana M.J., Mancera-García R.M., Castiblanco-Montañez R.A. (2021). Enfermera-matrona: beneficios, competencias e intervenciones. *Rev. Cienc. Cuidad.*, 18 (2): 96-110.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2633>

Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariante C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 191: 62-77. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.014

- Binfa L., Pantoja L., Ortiz J., Gurovich M., Cavada G., Foster J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35: 53-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- Biurrun-Garrido A. y Goberna Tricas J. (2013). Humanizing the job of childbirth: the need for a definition of the concept. Review of the bibliography. *Matronas Prof.*, 14 (2): 62-66. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-117298?lang=fr>
- Borges Damas L., Sánchez Machado R., Domínguez Hernández R., Sixto Pérez A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44 (3): 1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002
- Bradfield Z., Hauck Y., Duggan R., Kelly M. (2019). Midwives' perceptions of being 'with a woman': a phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19: 363. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4>
- Braun V. y Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, 3 (2): 77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Busquets Gallego, M. (2020). El plan de parto como documento de instrucciones previas. *Musas*, 5 (1), 47-58. DOI: 10.1344/musas2020.vol5.num1
- Buultjens M., Murphy G., Robinson P., Milgrom J., Monfries M. (2017). Women's experiences of, and attitudes to, maternity education across the perinatal

period in Victoria, Australia: A mixed-methods approach. *Women and Birth*, 30: 406-414. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.03.005

Cardoso Da Silva Aires C.M., Fonseca Ferreira I.M., Vieira Martins Ferreira Dos Santos A.T., Miranda Grilo Correira De Sousa M.R. (2016). Empowerment in pregnancy: study on the adaptation of the empowerment scale for pregnant women to the portuguese context. *Journal of nursing referencia*, 4 (10): 49-56.

https://www.google.es/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=1yved=2ahUKEwjTyfPZ7KriAhW1A2MBHfYkAzMQFjAAegQIBBACyurl=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fv02%2Fpa%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D1048%26codigo%3Dyusg=AOvVaw1Q6sx6Ja8Vg4cRq63SF_Pb

Camberos Sánchez, M.T. (2011). Empoderamiento femenino y políticas públicas, una perspectiva desde las representaciones sociales de género. *Entramado*, 14: 40-53. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265422684003>

Camacho-Morell F. y Esparcia J. (2020). Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. *Women and Birth*, 33: 367-376. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.003>

Carrillo-Mora P, García-Franco A., Rodríguez-Vsaquez G., Pérez-Villalobos J., Martínez-Torres D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev. Fac. Med. (Méx.)*, 64 (1). DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>

Castiblanco Moreno, S.E. (2022). El empoderamiento femenino como estrategia para la igualdad de género. Un análisis multidimensional. *Universidad de los*

Andes,

16.

<https://cider.uniandes.edu.co/sites/default/files/img/Boletines/2022/marzo-2022/Documento%20Suelen%20Castiblanco%20of.pdf>

Castillo-Guerra S. (2019). Efecto del empoderamiento femenino sobre la nutrición infantil en Colombia. *Sociedad y Economía*, 36. DOI:

<https://doi.org/10.25100/sye.voi36.6037>

Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos*,

IV (1): 196-220.

<https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/625/534>

Centeno-Pérez M.A., Mata-García A.D., Plascencia-Ordaz M.J., Benítez-Salinas F., Campos-Rosas B. (2017). Modelo de autocuidado de enfermería perinatal.

Perinatología y Reproducción Humana, 31 (3): 151-159. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.01.005>

Cescutti-Butler L., Hewitt-Taylor J., Heminway A. (2020). Powerless responsibility: A feminist study of women's experiences of caring for their late preterm babies.

Women and Birth, 33: e400-e408. DOI:

<https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.006>

Cima R., Sità C., Migliavacca E., Alga M. L., Stèpahie D., Hiriart C. et al. (2019).

Instrumentos de evaluación. Evaluación de la vulnerabilidad de madres e hijos durante el periodo perinatal. [Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona]

CapeVfair. <http://hdl.handle.net/2445/128379>

- Cisneros-Caicedo A.J., Guevara-García A.F., Urdánigo-Cedeño J.J., Garcés-Bravo J.E. (2022). Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos que apoyan a la Investigación científica en tiempo de Pandemia. *Dom. Cien.*, 8 (1): 1165-1185. DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v8i1.2546>
- Cleary-Holdforth J., O'Mathúna D., Fineout-Overholt E. (2021). Evidence-based practice beliefs, implementation and organizational culture and readiness for EBP among nurses, midwives, educators and students in the Republic of Ireland. *Worldviews on Evidence-based nursing*, 18, 6, 379-388. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12543>
- Clesse C., Lighezzolo- Alnot J., De Lavergne S., Hamlin S., Scheffler M. (2018). The evolution of birth medicalization: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- Cobo Pérez M.A. y Analuisa Jiménez E.I. (2022). Parto humanizado y la función de enfermería en los establecimientos de salud pública. *Enfermería investiga, Investigación, vinculación, docencia y gestión*, 7(1). DOI: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i1.994.2022>
- Contreras M. y Guaymás M. (2018). Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. *Notas de enfermería*, 17(29). DOI: <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v17-n29.21688>
- Coral Ibarra, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *U.D.C.A. Actualidad y Divulgación científica*, 11 (1); 47-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=So123-42262008000100007

- Costa-Romero M., Lalaguna Mallada P., Díaz Gómez N.M. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev. Esp. Salud Pública*, 93: e201902006. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020
- Cunha A.L., Henriques R.B.L., Silva T.R.D., Silva M.R.B, Tertuliano K., Armada e Silva H.C.D. (2020). Produção de conhecimento sobre violencia obstétrica: O lado invisível do parto. *Revista Nursing*, 23 (260): 3529.3532. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095543>
- Cy-Chan Z., Sau Wong K., Man Lam W., Yi Wong K., Cheung Kwok Y. (2014). An exploration of postpartum women's perspectives on desired obstetric nursing qualities. *J Clin Nurs.*, 23 (1), 103-12. DOI: 10.1111/jocn.12093
- Da Silva Carvalho I. y Santana Brito R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 47: 71-79. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.240481>
- De Carvalho Silva E., Dos Santos Pereira E., Noleto dos Santos W., Rosendo da Silva A.R., Coelho Lopes N., Martins de Figueiredo T.A., Mendes Coqueiro J. (2017). Puerperium and nursing assistance: women's perception. *Rev enferm UFPE*, 11 (7); 2826-2833. DOI: 10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201702
- De Carvalho Barbosa L., Gangini Fabbro, M. R., Pereira Dos Reis Machado, G. (2017). Violencia Obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Av. Enferm.*, 2017; 35 (2): 190-207. DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.59637

- Deliktas Demirci A., Kabukcuglu K., Haugan G., Aune I. (2019). "I want a birth without interventions": Women's childbirth experiences from Turkey. *Women and Birth*, 32; e515-e522. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.011>
- De Molina-Fernández I., Rubio-Rico L., Roca-Biosca A., Jiménez-Herrera M., De la Flor-Lopez M., Sirgo A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. *Revista portuguesa de enfermagem de Saúde Mental*, 13: 17-32. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf>
- De Toledo A.D., Sá L.A., De Oliveira M.F. (2023). Prenatal education in Brazil: integrative review. *Brazilian Journal of Health Review*, 6 (6):26959-26972. DOI: 10.34119/bjhrv6n6-033
- Devik S.A., Munkeby H., Finnanger M., Moe A. (2020). Nurse managers' perspectives on working with everyday ethics in long-term care. *Nursing Ethics*, 27 (8); 1669- 1680. DOI: 10.1177/0969733020935958
- Dickson C.A.W., Davies C., McCormack B., Westcott L.D., Merrell J., McIlpatrick S., Dewing J. (2022). UK nurses' and midwives' experiences of healthful leadership practices during the COVID-19 pandemic: A rapid realist review. *Journal of Nursing Management*, 30: 3942-3957. DOI: 10.1111/jonm.13790
- Do Nascimento C.A., Dos Santos M.G., Dos Santos Soares F.A.P., De Holanda Miranda S., Leite Carvalho J.B., De Oliveira Maranhao T.M, Enders Cruz B. (2016). Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 44: 452-464.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400018

Elo S., Kaariainen M., Kanste O., Polkki T., Utriainen T., Kyngas H. (2014). Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>

Fairman, J. A. (2015). Investing in nursing and midwifery enterprise to empower women and strengthen health services and systems: Commentary and context. *Nurs. Outlook*, 64: 33-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.09.001>

Fenwick J., Sidebotham M., Gamble J., Creedy D.K. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and Birth*, 31, 38-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.013>

Fernandes da Rocha N. F. y Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisao integrativa. *Saúde Debate*, 44 (125): 556-568. DOI: 10.1590/0103-1104202012521

Fernandes L.M.M., Lansky S., Oliveira B.J., Friche A.A.L., Bozlak C.T., Shaw B.A. (2020). Changes in perceived knowledge about childbirth among pregnant women participating in the Senses os Birth intervention in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20: 265. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02874-3>

Fernández-Castillo R y Linares-Abad M. (2018). Professionals' competencies of Swedish and Spanish midwives: a qualitative study of their perceptions.

Matronas Prof., 19 (3): 105-114. [https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/RuqnQlA2l2XIN4AIlBxYFMLHZA
Dr1xBq7CRp69BJ.pdf](https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/RuqnQlA2l2XIN4AIlBxYFMLHZADr1xBq7CRp69BJ.pdf)

Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 7 (18): 113-128. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>

Fernández Méndez F.S., Vera Ferrer L.T., Novo Muñoz M.M., Aguirre Jaime A. (2019). El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Ilemata*, 26: 207-215. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189>

Fernández y Fernández-Arroyo, M. (2017). Los programas de educación material y el empoderamiento de las mujeres. *Musas*, 2 (1): 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num1.1>

Ferrer De Oliveira L.L, Cizino da Trinidad R.F., Pereire dos Santos A.A., Oliveira de Araújo B.R. (2019). Violência Obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. *Rev Enferm UERJ*, 27: e38575. DOI: 10.12957/reuerj.2019.38575

Fisher N., Brmaley L., Cooper J., Field-Richards S.E., Lymn J., Timmons S. (2022). A qualitative study exploring the influence of a talent management initiative on registered nurses' retention intentions. *Journal of Nursing Management*, 30: 4472-4479. DOI: 10.1111/jonm.13885

Gamedze-Mshayisa D.I., Kuo S.C., Liu C.Y., Lu Y.Y. (2018). Factors associated with women's perception of and satisfaction with quality of intrapartum care

- practices in Swaziland. *Midwifery*, 57: 32-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.016>
- García Arteaga V., Crus Coria E., Mejía Reyes C. (2022). Factores que impulsan e inhiben el empoderamiento femenino: una revisión de literatura. *Reflexiones*, 101 (1), 121-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/rr.v10i1i.43649>
- García B. (2003). Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. *Estudios demográficos y urbanos*: 221-253. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/download/1162/1155/1164&ved=2ahUKEwjNiKqfiOqGAXUXzgIHHSWQAJEQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw1w6L_CzHvC8n_hSntFg-uh
- García E.R. y Yim, I.S. (2017). A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (2): 57-69. DOI: 10.1186/s12884-017-1495-1.
- Gavine A., MacGillivray S., McConville F., Gandhi M., Renfrew M. (2019). Pre-service and in-service education and training for maternal and newborn care providers in low- and middle- income countries: An evidence review and gap analysis. *Midwifery*, 2019, 78, 104-113. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.007>
- George E.K., Shorten A., Lyons K.S., Edmonds J.K. (2022). Factors influencing birth setting decision making in the United States: An integrative review. *Birth*, 49 (3) 403-419. DOI: <https://doi.org/10.1111/birth.12640>

- Ghimire D.J. (2017). Social Context of first birth timing in a rapidly changing rural setting. *Soc Sci Res*, 61: 314-329. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2016.07.001
- Gijón-García N. (2016). Plan de parto: nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios. *Musas*, 1 (2): 35-51. DOI: 10.1344/musas2016.vol1.num2.9
- Gimeno Sanjuan S., Rodriguez Delgado A.V., Sánchez Álvarez C., Villareal Pellegrero A., Enguita Guinovart C. y García-Belenguer Montón. (2024). El papel de la matrona en la fase prodrómica del parto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5 (3). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9396612>
- Giordano J. y Surita F.G. (2019). The role of the respectful maternity care model in Sao Paulo, Brazil: A cross-sectional study. *Birth*, 46, 509-516. DOI: 10.1111/birt.12448
- Goberna-Tricas J. y Biurrun-Garrido A. (2013). The humanization of labor: need to define the concept. Literature review. *Matronas Prof.*,14(2): 62-66. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>
- Goberna-Tricas J. y Biurrun-Garrido A. (2020). Pain relief in childbirth. Empowerment and vulnerability of women in decision-making. Qualitative study. *Musas*, 5 (1): 79-97. DOI: 10.1244/musas2020.vol5.num1.5
- Goberna Tricas J., Giménez Segura M.C, Roca Roger M., García Viñets L, übeda Bonet I., Caja López C, Obregón N. (2013). Maternidad, Tecnología y Relación asistencial. *Paraninfo digital*, 19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Gómez-Fernández A., Pàya-Sánchez M., Isidro-Albaladejo M., García-del Arco M., Molina-Ordoñez R., Cabrera-García R. (2020). Pregnancy as a situation of

- vulnerability to gender violence: perspective of primary care midwives on their training in detection and approach. *Musas*, 5(2): 23-28. DOI: 10.1344/musas2020.vol5.num2.2
- González Gil, T. (2005). Florence Nithingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los cuidados*, IX (17): 33-40. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2005.17.06>
- González Sanz et al. (2012). “Humanización”, ¿Un término adecuado para la atención perinatal? *Metas de Enfermería*, 15 (3), 27-31. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80302/humanizacion-un-termino-adecuado-para-la-atencion-perinatal/>
- Gray, T., Mohan S., Lindow, Stephen; Farrel, Tom. (2019). Obstetric Violence: Clinical staff perceptions from a video of stimulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 10 (1): 1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>
- Gressel C.M., Rasheed T., Aswati AMciuka L., Sheshadri S., Coley C., Kongeseri S., Bhavani R.R. (2020). Vulnerability mapping: A conceptual framework towards a context-based approach to women’s empowerment. *World Dev Perspect*, 20: 100245. DOI: 10.1016/j.wdp.2020.100245
- Guerrero-Castañeda RF., Lenise Do Prado M., Silveira Kempfer S., Ojeda Vargas M.G. (2017). Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Indeex Enferm*, 26; 1-2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100015

- Guzmán Ocampo M.F., Guillermo Echeverría M.J., Perez Nares Y.D.C., Aspasa Bandala M.M. (2020). Las plataformas virtuales como recurso tecnológico para grupos focales. *Bol. Redipe*, 9 (12), 253-264. DOI: <https://doi.org/10.36260/rbr.v9i12.1149>
- Hamui-Sutton L. y Vives-Varela T. (2021). Trabajo de campo virtual en investigación cualitativa. *Investigación Educ. Médica*, 10 (37), 71-77. DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.37.20271>
- Hamui-Sutton A. y Varela-Ruiz M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación médica*, 2(5): 55-60. DOI: 10.1016/S2007-5057(13)72683-8
- Hajiesmaello M., Kariman N., Sharif Nia H., Ozgoli g., Hajian S., Bazzazian S., Mokhtarian G. (2020). The translation and psychometric assessment of the perception of empowerment in midwifery scale: the Persian version. *BMC Health Services Research*, 20: 466. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05326-y>
- Harvie K., Sidebotham M., Fenwick J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*, 32, e584-e593. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>
- Healy S., Humphreys E., Kennedy C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and Birth*, 29; 107-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>
- Herreira Trigueiro T., Nicolle Pardo H., Marques de Assis Berteloni G., Sampaio Franco C., Loewen Wall M., Rossi Kissula Souza S.R. (2021). O uso do plano

- de parto por gestantes no prenatal: uma revisado de escopo. *Revista Mineira de enfermagem*, 25(1). DOI: 10.5935/1415.2762.20210039
- Hernán-García M., Lineros-González C., Ruiz-Azarola A. (2021). Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit*, 35 (3), 298-301. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>
- Hidalgo-Lopezosa P., Hidalgo-Maestre M., Rodríguez-Borrego M.A. (2017). El cumplimiento del plan de parto y su relación con los resultados maternos y neonatales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25: e2953. DOI: 10.1590/1518-8345.2007.2953
- Higginbottom G.G., Safipour J., Mumtaz Z., Chiu Y., Paton P., Pillay J. (2013). “I have to do what I believe”: Sudanese women’s beliefs and resistance to hegemonic practices at home and during experiences of maternity care in Canada. *BMC Pregnancy and childbirth*, 13 (1), 52. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-51>
- Iglesias S., Conde, M., González S., Parada M^a Esther. (2019) ¿Violencia Obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4 (1): 77-97. DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num1.5
- Janighorban M., Yamani N., Yousefi H. (2016). The facilitators and impediment factors of midwifery student’s empowerment in pregnancy and delivery care: A qualitative study. *Res Med Sci*, 21: 68. DOI: 10.4103/1735-1995.189649
- Janighorban M., Yousefi H., Yamani N. (2015). The facilitators and impediment factors of structural empowerment in pregnancy and delivery care: achievement of power. *Journal of Medicine and Life*, 8 (4): 72-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319257/>

- Jeong J., Ahun M.N., Bliznashka L., Velthausz D., Donco R., Yousafzai A.K. (2021). Barriers and facilitators to father involvement in early child health services: A qualitative study in rural Mozambique. *Social Science and Medicine*, 287: 114363. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114363>
- Kabeer, N. (1997). Empoderamiento desde abajo: ¿Qué aprender de las organizaciones de base? En León, M (comp.): Poder y empoderamiento de las mujeres. Santafé de Bogotá: TM Editores.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30, 435-464. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>
- Khatiwada J., Muzembo B.A., Wada K., Ikeda S. (2020). Dimensions of women's empowerment on access to skilled delivery services in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 622. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03309-9>
- Kennedy P., Adelson P., Fleet J., Steen M., McKellar L., Eckert M., Peters M.D.J. (2020). Shared decision in pregnancy care: A scoping review. *Midwifery*, 81, 102589. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102589>
- Knox A., Rouleau G., Semenic S., Khongkham M. (2018). Barriers and Facilitators to birth without epidural in a tertiary obstetric referral center: Perspectives of health care professionals and patients. *Birth*, 45, 295-302. DOI: 10.1111/birth.12327
- Knupp Medeiros R.M., Figueiredo G., De Paula Correa A.C., Barbieri M. (2019). Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Rev Gaúcha*

Enferm. 40: e20180233. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447-2019-20180233>

Kroll C., Murphy J., Poston J., You W., Premkumar A. (2022). Cultivating the ideal patient: How physicians-in-training describe pain associated with childbirth. *Social Science and Medicine*, 2022; 312: 115365. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115365>

Kumar Sen K., Rahman Jamee A., Bari W. (2023). Women's multidimensional empowerment index and essential newborn care practice in Bangladesh: the mediating role of skilled antenatal care follow-ups. *PLOS ONE*, 18 (2): e0281369. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281369>

Kwee L.J. y L McBride H. (2015). Working together for women's empowerment: Strategies for interdisciplinary collaboration in perinatal care. *Journal of health Psychology*, 1, 2. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/1359105315586211.hpq.sagepub.com>

Laia Da Mata Fujita J.A., De Lima Nascimento P., Kakuda Shimo A.K. (2015). Coping the obstetrical violence and its repercussions on the practice of nurses' obstetrician. *J. Nurs UFPE online*, 9 (12): 1360-9. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i12a10845p1360-1369-2015>

Lancharro Taverro I., Romero Serrano R., Arroyo Rodríguez A., Morillo Martín M.S., Alemany Lasheras F. J., Chillón Martínez, R. (2013). Estereotipos de violencia de género en estudiantes de Enfermería del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" de Sevilla. *Temperamentum*, 18. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/t/t7843>

- Lanero S., y Lanero A. (2020). Obstetric humanization from the perspective of the woman: perception of support and beliefs on childbirth care practices. *Matronas prof.*, 21 (2): 54-61. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-197915>
- Lázzaro A.I. y Arnao-Bergero M. (2021). Pregnancy and childbirth in a pandemic: violation of rights and subjective marks in obstetric/perinatal care in the context of covid-19 in Argentina. *Musas*, 6 (2): 29-46. DOI: 10.1344/musas2021.vol6.num2.2
- Lwamba E., Shiler S., Ridlehoover W., Kupfer M., Tshabalala N., Nduku P., et al. (2022). Strengthening women's empowerment and gender equality in fragile contexts towards peaceful and inclusive societies: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev.*, 18(1): e1214. DOI: 10.1002/cl2.1214
- Leal Do Nascimento S., Mesquita Mendes Pires V. M., De Andrade Santos N., Cosata Machado J., Silva Meira L., Parmanella Rodrigues, V. (2019). Conocimiento y vivencias de violencia obstétrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 37: 1-14. DOI: 10.15517/revenf.voiNo.37.35264
- León-Larios F., Nuno-Aguilar C., Rocca-Ilhenacho L., Castro Cardona F., Escuriet R. (2019). Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. *Midwifery*, 70, 15-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>
- León, M (2001). El empoderamiento de las mujeres: encuentro del primer y tercer mundos en los estudios de género. *Revista de estudios de género: La ventana*, 2(13): 94-106. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5202169.pdf>

Ley Orgánica 1/2003, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, Agencia Estatal. Núm. 51, 1 de marzo de 2023. España.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>

Lewis-Jones B, Nielsen TC, Svensson J, Nassar N, Henry A, Lainchbury A, et al. Cross-sectional survey of antenatal education attendance among nulliparous pregnant women in Sydney, Australia. *Women and Birth*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.08.003>

Liberati E.G., Tarrant C., Willars J., Draycott T., Winter C., Chew S. et al. (2019). Hot to be a very safe maternity unit: an ethnographic study. *Social Science and Medicine*, 223: 64-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.035>

Lida M., Horiuchi S., Nagamori K. (2020). Women's experience of receiving team-midwifery care in Japan: A qualitative descriptive study. *Women and Birth*, 1191, 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.020>

Longworth M.K., Furber C., Kirk S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31: 844-857. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.004>

Lukasse M. y Henriksen L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: a mixed methods study. *Nursing Open*, 6, 4, 1559-1570. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.358>

Luque Ortega Y., Torralba Albella, J., Contreras Fariñas R., Moreno Verdugo A., Granados Matute, A.E. (2010). Análisis bibliométrico de la producción

- científica sobre Gestion de casos. *Paraninfo digital*, 10. DOI: 10.18471/rbe.v31i4.20275.
- Macías Intriago M.G., Tacoamán Acurio I.J., Giler Saltos L.A., Quimis Guerrido W.M., Choez Reyes M.L., Álvarez Lara M.M. (2018). Humanized partition as a public health strategy in primary health care. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 2 (3): 730-745. DOI: 10.26820/recimundo/2.(3).septiembre.2018.730-745
- Malesela J.M.L. (2020). Midwives' perceptions: Birth unit environment and the implementation of best intrapartum care practices. *Women and Birth*, 34 (1), 48-55. DOI: 10.1016/j.wombi.2020.04.003
- Martín-Aznar N., Santos-Pérez P., Monzón-Martín S., Vicente-Guillén J., Valero-Martínez A., León-Romera I. (2023). El papel de la enfermería, importancia de las intervenciones de enfermería durante el puerperio. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4 (6). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9217746&orden=0&info=link>
- Martín Badía J. (2020). Acompañando a las mujeres gestantes víctimas de violencia de género. Aspectos éticos para las matronas. *Musas*, 5 (1): 59-78. DOI: 10.1344/musas2020.vol5.num1.4
- Martín-Bellido M.C. (2020). La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica. *Temperamentum* [online], 16. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-60112020000100023

- Martín-Bellido M.C. y González Sanz J.D. (2020). Análisis de la producción científica enfermera sobre empoderamiento femenino y salud perinatal. *Musas*, 5 (1), 3-21. DOI: 10.1344/musas1010.vol5.num1.1
- Martín-Bellido M.C., Martín-Fiscal F.J., Morano-Gómez F.J., González-Sanz J.D. (2021). Teaching to get nurses and midwives empowering women: nursing student's perceptions on professional's roles during perinatal care. *Géneros*, 10 (3): 233-257. DOI: 10.17583/generos.6999
- Martín-Bellido M.C. y González Sanz J.D. (2024). Spanish women's perceptions of empowerment during the reproductive process. *Cogent Social Sciences*, 10 (1), 23060029. DOI: <https://doi.org/10.1080/23311886.2024.2306029>
- Martínez-García E., Baena Antequera F., Rodríguez Soto C. (2018). Evolution and future of the competencies of specialist obstetric-gynaecological nurses (midwives). *Enfermería Clin.* 28(5): 279-282. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.007>
- Mathias L.A., Davis D., Ferguson S. (2021). Salutogenic qualities of midwifery care: A best-fit framework synthesis. *Women and birth*, 34 (3), 266-277. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>
- McLeish J., Harvey M., Redshaw M., Alderdice F. (2020). "Reassurance that you're doing okay, or guidance if you're not": A qualitative descriptive study of pregnant first-time mothers' expectations and information needs about postnatal care in England. *Midwifery*, 89, 102813. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102813>

- McLeish J., Redshaw M. (2019). Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. *Women and Birth*, 32, 178-184. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.009>
- McLeish J., Redshaw M. (2017). "I didn't think we'd be dealing with stuff like this": A qualitative study of volunteer support for very disadvantaged pregnant women and new mothers. *Midwifery*, 45, 36-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.003>
- McInnes R.J., Aitken-Arbuckle A., Lake S., Hollins-Martin C., MacArthur J. (2020). Implementing continuity of midwife carer-just a friendly face? A realist evaluation. *BMC Health Services Research*, 20, 304. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05159-9>
- Monteiro Da Silva T., Sousa Feitosa K. H. J., Oliveira Da Silva A. D., Amorim Miranda F. C. M., Almeida Landim C. A. P. (2020). Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. *Acta Paul Enferm*, 33: eAPE20190146. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020A001466>
- Montgomery-Andersen R., Douglas V., Borup I. (2013). Literature review: The 'logics' of birth settings in Arctic Greenland. *Midwifery*, 29; e79-e88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.014>
- Moreno Marquez G., Zapelini Do Nascimento D. (2019). Alternativas que contribuem para a reduçao da violencia obstétrica. *Ciênc. Saúde colectiva*, 2019; 24 (12): 4743-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.236612019>
- Moura Rabelo A.R., Dittz Duarte E., Dias Fraça B., Lara Silva K. (2020). The care obstetric nurses: the encounter between selfcare bodies and other woman

- who is care for. *Esc Anna Nery*, 24 (1): e20190131. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0131
- Mouta R.J.O., Silva T.M.A., Melo P.T.S., Lopes N.S., Moreira V.A. (2017). Birth plan as a female empowerment strategy. *Rev Baiana enferm.*, 31 (4): e20275. DOI: 10.18471/rbe.v31i4.20275
- Moré Pauletti J., Portella Robeiro J., Corrêa Soares M. (2020). Violência Obstétrica: manifestaciones postadas em grupos virtuais no Facebook. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1); 3-20. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>
- Munro S., Kornelsen J., Corbett K., Wilcox E., Bansbck N., Janssen P. (2017). Do women have a choice? Care Providers' and decision makers' perspectives on barriers to access of health services for birth after a previous cesarean. *Birth*, 44(2), 153-160. DOI: 10.1111/birt.12270
- Murguialday C. (2013). Reflexiones feministas sobre el empoderamiento de las mujeres. *Agencia Catalana de Cooperació al Desenvolupament*, Ajuntament de Barcelona. https://www.cooperaccio.org/wp-content/uploads/2014/03/Empoderamiento_Cast_web.pdf
- Neerland C.E., Delkoski S.L., Skalisky A.E., Avery M.D. (2022). Prenatal care in US birth centers: Midwives' perceptions of contributors to birthing people's confidence in physiologic birth. *Birth*, 00, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12676>
- Niuewenhuijze M. y Leahy-Warren P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: a concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7. DOI: 10.1016/j.midw.2019.07.015

- Nogue S., Botma Y., Steinberg H. (2020). Social norms as possible causes of stillbirths. *Midwifery*, 90, 102823. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102823>.
- Nogueira Viera da Silva A.L., Benites das Neves A., Gonçalves Sgarbu A. K., Almeida Souza R. (2017). Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a asistencia de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 7 (1); 144-151. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769222531>
- Nyumba T.O., Wilson K., Derrick C.J., Mukherjee N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods Ecol Evol*, 9, 20-32. DOI: 10.1111/2041-210X.12860
- O'Brien D., Butler M.M., Casey M. (2021). The importance of nurturing trusting relationships to embed shared decision-making during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 98: 102987. DOI: <https://doi.org/1016/j.midw.2021.102987>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) Mujeres. (2010). Principios para el empoderamiento de las mujeres. *United Nations Global Compact*. <https://www.pactomundial.org/biblioteca/principios-de-empoderamiento-de-la-mujer/>
- Orden SAS/139/2009, de 6 de mayo de 2009, por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado*, 129, de 6 de mayo de 2009, páginas de 44697 a 44729. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>

Orellana López D.M. y Sánchez Gómez M.C. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación Educativa*, 24 (1): 205-222. <https://revistas.um.es/rie/article/view/97661>

Organización Mundial de la Salud. (1 de mayo de 2024). *Igualdad de Género en Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud#:~:text=El%20empoderamiento%20se%20refiere%20a,y%20al%20mismo%20tiempo%20individual.>

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2022). Se publican nuevas recomendaciones que subrayan la urgencia de apoyar la salud física y mental en el periodo postnatal. <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>

Ortiz-Contreras J.R., Orellana-Cole R., y Galvez-Ortega P. (2024). Sistemas de acreditación de programas de formación en partería profesional en el mundo: una revisión de alcance. *Medwave*, 24 (3): e2800. DOI: 10.5867/medwave.2024.03.2800

Palmquist AEL, Holdren SM, Fair CD. (2020). “It was all taken away”: Lactation, embodiment, and resistance among mothers caring for their very-low-birth-weight infants in the neonatal intensive care unit. *Social Science & Medicine*, 244: 1-8. DOI: <https://doi.org/20.1016/j.socscimed.2019.112648>

Pemo K., Phililips D., Hutchinson A.M. (2020). Midwives’ perceptions of barriers to exclusive breastfeeding in Bhutan: A qualitativbe study. *Women and birth*, 33: e377-e384. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.003>

- Peñacoba C., Rodríguez L., Carmona J., Marín D. (2017). Agreeableness and pregnancy: relations with coping and psychiatric symptoms, a longitudinal study on Spanish pregnant women. *Womens Health*, 1: 1-17. DOI: 10.1080/03630242.2017.1282397
- Pereira Rodrigues D., Alves V., Santana Vieira R., Morett Romano Leao D. C. (2018). A violencia obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12 (1); 236-246. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23523p236-246-2018>
- Perera D., Lund R., Swahnberg K., Schei B., Infanti J. J. (2018). “When helpers hurt”: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (211): 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
- Petit-Steeghs V., Lips S.R., Schuitmaker-Warnaar T.J., Broerse J.E.W. (2019). Client-centred maternity care from women’s perspectives: need for responsiveness. *Midwifery*, 74, 76-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.016>
- Pinto Leal S. Y., De Azevedo Lima V. L., Ferreira Da Silva A., Feitosa Lopes Soares P. D., Ribeiro Santana L., Pereira A. (2018). Percepção de enfermeiras obstetra acerca da violencia obstétrica. *Cogitare Enferm.*, 23 (2): e52473. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>
- Prata, N., Tavrow, P., Upadhyay, U. (2017). Women’s empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (2): 1-5. DOI: 10.1186/s12884-017-1490-6.

- Pratley P. (2016). Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Social Science and Medicine*, 169: 119-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.001>
- Pringle W., Greyson D., Graham J.E., Berman R., Dubé E., Bettinger J.A. (2022). "Ultimately, the choice is theirs": Informed choice vaccine conversations and Canadian midwives. *Birth*, 00 (1), 1-10. DOI: 10.1111/birth.12669
- Przybyla-Basista H., Kwiecinska E., Ilska M. (2020). Body acceptance by pregnant women and their attitudes toward pregnancy and maternity as predictors of prenatal depression. *Int J Environ Res Public Health*, 17(24):9436. DOI: 10.3390/ijerph17249436
- Ponti L. (2016). La enfermería y su rol en la educación para la salud. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana. <https://uai.edu.ar/media/109545/la-enfermer%C3%ADa-y-su-rol-en-la-educaci3n-para-la-salud.pdf>
- Pourette D, Pierlovisi C, Randriantsara R, Rakotomanana E, Mattern C. Avoiding a "big" baby: Local perceptions and social responses toward childbirth-related complications in Menabe, Madagascar. *Social Science and Medicine*, 2018; 218: 52-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.002>
- Prosen M., y Tavcar Krajnc M. (2019). Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women and Birth*, 32, e173-e181. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

- Reina Leal, L.M., Amezcua, M., Gómez Urquiza, L. y Amezcua González, A. (2013). Producción y repercusión de revistas enfermeras en el espacio científico iberoamericano 2012. *Índex de Enfermeria*, 22 (4): 259-266. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962013000300016>
- Ribeiro de Oliveira M. R., Arantes Elias E., Ribeiro de Oliveira S. (2020). Mulher e Parto: Significados da violencia obstétrica e a abordagem de enfermagem. *Rev. Enferm UFPE*, 14: e243996. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243996.
- Riggs E., Muyeen S., Brown S., Dawson W., Petschel P., Tardiff W., et al. (2017). Cultural Safety and belonging for refugee background women attending group pregnancy care: An Australian qualitative study. *Birth*, 44, 145-12. DOI: 10.1111/birt.12272
- Roberts J., Evans K., Spiby H., Evans C., Pallotti P., Eldridge J. (2020). Women's information needs, decision-making and experiences of membrane sweeping to promote spontaneous labour. *Midwifery*, 83: 102626. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102626>
- Rodrigues de Loiola A.M., Herdy Alves V., Gomez Vieira B.D., Pereira Rodriguez D., Ventura de Souza k., Soanno Marchiori G.R. (2020). Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiencia de puérperas em uma casa de parto. *Cogitare enferm.*, 25: e66039. DOI: dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66039
- Rodríguez Ramos P. A., Aguilera Ávila L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2 (2), 56-74. DOI: 10.1344/musas2017.vol2.num2.4

- Russo J. A. y Nucci M. F. (2020). Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface*, 24: e180390. DOI: <http://doi.org/10.1590/Interface.180390>
- Sánchez D.A., Gimilio D.P., Altamirano J.I. (2015). Crowdsourcing: A New Way to Citizen Empowerment. *Advances in Crowdsourcing: London: Springer*, 73-86. DOI: 10.1007/978-3-319-18341-1_6
- Salmon E.M. y Maeda A. (2016). Investing in nursing and midwifery enterprise to empower women and strengthen health services and systems: An emerging global body of work. *Nursing Outlook*, 64, 7-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.010>
- Salvador P.T.C.O., Alves K.Y.A., Rodríguez C.C.F.L., Oliveira L.V. (2020). Online data collection strategies used in qualitative research of the health field: a scoping review. *Rev Gaúcha Enferm.*, 41, e20190297. DOI: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>
- Sakilah Adnani Q.E., Gilkison A., y McAra-Couper J. (2022). The interplay of structural and external factors for strengthening midwifery education in Indonesia. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100734>
- Shahinfar S., Abedi P., Najafian M., Abbaspoor Z., Mohammadi E., Alianmoghaddam N. (2021). Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21: 172. DOI: <https://doi.org/10.1186-021-03666-z>
- Shakibazadeh E., Namadian M., Bohren M.A., Bogel J.P., Rashidian A., Nogueira Pileggi V., et al. (2017). Respectful care during childbirth in health facilities

- globally: a qualitative evidence synthesis. *International journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125 (8), 932- 942. DOI: 10.1111/1471-0528.15015
- Shimoda K., Horiuchi S., Leshabari S., Shimpuku Y. (2018). Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15 (8). DOI: 10.1186/s12978-017-0447-6.
- Shorey S., Chan V., Lalor J.G. (2022). Perceptions of women and partners on labor and birth positions: a meta-synthesis. *Birth*, 49: 19-29. DOI: 10./1111/birt.12574
- Sierra Caballero, F. (2019). La entrevista en profundidad. Función, sentido y técnica. En J.A. González, C.M. Krohling Peruzzo (Ed.), *Arte y oficio de la investigación científica: cuestiones epistemológicas y metodológicas* (pp. 301-379). Quito (Ecuador): Ediciones Ciespal. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/98760/ArteyOficiodelaInvestigacinCientifica-Final-301-379.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Siguroardóttir V. L., Gamble J., Guomundsdóttir B., Sveinsdóttir H., Gottfreosdóttir H. (2019). Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. *Midwifery*, 69: 29-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.016>
- Silva E.C., Pereira E.S., Dos Santos W.N. et al. (2017). Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. *Rev Enferm UFPE*, 11(7), 2826-33. DOI: 10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201702
- Styles C., Kearney L., Geoge K. (2020). Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: the experience of midwives and obstetricians. *Women*

and Birth, 33, 343-351. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>

Suárez-Cortés M., Armero-Barranco D., Canteras-Jordana M., Martínez-Roche M.E. (2015). Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*, 23 (3): 520-6. DOI: 10.1590/0104-1169.0067.2583

Rayment-Jones H., Harris J., Harden A., Khan Z., Sandall J. (2019). How do women with social risk factors experience United Kingdom maternity care? A realist synthesis. *Birth*, 46, 461-474. DOI: 10.1111/birt.12446

Dos Reis Quintans G., Da costa Silva N., Gomes Medeiros T.P., Mota do Nascimento A. C., De Sousa Nóbrega I., Oliveira De Souza G., Ferreira de Araújo R., Lima Leite, W. (2024). Utilização do plano de parto no proceso de parturição: uma revisado integrativa. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17 (4): 1-23. DOI: 10.55905/revconv.17n.4-230

Ribeiro de Oliveira M.R., Arantes Elias E., Ribeiro de Oliveira, S. (2020). Mulher e Parto: Significados da violencia obstétrica e a abordagem de enfermagem. *Rev. Enferm UFPE*, 14: e243996. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243996

Ribeiro De Oliveira T., Oliveira Lira Costa R., Lima Monte N., De Moura Feitosa Veras J.M., Mendes da Rocha Sá M.I.(2017). Percepção das mulheres sobre violencia obstétrica. *Revista de Enfermagem*, 11 (1): 40-6. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201701

Roberts J., Evans K., Spiby H., Evans C., Pallotti P., Eldridge J. (2020). Women's information needs, decision-making and experiences of membrane sweeping

- to promote spontaneous labour. *Midwifery*, 83, 102626. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102626>
- Rodríguez Ramos P.A. y Aguilera Ávila, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2 (2), 56-74. DOI: 10.1344/musas2017.vol2.num2.4
- Rouhi M., Stirling C., Ayton J., Peta Crisp E. (2019). Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review. *Midwifery*, 72, 39-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.005>
- Rowlands J. (1997). Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: un modelo para el desarrollo. En León, M. (comp.): *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Santafé de Bogotá: TM Editores.
- Ruiz-Bravo L.P., Vargas Winstanley S., Clausen Lizárraga J. (2018). Empoderar para incluir: análisis de múltiples dimensiones y factores asociados al empoderamiento de las mujeres en el Perú a partir del uso de una aproximación de metodologías mixtas. *Instituto Internacional de Estadística e Informática*, 1-76. <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Ruiz-Bravo+L.P.+Vargas+Winstanley+S.+Clausen+Liz%C3%A1rraga+J.+%282018%29.+Empoderar+para+incluir%3A+an%C3%A1lisis+de+m%C3%BAltiples+dimensiones+y+factores+asociados+al+empoderamiento+de+las+mujeres+en+el+P%C3%A9ru+a+partir+del+uso+de+una+aproximaci%C3%B3n+de+metodolog%C3%ADas+mixtas.+Instituto+Internacional+de+Estad%C3%ADstica+e+Inform%C3%A1tica%2C+1-76.&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

- Russo J. A., Nucci M.F. (2020). Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface*, 24: e180390. DOI: <http://doi.org/10.1590/Interface.180390>
- Sánchez-Jiménez, B., Hernández-Trejo, M. Y Lartigue-Becerra, T. (2007). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Perinatol Reprod Hum*, 21, 167-177. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cgi>
- Shumye Mihret, M. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northeast Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12 (600): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4>
- Silveira Donaduzzi D.S., Colomé Beck C.L., Heck Weiller T., Nunes Da Silva-Fernandez M., Viero V. (2015). Grupo Focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index Enferm*, 24 (1-2), 71-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016>
- Souza Nascimento F., Pereira Rodirgues D., Herdy Alves V., Da Silva Ferreira E., Dias Da Silva S.E., Gomes Viera B., Tavares Parente A., Fernandes de Sousa A.Z.S. (2023). Plano de parto como estratégia para os direitos e protagonismo das mulheres: uma revisado integrativa de literatura. *Contribuciones a las ciencias sociales*, 16 (11); 28212-28233. DOI: <https://doi.org/10.55905/revcov.16vn.11-209>
- Steward D.W. y Shamdasani P. (2017). Online focus groups. *Journal of Advertising*, 46 (1), 48-60. DOI: 10.1080/00913367.2016.1252288

Stromquist (1997). La búsqueda del empoderamiento: en qué puede contribuir el campo de la educación. En León, M (comp.): Poder y empoderamiento de las mujeres. Santafé de Bogotá: TM Editores.

Tasli K. (2007). A conceptual framework for gender and development studies: from welfare to empowerment. *OFSE Forum Viena*, 32. <https://www.oefse.at/fileadmin/content/downloads/publikationen/Foren/Forum32.pdf>

Tavananezhad N., Bolbanabad A.M., Ghelichkhani F., Effati-Daryani F., Mirghafourvand M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study. *BCM Pregnancy and Childbirth*, 22:351. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04686-z>

Taylor S.J. y Bodgan R. (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Ediciones Paidós.

Teles de Alexandria S., Santos de Oliveira M. S., Martins Alves S., Alenzer Albuquerque G., Ramos Santana M.D. (2019). Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto. *Cultura de los Cuidados*, 23 (53): 119-128. <http://ciberindex.com/c/cc/53119cc>

Thommesen T., Kismul H., Kaplan I., Safi K., Van den Bergh G. (2020). “The midwife helped me... otherwise I could have died”: women’s experience of professional midwifery services in rural Afganistan- a qualitative study in the provinces Kunar and Laghman. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20: 140. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-010-2818-1>

- Tickle N, Gamble J, Creedy DK. Women's reports of satisfaction and respect with continuity of care experiences by students: Findings from a routine, online survey. *Women and Birth*, 2021; 34: e592-e598. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.11.004>
- Thompson S.M., Nieuwenhuijze M.J., Kane Low L., y De Vries R. (2016). Exploring dutch midwives' attitudes to promoting physiological childbirth: a qualitative study. *Midwifery*, 42, 67-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.019>
- Tong A., Sainsbury P., Craig J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*; 19 (6): 349-357. DOI: <https://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tully KP y Ball H. (2013). Misrecognition of need: women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science and Medicine*, 85: 103-111. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.039>
- Tunçalp Ö., Pena-Rosas J.P., Lawrie T., Bucagu M., Oladapo O.T., Portela A., et al. (2017). WHO recommendations on antenatal care for positive pregnancy experience- going beyond survival. *BJOG: Int. J. Obst. Gynaecol.*, 124 (6): 860-862. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14599>
- Turkamani S., Currie S., Mungia J., Assefi N., Rahmanzai A.J., Azfar P., Bartlett L. (2013). 'Midwives are the backbone of our health system': lessons from Afganistan to guide expansion of midwifery in challenging settings. *Midwifery*, 29(10), 1166-1172. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.015>

- Van Bogaert P., Peremans L., Diltour N., Van Heusden D., Dilles T., Van Rompaey B, Sullivans Havens D. (2016). Staff nurses' perceptions and experiences about structural empowerment: a qualitative phenomenological study. *Plos One*, 11 (4): e0152654. DOI: 10.1371/journal.pone.0152654
- Van den Heuvel J.F.M., Groenhof T.K., Veerbeek J.H.W, Van Solinge W.W., Lely A.T., Franx A., Bekker M.N. (2018). EHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature. *J Med Internet Res*, 10 (6), e202. DOI: 10.2196/jmir.9262
- Valdés C., Palavecino N., Pantoja L., Ortiz J., Binfá L. (2016). Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. *Matronas Prof.*, 17(2): 62-69. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/xFTTSFxuiHS3t8n3IQKQ4VoSJhCGtjfGhzXVin9B.pdf>
- Vallana S. y Viviana V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev. Cienc. Salud.*, 17(especial): 128-144. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>
- Vázquez Monteagudo, L. (2015). Deontología de las matronas: consideraciones bioéticas de la asistencia en la gestación. *Ética de los Cuidados*, 8 (16). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n16>
- Villegas-Chiriboga M.E., Lino-Pionce A.J., Cisnero-Zumba N.B., Pinagorte-Chancay R.R. (2022). Impacto de los servicios de enfermería en la sala de parto. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y*

Tecnología,

8(8).

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8330784.pdf&ved=2ahUKEwi-m4upp-yGaxUBoQIHHYJOAPAQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw33DaGO1xZwzGdurqG1MEPr>

Vogels-Broeke M., De Vries P.R., Nieuwenhuijze M. (2021). Validating a framework of women's experience of the perinatal period; a scoping review. *Midwifery*, 92, 102866. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102866>

Wadephul F., Glover L., Jomeen J. (2020). Conceptualizing women's perinatal well-being: A systematic review of theoretical discussions. *Midwifery*, 81, 102598. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102598>

Zubiaurre de Barro A.P., Mendes Lipinski J., Dutra Sehnem G., Nunes Rodrigues A., Da Silva Zambiasi E. (2017). Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. *Rev Enferm UFSM*, 7(1); 69-79. DOI: 10.5902/2179769223270

10. ANEXOS

Tablas

Anexo 1.

Tabla 1. Guion seguido durante la realización de grupos focales llevados a cabo con mujeres

Preguntas
1. ¿Ha oído hablar alguna vez del empoderamiento femenino? ¿Dónde?
2. ¿Qué es para usted el empoderamiento femenino en el periodo perinatal?
3. ¿Ha recibido formación sobre empoderamiento femenino en el periodo perinatal? ¿Qué conocimientos tiene acerca de este tema?
4. ¿Qué beneficios o perjuicios considera que aporta el empoderamiento femenino en el periodo perinatal?
5. ¿Cuál cree que es el papel que tienen las matronas en el empoderamiento de las mujeres en el periodo perinatal?
6. ¿Cree que existe relación entre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, la humanización del parto, los cuidados individualizados y la dignificación del cuerpo de las mujeres en esta etapa? ¿En qué sentido?
7. ¿Qué aspectos consideraría esenciales para el empoderamiento de las mujeres en el periodo perinatal?
8. ¿Conoce el plan de parto de la Junta de Andalucía? ¿Lo ha utilizado? ¿Cree que sirve para empoderar?

Anexo 2.

Tabla 2. Guion seguido durante la realización de entrevistas en profundidad a matronas y gestores sanitarios en cuidados

Preguntas

1. ¿Ha oído hablar alguna vez del empoderamiento femenino? ¿Dónde?
2. ¿Qué es para usted el empoderamiento femenino en el periodo perinatal?
3. ¿Ha recibido formación sobre empoderamiento femenino en el periodo perinatal? ¿Qué conocimientos tiene acerca de este tema?
4. ¿Qué beneficios o perjuicios considera que aporta el empoderamiento femenino en el periodo perinatal?
5. ¿Cuál es el papel que tienen las matronas en el empoderamiento de las mujeres en el periodo perinatal?
6. ¿Cree que existe relación entre el empoderamiento femenino en el periodo perinatal, la humanización del parto, los cuidados individualizados y la dignificación del cuerpo de las mujeres en esta etapa? ¿En qué sentido?
7. ¿Qué aspectos consideraría esenciales para el empoderamiento de las mujeres en el periodo perinatal?
8. ¿Cómo cree que se aplica en la actualidad el empoderamiento femenino a la asistencia clínica?
9. ¿Qué es lo que le motiva a incluir el empoderamiento femenino en el periodo perinatal en la práctica clínica?
10. ¿Qué herramientas cree que aporta el sistema sanitario para empoderar a las mujeres en su etapa reproductiva?
11. ¿Cree que el plan de parto es una herramienta empoderadora?
12. A nivel de docencia, ¿cree que trata este tema con el alumnado como aspecto importante, o tiene un papel secundario?

Anexo 3.

Tabla 3. Información de las entrevistas en profundidad a las matronas

	Participante	Sexo	Edad	Conocimientos previos	Nacionalidad
	(n= 19)	Masculino (5,3%) Femenino (94,7%)	(m= 38,4)	No (0%) Sí (100%)	Española (100%)
Entrevista 1	E1	Femenino	37	Sí	Española
Entrevista 2	E2	Femenino	26	Sí	Española
Entrevista 3	E3	Masculino	32	Sí	Española
Entrevista 4	E4	Femenino	43	Sí	Española
Entrevista 5	E5	Femenino	36	Sí	Española
Entrevista 6	E6	Femenino	48	Sí	Española
Entrevista 7	E7	Femenino	27	Sí	Española
Entrevista 8	E8	Femenino	36	Sí	Española
Entrevista 9	E9	Femenino	30	Sí	Española
Entrevista 10	E10	Femenino	33	Sí	Española
Entrevista 11	E11	Femenino	37	Sí	Española
Entrevista 12	E12	Femenino	29	Sí	Española
Entrevista 13	E13	Femenino	55	Sí	Española
Entrevista 14	E14	Femenino	52	Sí	Española
Entrevista 15	E15	Femenino	39	Sí	Española
Entrevista 16	E16	Femenino	42	Sí	Española
Entrevista 17	E17	Femenino	45	Sí	Española
Entrevista 18	E18	Femenino	43	Sí	Española
Entrevista 19	E19	Femenino	41	Sí	Española

Anexo 4.

Tabla 4. Información sobre las entrevistas a los gestores sanitarios en cuidados

	Participante	Sexo	Edad	Conocimientos previos	Nacionalidad
	(n= 8)	Masculino (25%) Femenino (75%)	(m= 51,37)	No (75%) Sí (25%)	Española (75%) Otra (25%)
Entrevista 1	E1	Masculino	55	No	Española
Entrevista 2	E2	Femenino	62	Sí	Española
Entrevista 3	E3	Femenino	59	No	Española
Entrevista 4	E4	Femenino	43	No	Española
Entrevista 5	E5	Masculino	62	No	Española
Entrevista 6	E6	Femenino	53	No	Española
Entrevista 7	E7	Femenino	38	Sí	Brasileña
Entrevista 8	E8	Femenino	39	No	Brasileña

Anexo 5.

Tabla 5. Comparativa de la discusión de los estudios de mujeres, matronas y gestores sanitarios en cuidados.

	MUJERES	MATRONAS	GESTORES
DEFINICIÓN EF	Ser autónomas y conscientes (AUTOR)	-Cambio de paradigma de la atención sanitaria -Toma de decisiones informadas (Van Bogaert et al., 2016).	Adquisición de conocimientos y respecto a las decisiones de las mujeres (Kumar Sen et al., 2023)
BENEFICIOS/ PERJUICIOS	- Muchos beneficios (Pratley, 2016) -Perjuicio: actualidad atención medicalizada (Palmquist et al., 2020)	Muchos beneficios (Andrade-Romo, 2019; Shimoda et al., 2018).	- Muchos beneficios: seguridad(Alfaro et al., 2018). -Perjuicios: percepción negativa por parte de algunos profesionales de las mujeres empoderadas (khatiwada et al., 2020) -Falta de consideración de los beneficios por parte de los gestores en la atención sanitaria a las mujeres (Van den Heuvel et al., 2018)

MUJERES

MATRONAS

GESTORES

PAPEL DE MATRONAS	Agente clave (Alfaro et al., 2018; Martínez-García et al., 2018)	Esencial (Thommesen et al., 2020)	Facilitar información y ofrecer apoyo (Pringle et al, 2022; Shahinfar et al., 2021).
RELACIÓN EF, HP, CI Y TD	Conexión clara (Goberna-Tricas y Biurrun-Garrido, 2013).	Conexión de dependencia Martín Bellido y González Sanz, 202; 2023)	Conceptos estrechamente asociados (Lanero y Lanero, 2020)
ASPECTOS ESENCIALES	<p>-Información (Tully y Ball, 2013; Gómez-Fernández, et al, 2020)</p> <p>-Escasez información actualidad (Alfaro et al., 2018; y Lázzaro y Arnao-Bergero, 2021).</p> <p>-Apoyo familiar (Jeong et al., 2021).</p> <p>-Escasez de tiempo (Lewis-Jones, 2022; Tickle, 2021).</p>	<p>-Información (Camacho-Morell y Esparcia 2020)</p> <p>-Apoyo sociofamiliar (Camacho-Morell y Esparcia 2020).</p> <p>-Relación de confianza matrona-mujer (McInnes et al., 2020)</p>	<p>-Respeto a las decisiones de la mujer (Cobo Pérez y Analuisa Jiménez, 2022; Valdés et al., 2016).</p> <p>-Relación de confianza matrona-mujer (Pérez y Jiménez, 2022; Valdés et al., 2016).</p> <p>-Intimidación de las mujeres (Gijón-García, 2016)</p>

	MUJERES	MATRONAS	GESTORES
PLAN DE PARTO	-Estrategia administrativa en	-Herramienta empoderadora	-Herramienta empoderadora

	<p>desuso (Suárez-Cortés, 2015; Hidalgo-Lopezosa, 2017; Knupp Medeiros, 2019).</p>	<p>(Busquets Gallego, 2020) -Desactualizado (Zubiaurre de Barros et al., 2017)</p>	<p>(Nogueira Vieira da Silva, 2017) -Desactualizado (Barrionuevo López et al., 2022) -Frustrante para la mujer (Cardoso da Silva et al., 2017)</p>
<p>ACCIONES QUE FACILITAN/ DIFICULTAN</p>	<p>-Falta de continuidad asistencial (Tickle et al. 2021) -Aumento de plantillas (Pourette et al., 2018; Gamedze-Mshayisa et al., 2018) -Limitación de recursos e infraestructuras (Fernández-Castillo y Linares-Abad 2018; Liberati et al. (2019).</p>	<p>-Continuidad de cuidados (Cescutti-Butler et al., 2020) -Paternalismo, escasez de matronas y captación tardía de mujeres (Pemo et al., 2020; Anderson et al, 2017)</p>	<p>-Facilitan: adquisición de conocimientos por parte de las mujeres, cuidados basados en evidencia científica, respeto a las decisiones de la mujer (Gómez-Fernández et al, 2020), presencia de la matrona y su formación en EF (Fernández Mendez et al., 2018) -Dificultan: escasez de conocimientos (Fisher et al, 2022; Macías Intriago et al., 2018) y escasez de profesionales (Anyichie y Nwagu, 2019)</p>

MUJERES	MATRONAS	GESTORES
----------------	-----------------	-----------------

SENTIMIENTOS DE LAS PARTICIPANTES	-Falta de respeto produce experiencia negativa (Abdallah Husein et al., 2018; Kroll et al., 2022)	-	-
MOTIVACIONES PARA EMPODERAR	-	-	-Resultado respuesta objetivos para aumentar calidad cuidados, aunque otros estudios sugieren motivación intrínseca de los profesionales (Angarita-Navarro., 2018; Contreras y Guaymás, 2018; Delikts Demirci, 2018; Villegas-Chiriboga et al. 2022)
ABORDAJE DOCENTE EF	-	-	-Se aborda en la especialidad de matrona, pero deberían de abordarse desde el grado (Dickson et al., 2022; Janighorban M. et al., 2015, 2016)

Figuras

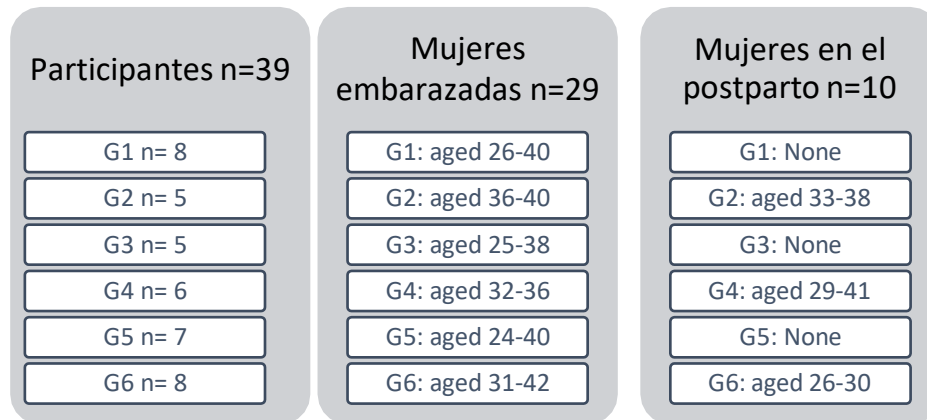
Anexo 6.

Figura 1. Descripción del origen de las categorías

<ul style="list-style-type: none">• Definición del concepto de empoderamiento femenino.• Beneficios y perjuicios derivados del empoderamiento femenino.• Papel de las matronas como promotoras del empoderamiento femenino.• Relación entre empoderamiento femenino en el periodo perinatal, cuidados individualizados, humanización del parto y trato digno hacia el cuerpo de las mujeres.• Aspectos esenciales para el empoderamiento femenino.• Conocimiento del plan de parto.	<ul style="list-style-type: none">• Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino• Sentimientos de las mujeres durante el periodo perinatal	<ul style="list-style-type: none">• Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino• Propuestas de mejora para empoderar a las mujeres en el periodo perinatal.• Empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual.• Relación entre matronas y mujeres.	<ul style="list-style-type: none">• Acciones que facilitan/dificultan el empoderamiento femenino.• Empoderamiento femenino en la asistencia clínica actual.• Motivación para empoderar a las mujeres.• Empoderamiento a nivel docente.
--	---	---	---

Anexo 7.

Figura 2. Relación entre número de participantes en el grupo focal según edades y estado reproductivo



Publicaciones

Anexo 8

Publicación 1. Análisis de la producción científica enfermera sobre empoderamiento femenino y salud perinatal.

Citación

Martín-Bellido M.C. y González Sanz J.D. (2020). Análisis de la producción científica enfermera sobre empoderamiento femenino y salud perinatal. *Musas*, 5 (1), 3-21.
DOI: 10.1344/musas1010.vol5.num1.1

Indicios de relevancia e impacto

Evidencias métricas sobre la publicación

Esta publicación ha sido citada en un artículo:

Alfaro Blazquez, R., González-Timoneda, A., González-Timoneda, M., Gómez Gómez, M., & Borrull-Guardeño, J. (2022). Breastfeeding Women's Attitudes About the SARS-COV-2 Vaccine in Spain. *Journal of Human Lactation*, 38(4), 609-618;

y en un trabajo académico internacional del ámbito de las Ciencias de la Salud:

Aguirre Vegas, F. D. C., & Ramos Aliaga, J. R. (2022). Impacto, tendencias y características de la producción académica global en enfermería sobre COVID-19 en la gestación. Tesis de Licenciatura. Universidad Científica del Sur, Lima (Perú).

Por otra parte, la publicación está disponible a texto completo desde el 15 de mayo de 2020 en *Arias Montano. Repositorio institucional de la Universidad de Huelva*. Desde entonces ha tenido 374 visualizaciones, siendo Estados Unidos (100), Suecia (54) y Francia (41) los países desde donde más se ha consultado su contenido. Otros datos sobre métricas complementarias (redes sociales, etc.) están disponibles en el registro del repositorio: <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/17974>

Evidencias métricas sobre el medio de difusión

La revista *Musas* (campo académico: Feminismo y estudios de Género, Ginecología y Obstetricia) es evaluada por DOAJ (Directory of Open Access Journals), ERIH Plush (European Reference Index for the Humanities and Social Science) y LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas para América Latina, el Caribe, España y Portugal). Está incluida en la base de datos CUIDEN (Base de datos sobre cuidados de Salud en el espacio científico iberoamericano), en CUIDATGE (Referencia bibliográfica en Enfermería), en RACO (Revistas Catalanas con Acceso Abierto), y en el portal DIALNET PLUS (Portal bibliográfico de literatura científica hispana). En el directorio DULCINEA sobre derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de revistas científicas españolas, la revista tiene categoría verde (permite el auto-archivo de ambas versiones, la pre y post-print). Pueden verse más datos sobre esta revista en MIAR: <https://miar.ub.edu/issn/2385-7005>

Aportación concreta de la doctoranda

Una versión anterior de este trabajo fue expuesta en la *I Jornada Doctoral “Género, salud y sexualidades”* del Programa de Doctorado en Estudios Interdisciplinarios de Género de la Universidad de Huelva en junio de 2020.

M. Carmen Martín participó en el diseño del estudio, en la conducción del análisis de los datos y en la elaboración del manuscrito, su revisión y su aprobación final. De igual modo, cabe resaltar que fue la única encargada de la colección y tratamiento de los datos.

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

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

Correo electrónico: mamenmb22@gmail.com

1. Graduada en Enfermería. Residencia de Ancianos Dr. Bartolomé García González-Toruño. La Zarza-Perrunal, Huelva.

2. Doctor en Ciencias Sociales Aplicadas (Filosofía), Enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva.

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



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

RESUMEN

Introducción

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

Objetivos

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

Metodología:

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

Resultados y discusión

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

Conclusiones

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

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

ABSTRACT

Introduction

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

Objectives

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

Methodology

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

Results and Discussion

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

Conclusions

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

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS

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

METODOLOGÍA

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

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

Estrategia de búsqueda

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

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

Criterios de inclusión

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

Procedimientos y extracción de datos

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

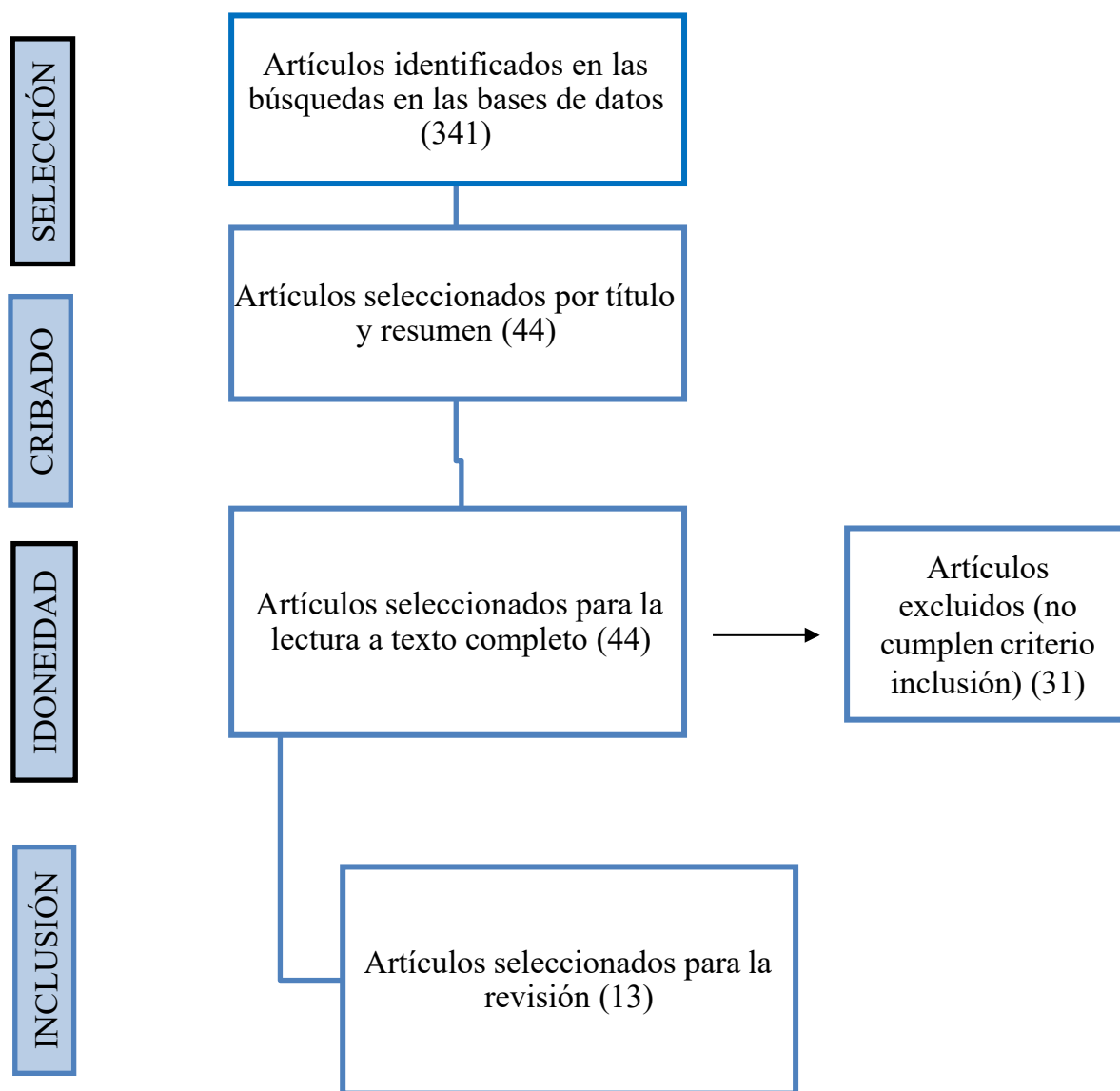


Figura 1. Flujograma del proceso de selección de artículos

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

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Jödin et al. (2018).

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

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

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

DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

Anexo 9.

Publicación 2. La construcción del empoderamiento femenino: visibilizando la violencia obstétrica.

Citación

Martín-Bellido M.C. (2020). La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica. *Temperamentvm* [online], 16. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-60112020000100023

Indicios de relevancia e impacto

Evidencias métricas sobre la publicación

Esta publicación ha sido citada en dos trabajos académicos nacionales e internacionales del ámbito de las Ciencias de la Salud:

Loncharic Scepanovic, V. K. (2023). *Grado de conocimiento y percepción de Profesionales del área obstétrica de la Región de Magallanes respecto de los derechos asociados a la atención obstétrica y ginecológica* Tesis de Posgrado, Magister en Bioética, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile (Chile)

Bujons Moncunill, M. (2022). *Experiències de les dones del Bages que han patit violència obstètrica durant el part i impacte posterior d'aquest fet a les seves vides*. Trabajo Fin de Grado en Enfermería, Universidad de Vic.

Evidencias métricas sobre el medio de difusión

La revista *Temperamentum* (campo académico: Historia de la Enfermería) está incluida en las bases de datos CUIDEN (Base de datos sobre cuidados de Salud en el espacio científico iberoamericano), SciELO, en la Hemeroteca CANTARIDA y en CINAHL. Por otra parte, está incluida como revista fuente en CUIDEN citación y en Google Scholar Metrics. También es Miembro del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería (CIBERE). Pueden verse más datos sobre esta revista en MIAR: <https://miar.ub.edu/issn/1699-6011>

Aportación concreta de la doctoranda

El conjunto de resultados expuestos aquí fue presentado en el *I Congreso Anual de Estudiantes de Doctorado* de la Universidad Miguel Hernández de Elche febrero de 2021.

Tanto el diseño del estudio, como la colección y tratamiento de los datos y su análisis, así como la elaboración del manuscrito, revisión y aprobación son obra de la doctoranda, con apoyo puntual de su director de tesis.

La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica

M. Carmen Martín-Bellido

Programa de Doctorado en Estudios Interdisciplinarios de Género de la Universidad de Huelva.
Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva. Huelva, España

Correspondencia: Mamen_1995@hotmail.es

Resumen

Objetivo principal: Analizar y describir la relación entre los textos que componen *Feminismos* y el papel de la enfermería en el empoderamiento en la salud perinatal de la mujer. Metodología: Análisis crítico y reflexivo. Resultados principales: Las mujeres poseen conocimientos deficientes sobre la violencia obstétrica, lo que nos demuestra que es un tema tabú en el ámbito perinatal. Para garantizar el empoderamiento femenino, la violencia obstétrica y su visibilización es un tema imprescindible, siendo esencial trabajar desde etapas tempranas de la formación de las enfermeras y matronas, así como la inclusión de políticas que centren y humanicen el cuidado a la mujer. Conclusión principal: El empoderamiento femenino en el ámbito perinatal actúa como factor positivo en la visibilización de las violencias, aportando a las mujeres herramientas y conocimientos sobre su autonomía y derechos.

Palabras clave: Empoderamiento Femenino. Violencia Obstétrica. Asistencia Perinatal. Feminismos.

The construction of Female Empowerment: making obstetric violence visible

Abstract

Objective: To analyze and to describe the relationship between the texts that make up *Feminisms* and the role of nursing in empowering women in perinatal health. Methods: Critical and reflective analysis. Results: Women have poor knowledges about obstetric violence, which shows us that it is a taboo subject in the perinatal setting. To guarantee female empowerment, obstetric violence and its visibility is a principal issue, and it is essential to work from early stages of nurses and midwives' training, as well as the inclusion of policies that focus and humanize care for women. Conclusions: Female empowerment in the perinatal sphere acts as a positive factor in making violence visible, providing women with tools and knowledge about their autonomy and rights.

Keywords: Female Empowerment. Obstetric Violence. Perinatal Care. Feminisms.

Introducción

El empoderamiento femenino es una cuestión cada vez más relevante en el ámbito de la reproducción humana, y especialmente en el entorno de los cuidados perinatales.^{1,2} Muchas enfermeras y matronas consideran de gran relevancia introducir en sus cuidados una orientación que genere un aumento de la autonomía y de la capacidad de decisión de las mujeres a las que cuidan.³ No se trata de dejar solas a las gestantes ante la responsabilidad de la toma de decisiones sobre su proceso reproductivo, sino de ayudarlas a ejercer su libertad y su autonomía personal. Para ello es imprescindible un esfuerzo de formación durante todo el embarazo, para que cada mujer, junto con el profesional sanitario que la atiende, pueda elegir entre las opciones de las que dispone en cada caso.⁴

Uno de los aspectos en los que la ausencia de este empoderamiento parece más clara es la aparición de cualquier tipo de violencia. Resulta obvio que una situación en la que los profe-

sionales sanitarios, o las instituciones a través de los mismos, ejercen violencia contra una mujer durante su proceso reproductivo, no es una situación en la que se estén respetando sus derechos ni mucho menos se esté desarrollando su autonomía personal.⁵

No obstante, las situaciones de violencia no siempre son fáciles de identificar. De ahí que en la literatura científica dedicada a estas cuestiones sea habitual encontrar propuestas de trabajo destinadas a conseguir una mayor visibilización de todo tipo de violencias. De entre las publicaciones destacadas en este sentido,^{6,7} este trabajo se centra en el texto "Visibilizar las violencias" incluido en el libro colectivo *Feminismos*,⁸ intentando interpretar sus aportaciones desde una perspectiva enfermera (en adelante se citará como F). Y es que, el feminismo en general y algunas de las teorías feministas en particular, pueden ayudar a la enfermería a tomar conciencia de aspectos hasta ahora poco atendidos dentro de su configuración disciplinar.^{9,10}

En el caso de los cuidados perinatales, la violencia clave es la conocida como violencia obstétrica. Esta es definida como “todas y cada una de las acciones o procedimientos que se realicen sin el consentimiento de la mujer y no se basen en la evidencia científica vigente, ya sea física, psicológica, sexual, institucional, mediática y material”.¹¹

Durante mucho tiempo, este tipo de violencia no se ha considerado como tal, lo que ha propiciado que pasara desapercibida.¹² Sin embargo, resulta interesante estudiar su relación con la profesión enfermera y, en concreto, con la labor profesional de enfermeras y matronas en el ámbito del cuidado perinatal. Es por eso que el objetivo principal de este trabajo es mostrar la relación entre la visibilización de la violencia contra la mujer y el papel de la enfermería en el empoderamiento femenino en el marco de los cuidados perinatales, a través del análisis reflexivo sobre la cuestión a raíz de la lectura crítica del citado texto “Visibilizar las Violencias”.

La enfermería y la autonomía de las mujeres

Desde el surgimiento de la figura de Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, nuestra profesión está estrechamente relacionada con la lucha por la emancipación de la mujer. No solo por la época en que la británica desarrolló su labor profesional, en la que el movimiento feminista empezó a tomar una altura y amplitud desconocida hasta entonces. Sino también por lo que supuso su reivindicación del papel de la mujer como responsable de los cuidados de enfermería y la necesaria formación que, en su opinión, esta responsabilidad tenía aparejada.^{13,14} No es extraño entonces que, en parte gracias a su labor, en este tiempo “las mujeres se hayan hecho visibles en el espacio público y hayan ganado protagonismo social” (F, p. 110). Tanto es así, que actualmente la enfermería continúa siendo una profesión mayoritariamente femenina¹⁵ y que tiene como uno de sus ejes más fuertes, la prestación de cuidados hacia la mujer en el periodo perinatal y, en general, al autocuidado de las mujeres.¹⁶

Sin embargo, la relación que establecen las mujeres durante su proceso reproductivo con las enfermeras y matronas está influenciada por aspectos patriarcales de la estructura social y del sistema sanitario, lo que dificulta la realización de actividades participativas y colaborativas con las gestantes.¹⁷ Como ocurre con otros tipos de usuarios de este sistema, se restringe a menudo la libertad de acción y decisión de las mujeres, ya que, como afirma Ranea: “El cuerpo femenino significa territorio” (F, p. 109).

Violencias ocultas

Se entiende por violencia de género, aquella que es ejercida por el género masculino sobre el femenino, por el simple hecho de ser mujer. Sin embargo, en el texto analizado podemos encontrar una definición que reúne todos los tipos de violencias ejercidos hacia la mujer, considerándose en este caso la violencia de género como “la violencia que sufren las mujeres, que tiene sus raíces en la discriminación histórica y la ausencia de derechos que estas han sufrido y continúan sufriendo en muchas partes del mundo y que se sustenta sobre una construcción cultural” (F, p. 113).

La autora, en este mismo sentido, considera que “en los últimos años están surgiendo nuevas formas de violencias” (F,

p.112), lo que no implica que se estén creando nuevos tipos de violencias hacia la mujer, sino que se presta más atención a aquellas prácticas o actitudes que con anterioridad pasaban desapercibidas y que resultan irrespetuosas y/o perjudiciales para la salud de la mujer. Así, según Ranea, “las mujeres viven la violencia de manera cotidiana en diferentes formas y niveles” (F, p. 113). Por otra parte, siguen existiendo muchos mitos y estereotipos sociales asociados a la violencia hacia la mujer,¹⁸ que contribuyen a la normalización de esta violencia. De ahí que diferentes autores aboguen por una labor concientizadora y educativa muy general, que llegue a todos los rincones de la sociedad. Así, en palabras de Beatriz Ranea, “los esfuerzos feministas para poner fin a la violencia masculina contra las mujeres deben expandirse como movimiento para acabar con todas las formas de violencia” (F, p. 110).

Hacer visible la violencia obstétrica y sus consecuencias en el periodo perinatal no puede quedar entonces como un hecho aislado, al igual que “la lucha de las mujeres contra la violencia sexista a nivel individual no se puede separar de la lucha contra cualquier otra violencia del sistema” (F, p. 114). Dentro de este esfuerzo general para evitar la violencia contra la mujer, la identificación y erradicación de la violencia durante el embarazo puede afectar muy positivamente a la calidad de los cuidados que reciben las mujeres en este ámbito.¹⁹ No solo en lo que respecta al cuerpo, pues este tipo de violencia no solo tiene un impacto físico, sino también en la dimensión psicológica de la persona.²⁰ Cuidar empoderando puede mejorar la relación de confianza entre matronas o enfermeras y pacientes, y producir, en general, unos mejores resultados en salud para las mujeres durante su proceso reproductivo. La figura de la enfermera²¹⁻²⁵ toma protagonismo dentro del empoderamiento femenino como elemento para hacer frente a la erradicación de la violencia obstétrica y garantizar la humanización de los cuidados,²⁶ la dignificación de las mujeres en tanto que usuarias del sistema sanitario.

La importancia de visibilizar

Debido a que “ser mujer es factor de riesgo” (F, p.113) parece ser que la orientación empoderadora en la atención perinatal es una de las vías más importantes para consolidar un estilo de cuidado que no permita caer en la violencia contra las mujeres. Así, en un entorno respetuoso con la mujer, gracias a las capacidades y las actitudes de los profesionales, la gestante puede conocer sus derechos en este periodo, y adquirir y utilizar las herramientas y conocimientos necesarios para tomar sus propias decisiones en base a sus necesidades, sus creencias y deseos.^{27,28}

Esta lucha por la dignidad de la mujer en su proceso reproductivo^{29,30} permite que el empoderamiento actúe como elemento visibilizador de la violencia obstétrica. Tal y como han descrito algunos autores,^{31,32} una de las soluciones para dar a conocer los beneficios del empoderamiento femenino es la formación de los profesionales sanitarios en este tema, ya que ayuda al entendimiento de la violencia como un fenómeno multidimensional y a concienciar de la necesidad de eliminar este tipo de violencia en el periodo perinatal.^{33,34}

De esta forma, no solo es importante empoderar a las pacientes, sino que también es necesario aportar conocimientos actualizados a los profesionales para que tengan las herramientas necesarias que les permitan identificar las situaciones

en las que es susceptible de producirse la violencia obstétrica. La confirmación de que se está produciendo la inclusión del empoderamiento femenino en la formación de las futuras enfermeras y matronas nos permite confirmar las palabras de Ranea cuando dice que “se ha generado conciencia sobre la violencia de género y en algunos países se han aplicado políticas de igualdad” (F, p. 110-111). Sin embargo, sigue siendo necesario insistir en un cambio del sistema educativo que forma a los profesionales sanitarios, dando más importancia a la educación para la salud, a la formación en autocuidados de la población, a la valoración y aprecio de la dignidad de los usuarios y usuarias, y a la asistencia cualificada y humanizada.³⁵

El papel de las instituciones

Visto lo anterior, sabemos: que existe un tipo de violencia que aparece con no poca frecuencia durante los cuidados recibidos por las mujeres a lo largo de su proceso reproductivo; que el movimiento feminista ha sido decisivo para la visibilización de la tecnificación del cuerpo de la mujer durante el parto; y que el empoderamiento femenino surge en este marco como un elemento de cambio fundamental.³⁶ A partir de aquí subrayaré brevemente el papel que tiene la cultura organizacional de las instituciones sanitarias en la reproducción de esta violencia.

Y es que los profesionales desarrollan su labor en el marco de instituciones sanitarias que, de una forma u otra, condicionan notablemente el estilo de la prestación de sus cuidados. Este proceso afecta a aspectos como el tipo de servicios que se ofrecen, la accesibilidad a los mismos, o incluso el estilo comunicacional. En este sentido, existen hallazgos que demuestran que uno de los factores facilitadores de la violencia obstétrica es el establecimiento de un patrón comunicativo inadecuado entre la gestante y el profesional sanitario.³⁷ Es un modo de cuidar violento el que puede estar siendo transmitido a los nuevos profesionales desde dentro mismo de la institución, facilitando que el profesional actúe como un medio que reproduce la afirmación: “Yo tomo todos los derechos sobre tí, te fuerzo a sentirte inferior, culpable y degradada” (F, p. 120). Este proceso lleva a una visión corporativa que normaliza el abuso sobre la mujer, despreciando sus derechos y facilitando “el uso y abuso del cuerpo del otro, sin que este participe con intención o voluntad comparables” (F, p. 120). Hablamos entonces de “violencia institucional” (F, p. 109).^{38,39}

Para prevenir la violencia a la gestante en el ámbito asistencial, es responsabilidad de gestores, sanitarios y pacientes

Bibliografía

1. García, Esmeralda R; Yim, Iliona S. A systematic review of concepts related to women’s empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017; 17 (2): 57-69. Doi: 10.1186/s12884-017-1495-1.
2. Prata, Ndola; Tavrow, Paula; Upadhyay, Ushma. Women’s empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017; 17 (2): 1-5. Doi: 10.1186/s12884-017-1490-6.
3. Vázquez Monteagudo, Laura. Deontología de las matronas: consideraciones bioéticas de la asistencia en la gestación. *Ética de los Cuidados*, 2015; 8 (16). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n16/et10613.php> [acceso: 24/11/2020].
4. Shumye Mihret, Muhabaw. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 2019; 12 (600): 1-7. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4>.

la inclusión de políticas que se centren en la humanización del cuidado a la mujer en el periodo perinatal,⁴⁰⁻⁴² cambiando el enfoque hacia la salutogénesis y la preservación de la fisiología, la dignidad y la autonomía de cada gestante, parturienta o puerpera, siendo la matrona el profesional que lidere el modelo de atención continuada a mujeres sanas.⁴³

No se trata únicamente de continuar con la creación de leyes, políticas y protocolos que denuncien las situaciones en las que se reproduce la violencia obstétrica,⁴⁴ sino de hacer más investigaciones acerca de este tema y de cuáles son las causas que favorecen este fenómeno⁴⁵⁻⁴⁷ para “oponerse al uso de la violencia como forma de control social en todas sus manifestaciones” (F, p. 110) y hacerla visible fuera del ámbito de los profesionales de sanidad.

Conclusiones

Al igual que otros tipos de violencia contra la mujer, la violencia obstétrica es un tema invisibilizado durante el periodo perinatal, teniendo un gran impacto en la salud física, psíquica y social de la mujer. El empoderamiento femenino en el ámbito perinatal puede actuar como factor positivo en la visibilización de la violencia obstétrica, puesto que aporta a las mujeres herramientas y conocimientos sobre su autonomía y derechos.

Enfermeras y matronas están entre los profesionales más adecuados para garantizar este empoderamiento femenino durante el periodo perinatal, gracias a la relación de confianza que se establece entre ellas y las gestantes. Por ello resulta esencial apostar por la formación de estos profesionales durante las etapas tempranas de su proceso educativo.

Asimismo, es perentorio avanzar en la erradicación de la violencia institucional, para lo que son imprescindibles nuevos protocolos, normas y políticas que hagan frente a estas situaciones de abuso contra la mujer. También es de principal relevancia continuar y ampliar las investigaciones sobre este tema, para conocer su verdadera magnitud y las causas que lo producen, abriendo así nuevos caminos para avanzar en el esfuerzo para hacer desaparecer esta lacra social.

Observación

Para la elaboración de este texto, se han tenido en cuenta las “Diez recomendaciones para un uso del lenguaje no sexista en escritos científicos, sin estropear la lengua” del Equipo Index de Enfermería, de la Fundación Índex.⁴⁸

5. Barbosa Jardim, Danúbia Mariane; Modena, Cecília María. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; 26: e3069. Doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069
6. Vallana Sala, Viviana Valeria. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev. Cienc. Salud.*, 2019; 17(especial): 128-144. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>.
7. Badim Marques, Silvia. Violência Obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero-amer de Direito Sanitário*, 2020; 9 (1): 97-119. Doi: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>.
8. Ranea Triviño, Beatriz. “Visibilizar las violencias”. En: *Feminismos: antología de textos feministas para uso de las nuevas generaciones. Y de las que no lo son tanto*. Los Libros de la Catarata, 2019; 105-120.
9. Urra Medina, Eugenia. La teoría Feminista Post-estructuralista y su utilidad en la ciencia de la enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 2007; 13 (2): 9-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000200002>.
10. Fairman, Julie A. Investing in nursing and midwifery enterprise to empower women and strengthen health services and systems: Commentary and context. *Nurs. Outlook*, 2015; 64: 33-36. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.09.001>.
11. Pereira Rodrigues, Diego; Alves, Valdecyr; Santana Vieira, Raquel; Morett Romano Leao, Diva Cristina. A violencia obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2018; 12 (1): 236-246. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23523p236-246-2018>.
12. Da Silva Carvalho, Isaiane; Santana Brito, Rosineide. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 2017; 47: 71-79.
13. González Gil, Teresa. Florence Nithingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los cuidados*, 2005; IX (17): 33-40. Doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2005.17.06>.
14. Atewell, Alex. Florence Nightingale (1820-1910). *Temperamentvm*, 2010; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentvm/tn11/t0111.ph> [acceso: 24/11/2020].
15. Elias, Elyane Arantes; Souza, Ivis Emilia de Oliveira; Vieira, Leticia Becker. Significados do cuidado-de-si-mesmas de mulheres profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. *Esc Anna Nery*, 2014; 18 (3): 415-420. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140059>.
16. Moura Rabelo, Ana Renata; Dittz Duarte, Elysângela; Dias Fraça, Bruna; Lara Silva, Kênia. The care obstetric nurses: the encounter between selfcare bodies and other woman who is care for. *Esc Anna Nery*, 2020; 24 (1): e20190131. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0131.
17. Bedoya-Ruiz, Libia A.; Agudelo-Suárez, Andrés A.; Restrepo-Ochoa Diego A. Mujeres en embarazo, parto y postparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 2020; 37 (1): 142-147. Doi: <https://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.371.4981>.
18. Lancharro Taverro, Inmaculada; Romero Serrano, Rocío; Arroyo Rodriguez, Almudena; Morillo Martín, M^a Socorro; Alemany Lasheras, Francisco José; Chillón Martínez, Raquel. Estereotipos de violencia de género en estudiantes de Enfermería del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" de Sevilla. *Temperamentvm*, 2013; 18. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/t/t7843> [acceso: 10/11/2020].
19. Perera, Dinusha; Lund, Ragnhild; Swahnberg, Katerina; Schei, Berit; Infanti, Jennifer J. “When helpers hurt”: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018; 18 (211): 1-12. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>.
20. Basurto Mendoza, Gema Priscila; Alcívar Medranda, Eva Mendranda. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Belda, periodo 2019-2020. *Socialium*, 2020; 4(2): 445-458. Doi: <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2020.4.2.607>.
21. Ribeiro de Oliveira, Mariana Roma; Arantes Elias, Elayne; Ribeiro de Oliveira, Sara. Mulher e Parto: Significados da violencia obstétrica e a abordagem de enfermagem. *Rev. Enferm UFPE*, 2020; 14: e243996. Doi: 10.5205/1981-8963.2020.243996.
22. Cunha Adriana Loureiro da; Henriques, Rafaela Batista Lopes; Silva, Thuane Rodrigues Donato da; Silva, Maria Regina Bernardo da; Tertuliano, Kátia; Armada e Silva, Halene Cristina Dias de. Produção de conhecimento sobre violencia obstétrica: O lado invisível do parto. *Revista Nursing*, 2020; 23 (260): 3529-32.
23. Ferrer De Oliveira, Larissa Lages; Cizino da Trindade, Ruth França; Pereire dos Santos, Amuzza aylla; Oliveira de Araújo, Bárbara Régia. Violência Obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. *Rev Enferm UERJ*, 2019; 27: e38575. Doi: 10.12957/reuerj.2019.38575.
24. Alexandria, Samara Teles de; Oliveira, Maria do Socorro Santos de; Alves, Sabrina Martins; Albuquerque, Grayce Alenar; Santana, Milana Drumond Ramos. Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto. *Cultura de los Cuidados*, 2019; 23 (53): 119-128. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/cc/53119cc> [acceso: 8/11/2020].
25. Jojoa Tobar, Elisa; Chuchumbre-Sánchez, Yuler-Darío; Ledesma-Rengifo, Jennifer-Briyith; Muñoz-Mosquera, María-Cristina; Paja-Campo, Adriana-María; Suarez-Bravo, j-uan-Pablo. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev. Univ Ind Santander Salud*, 2019; 51 (2): 135-146. Doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>.
26. Moreno Marquez, Gabriela; Zapelini Do Nascimento, Diego. Alternativas que contribuem para a redução da violencia obstétrica. *Ciênc. Saúde colectiva*, 2019; 24 (12): 4743-44. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.236612019>.
27. Moré Pauletti, Jéssica; Portella Robeiro, Juliane; Corrêa Soares, Marilu. Violência Obstétrica: manifestaciones postadas em grupos virtuais no Facebook. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 2020; 9(1): 3-20. Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>.

28. Gray, Thomas; Mohan, Suruchi; Lindow, Stephen; Farrel, Tom. Obstetric Violence: Clinical staff perceptions from a video of stimulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2019; 10 (1): 1-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>.
29. Laia Da Mata Fujita, Júnia Aparecida; De Lima Nascimento, Priscila; Kakuda Shimo, Antonieta Keiko. Coping the obstetric violence and its repercussions on the practice of nurses obstetrician. *J. Nurs UFPE online*, Recife, 2015; 9 (12): 1360-9. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i12a10845p1360-1369-2015>.
30. Russo, Jane A.; Nucci Marina Fisher. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface*, 2020; 24: e180390. Doi: <http://doi.org/10.1590/Interface.180390>.
31. Rodríguez Ramos, Pablo Adrián; Aguilera Ávila, Laura. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2017; 2 (2), 56-74. Doi: 10.1344/musas2017.vol2.num2.4
32. Leal Do Nascimento, Samila; Mesquita Mendes Pires, Vilara Maria; De Andrade Santos, Ninalva; Cosata Machado, Juliana; Silva Meira, Leila; Parmanella Rodrigues Parmanella, Vanda. Conocimiento y vivencias de violencia obstétrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 2019; 37: 1-14. Doi: 10.15517/revenf.v0iNo.37.35264.
33. Pinto Leal, Sarah Yasmin; De Azevedo Lima, Vera Lucía; Ferreira Da Silva, Andrey; Feitosa Lopes Soares, Patricia Danielle; Ribeiro Santana, Luzia; Pereira, Álvaro. Percepção de enfermeiras obstetra acerca da violencia obstétrica. *Cogitare Enferm.*, 2018; 23 (2): e52473. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>.
34. De Carvalho Barbosa Luara; Gangini Fabbro, Márcia Regina; Pereira Dos Reis Machado, Geovânia. Violencia Obstétrica: revisao integrativa de pesquisas qualitativas. *Av. Enferm.*, 2017; 35 (2): 190-207. Doi: 10.15446/av.enferm.v35n2.59637.
35. Cassiano, Alexandra Do Nascimento et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 2016; 44: 452-464.
36. Upadhyay, Ushma D.; Gipson, Jessica D.; Withers, Mellissa; Lewis, Shayna; Ciaraldi, Erica J.; Fraser, Ashley; Huchko, Megan J.; Prata, Ndola. Women's empowerment and fertility: a review of the literature. *Soc. Sci. Med*, 2014; 0: 111-120. Doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.014.
37. Afulani, Patience A.; Buback, Laura; Kelly, Ann Marie; Kirumbi, Leah; Cohen, Craig R.; Lyndon, Audrey. Provider's perceptions of communication and women's autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. *Reproductive Health*, 2020; 17 (85): 1-17. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0>.
38. Baró, Silvia. Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calidad de Vida y Salud*, 2020; 13 (n. especial): Disponible en: <http://revistacvds.ufl.edu.ar> [acceso: 2/11/2020].
39. Bellamy, Clara; Castro Roberto. Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Rev Cienc Salud*, 2019; 17(1): 120-137. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621> [acceso: 2/11/2020].
40. Ribeiro De Oliveira, Tayse; Oliveira Lira Costa, Roxanny; Lima Monte, Nadiana; De Moura Feitosa Veras, Juscélia Maria; Mendes da Rocha Sá, Maria Iris. Percepção das mulheres sobre violencia obstétrica. *Revista de Enfermagem*, 2017; 11 (1): 40-6. Doi: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201701.
41. Silva, Thalita Monteiro da; Sousa, Kayo Henrique Jardel Feitosa; Oliveira, Adélia Dalva da Silva; Amorim, Fernanda Claudia Miranda; Almeida, Camila Aparecida Pinheiro Landim. Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. *Acta Paul Enferm*, 2020; 33: eAPE20190146. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020A001466>.
42. Al Adib Mendiri, Miriam; Ibáñez Bernádez, María; Casado Blanco, Mariano; Santos Redondo, Pedro. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 2017; 34 (1): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tln=es [acceso: 5/11/2020].
43. Iglesias, Susana; Conde, Marta; González, Sofía; Parada, M^a Esther. ¿Violencia Obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 2019; 4 (1): 77-97. Doi: 10.1344/musas2019.vol4.num1.5.
44. Castrillo, Belén. Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos*, 2020; IV (1): 196-220.
45. Benllonch-Doménech C, Barbé-VillaRubia M.J., Cascales Ribera, J. Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *Musas* 2019; 4 (1): 98-119. Doi: 10.1344/nusas2019.vol4.num1.6.
46. Fernandes da Rocha, Nathalia Fernanda; Ferreira, Jaquelin. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisao integrativa. *Saúde Debate*, 2020; 44 (125): 556-568. Doi: 10.1590/0103-1104202012521.
47. Fernández Guillén, Francisca. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 2015; 7 (18): 113-128.
48. Amezcua, Manuel; Herrera Justicia, Sonia. Diez recomendaciones para un uso del lenguaje no sexista en escritos científicos, sin estropear la lengua. *Index de Enfermería* 2020; 29(1-2): 50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100026&lng=es [acceso: 27/11/2020].

Anexo 10.

Publicación 3. Spanish women's perceptions of empowerment during the reproductive process.

Citación

Martín-Bellido M.C. y González Sanz J.D. (2024). Spanish women's perceptions of empowerment during the reproductive process. *Cogent Social Sciences*, 10 (1), 23060029. DOI: <https://doi.org/10.1080/23311886.2024.2306029>

Indicios de relevancia e impacto

Evidencias métricas sobre la publicación

Esta publicación ha sido citada en un artículo del ámbito de las Ciencias Sociales:

Fadillah, U., & Salamuddin, S. (2024). Implementation of women's empowerment program in improving family welfare in Batu Bara Regency. *Journal of community service and empowerment*, 5(2), 247-257.

Por otra parte, la publicación está disponible a texto completo desde el 22 de mayo de 2024 en Arias Montano. *Repositorio institucional de la Universidad de Huelva*. Desde entonces ha tenido 28 visualizaciones. Otros datos sobre métricas complementarias (redes sociales, etc.) están disponibles en el registro del repositorio: <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/23700>

Evidencias métricas sobre el medio de difusión

La revista *Cogent Social Sciences* (campo académico: Ciencias Sociales) está indexada en: ESCI (Web of Science Emerging Sources Citation Index), SCOPUS, IBSS (International Bibliography of the Social Sciences), DOAJ (Directory of Open Access journals), EBSCO (Academic Search Ultimate9, CNKI Scholar, GoOA (National Science Library, Chinese Academic of Science), British Library, Cabell's International, Norwegian Register for Scientific Journals, Series and Publishers, E-Lib Bremen, OCUL (Ontario Council of University Libraries), DTU Library, Ulrich's, J-Gate Portal, Primo Central Index- Ex libris, OCLC (WorldCat Discovery Services), Google Scholar, CrossRef, Taylor & Francis Online.

Aportación concreta de la doctoranda

Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el *IX Seminario Predoctoral* organizado por el Programa de Doctorado en Estudios Interdisciplinarios de Género de la Universidad de Huelva en junio de 2024.

La doctoranda colaboró en el diseño del estudio, en la conducción del análisis de los datos y en la elaboración del manuscrito, su revisión y aprobación final. De igual modo, cabe resaltar que fue la única responsable de la colección y tratamiento de los datos.

Spanish women's perceptions of empowerment during the reproductive process

María del Carmen Martín-Bellido & Juan D. Gonzalez-Sanz

To cite this article: María del Carmen Martín-Bellido & Juan D. Gonzalez-Sanz (2024) Spanish women's perceptions of empowerment during the reproductive process, Cogent Social Sciences, 10:1, 2306029, DOI: [10.1080/23311886.2024.2306029](https://doi.org/10.1080/23311886.2024.2306029)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/23311886.2024.2306029>



© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.



[View supplementary material](#)



Published online: 25 Jan 2024.



[Submit your article to this journal](#)



[View related articles](#)



[View Crossmark data](#)

Spanish women's perceptions of empowerment during the reproductive process

María del Carmen Martín-Bellido^a  and Juan D. Gonzalez-Sanz^b 

^aInterdisciplinary Gender Studies Doctoral Program, University of Huelva, Huelva, Spain; ^bNursing Department, COIDESO Research Center, University of Huelva, Huelva, Spain

ABSTRACT

Dissatisfaction among women and health professionals regarding the health care provided during the perinatal period has led to the development of another style of care, oriented towards encouraging and respecting the autonomy of women during the reproductive process, what has called 'women's empowerment'. The aim of this paper is to describe women's perceptions of empowerment during the perinatal period and its relationship to the humanization of childbirth, individualized care, and a dignified treatment of their bodies. Study was carried with a descriptive qualitative exploratory methodology using six focus groups of between 5 and 8 participants (June 2020–June 2022). The groups were guided by a semi-structured questionnaire. Data analysis was performed according to the Taylor-Bodgan methodology. The number of participants was 39 (29 pregnant; the rest were less than 12 months postpartum). From the analysis of the data, nine categories arose: definition, benefits, harms, role of the midwife, relationship, essential aspects, knowledge, feelings, and improvements. As concluding remarks, participants perceive women's empowerment in the perinatal period as something beneficial, although this is a term with which they are unfamiliar. They consider that the role of the midwife and the information received are fundamental elements in this empowerment. Finally, a close relationship is established between this term and others such as individualized care and the humanization of childbirth.

ARTICLE HISTORY

Received 6 July 2023
Revised 27 December 2023
Accepted 12 January 2024

KEYWORDS

Empowerment; perinatal care; pregnant women; midwifery; perceptions

REVIEWING EDITOR

Komalsingh Rambaree, Social Work and Criminology, University of Gävle, Gävle, Sweden

SUBJECTS

Women; Midwifery; Nursing

1. Introduction

In a broad sense, the health care provided to women during the perinatal period reflects the way in which societies understand female reproduction (Prosen & Krajnc, 2019). Even though it is a natural phenomenon, the reproductive process is often seen as an almost pathological event (Benyamini et al., 2017), in which health professionals (including nurses and midwives) perform numerous interventions on the bodies of women. This encourages these professionals to adopt a paternalistic attitude—well-intentioned but protective—that makes it difficult for each woman to be able to make autonomous decisions (Thompson et al., 2017). This paternalism is encouraged by the organization of the health system and the lack of knowledge that many women have of the reproductive process and their rights during it (Noge et al., 2020).

This situation generates dissatisfaction in both groups: professionals and women (and their families). Thus, a growing number of professionals opt for developing another style of (non-paternalistic) care with the aim of achieving a situation of real autonomy of women during their reproductive process—that is to say, in favour of women's empowerment during the perinatal period (Tunçalp et al., 2017). The aim is to achieve the effective participation of each woman in her own care during the reproductive process.

One of the main ways for this is to make it easier for each woman to be autonomous in recognizing her rights and expressing her preferences during the perinatal period (Giordano & Surita, 2019). This

CONTACT Juan D. Gonzalez-Sanz juan.gonzalez@denf.uhu.es  Nursing Department, COIDESO Research Center, University of Huelva, Huelva, Spain

© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. The terms on which this article has been published allow the posting of the Accepted Manuscript in a repository by the author(s) or with their consent.

implies making medical terminology more accessible and providing information about the available care options, which involves women in informed and shared decision-making (Rayment-Jones et al., 2019).

However, it is not enough to offer more and better information. In the case of care provided by midwives, we see that other factors influence the empowerment process, such as the provision of quality care based on the scientific evidence (Cleary-Holdfoth et al., 2021) and focused on reducing unnecessary obstetric interventions, preventing the appearance of complications (Abdessalami et al., 2017), and increasing satisfaction among women, which encourages them to be self-confident (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019).

Other aspects are also relevant, such as personalized support by midwives (Sigurðardóttir et al., 2019), the understanding of rights and personal values (Kennedy et al., 2020), the cultural perspective on care (Altman et al., 2022), and the continuity of care (Neerland et al., 2022), which allows the establishment of relationships of confidence between women and their midwives (Lida, Horiuchi & Nagamori 2021).

This empowering care is very much related to what the literature describes as ‘humanized care’, a movement that seeks a balance between the medicalization and the physiology of the reproductive process (Clesse et al., 2018).

But it is not only health professionals who act to encourage women’s empowerment. The women themselves have a key role to play in this matter, as their expectations, attitudes, and behaviours during the reproductive period influence the operational guidelines of the health system (Wadephul et al., 2020). Today, women demand more information about their reproductive process and that it is of better quality (McLeish et al., 2020). They also express the need for greater training of health professionals in humanized care, to avoid situations of disrespectful care (McLeish & Redshaw, 2019).

Humanized and empowering care during the reproductive process, centred on women’s autonomy and dignity, has significant consequences: women relax and feel more comfortable (George et al., 2022); their preferences, experiences, and values are better understood and respected by the professionals who provide them with care (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018); midwives have a better self-perception of their work (Lukasse & Henriksen, 2019); and the use of unnecessary techniques is reduced (Roberts et al., 2020).

In the light of all the above, and in further recent studies in this area (O’Connell et al., 2021), it is of great interest to describe—in the specific case of Spain—the perceptions held by women on empowerment during the perinatal period as well as the relationship between this and the humanization of child-birth, individualized care, and the dignified treatment of their bodies.

2. Methodology

2.1. Design

Descriptive qualitative exploratory study using focus groups.

2.2. Study population

The women who participated in the study were pregnant (at any point of pregnancy) or postpartum (from the fourth week after delivery), and fluent in Spanish. Although other studies did not establish this limitation, we considered that the circumstances of adaptation to the care of the infant during the first four weeks of postpartum could affect the participation of the postpartum women in the focus group and the content of their participation. Participation was also offered to women who had gestated and/or given birth in the twelve months prior to the study.

2.3. Selection of participants

The strategy for recruiting participants was based on the dissemination of an open call for participation in the study via social networks (Facebook, Instagram, WhatsApp), in which the research team participated. Participation in the study was also offered to the participants of the I and II *Gender, health, and sexualities* conferences organized by the University of Huelva in 2020 and 2021. In addition, private centres that provide Pilates for pregnant women in the province of Huelva and two town halls in the province were contacted to develop face-to-face focus groups in their facilities.

2.4. Material and methods

Data collection was carried out through focus groups. In view of the past situation of the COVID-19 pandemic, some focus groups were carried out online by videoconference on the Zoom platform and others were face-to-face. In this respect, recent literature showed that there are no significant differences between the use of face-to-face and virtual focus groups in this type of study (Steward & Shamdasani, 2017) and that doing it online can even provide benefits, such as a greater geographical coverage and a greater guarantee of neutrality during the process (Salvador et al., 2020).

A semi-structured questionnaire was used to guide the development of the groups (Table 1). The groups were led by the first author who, as recommended by the literature (Nyumba et al., 2018), was specifically trained in conducting qualitative studies with the focus-group technique.

The study participants were recruited in June 2020 and in June 2022, when data saturation was reached. Data were gathered on sociodemographic variables such as gender, age, nationality, occupation, number of children, and others about prior knowledge of women's empowerment and at what point the women were in the perinatal period.

Six focus groups of between five and eight participants were created, with a total of 39 participants (Table 2). The assignation of the participants to the different focus groups, all of equal rank, was made randomly. All the focus groups had a duration of about 40 min and were conducted in Spanish, the native language of most of the participants. The criteria for the choice of the number of focus groups, their conduct, realisation, and duration were based on the recommendations from the literature (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

All study participants were sent a survey created with Google Forms in which they were informed about the remit of the study, they were asked to provide their email addresses and the dates and time that would best suit them for holding the focus group if they wished to participate in the study. Later, an email was sent again requesting the disinterested, anonymous, and voluntary participation in the focus group and including the link for accessing the videoconference in the case of the online groups.

2.5. Data analysis

The information obtained from the video recording of the focus groups was transcribed (*verbatim*) to help the researchers in their analysis. They also took field notes and made reflections during the focus groups.

The final transcriptions were imported into the program *Excel*—as it was a small sample and so did not justify the use of software to assist in the analysis of qualitative data (Gil-García et al., 2002)—for the reduction, triangulation, and grouping of data, taking as a benchmark the data-analysis practice proposed by Taylor-Bogdan (1990).

2.6. Treatment of data

All the data derived from this study was treated in accordance with the provisions established in Organic Law 3/2018, of 5 December, on the protection of personal data and the guarantee of digital rights.

The initial questionnaire collected data of a personal nature such as information associated with the participants' attendance and occupation, but never related to their identity (forename, surnames, national

Table 1. Script followed during the carrying out of the focus group.

Question
1. Have you ever heard of women's empowerment? Where?
2. What for you is women's empowerment in the perinatal period?
3. Have you received training on women's empowerment in the perinatal period? What knowledge do you have of this topic?
4. What benefits or harm do you think that women's empowerment provides in the perinatal period?
5. What is the midwife's role in empowering women in the perinatal period?
6. Do you think that there is a relationship between women's empowerment in the perinatal period, the humanization of childbirth, individualized care, and the dignified treatment of women's bodies in this stage? In what way?
7. What aspects would you consider to be essential for the empowerment of women in the perinatal period?
8. Are you familiar with the Junta de Andalucía's childbirth plan? Have you used it? Do you think that it serves to empower?

Table 2. Focal groups information.

	Participant	Age	N. of children	Gestational situation	Prior Knowledge	Nationality	Educational Level
	(n = 39)	(m = 34)	0 (59%) 1(38.5%) 2(2.5%)	Pregnant (74.4%) Postpartum (25.6%)	No (79.5%) Yes (20.5%)	Spanish (95%) Other (5%)	Essential (10.3%) Medium (35.9%) Superior (53.8%)
FOCAL GROUP 1	E1P1	33	1	Pregnant	No	Spanish	Medium
	E1P2	38	2	Pregnant	No	Romanian	Superior
	E1P3	34	0	Pregnant	Yes	Spanish	Medium
	E1P4	29	0	Pregnant	No	Spanish	Medium
	E1P5	26	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E1P6	31	0	Pregnant	No	Spanish	Essential
	E1P7	40	0	Pregnant	Yes	Spanish	Superior
	E1P8	34	0	Pregnant	Yes	Spanish	Superior
FOCAL GROUP 2	E2P1	38	1	Postpartum	No	Spanish	Medium
	E2P2	39	1	Postpartum	No	Spanish	Superior
	E2P3	37	0	Postpartum	Yes	Spanish	Superior
	E2P4	36	1	Pregnant	No	Spanish	Medium
	E2P5	40	0	Pregnant	No	Spanish	Essential
FOCAL GROUP 3	E3P1	30	0	Pregnant	No	Spanish	Medium
	E3P2	38	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E3P3	25	0	Pregnant	No	Spanish	Essential
	E3P4	30	1	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E3P5	33	1	Pregnant	No	Spanish	Superior
FOCAL GROUP 4	E4P1	31	1	Postpartum	No	Spanish	Medium
	E4P2	36	1	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E4P3	41	1	Postpartum	No	Spanish	Essential
	E4P4	29	1	Postpartum	No	Spanish	Medium
	E4P5	32	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E4P6	32	1	Pregnant	Yes	Spanish	Superior
FOCAL GROUP 5	E5P1	40	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E5P2	35	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E5P3	24	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E5P4	40	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E5P5	36	1	Pregnant	No	Spanish	Medium
	E5P6	40	0	Pregnant	Yes	Spanish	Medium
	E5P7	34	1	Pregnant	No	Spanish	Medium
FOCAL GROUP 6	E6P1	42	1	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E6P2	35	0	Pregnant	No	Spanish	Superior
	E6P3	30	0	Postpartum	Yes	Spanish	Superior
	E6P4	26	0	Postpartum	No	Spanish	Superior
	E6P5	30	0	Postpartum	Yes	Lithuanian	Superior
	E6P6	31	0	Pregnant	No	Spanish	Medium
	E6P7	40	0	Pregnant	No	Spanish	Medium
	E6P8	32	1	Pregnant	No	Spanish	Essential

identity number [DNI], etc.) Data was also collected related to the following variables: gender, age, nationality, occupation, number of children, prior knowledge about women's empowerment, and at what point of the perinatal period they were.

For each participant, a personal identifying code (ID) was created through the assignation of a number to each focus group and each participant, in order of completion, linked to the letters G (focus group) and P (participant).

2.7. Ethical aspects

All the participants were informed orally and in writing about the objectives of the study when they were offered participation in the focus groups, in both the online and face-to-face formats. They were then asked to give written informed consent as well as consent to be video-recorded and for the processing of their data. Before starting each focus group, they were again given information about the study and about the possibility of abandoning it at any point.

The data were treated confidentially at all times, separating the information that could serve to identify the participants. The final data table for the analysis did not include the names of the participants, or their initials, as indicated in current legislation. On the other hand, it was guaranteed that none of the researchers had any type of relationship with any of the participants prior to the survey.

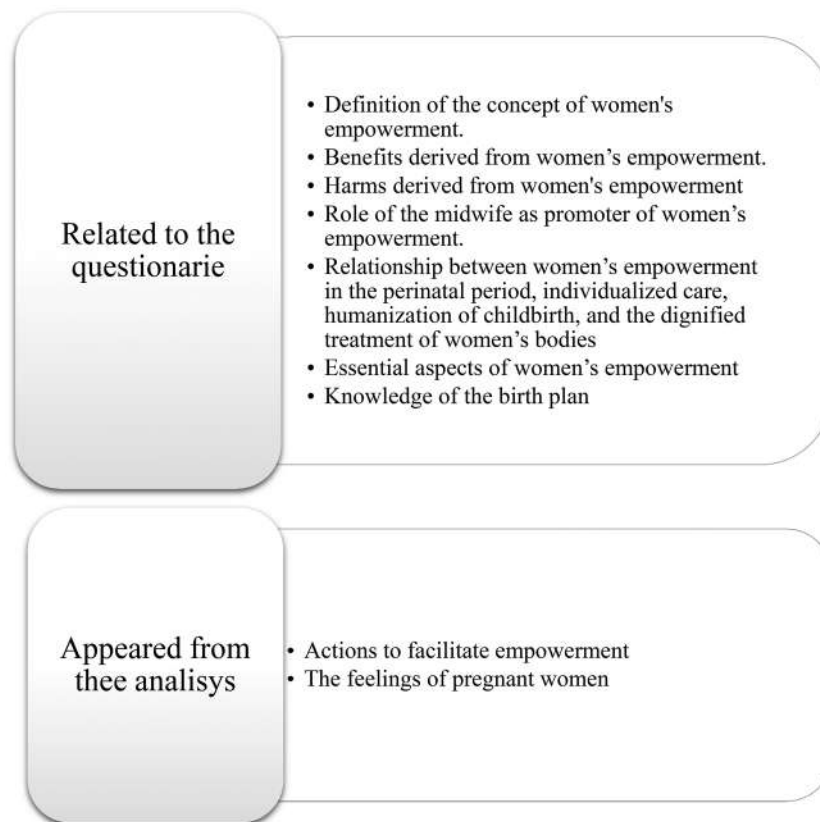


Figure 1. Relationship between the number of participants in the focus group according to age and reproductive status.

Ethical approval was requested from the regional government of Andalucía's ethical investigation committee, declaring that no biomedical aspects were studied in this investigation.

2.8. Viability/limitations

One of the limitations of this study can be found in a possible selection bias, in gathering only data from pregnant women, postpartum women after the fourth week of the postpartum period, and with children younger than 12 months. There could be other situations during the first four weeks of postpartum and after a year postpartum that are not included in the study.

3. Results

The total number of women who participated in the focus groups was 39, with ages ranging from 24 to 42. Of the sample total, 29 women were pregnant, and the remainder were in a postpartum of no longer than 12 months. Thirty-seven were of Spanish nationality, with one of Lithuanian nationality and one of Romanian nationality; all understood and spoke Spanish with a medium-high level. In terms of educational level, 13 had a university degree, 14 had knowledge of vocational training, and 4 had basic studies (Figure 1).

From the analysis of the data extracted from the focus groups, nine categories emerged: definition of the concept of women's empowerment; benefits and harms derived from women's empowerment; role of the midwife as promoter of women's empowerment; relationship between women's empowerment in the perinatal period, individualized care, humanization of childbirth, and the dignified treatment of women's bodies; essential aspects of women's empowerment; knowledge of the birth plan; the feelings of pregnant women; and actions to facilitate empowerment. The first seven of these were directly related

to the questionnaire that was used to guide the focus groups, while the last two appeared from the analysis of the participants' responses. Other data that were also considered important to collect and analyse were those that referred to training-information about women's empowerment and to knowledge of the existence of the birth plan.

3.1. Definition/concept of women's empowerment

Out of the total 39 participants, 31 were familiar with the term women's empowerment, while 8 had some type of knowledge. The majority of the participants define women's empowerment in the perinatal period as an attitude adopted by the pregnant women (with prior advice from health professionals and the acquisition of knowledge that they provide), which allows them to express their wishes during this period and that their decisions are respected by the professionals who treat them:

Control, self-management, self-knowledge, a woman's capacity to manage herself in terms of emotions, in terms of working strategies. It is the confidence that you create for yourself through strategies and how I will deal with it in a positive way, how I can work with this to cope with childbirth, how it will be in the moments after the birth, and how I will cope with the new life. (G6P1)

3.2. Benefits and harms derived from women's empowerment

All the participants considered that women's empowerment in the perinatal period provides more benefits than harms and, furthermore, that the latter derive from the concept held by the health professional about empowerment. As benefits, the women indicated that empowerment provides awareness of the process, knowledge, security, peace of mind, and decision-making capacity.

Information gives you the power of knowing what will happen during the pregnancy process, in the process of delivery. Having peace of mind, security, confidence and not being frightened is super important, because if you are frightened, the body responds in a way that will not help you in the process of childbirth. (G2P3)

The notable finding in terms of the negative aspects of women's empowerment in the perinatal period was the negative perception of some health professionals about health-service users who demonstrated that they had knowledge and information about their process and awareness of their rights. The women indicate that they believed that these professionals feel threatened, possibly for feeling insecure, out of date, or having little training.

By speaking so confidently about what you want and what you don't want, they also criticize us for knowing everything. (G6P5)

Furthermore, they consider that when a woman is empowered it implies that she is more and more demanding about the care she is offered, which can prove negative, as if she does not receive the care, she can become disappointed and dissatisfied.

We become more demanding; we want more. Or you go home saying that they are not giving me the solutions that I am looking for. (G1P5)

3.3. The role of the midwife as promotor of women's empowerment

Women consider that the figure of the midwife plays an essential role within women's empowerment in the perinatal period.

Essential figure. (G3P4)

They indicate that the role of the midwife in women's empowerment consists mainly of providing information, giving reassurance, guiding, helping, giving confidence, advising, accompanying, providing emotional support, carrying out perinatal monitoring, giving women the capacity for self-care, and

respecting their decisions and wishes. In addition, they are also responsible for involving the partner-family in the process.

Guiding her, helping her ... like more confidence, as the midwife is supposed to know more about pregnancy, then you always have help for any question because you always have her there. (G2P4)

But, on the other hand, they also indicate that the midwife does not always perform the role indicated above or which they expect her to perform. Often, they were not up to date, did not offer an individualized care, were not empathetic, and did not have confidence in the decision-making capacities of the women. All this implies that they play an authoritarian role based on their knowledge or beliefs, and it is because of this that women demand to be able to take decisions as a team together with the midwife.

First is informing you and explaining the different practices or at what point and in which circumstances each of them can be performed or whether it is desirable or undesirable - that's the first thing; and second, that they also assume - doctors, midwives, and nurses - that they have to give us a bit more of a say, so that it is not only they that carry out your delivery or your pregnancy. (G5P1)

3.4. Relationship between women's empowerment in the perinatal period, individualized care, humanization of childbirth, and the dignified treatment of women's bodies

When we ask participants about the relationship that may exist between these concepts, all believe that there is a relationship of dependency between them and that it is impossible to apply some of them without the others.

I think they all go together a bit, don't they? It seems like that to me. Because the dignity of the woman's body is also in the empowerment that you put in yourself, the control you have over your own body... I think so. Which also go hand in hand to some extent. (G6P2)

3.5. Essential aspects for women's empowerment

Information is considered by the pregnant and postpartum women to be one of the key elements in empowerment, as it provides knowledge and thus awareness of the health process in which they find themselves.

Having all the information for us to feel safe at this time and be in control of the situation. (G4P2)

Another aspect that was highlighted as important within women's empowerment is emotional support, both by the professional and by their partners, noting the need to inform the latter and involve them in the perinatal period.

I think the support your partner gives you or the people at your side is very important, as well as your own strength, (G3P3)

They also consider the attitude and respect shown by the midwives during the pregnancy, delivery, and postpartum to be essential for having a satisfactory experience, as well as the fact that their wishes are considered.

That they ask me my opinion and listen to me, that I can say 'I feel this, or I would like to do that', and then as a result of what I say that she guides me and says to me 'look, this can be done like this, or this can't be done like this', you know? But that they listen to me, not that they don't even do that. (G5P4)

3.6. Knowledge of the birth plan

Of the 39 participating women, 22 did not know the birth plan, despite being pregnant or having given birth within the previous year.

Nothing, I had no information about this, no. I don't know how it goes, nor what information is provided, nothing. (G6P2)

The others who did know the plan or who had used it, considered that the birth plan is an instrument that is given to pregnant women on a compulsory basis, which sets down in writing the basic rights of women during labour. However, they say that in the majority of cases the professionals did not use it or take it into account.

The truth is that I did not know what to put down nor did I feel qualified to do it and after I think they didn't use it much, because in the documentation they make you sign when you get to the hospital they make it clear they will try to follow your birth plan unless they consider that they do not have to follow it. So, it doesn't have much sense. (G2P2)

3.7. Feelings of pregnant women

One of the most widespread feelings among the pregnant women is the lack of knowledge about the process of pregnancy, labour, and postpartum.

At least in my case, I don't know what benefits me most, if I need to have an epidural or not, if they cut me or not [...] at least the midwife did not say anything to me, not the midwife or anyone else and this is something you miss so that you can then decide on the matter, knowing the pros and cons (G5P3)

This lack of knowledge combined with the lack of consideration by health professionals of their opinions and their wishes means that women feel unprotected and insecure, as well as little respected. And this means that, independently of their expectations, they submit themselves to what the health professional proposes to them.

And they give you the feeling that, if you turn up with your birth plan and say that you want this, they are going to jump on you and say, 'look at this idiot'. The information that I have received from people, in a manner of speaking, is that they treat you like an object, and put you here and put you there, open your legs, they say that they don't talk about what they are doing to you or what you want at that time. (G5P2)

Furthermore, the fact of not always being looked after by the same healthcare professional (midwife or gynaecologist) also creates distrust, along with the feeling that the healthcare professionals do not give them all the time they require to attend to their needs.

The appointments with your midwife at the health centre are very short, so it's true that in the end you go and between the questions and doubts you raise it's all a bit routine and although she is chatty and so on, it's all so short. (G6P3)

However, they feel valued when the midwife gets involved and takes their wishes and expectations into account.

The young woman, come on, I remember that half the time I was pushing when standing up, as if I were someone shitting in a field, and the girl with a little mirror underneath lying on the floor. So, she could have told me to sit down there because my kidneys hurt. No. Even so, I respect her, at least the midwife that I had at that point, I respect her. (G6P3)

3.8. Actions to facilitate women's empowerment

From the answers above, we deduce that the participants in this study perceive that women's empowerment in the perinatal period is difficult to achieve at the present time. However, in their interventions the participants alluded to certain changes that they think could facilitate a more satisfactory experience for women during this period.

First, they consider that there needs to be a change in the organization of the public-health system, beginning with infrastructure, which at times makes it difficult for women to achieve their expectations and desires.

Having private health - that's a hotel compared with the public. Because, for instance, with the Covid issue, I could be there in an individual room and in the public system they will make me share with someone. (G1P1)

But the central aspect, from their point of view, is that of the professionals. The participants say that they would like to have a specific person to whom they can direct themselves and who would always be looking after them to increase their security and confidence.

You can have a super midwife during the pregnancy, and you say, wow, how wonderful, how good, she explains things to me so well; and when you turn up, you get a random midwife and in the end what you were told and what you have idealized is totally different from what you find later. (G5P6)

As well as their demand for continuity of care, they also allude to the lack of health professionals, which can be a triggering factor for much of the perceived inattentiveness.

If only there had been more professionals, I would have loved it if the midwife didn't have to be shared between three cubicles, because in the end we all gave birth at the same time, and it was all a bit crazy at that point. (G6P3)

One feature mentioned is the training and attitude of the professionals, as the participants consider that the professionals need to be up to date and offer an egalitarian treatment, respecting the women's situation, wishes, and needs, as they perceive that there are variations in care between professionals with different levels of experience or who belong to different institutions.

There really needs to be a common agreement among all the midwives in Spain, at state level, at regional level, or at the level of Andalusia. So, all of them have the same purpose and way of working. Not, they tell you one thing, others tell you something totally different, and this is crazy, there is no unification because everyone thinks in their own way, some are old-school, and others are of the modern school and now I am going to pray to see which one I get. There is no unification. (G5P6)

In terms of the role played by women as users of the health system during the perinatal period, the participants expressed the conviction that a lot of work still needs to be done to ensure that everyone is aware of their rights and that they can fight for their autonomy during the perinatal period.

I think it is a bit about raising awareness, well, awareness, studying, researching, going a bit deeper into everything, a little bit too much because I think that a lot is needed, in that childbirth is a natural process and women can cope with it and it's a question of giving them time. (G6P3)

4. Discussion and conclusions

4.1. Discussion

Taking into account the nature of the study, it should be highlighted that what is expressed in the responses of our participants is related to their own experiences, beliefs, and knowledge, after being in contact with health professionals during the perinatal period.

In terms of the women's perceptions of women's empowerment during the perinatal period, our findings are backed by earlier studies which show that the participants see it as something beneficial (Pratley, 2016) and define it as an attitude that allows them to be autonomous and aware of their capacities and rights (Author). Similarly, as also occurred with the study by Palmquist et al. (2020), we find that they still see health care during the process of pregnancy, labour, and postpartum as being very medicalized.

In eliciting the perception of women of the factors that determine the degree of empowerment in this period, the participants in our study underline what was indicated by Tully and Ball (2013) in identifying information as the most enabling element for taking decisions together with the healthcare team. However, they suggest that today this information is scarce, as described in a similar way by Lázzaro and Arnao-Bergero (2021). The fact that the healthcare professionals informed them and provided them with knowledge gave them a positive emotional value for their own experience and that of their families, because they not only acquired awareness, knowledge, and capabilities, but also security and peace of

mind (Gómez-Fernández et al., 2020; Parang et al., 2023). Our participants underline the importance of the involvement of the partner of family in the perinatal period, as occurred in the study by Jeong et al. (2021). But, as suggested by Longworth et al. (2015), they continue to perceive that they bear the brunt of decision-making during this period.

In terms of the professionals, Martínez-García et al. (2018) also found that the participating women identify the midwives as a key agent in their empowerment, through such actions as providing information, enabling peace of mind, guiding, advising, respecting, giving confidence, and accompanying them during the process. We thus coincide with the work of Alfaro Blazquez et al. (2018) in the perception that our participants have of feeling valued by the midwives and consider them as their allies when the latter know their needs and those of their families and respect their wishes and expectations. This does not detract from the fact that the women also state that, in other cases, the midwives can complicate the process through their advice and the attitude they display, which can sometimes become a real lack of respect of their personal autonomy (Goberna-Tricas & Biurrun-Garrido, 2020).

When this lack of respect has occurred, tied to the limited consideration of their wishes and decisions by the midwives and other healthcare professionals, the participants in our study refer to having had a negative experience of the process of pregnancy, labour, and postpartum, considering that it has not responded to their needs, as Husein et al. (2018) also suggest. In these cases, coinciding with Kroll et al. (2022), our participants say that they had perceived that the healthcare professionals did not trust their capacities to make informed decisions during the perinatal period (specifically, in their written preferences in their birth plans, which they value as a tool that facilitates empowerment).

As well as their specific actions and their general attitudes, the participants in our study identify the time available for care as the third element to consider regarding professionals in their relationship with women's empowerment in the perinatal process (Lewis-Jones et al., 2022). They consider that, in general, the amount of time for care is limited and they attribute this to the lack of healthcare professionals.

This perception opens the field of analysis of the health system seen as an organic whole. Along these lines, the women who participated in our study demand a different organization that allows continuity of care by the same healthcare professionals, as has been argued by other studies (Tickle et al., 2021). They believe that this continuity—together with increased staffing levels and a greater application of the scientific evidence in the delivery of care—contributes significantly to improvements in the quality of health care (Pourette et al., 2018) and a greater degree of satisfaction (Gamedze-Mshayisa et al., 2018). As has been indicated in the study by Fernández-Castillo and Linares-Abad (2018), with the same organizational perspective, our participants say that the health centres are very limited in terms of resources and infrastructure and that this has repercussions in the quality of care. They thus suggest a change in the organization of healthcare given to women and their families during the reproductive process, so that they are the centre of care, in agreement with other findings (Liberati et al., 2019).

On the relationship between women's empowerment and other terms such as humanization of childbirth, individualized care, and dignified treatment towards their bodies, the women in our study established a clear connection. The available literature indicates that women consider that all these terms set out the same type of health care, which encourages their autonomy and respect for their wishes and preferences (Goberna-Tricas & Biurrun-Garrido, 2013).

4.2. Conclusions

Women perceive women's empowerment in the perinatal period as beneficial, as it gives them autonomy and awareness over their capacities and rights, although it is a concept with which they are little familiar. As essential elements of women's empowerment in the perinatal period, the participants highlight information and the figure of the midwife. They consider that the information that is offered to them is limited and sometimes not up to date. In terms of the midwives, they highlight the importance of being respected and supported by them and consider that the time the midwives dedicate to the women is limited.

The participating women consider that women's empowerment in the perinatal period is intimately related to the humanization of childbirth, the dignified treatment of women's bodies, and individualized care. However, they claim that there is still much work to be done, both in the organization of the health system and in the attitude of pregnant women, women in labour, and postpartum women.

Acknowledgements

All the women who took part in the study in a disinterested way.

Author contributions

GS-JD and MB-MC designed the study and conducted the analysis. MB-MC performed the data collection and draft the manuscript supervised by GS-JD. All authors contributed to revising the manuscript and approved the final version.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Funding

This research did not receive any specific grants from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

About the authors



María del Carmen Martín-Bellido PhD student at the University of Huelva, Interdisciplinary Gender Studies Doctoral Program. Registered nurse; Master in Integration in care and resolution of Clinical Nursing problems; Master in Research in Social Health Sciences. She has an experience as Assistant Professor at the University of Huelva from 2019 to 2020. Her area of research is nursing/midwifery care and female empowerment during perinatal period.

Juan D. Gonzalez-Sanz Lecturer in the Nursing Department of the University of Huelva. PhD in Philosophy and PhD in History, registered nurse and midwife, he is director of *Anábasis. Permanent Research Seminar on Nursing and Philosophy*. He studies on the Michel de Certeau's works, the relation between nursing and philosophy, nursing teaching innovation, and perinatal care, with specially attention on female empowerment during reproductive process.

ORCID

María del Carmen Martín-Bellido  <http://orcid.org/0000-0002-3970-9661>

Juan D. Gonzalez-Sanz  <http://orcid.org/0000-0002-4344-8353>

References

- Abdessalami, S., Rota, H., Pereira, G. D., Roest, J., & Rosman, A. N. (2017). The influence of counseling on the mode of breech birth: A single-center observational prospective study in The Netherlands. *Midwifery*, 55, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.012>
- Akuamoah-Boateng, J., & Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labour for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 67, 46-56. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018>

- Alfaro Blazquez, R., Ferrer Ferrandiz, E., Pardo Moya, S., Gea Caballero, V., & Corchon, S. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of the preterm birth experience and satisfaction scale (P-BESS) into Spanish. *Midwifery*, 66, 148-154. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.007>
- Altman, M. R., Afulani, P. A., Melbourne, S., & Kuppermann, M. (2022). Factors associated with person-centered care during pregnancy and birth for black women and birthing people in California. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 50(2), 329-338. <https://doi.org/10.1111/birt.12675>
- Benyamini, Y., Molcho, M. L., Dan, U., Gozlan, M., & Preis, H. (2017). Women's attitudes toward the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(5), 424-430. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.007>
- Clearly-Holdforth, J., O'Mathúna, D., & Fineout-Overholt, E. (2021). Evidence-based practice beliefs, implementation and organizational culture and readiness for EBP among nurses, midwives, educators and students in the Republic of Ireland. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(6), 379-388. <https://doi.org/10.1111/wvn.12543>
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalization: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- Fernández-Castillo, R., & Linares-Abad, M. (2018). Professionals competencies of Swedish and Spanish midwives: a qualitative study of their perceptions. *Matronas Profesión*, 19(3), 105-114.
- Gamedze-Mshayisa, D. I., Kuo, S.-C., Liu, C.-Y., & Lu, Y.-Y. (2018). Factors associated with women's perception of and satisfaction with quality of intrapartum care practices in Swaziland. *Midwifery*, 57, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.016>
- George, E. K., Shorten, A., Lyons, K. S., & Edmonds, J. K. (2022). Factors influencing birth setting decision making in the United States: An integrative review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(3), 403-419. <https://doi.org/10.1111/birth.12640>
- Gil-García, E., Conti-Cuesta, F., Pinzón-Pulido, S. A., Prieto-Rodríguez, M. A., Solas-Gaspar, O., & Cruz-Piqueras, M. (2002). Computer assisted text analysis in qualitative research. *Índex de Enfermeria*, 36-37, 24-28.
- Giordano, J., & Surita, F. G. (2019). The role of the respectful maternity care model in Sao Paulo, Brazil: A cross-sectional study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(3), 509-516. <https://doi.org/10.1111/birt.12448>
- Goberna-Tricas, J., & Biurrun-Garrido, A. (2020). Pain relief in childbirth. Empowerment and vulnerability of women in decision-making. Qualitative study. *Musas*, 5(1), 79-97. <https://doi.org/10.1244/musas2020.vol5.num1.5>
- Goberna-Tricas, J., & Biurrun-Garrido, A. (2013). The humanization of labor: Need to define the concept. Literature review. *Matronas Profesión*, 14(2), 62-66.
- Gómez-Fernández, M. A., Payá-Sánchez, M., Isidro-Albaladejo, M., García-del Arco, M., Molina-Ordoñez, R., & Cabrera-García, P. (2020). Pregnancy as a situation of vulnerability to gender violence: Perspective of primary care midwives on their training in detection and approach. *MUSAS*, 5(2), 23-43. <https://doi.org/10.1344/musas2020.vol5.num2.2>
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). The focal groups' technique. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
- Jeong, J., Ahun, M. N., Bliznashka, L., Velthausz, D., Donco, R., & Yousafzai, A. K. (2021). Barriers and facilitators to father involvement in early child health services: A qualitative study in rural Mozambique. *Social Science & Medicine (1982)*, 287, 114363. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114363>
- Kennedy, P., Adelson, P., Fleet, J., Steen, M., McKellar, L., Eckert, M., & Peters, M. D. J. (2020). Shared decision in pregnancy care: A scoping review. *Midwifery*, 81, 102589. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102589>
- Kroll, C., Murphy, J., Poston, J., You, W., & Premkumar, A. (2022). Cultivating the ideal patient: How physicians-in-training describe pain associated with childbirth. *Social Science & Medicine (1982)*, 312, 115365. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115365>
- Lázzaro, A. I., & Arnao-Bergero, M. (2021). Pregnancy and childbirth in a pandemic: violation of rights and subjective marks in obstetric/perinatal care in the context of covid-19 in Argentina. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(2), 29-46. <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num2.2>
- Lewis-Jones, B., Nielsen, T. C., Svensson, J., Nassar, N., Henry, A., Lainchbury, A., EtKim, S., Kiew, S., McLennan, S., Shand, A., & Al, W. (2022). Cross-sectional survey of antenatal education attendance among nulliparous pregnant women in Sydney, Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 36(2), e276-e282. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.08.003>
- Liberati, E. G., Tarrant, C., Willars, J., Draycott, T., Winter, C., Chew, S., & Dixon-Woods, M. (2019). Hot to be a very safe maternity unit: An ethnographic study. *Social Science & Medicine (1982)*, 223, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.035>
- Iida, M., Horiuchi, S., & Nagamori, K. (2021). Women's experience of receiving team-midwifery care in Japan: A qualitative descriptive study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), 493-499. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.020>
- Longworth, M. K., Furber, C., & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), 844-857. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.004>
- Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nursing Open*, 6(4), 1559-1570. <https://doi.org/10.1002/nop2.358>
- Martínez García, E., Baena Antequera, F., & Rodríguez Soto, C. (2018). Evolution and future of the competencies of specialist obstetric-gynaecological nurses (midwives). *Enfermería Clin*, 28(5), 279-282. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.007>

- McLeish, J., & Redshaw, M. (2019). Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.009>
- McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M., & Alderdice, F. (2020). "Reassurance that you're doing okay, or guidance if you're not": A qualitative descriptive study of pregnant first-time mothers' expectations and information needs about postnatal care in England. *Midwifery*, 89, 102813. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102813>
- Neerland, C. E., Delkoski, S. L., Skalisky, A. E., & Avery, M. D. (2022). Prenatal care in US birth centers: Midwives' perceptions of contributors to birthing people's confidence in physiologic birth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 50(3), 535-545. <https://doi.org/10.1111/birt.12676>
- Nieuwenhuijze, M., & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: a concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
- Noge, S., Botma, Y., & Steinberg, H. (2020). Social norms as possible causes of stillbirths. *Midwifery*, 90, 102823. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102823>
- Nyumba, T. O., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1), 20-32. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12860>
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., & Leahy-Warren, P. (2021). Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(3), e309-e321. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.008>
- Palmquist, A. E. L., Holdren, S. M., & Fair, C. D. (2020). "It was all taken away": Lactation, embodiment, and resistance among mothers caring for their very-low-birth-weight infants in the neonatal intensive care unit. *Social Science & Medicine (1982)*, 244, 112648. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112648>
- Parang, L., Vakili, V., & Aliabadi, M. M. (2023). Impact of maternal psychosomatic empowerment during pregnancy on the improvement of mental health and maternal and fetal outcomes: a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 109, 107625. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107625>
- Pourette, D., Pierlovisi, C., Randriantsara, R., Rakotomanana, E., & Mattern, C. (2018). Avoiding a "big" baby: Local perceptions and social responses toward childbirth-related complications in Menabe, Madagascar. *Social Science & Medicine (1982)*, 218, 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.002>
- Pratley, P. (2016). Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Social Science & Medicine (1982)*, 169, 119-131. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.001>
- Prosen, M., & Krajnc, M. T. (2019). Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalization of pregnancy and childbirth. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), e173-e181. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>
- Rayment-Jones, H., Harris, J., Harden, A., Khan, Z., & Sandall, J. (2019). How do women with social risk factors experience United Kingdom maternity care? A realist synthesis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(3), 461-474. <https://doi.org/10.1111/birt.12446>
- Roberts, J., Evans, K., Spiby, H., Evans, C., Pallotti, P., & Eldridge, J. (2020). Women's information needs, decision-making and experiences of membrane sweeping to promote spontaneous labour. *Midwifery*, 83, 102626. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102626>
- Salvador, P. T. C. D. O., Alves, K. Y. A., Rodrigues, C. C. F. M., & Oliveira, L. V. E. (2020). Online data collection strategies used in qualitative research of the health field: A scoping review. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41, e20190297. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>
- Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. *Midwifery*, 69, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.016>
- Steward, D. W., & Shandasani, P. (2017). Online focus groups. *Journal of Advertising*, 46 (1), 48-60. DOI: <https://doi.org/10.1080/00913367.2016.1252288>
- Thompson, E., Vázquez-Otero, C., Vamos, C. A., Marhefka, L., Kline, N. S., & Daley, E. M. (2017). Rethinking Preconception care: A critical, women's health perspective. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 1147-1155. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2213-8>
- Tickle, N., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2021). Women's reports of satisfaction and respect with continuity of care experiences by students: Findings from a routine, online survey. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(6), e592-e598. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.11.004>
- Tully, K. P., & Ball, H. (2013). Misrecognition of need: women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science & Medicine (1982)*, 85, 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.039>
- Tunçalp, Ö., Pena-Rosas, J. P., Lawrie, T., Bucagu, M., Oladapo, O. T., Portela, A., & Gülmezoglu, A. M. (2017). WHO recommendations on antenatal care for positive pregnancy experience-going beyond survival. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(6), 860-862. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14599>
- Wadepful, F., Glover, L., & Jomeen, J. (2020). Conceptualizing women's perinatal well-being: A systematic review of theoretical discussions. *Midwifery*, 81, 102598. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102598>

Otros documentos

Anexo 11.

Documento de respuesta del Comité de Ética de Andalucía.

