



www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal



Carmen Paz Pascual^{a,*}, Isabel Artieta Pinedo^b, Gonzalo Grandes^c,
Maite Espinosa Cifuentes^d, Idoia Gaminde Inda^e y Janire Payo Gordon^f

^a Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, Unidad Docente de Matronas del País Vasco, Centro de Salud de Markonzaga, OSI Barakaldo Sestao, Bizkaia, España

^b Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, Escuela Universitaria de Enfermería de la EHU-UPV, Centro de Salud de Zuazo, OSI Barakaldo Sestao, Bizkaia, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad de Investigación de Atención Primaria, Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, Bilbao, Bizkaia, España

^d Unidad de Investigación de Atención Primaria, Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, Bilbao, Bizkaia, España

^e Unidad de Evaluación, Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^f Unidad de Investigación de Atención Primaria, Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, Bilbao, Bizkaia, España

Recibido el 4 de noviembre de 2015; aceptado el 9 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 31 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Educación maternal;
Cuidados salud de la mujer;
Cuidados prenatales;
Necesidades durante el embarazo

Resumen

Objetivo: Explorar las necesidades expresadas por las mujeres a lo largo del proceso de convertirse en madre y sus demandas relacionadas con la educación maternal.

Diseño: Estudio cualitativo con grupos focales.

Emplazamiento: Área de salud de Bizkaia, Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

Participantes: Treinta mujeres seleccionadas de forma consecutiva por matronas de atención primaria de 6 centros de salud diferentes.

Métodos: Entre septiembre y noviembre de 2010 se formaron 4 grupos focales estratificados por situación socioeconómica y etapa del proceso (embarazo/puerperio). Para recoger las preocupaciones de las embarazadas, de las puerperas y su opinión sobre la educación maternal se siguió el método de análisis del contenido temático con el apoyo del software ATLAS.ti.

Resultados: El foco de preocupación de las mujeres va cambiando con el tiempo. Pasaba de la necesidad de confirmar que «todo va bien» a necesitar más apoyo emocional y confianza para enfrentarse a sus miedos al parto y al cuidado de los hijos. Necesitaban mayor acompañamiento en el puerperio y menos presión con la lactancia materna. En cuanto a la educación maternal, demandaban un programa de educación perinatal en lugar de solo prenatal, más actualizado, con mayor participación de su pareja, más interactivo y flexible.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariacarmen.pazpascual@osakidetza.eus (C. Paz Pascual).

KEYWORDS

Antenatal education;
Women's health care;
Antenatal care;
Needs in pregnancy

Conclusión: Las mujeres de nuestro entorno perciben necesidades similares a las de los países anglosajones, independientemente de las diferencias culturales. Parece claro la necesidad de rediseñar un programa de educación perinatal extenso, personalizado, dinámico, que empodere a las mujeres para gestionar su propia salud y la de su familia

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Perceived needs of women regarding maternity. Qualitative study to redesign maternal education

Abstract

Objectives: To assess women's perceptions of their needs during the process of becoming a mother and identify what they want from maternal education.

Design: Qualitative study with focus groups.

Setting: Bizkaia health region, Basque Health Service (Osakidetza), Spain.

Participants: Thirty one women were recruited consecutively by midwives at six Osakidetza health centres.

Methods: Four sessions were held from September to November 2010 in Bizkaia (Spain), the four groups being stratified by socioeconomic status and stage of the process (pregnancy vs. postnatal period). To collate the information related to the various topics discussed, we used manifest content analysis that was facilitated by use of ATLAS.ti software.

Results: The focus of the women worries changes over time. In early pregnancy, women's main concern was for "everything to go well". As the pregnancy progressed, they needed more emotional support and wanted to feel confident and be self-reliant to face their fears of the birth and care for their child. They needed greater accompaniment in the puerperium and less pressure concerning breastfeeding. They also wanted an extended programme of perinatal rather than just antenatal education, which was more participatory and flexible and greater participation of their partner.

Conclusion: Women have the same social and family networks needs, regardless of cultural differences between Anglo-Saxon and Southern European countries. We recommend an perinatal education to empower women to manage their own health and that of their family and link the health system with other networks of personal and social support for women.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La educación maternal (EM) es una intervención en salud necesaria en nuestra sociedad hoy más que nunca¹, como un medio de orientación entre la enorme cantidad de información disponible^{2,3} y como una oportunidad para promocionar la salud de la madre y, a través de ella, la de toda la familia⁴⁻⁶. Sin embargo, parece evidente que la EM precisa renovarse para optimizar sus resultados⁷⁻¹⁰. Esta renovación debe partir de la población^{4,11}, asumiendo que lo esencial son los intereses y las necesidades de las mujeres^{12,13}, las protagonistas de la experiencia que supone convertirse en madre.

Estudios anglosajones, mayoritariamente cualitativos, han analizado las necesidades percibidas por las mujeres durante esta etapa y demostraron que las mujeres demandan una educación perinatal (EP) personalizada, que continúa después del parto y con mayor participación de su pareja^{12,14,15}. Sin embargo, atendiendo a que las diferencias culturales pueden influir en las percepciones, necesidades y actitudes de las mujeres^{16,17}, quizá las

conclusiones de estos estudios no puedan extrapolarse a nuestro entorno, ya que las diferencias culturales entre los países anglosajones y los países mediterráneos son evidentes^{18,19}.

Previamente a este estudio se realizó, en Bizkaia, el estudio EMA²⁰, que investigó los efectos de la asistencia a las sesiones de EM sobre el resultado del parto y el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Los resultados demostraron escasos beneficios de la EM^{9,10}: disminución significativa del nivel de ansiedad en la parturienta y de abandono de la lactancia materna durante el primer mes. A la luz de estos limitados beneficios encontrados, se puso en marcha un proyecto de investigación con el objetivo de desarrollar una nueva EM más eficaz. Este trabajo incluye una revisión de los modelos de EM, investigación de las necesidades y demandas de las mujeres y grupos de consenso entre expertos.

El objetivo de este estudio fue explorar, desde un punto de vista fenomenológico, las necesidades expresadas por las mujeres a lo largo del proceso de convertirse en madre y sus demandas con respecto a la EM.

Métodos

Diseño

Se utilizó un estudio cualitativo con grupos focales, que permite explorar a fondo cuestiones complejas e identificar los puntos de vista individuales y compartidos. Es también el tipo de diseño utilizado habitualmente por otros autores para explorar las necesidades percibidas por las mujeres^{12,13,15}. El estudio fue diseñado siguiendo las pautas de Krueger y Casey²¹, y para el desarrollo del protocolo y la comunicación de los resultados se aplicaron los criterios consolidados para la presentación de informes de investigación cualitativa²².

El desarrollo de los grupos focales fue dirigido por 3 mujeres miembros del equipo de investigación con una amplia experiencia en investigación cualitativa. Estas investigadoras no tenían relación personal con los participantes, no estuvieron involucradas en su cuidado y no tenían ningún interés en obtener información distinta a la relacionada con el objetivo del estudio.

Participantes

A través de las matronas de atención primaria de 6 centros de salud de Osakidetza se seleccionaron primigestas o primiparas recientes (0 a 4 meses después del parto) residentes en Bizkaia, de forma consecutiva. El nivel socioeconómico condiciona actitudes, hábitos y creencias en salud, así como la fenomenología del contacto del paciente con el sistema sanitario^{20,23}; por esta razón se formaron grupos en función de la experiencia obstétrica y el estatus socioeconómico, produciendo 2 grupos de mujeres con nivel socioeconómico bajo-medio (embarazadas y púerperas) y 2 grupos de nivel socioeconómico medio-alto (embarazadas y púerperas).

El proceso de captación se realizó en los centros de salud a través de la matrona, que informó del estudio a las mujeres y les invitó a participar. Las que expresaron interés se pusieron en contacto con el equipo de investigación. Los investigadores informaron nuevamente a las mujeres sobre el estudio y les entregaron un cuestionario para evaluar su situación socioeconómica²⁴, que permitió formar grupos homogéneos. Una vez que habían sido seleccionadas 8-10 mujeres por grupo, los investigadores las llamaron por teléfono para convocarlas a la sesión. El tamaño total de la muestra no estaba predeterminado.

Antes de participar, todas las mujeres dieron su consentimiento informado por escrito. Al final de la sesión recibieron un bono para cubrir los costes de transporte y un regalo simbólico por su participación, obsequios de los que no habían sido informadas previamente.

Recogida de datos

Previo al desarrollo de los grupos de discusión se elaboró una guía semiestructurada con los temas de interés a tratar en cada sesión (Anexos 1 y 2). Esta guía contiene preguntas relacionadas con el embarazo, el parto, el puerperio y la EM. Se podían utilizar también como preguntas complementarias para animar o reconducir la discusión si fuera necesario.

Las sesiones, de 60 a 90 min de duración, tuvieron lugar en la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia (UIAPB) entre septiembre y noviembre de 2010. En cada sesión una de las investigadoras actuó como moderadora neutral y otra como observadora. La moderadora introdujo la sesión y cerró la discusión. Todas las sesiones fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas textualmente, asignándose un código a cada una de las mujeres. Las transcripciones eran revisadas simultáneamente por 2 miembros del equipo investigador, que encontraron una saturación de datos con los primeros 4 grupos, por lo que se detuvo el reclutamiento. Estas transcripciones se custodian en la UIAPB y serán destruidas 5 años después de la finalización del estudio.

Análisis de los datos

Dado que el objetivo del estudio se orienta hacia la descripción y la interpretación, se utilizó el método de análisis del contenido temático. Para ello, las investigadoras, de forma independiente, leyeron las transcripciones literales y ordenaron la información en torno a los diferentes temas debatidos. Este proceso exige revisar el texto en múltiples ocasiones asignando códigos a los diferentes segmentos del texto; posteriormente estos se van reagrupando en categorías más generales, o más específicas. Para esta tarea se utilizó el software ATLAS.ti. Con estas categorías y subcategorías, y las relaciones entre ellas, se construye una estructura conceptual por cada uno de los analistas. Posteriormente se pone en común (triangulación) y se vuelve a contrastar con los textos para dar lugar a los resultados finales (fig. 1).

Resultados

Participaron un total de 30 mujeres, 3 de ellas inmigrantes; 29 habían asistido a las sesiones de EM. El análisis del contenido de los grupos focales identificó los siguientes resultados relacionados con los objetivos del estudio.

Necesidades durante el proceso de convertirse en una madre

Las participantes expresaron que sus preocupaciones iban cambiando a medida que avanzaba la gestación (fig. 2). Una de las participantes lo resumió como miedo a perder el bebé al principio, el segundo trimestre como el más relajado, y hacia el final, miedo al nacimiento y los cambios que seguirán.

«El primer trimestre el miedo era a que no tengas pérdidas [. . .]. El segundo trimestre fue mi mejor época, [. . .] mentalmente estuve más tranquila. Ahora al final, pues el miedo al parto, a ver cómo va a ser [. . .]» (G4, 023).

Al descubrir que están embarazadas no parecen identificar el profesional al que tienen que acudir: médico de cabecera, ginecólogo, matrona.

«Yo pensaba que yendo al médico de cabecera y luego salía e iba al ginecólogo, y me dijo: "no, no, ¡matrona!"» (G3, 017).

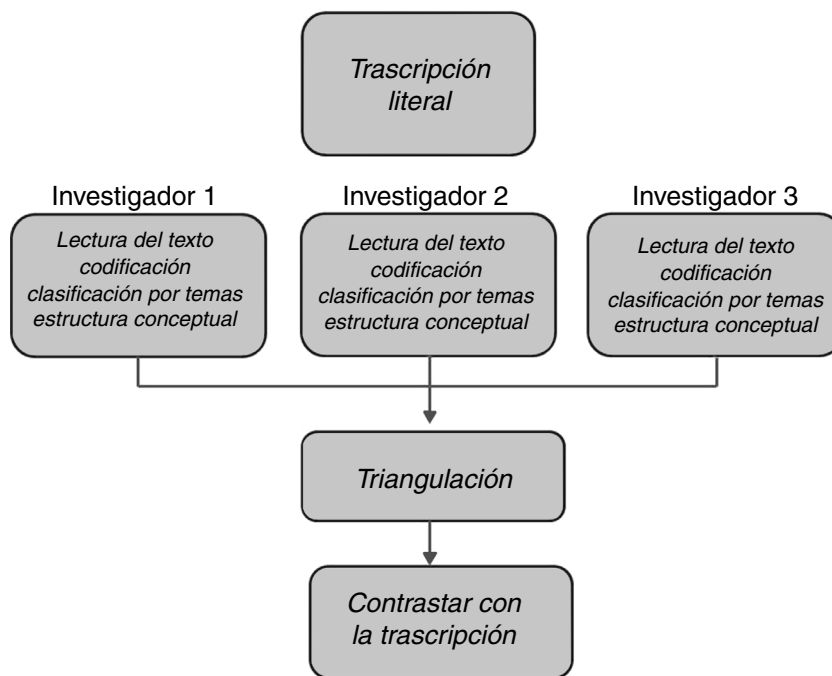


Figura 1 Proceso de análisis de los datos.

Durante el primer trimestre, su principal necesidad era confirmar que todo iba bien, que el embarazo se estaba desarrollando normalmente. Se manifiesta en la constante demanda de ecografías y pruebas, y la ansiedad por que les hagan la primera.

«[...] yo quería saber, ¿que me hicieran una ecografía o me hicieran algo para saber si estaba todo bien! [...],

y me decía la matrona que no, que llevaba un proceso, que estaba de muy poco y que tenía que esperar para ir al ginecólogo en las semanas correspondientes [...]» (G2, 019).

Durante el segundo y tercer trimestres, manifestaron dudas acerca del cuidado del bebé, la lactancia, adaptarse como madres, pero prefirieron no darle mucha importancia

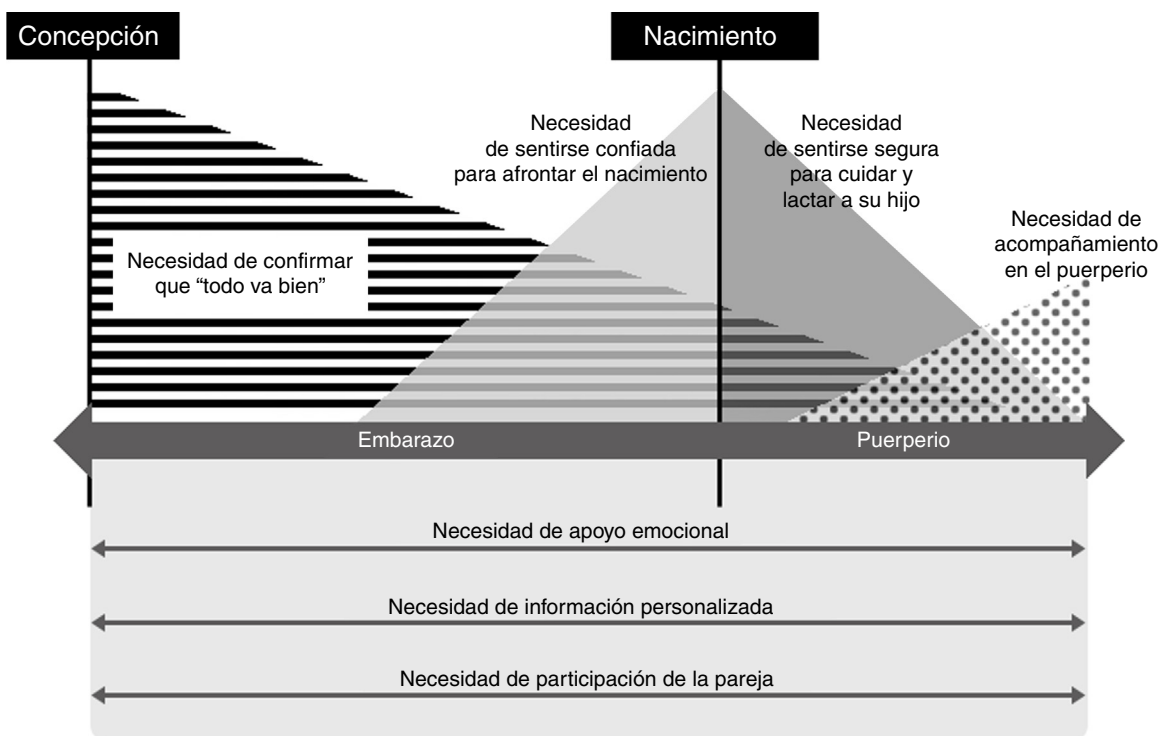


Figura 2 Necesidades expresadas por las mujeres a lo largo del proceso de convertirse en madre.

en ese momento. Cuando les llega información acerca de lo duro que será el posparto, le restan importancia; su principal preocupación es el nacimiento en sí. También, las puérperas manifestaron que durante el embarazo solo les preocupaba el embarazo y el parto, y no se hacían idea de la dureza del posparto.

«[...] Lo duro viene después, [...] cuando di a luz, piensas en eso, en el parto, esa es la meta [...]» (G3, 214).

Cuando se va acercando la fecha probable de parto, expresan muchas dudas con respecto a la epidural, cuándo han de ir al hospital, si saldrá bien, si serán capaces de poner en práctica lo aprendido en las sesiones de EM. Los grupos de embarazadas no hablaron demasiado de sus sentimientos con respecto al parto en esos momentos, pero el grupo de puérperas recuerda de aquella época no querer pensar en ello, sentimientos de miedo, etc.

«—Yo miedo» (G1, 184 y ss).

«—[...] yo sinceramente me ponía mala, no quería [...]» (G2, 46).

Una vez superado el parto, sus principales preocupaciones se refirieron a la instauración de la lactancia y al estado de salud y cuidados del bebé. Las opiniones del puerperio hospitalario no fueron todas positivas, sobre todo relacionadas con las visitas, el ruido y la atención recibida.

«[...] cuando te pasan del partitorio a planta, tienes el niño que acabas de dar a luz [...] tienes el niño delante, un momento súper emocionante, sacan a tu madre y a tu marido [...] y te empiezan a decir pues aquí tienes pañales y esto y lo otro y te aturullan ese momento [...] lo que te dicen te entra por aquí y te sale por aquí [...] no te enteras absolutamente de nada [...] y te crea una inseguridad [...], ¿qué ha dicho? Qué tengo que hacer?» [...] (G1, 096).

El inicio de la lactancia se vive con angustia. La percepción de las madres sobre la ayuda recibida en el hospital es muy variable; en ocasiones sienten un exceso de presión, otras veces falta de atención. El apoyo de personal especialista en lactancia materna fue muy valorado, pero perciben una presión excesiva hacia la lactancia materna, lo que ocasiona que las que optan por la lactancia artificial lleguen a sentirse culpables o «malas madres» y tengan que justificar su decisión ante otros.

«[...] con lo de la cesárea se me cortó lo de la leche [...], lo pasé fatal por no darle el pecho porque yo quería darle pecho, luego te das cuenta de que bueno, ha venido así [...]. Pero en ese momento [...] se te viene el mundo [...] y dices “¿por qué yo no puedo dar pecho?”» (G2, 71).

La demanda general fue más apoyo después del nacimiento hasta que la lactancia materna estuviera instaurada, ya que en esta etapa habían tenido muchas dudas, se habían sentido preocupadas y ansiosas.

«[...] Se produce una situación que, de repente, no eres solo tú, sino “¿y si le pasa algo? No me voy a enterar”. Y de repente te entra la angustia» (G3, 256).

A pesar de expresar esta sensación de abandono, las mujeres reconocieron en la matrona al profesional que les dedicó el tiempo y la atención que necesitaban, respondiendo a todo tipo de preguntas, siendo más accesible y compasiva, y visitándoles en casa si era necesario.

«[...] Realmente lo que hace la matrona es un apoyo más humano, tienes el apoyo que te cuenta día a día lo que te va pasar en el embarazo, y como te va diciendo lo que no te dice nadie [...], consejos, lo que vas a sentir [...] incluso después del parto, yo llamaba más a las matronas que a mi ginecólogo [...]» (G1, 105).

Lo que las mujeres demandan de la educación maternal

Las mujeres obtienen la información que necesitan de la matrona y de otros profesionales de la salud, de la EM, amigas, libros, Internet y sus propias madres; pero prefieren la información recibida desde el sector sanitario, aunque no siempre cumplió sus expectativas por ser escasa, en ocasiones contradictoria, por estar a veces desactualizada, o por ser ofrecida a destiempo y sin empatía. La EM se valora positivamente por el nivel de información que ofrece, pero se pide que se adecue a la etapa del embarazo que se está viviendo y esté actualizada.

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

Demandan sesiones más dinámicas, que aborden sus preocupaciones y que permitan una mayor participación e interacción entre los asistentes para fomentar la creación de redes de apoyo. Aunque se reconoció una gran variabilidad de experiencias en función de la matrona que había dirigido las sesiones.

«Nuestra matrona era muy profesional [...] pero no nos dejaba a nosotras hablar, comentar, ni entablar un vínculo, entonces luego eso se echa de menos. Como que nos hubiese dejado participar más en las clases» (G1, 314).

También solicitan horarios más flexibles, compatibles con la jornada laboral, y un mayor esfuerzo por incluir a sus parejas, que no siempre fueron bienvenidos.

«Debería haber un grupo por la tarde que puedas elegir, y que tu pareja pueda amoldarse a ir [...]» (G2, 128).

Se consideró necesario que todas las mujeres tuvieran la oportunidad de asistir a sesiones posnatales, con el fin de compartir experiencias y resolver problemas.

«Yo creo que la lactancia, antes que en las clases preparto, debería ser en las posparto, porque en las preparto no tienes al niño en brazos, que te digan cómo cogerlo, no es lo mismo [...]» (G2, 267).

También se propuso crear una guía estructurada y actualizada sobre las diferentes fases del embarazo, parto y posparto. Sugirieron que se debería publicar en Internet, para facilitar el acceso.

Discusión

De acuerdo con otros autores^{6,25}, nuestros resultados muestran que las mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico, viven durante el embarazo, el parto y el posparto momentos de verdadera ansiedad y angustia, y el foco de sus preocupaciones va cambiando: a medida que se superan unos temores, aparecen otros.

Si asumimos que la EM debe ser un programa centrado en las mujeres^{12,13}, debería adaptarse para atender a estos cambios, ya que las mujeres no van a prestar atención a cuestiones que no les parecen relevantes para el momento que están viviendo^{7,26}. En nuestro medio, parece clara la necesidad de un programa de EP continuo, hasta el cese de la lactancia materna^{2,14,27}, que facilite a las mujeres herramientas y habilidades para hacer frente a las incertidumbres, ansiedades y temores que vayan surgiendo a medida que avanza el embarazo, con el nacimiento y el cuidado del hijo²⁸, proporcionando autoconfianza, autonomía y responsabilidad²⁹. Las mujeres deben convertirse en expertas en el reconocimiento de sus propias necesidades y en elegir las opciones más adecuadas para ellas¹¹.

Al igual que las mujeres de los países anglosajones, las participantes de nuestro estudio concedían gran importancia a la creación y el fortalecimiento de las redes sociales. Querían que sus familias y parejas estén más involucradas¹⁴ y mayor interacción con otras mujeres. En cuanto a la información ofrecida en las sesiones, el interés de las participantes en obtener información actualizada, estructurada, práctica y accesible justifica el esfuerzo por proporcionar información basada en la evidencia⁶.

Las matronas son el profesional de referencia, de apoyo durante todo el proceso³⁰, pero las mujeres demandan mayor acompañamiento después del nacimiento. Este apoyo podría cumplirse con una mayor capacitación previa al parto y ofreciendo un programa perinatal que continúe después del nacimiento.

El enfoque cualitativo fenomenológico permite la comprensión de las experiencias vividas y la interpretación de las realidades construidas por las personas estudiadas, pero no se puede obviar que los investigadores son sensibles a los efectos que causan en las personas objeto del estudio y el sesgo que suponen sus propios valores a la hora de formular las preguntas y recoger la información. Para intentar reducir al máximo este sesgo se ofrecieron bastantes preguntas abiertas que diesen opción a otros contenidos, y en el desarrollo de los grupos, la transcripción y el análisis de los datos participaron 3 investigadoras no matronas: socióloga, psicóloga y enfermera/psicóloga.

Otra limitación de este estudio es la homogeneidad de las mujeres participantes. Los resultados no reflejan las opiniones de mujeres de niveles socioeconómicos extremos o mujeres con hijos anteriores. Pero se seleccionaron madres primerizas precisamente porque la demanda de EM es más alta entre este grupo. Además, el rango social de las mujeres en el estudio es representativo de la población, incluidas las minorías étnicas de las clases sociales baja y media-alta.

Una vez identificadas las necesidades de las mujeres y sus demandas en relación con la EM, el primer paso para rediseñar un programa de EP sería actualizar y redefinir claramente su objetivo. Hasta la fecha, la evidencia indica que debería ser prioritario capacitar a las mujeres para tomar

las decisiones que sean apropiadas a sus necesidades y circunstancias de salud²⁷. Para responder a la gran variedad de necesidades, expectativas y circunstancias de salud, el programa de EP no puede ser cerrado, único y común para todos.

Sería conveniente crear este tipo de programa con nuevos modelos desarrollados en el campo de la investigación aplicada, que propongan la participación de todos los profesionales implicados en la planificación, la implementación y la evaluación de las intervenciones³¹. El resultado final debería ser un programa de EP abierto, dinámico, con diferentes opciones según la población a la que va dirigido (primíparas/multiparas, tipo de parto elegido, embarazo único/múltiple, crianza de los hijos, embarazo normal/patológico...), los profesionales implicados y el contexto. Un programa en constante evolución para satisfacer las necesidades cambiantes de la sociedad y de las diferentes poblaciones.

Financiación

Los autores recibieron fondos para la investigación del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (proyecto encargado, Ref. 2009-10).

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar con respecto a la investigación, la autoría y/o la publicación de este artículo.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todas las mujeres que han participado en el estudio y que han compartido sus experiencias en un momento tan importante de sus vidas. A Visitación Burgos Nieto, María José Trincado Aguinalde, Inés Cabeza Diez, María Pilar Abaunza Jainaga y César Ayestarán Fernández por su importante contribución en el desarrollo de este proyecto. A la UIAPB por su apoyo metodológico, al Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E) y al Instituto de Salud Carlos III por la financiación de este proyecto, expediente nº PI13/O2632, integrado en el Plan Estatal de I+D+I 2013-2016 y cofinanciado por el ISCIII- Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Anexo 1. Guión entrevista grupo embarazadas

1. Dudas/preocupaciones ahora en el embarazo y con respecto al futuro
 - Qué dudas se les plantean ahora y principales preocupaciones o dudas con respecto a las etapas que están por venir (parto, posparto, en casa con el bebé).
2. Fuentes que utilizan para resolver esas dudas
 - ¿De qué modo las resuelven? Internet, amigas, madres... ¿Qué tipo de información buscan?
 - ¿Cómo resolverán las dudas que se les planteen en el futuro?

3. Utilidad de las clases de EM
 - ¿Acuden o no a las clases de EM? ¿Tienen intención de acudir?
 - Motivación para acudir o para no acudir a las clases.
 - Si no han acudido, ¿qué expectativas tienen con respecto a las clases? ¿Creen que saldrán preparadas para afrontar el parto, tomar decisiones con respecto a hacer uso o no de la epidural, reconocer signos de alarma durante el embarazo, saber cuándo acudir al hospital, decidir por qué tipo de lactancia optarán e iniciarla, etc.?
 - ¿Realizan o tienen pensado realizar alguna actividad alternativa o complementaria a las clases? (gimnasia o natación para embarazadas, haptonomía, doulas, grupos de crianza, masaje etc.). Motivación de su uso.
 - Componente de socialización de las clases: ¿es importante?
4. Si tuvieran que diseñar ellas una EM adecuada a sus necesidades. . .
 - Calendario y duración del programa.
 - Cantidad de información (mejor mucha o poca; relación con la ansiedad).
 - Contenido de la información.
 - Metodología de las clases (más teoría, más práctica, clases magistrales vs. clases participativas, participación de los padres, participación de otros profesionales, clases a la carta, materiales para el aprendizaje...).
5. Ideas importantes que no han salido y les gustaría comentar

- Contenido de la información.
 - Metodología de las clases (más teoría, más práctica, clases magistrales vs. clases participativas, participación de los padres, participación de otros profesionales, clases a la carta, materiales para el aprendizaje...).
5. Ideas importantes que no han salido y les gustaría comentar

Bibliografía

1. Healthy People Initiative. U.S. Department of Health and Human Services, 2000. Maternal, infant and child health: Objectives and sub-objectives (focus area 16). Healthy People 2010 Midcourse Review. [Consultado 30 Ago 2010]. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/data/midcourse>
2. Carolan M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *J Clin Nurs*. 2007;16:1162-72.
3. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37:85-93.
4. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promot Int*. 2001;16:381-8.
5. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54:469-76.
6. Svensson J, Barclay L, Cooke M. The concerns and interests of expectant and new parents: Assessing learning needs. *J Perinat Educ*. 2006;15:18-27.
7. McMillan AS, Barlow J, Redshaw M. Birth and Beyond: A Review of Evidence about Antenatal Education. Department of Health, London; 2009. [Consultado 25 Jun 2012]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_109832
8. World Health Organization Regional Office for Europe: Programmes and Projects. [Consultado 12 May 2009]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/programmesprojects>
9. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010;59:194-202.
10. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Bacigalupe A, Payo J, Montoya I. Antenatal education and breastfeeding in a cohort of primiparas. *J Adv Nurs*. 2013;69:1607-17.
11. Escott D, Spiby H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labor. *Midwifery*. 2004;20:144-56.
12. Dumas L. Focus groups to reveal parents' needs for prenatal education. *J Perinat Educ*. 2002;11:1-9.
13. Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006;22:169-80.
14. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:30.
15. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II. Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *J Perinat Educ*. 2007;16:4.
16. Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2015;10:4.
17. Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Soc Sci Med*. 2006;62:3048-61.
18. Micheli GA. Kinship, family and social network: The anthropological embedment of fertility change in Southern Europe. *Demogr Res*. 2000;3:13.

Anexo 2. Guión entrevista grupo puérperas

1. Dudas/preocupaciones a lo largo del proceso
 - Qué dudas se les plantearon, principales preocupaciones. . .
2. Fuentes que utilizan para resolver esas dudas
 - ¿Sintieron la necesidad de resolver estas dudas?
 - ¿De qué modo las resolvieron? Internet, amigas, madres. . .
3. Utilidad de las clases de EM
 - ¿Acudieron o no a las clases de EM?
 - Motivación para acudir o para no acudir a las clases.
 - ¿Resolvió la EM las dudas y preocupaciones que tenían?
 - ¿Qué han conocido después que les hubiera venido bien saber antes?
 - ¿Se cumplieron sus expectativas con respecto a las clases?
 - ¿Realizaron alguna actividad alternativa o complementaria a las clases? (gimnasia o natación para embarazadas, haptonomía, doulas, grupos de crianza, masaje etc.). Motivación de su uso.
 - ¿Se sintieron preparadas al arranque del parto, durante el parto y tras el parto?
 - ¿Pudieron aplicar las técnicas aprendidas en las clases durante la dilatación en el parto, en la lactancia?
 - Componente de socialización de las clases: ¿es importante?
4. Posibles cambios en la EM
 - Calendario y duración del programa.
 - Cantidad de información (mejor mucha o poca; relación con la ansiedad).

19. Reitmanova S, Gustafson DL. They can't understand it: Maternity health and care needs of St. John's immigrant Muslim women. *Matern Child Health J.* 2008;12:101–11.
20. Paz-Pascual C, Artieta-Pinedo I, Grandes G, Remiro-Fernández de Gamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe de la Hera A, et al. Design and process of the EMA Cohort Study: the value of antenatal education in childbirth and breastfeeding. *BMC Nursing.* 2008;7:5.
21. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research.* 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–57.
23. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *La medición de la clase social en ciencias de la salud.* Barcelona: SG Editores; 1995.
24. Alvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. *La medición de la clase social en ciencias de la salud.* Barcelona: SG Editores; 1995.
25. Luyben AG, Fleming V. Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery.* 2005;21:212–23.
26. Nolan ML. Information giving and education in pregnancy: A review of qualitative studies. *J Perinat Educ.* 2009;18:21–30.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2008. [Consultado 3 Dic 2011]. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/antenatal-care-cg62/woman-centred-care>
28. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:27.
29. Lally J, Murtagh M, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine.* 2008;14:7.
30. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: A metasynthesis. *Birth.* 2011;38:49–60.
31. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: Combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care.* 2012;50:217–26.