

## **Influencia en la posterior práctica asistencial del matrn tras la atencin al parto de su pareja: una perspectiva de gnero**

### ***Influence in the man midwife following care practice after attending his partner delivery: a gender perspective***

**Autor:** Sonia Durán Sierra (1), Rocío Rodríguez Vázquez (2), Irene Jiménez Aguilar (3), Sandra Ortiz Ortiz (4), Clara Pastora Rubio Muñoz (5), Beatriz Sanz Escribano (4)

**Dirección de contacto:** duransierrasonia@gmail.com

**Fecha recepción:** 01/06/2018

**Aceptado para su publicación:** 30/10/2018

**Fecha de la versión definitiva:** 08/01/2019

#### **Resumen**

**Introducción:** En España, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, sólo un 5,83% de las matronas colegiadas eran hombres. Sin embargo, numerosos estudios se han interesado por su situación en la enfermería y la obstetricia, debido a la gran influencia de género existente, ya que los matrones soportan una doble desaprobación: por un lado, la convivencia con una mayoría femenina, y por otro, la opresión de las matronas por el mundo médico. Asimismo, diversas investigaciones constatan que los padres de hoy en día quieren participar activamente en el parto de su compañera. Esto es aún más significativo cuando hablamos de matrones que atienden el parto de sus parejas, puesto que deben enfrentarse tanto a su esfera profesional como a la familiar. **Objetivo:** Explorar qué significado tiene el parto de su pareja para el matrn en su vida profesional. **Metodología:** Se opta por un diseo fenomenológico, bajo la perspectiva interpretativa de Heidegger, utilizando entrevistas en profundidad. La muestra ha sido de 10 matrones, lográndose la saturación de discursos con 8 entrevistas. Se usó la estrategia de Análisis Fenomenológico Interpretativo de Smith, Flowers & Larkin. **Resultados:** Fueron dos las categorías principales identificadas: "el papel del género en el rol de padre-profesional" y "la influencia del parto de la pareja"; así como 7 temas y 15 subtemas. **Conclusiones:** Para los matrones, el haber experimentado el parto de sus parejas ha supuesto modificaciones a la hora de trabajar, como puede ser el aumento de la empatía, la observación o la paciencia.

#### **Palabras clave**

Matrona; Parto; Experiencia Vital; Género; Investigación Cualitativa.

#### **Abstract**

**Introduction:** In Spain, according to the last data of the National Institute of Statistics, only 5,83 % of the collegiate midwives were men. Nevertheless, numerous studies have been interested in their situation in nursing and the obstetrics, due to the great influence of gender, considering that they support a double disapproval: on the one hand, the conviviality with a feminine majority, and on the other hand, the midwives oppression for the medical world. Likewise, diverse researches state that the nowadays fathers want to take part actively in their partners delivery. This is even more significant in the case of men midwives that deal with their couples' childbirth, since they must face both their professional sphere and their personal one. **Objective:** To explore what the delivery of his couple means for a man midwife in his professional life. **Methods:** It is used a phenomenological design, from the Heidegger interpretive perspective, using in-depth interviews. 10 men midwives were chosen, and the speeches saturation were achieved by 8 interviews. It is used the Interpretative Phenomenological Analysis strategy of Smith, Flowers and Larkin. **Results:** Two main categories have been identified: "the gender function in the father – professional role "and" the influence of the couple childbirth"; as well as 7 subjects and 15 sub subjects. **Conclusions:** For men midwives, having experienced their partners' delivery has supposed modifications upon their professional practice, as the increase of observation, patience or empathy.

#### **Key words**

Midwife, Obstetric Delivery, Life Experience, Gender, Qualitative Research.

#### **Categoría profesional**

(1) Matrona del Centro Médico de Asturias (Oviedo). (2) Matrona. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón). (3) Matrona del Hospital San Rafael (Madrid). (4) Matronas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). (5) Residente de matrona en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

## INTRODUCCIÓN

La *International Confederation of Midwives* (ICM) define a la matrona (englobando dentro de este vocablo tanto a hombres como a mujeres) como el profesional responsable que trabaja en colaboracin con las mujeres, para dar el apoyo, cuidado y consejo necesarios durante el embarazo, parto y posparto, facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y proveer cuidado para el reci3n nacido. Este cuidado incluye medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la deteccin de complicaciones en madre e hijo, el acceso a asistencia mdica u otro tipo de asistencia apropiado y la toma de medidas de emergencia (1).

La matrona tiene la importante tarea de ser consejera en salud y educacin, no solo de la mujer, sino tambi3n de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir los cursos de preparacin al parto y la preparacin para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, salud sexual, salud reproductiva y atencin infantil (1).

En Espaa, segn los datos del Instituto Nacional de Estadstica (INE), a fecha de 31 de diciembre de 2016 haba colegiados en Espaa 8571 profesionales de enfermera obst3trico-ginecol3gica, de los cuales un 94,04% eran mujeres y s3lo un 5,83% hombres (2). Datos similares arrojan los enfermeros generalistas, con una aplastante mayora femenina: 84,30% de mujeres frente al 15,70% de hombres (3). La proporcin se mantiene estable desde 2011, alrededor del 6% de hombres en matronas, y un 15-16% en enfermeros generalistas (2,3).

Sin embargo, aun teniendo en cuenta la minoría masculina en una profesin con un eminente nmero de mujeres, diversos estudios se han interesado por la situacin de los hombres en la enfermera y en la obstetricia, debido a la gran influencia de gnero que presenta (4). Datos relevantes que se extraen son que los hombres suelen ganar ms y ser ascendidos ms rpidamente a esferas de direccin y gestin (5,6), aunque contrariamente una parte de ellos se sientan en ocasiones marginados (7), soportando estereotipos negativos (8) y sintiéndose a veces inc3modos y avergonzados por trabajar con la intimidad femenina (9).

En esta lnea, un estudio realizado en 2014 en Australia acerca de los hombres matrones, concluye que 3stos deben soportar una doble dosis de desaprobadin: por un lado, la convivencia con una mayora femenina, y por otro la opresin de las matronas por el dominante mundo mdico. El trabajar en esta profesin es para ellos un gran cambio, puesto

que se ven como una minoría, seguramente por primera vez en sus vidas, en el contexto de su privilegio hegem3nico como hombre (10).

Para entender la hegemonía masculina, primero tendremos que hablar de las llamadas identidades de gnero. Brevemente, la identidad de gnero alude a la percepcin subjetiva que un individuo tiene sobre s3 mismo en cuanto a sentirse hombre o mujer (11). La llamada identidad de gnero de mujer o femenina, segn los roles tradicionales, est basada en *ser para los otros* (12); dando prioridad a la relacin, al cuidado y a la satisfaccin de los deseos de las dems personas (13).

Sin embargo, la identidad de gnero de hombre o masculina, est basada en *ser para s3* (12). Esto se entiende como que, culturalmente, el hombre dirige sus esfuerzos a conseguir sus metas particulares, sin preocuparse de los pensamientos del resto de individuos. De esta manera, los varones desarrollan la capacidad de autoafirmacin, de saber lo que quieren por s3 mismos, orientando sus discursos y acciones a sus propios intereses (14).

De aqu surge la teoría de la masculinidad hegem3nica que est basada en estas diferencias en el poder de gnero. El autor identifica un papel masculino "culturalmente idealizado" que garantiza una posicin dominante del hombre sobre la mujer (15). En la actualidad, est relacionado con hombres blancos, de clase social media-alta y heterosexuales; con diversas virtudes como el estoicismo, la autoconfianza y la negacin de la debilidad, as3 como el ansia de control (15). Esta manera de construir la masculinidad significa el alejamiento y desprecio de lo femenino, lo que contribuye a la opresin de la mujer y de hombres menos poderosos (16).

Pero no todos los hombres asumen el mandato social tradicional de la masculinidad. Cada hombre es un individuo y por ende tiene su manera particular de interpretar, interiorizar y manifestar los mandatos de gnero (14). En el caso de los matrones, esta afirmacin tiene todo el significado, debido a que existe una doble incongruencia con esta teoría: por un lado, su profesin significa estar al cuidado de alguien (característico de la identidad de gnero femenina) y por otro, la aceptacin de la visin de la mujer (con toda la carga negativa que en la sociedad patriarcal tiene lo femenino) (10,17).

En estos mandatos tradicionales, en los cuales el hombre posee culturalmente una posicin superior a la mujer, donde se teje la actual desigualdad entre hombres y mujeres en enfermera, y ms concretamente en su especialidad obst3trico-ginecol3gica,

puesto que el hombre tiene que “renunciar” a sus privilegios para trabajar por y para la mujer (17).

En este sentido, existen estudios de la influencia de la identidad de género en la enfermería, concluyendo que los enfermeros son más prácticos, priorizan la responsabilidad en la toma de decisiones al resultado final y valoran la satisfacción familiar en términos de prestigio y competencia; mientras las enfermeras son más detallistas, destacan más el resultado final del cuidado y valoran la satisfacción familiar en términos de relación de confianza y calidad asistencial (18,19).

Por último, cabe resaltar que esta influencia de género también depende del contexto cultural del sujeto, puesto que en países africanos, los hombres suponen el 50% de la plantilla enfermera, no soporizando barreras para entrar en la profesión, puesto que ésta no se encuentra ligada al género (20).

En relación con la identidad masculina de género está demostrado que, hasta no hace demasiado tiempo, los hombres se han encontrado marginados en el contexto del embarazo y el parto. En consonancia con la hegemonía masculina y el rol tradicional masculino, estudios ingleses y suecos indicaban que el futuro padre debía estar calmado y fuerte durante el parto, así como mostrar cierta distancia emocional (21).

Sin embargo, desde algunos años atrás, los hombres quieren estar presentes y tener un papel significativo en el parto de su pareja. Esto contradice la teoría de Connell de la superioridad masculina, puesto que es obvio que los hombres no tienen poder o control sobre el parto y están en un rol sumiso frente a la mujer o los profesionales sanitarios (15). Además, el tener un enlace afectivo con su pareja puede dificultar la fortaleza que se le exige, por ejemplo, sintiéndose impotente por no poder aliviar el dolor de la mujer; siendo tal la preocupación que suele ser mayor en ellos que en las madres, cuya máxima inquietud es la de tener información y compañía (22,23).

Diversos estudios constatan la premisa de que los padres de hoy en día quieren dejar atrás los roles masculinos tradicionales y participar activamente en el parto de su pareja. Para ellos, es una experiencia muy demandante emocionalmente (24), y con frecuencia se perciben ansiosos y sienten que es más difícil de lo que esperaban, evocando un rango de emociones contradictorias; por ejemplo, al constatarse que los hombres se sentían sobrepasados e incapaces de ver el parto como “lo mejor en la vida” (25).

La vulnerabilidad también es un sentimiento recurrente, debido a la incertidumbre que rodea al parto y el rol que se espera que tenga el hombre. Sufren

más esta vulnerabilidad los hombres de avanzada edad que los más jóvenes, puesto que sentimientos ambivalentes o negativos acerca del parto que se aproxima, son más prevalentes en hombres de más de 40 años (26).

El miedo es otro elemento significativo. Una revisión acerca de los miedos de los padres ante el nacimiento, nos habla del miedo por la seguridad de la madre y el recién nacido, el riesgo de intervencionismo en el parto, las limitaciones financieras, la incapacidad de ser un buen padre o el sentirse inútil durante el proceso de parto, siendo este el más comentado. Un pequeño porcentaje de hombres tiene preocupaciones acerca de la seguridad y el riesgo potencial en la vida sexual de la episiotomía, de la mortalidad de la cesárea o de sentirse mareados por la cantidad de sangre expuesta (21,27).

Un estudio cualitativo fenomenológico en 2016 analiza las experiencias de los padres primerizos en el parto normal, siendo el tema principal que entienden el parto como una experiencia transformadora, con cuatro subtemas: la preparación para el nacimiento, el sentirse vulnerable ante la nueva situación, el sentirse como parte de una unidad y el conocer a su hijo por primera vez; resaltando una vez más que la matrona es una persona imprescindible para ellos, antes, durante y después del parto (28).

Otro tema que preocupa a los hombres es que reconocen que el parto es un evento único que necesita un nivel de preparación. Muchos de ellos se sienten superados por la situación y no se sienten capacitados para ayudar a su compañera (25,29,30).

Para superar esta circunstancia, un trato respetuoso y correcto de la matrona, así como un acompañamiento continuo es esencial para tener una buena vivencia del parto (24,31-34). Los padres perciben que están siendo bien acompañados cuando tienen la oportunidad de preguntar dudas durante el parto, de interactuar con la matrona y con su pareja, y pueden escoger en cada momento estar más implicados o en un segundo plano (35). El sentirse involucrado (cogiendo la mano de su pareja o cortando el cordón umbilical) hace a los padres sentirse útiles (21).

Finalmente, en una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane, se indica que el soporte continuo durante el parto, es beneficioso tanto para la madre como para el niño, y no resulta en daño conocido. Por ello, todas las mujeres deberían tener apoyo durante el parto y nacimiento (36).

Actualmente, apenas se han realizado estudios de investigación que hagan referencia a la experien-

cia del profesional enfermero cuando precisa cuidar de miembros de su propia familia. En relacin a ello, Lines public un estudio realizado a enfermeras (entre ellas una matrona) en 2015, cuyos hijos fueron hospitalizados por enfermedades agudas (37). Entre las categoras que fueron identificadas, el tema principal ha sido el moverse entre distintos roles, puesto que se sentan enfermeras, pero a la vez madres (37).

Estos resultados concuerdan con otros estudios que exploraban la experiencia de enfermeras que cuidaban de adultos de su propia familia. Se identificaban en ellas un nmero significativo de dificultades, como el mayor impacto que les produca la hospitalizacin del ser querido o el que deben ser el soporte, por su condicin de profesionales sanitarios, de otros miembros de la familia; al mismo tiempo que trataban de mantener los lazos entre el rol profesional como enfermera y su rol familiar. Por ello, estas mujeres necesitaban un tipo diferente de cuidado comparado con las mujeres no enfermeras (38-41).

De todo ello se desprende que el profesional enfermero puede tener dificultades cuando debe atender a alguien de su familia, puesto que debe enfrentarse tanto a su esfera profesional como a la familiar. Esto aun ms significativo cuando estamos hablando de matrones que atienden el parto de sus mujeres, ya que este acontecimiento es doblemente relevante, debido al nexo dual existente con su compaera: por un lado su vnculo amoroso, que ha sido manifestado por el hijo que desean tener en comn; y por otro la relacin teraputica profesional-paciente que mantendr durante el proceso de parto (10).

Asimismo, se selecciona un enfoque cualitativo debido a que la perspectiva de gnero debe abordarse de una manera integral y comprensiva; centrando el inters en la realidad misma, y en la interpretacin de que cada situacin es nica e irrepetible (42,43).

Por lo tanto, como objetivo principal, se plantea explorar qu significado tiene el parto de su pareja para el profesional de enfermera obsttrico-ginecolgica en su vida profesional. Del mismo modo, como objetivos especficos, se propone determinar los miedos y preocupaciones que han aparecido en estos hombres a la hora de atender los partos de sus parejas; explorar las vivencias que han sentido estos padres durante el parto de sus compaeras; identificar cmo ha influido esta experiencia en la prctica profesional de los matrones y explorar cmo piensan los matrones que deberan actuar los profesionales sanitarios en el paritorio, para que las parejas puedan implicarse ms durante el parto.

## METODOLOGA

### Diseo

Se opta por un diseo fenomenolgico, bajo la perspectiva interpretativa de Heidegger.

El positivismo ha sido la filosofa dominante por muchos siglos. La concepcin del mundo como objeto que debe ser estudiado por una ciencia objetiva y distanciada de ste, era su base filosfica (44). Sin embargo, la fenomenologa de Heidegger critica la visin cartesiana del ser humano: busca la "razn" no la "causa" como la tradicin filosfica naturalista o la ciencia clnica (45).

La fenomenologa interpretativa heideggeriana como mtodo de investigacin busca comprender las habilidades, prcticas y experiencias cotidianas, y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prcticas, habilidades y experiencias de los seres humanos (44); respondiendo a cmo las personas dan sentido a su experiencia vivida en un contexto o frente a un fenmeno en particular (46).

Heidegger introduce el trmino *Dasein* que en alemn combina las palabras "ser" (sein) y ah (da), significando "existencia" es decir, ser-en-el-mundo (46). Este vocablo sirve para arrojar luz sobre las experiencias humanas, representa qu es el ser humano y afirma que nuestras experiencias estn basadas en nuestras relaciones con el mundo, ya que, como humanos, no podemos ser separados de nuestros contextos (47).

En la teora heideggeriana, la piedra angular del *Dasein* es el tiempo y el espacio, entendidos como algo infinito que rodea al *Dasein*. El tiempo y el espacio no son slo una simple memoria de los eventos pasados, sino que es un recuerdo de la mente, el cuerpo y el espritu que tena el individuo al sentir el fenmeno de inters (48).

Teniendo en cuenta lo anterior, el pensamiento de Heidegger afirma que cada persona individualmente es nica, as como su historia de vida. Tal aseveracin puede ser utilizada en la prctica diaria de los matrones, puesto que est basada en una filosofa que valora la mujer y la singularidad de su parto (48,49).

Una de las tareas del profesional obsttrico-ginecolgico es establecer una compenetracin con las mujeres con las que trabajan. Las matronas deben aceptar a cada mujer y a cada nacimiento como nico. Estas expectativas requieren que el profesional

esté interesado en cómo la mujer vive e interactúa con el mundo que le rodea, para proveer un cuidado centrado en ella (4,5).

Por tanto, la filosofía heideggeriana, basada en "estar en el mundo" y en los conceptos de cuidado, tiempo y espacio, nos puede dar luz sobre elementos intrínsecos entre la relación mujer-matrn cómo se desarrollan conexiones de cuidado auténticas y terapéuticas (50,51)

### Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la comunidad de Madrid. Las entrevistas fueron realizadas en espacios donde el participante se podía encontrar cómodo, como es el caso de su lugar de trabajo o el aula de residentes de enfermería de la Maternidad del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El momento en que se realizaron las entrevistas también fue importante, ya que fueron ocasiones en las que se disponía de un adecuado tiempo para su realización (52).

### Población de estudio

La muestra estuvo formada por matrones que estuvieron presentes en el parto de su pareja y que se dedican o se han dedicado a la atención hospitalaria al parto. Aceptaron participar 10 matrones en total. Las entrevistas han sido realizadas en 9 semanas, entre los meses de noviembre y diciembre del año 2017. El parto de su pareja tuvo lugar en todos los casos en un hospital público o privado de la red sanitaria española.

### Criterios de inclusión:

- Que el parto de la pareja haya sido un parto eutócico.
- Que el recién nacido fuera sano y no presentase alguna enfermedad congénita previa o algún problema grave tras el parto

### Criterios de exclusión:

- No querer participar voluntariamente.
- No firmar el consentimiento informado.
- Haber percibido daño emocional en el participante por el recuerdo de su experiencia.

Se utilizó un muestreo intencional, donde la investigadora buscó a los individuos más "representativos" o "adecuados" para los fines de la investigación(53). Partiendo de una cantidad de individuos que cumplían los requisitos necesarios, después éstos sirvieron como facilitadores de otros con características análogas, lo que constituyó el muestreo en "bola de nieve" (54). Se decidió este tipo de muestreo para acceder a individuos de difícil acceso por parte de la investigadora, por lo que se instó a que cada matrn seleccionado para el estudio comunicase si conocía a más potenciales informantes (55).

Al mismo tiempo, fue necesario profundizar en determinadas situaciones o experiencias; por lo que se utilizó un muestreo teórico que permitió reforzar determinadas líneas de análisis que ayudaron a comprender o a tener una perspectiva más amplia del fenómeno, sobre todo en los que han sido poco estudiados y sobre los que se tiene poca información (56).

En este caso, se necesitaron 8 entrevistas para conseguir la saturación de datos. En total, se realizaron 10 entrevistas en profundidad. Aun así, se ha considerado que la clave no está en la cantidad, sino en la calidad y profundidad de los datos (57).

### Recogida de datos

Primeramente, se contactó vía e-mail o telefónica con cada participante, explicándole cómo se iba a desarrollar la entrevista. Si deseaba participar, se le envió un consentimiento informado del proceso y la hoja de información al participante (ANEXO I) y se concertó hora y día. Los datos de contacto de algunos de los participantes fueron facilitados por la responsable de residentes de enfermería obstétrica-ginecológica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

La recogida de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad, ya que nos permitían mayor dinamismo y flexibilidad (55). Para ello, se realizó una guía (ANEXO II); ésta sirvió de apoyo a la entrevistadora, pero nunca fue realizada como un mero formulario de preguntas, sino que algunas de ellas fueron surgiendo de forma libre y no dirigida a partir de las experiencias de los participantes (52).

Una entrevista en profundidad es una fuente comúnmente usada para recoger datos para investigación cualitativa, siendo consistente con la pregunta de investigación y con el marco teórico-filosófico heideggeriano (58).

Con este tipo de entrevista lo que se pretendi es llegar a la profundidad del fenmeno a estudiar, recogiendo la informacin desde la perspectiva de los participantes y sus experiencias vividas, escuchando y aprendiendo (58). Este aspecto es esencial en la fenomenologa interpretativa, ya que de esta manera la investigadora se ha podido sumergir en su experiencia, y el riesgo de crear generalizaciones o ideologas ha sido reducido (55,59).

Las entrevistas se realizaron presencialmente, para as tener la oportunidad de observar la comunicacin no verbal. La investigadora mantuvo una posicin neutral, limitndose a escuchar las narraciones, sin interrupciones y formulando las preguntas. Se permiti al participante narrar con libertad su experiencia sin restricciones, haciendo preguntas abiertas, y reconduciendo la entrevista cuando fue oportuno (60).

De esta manera, se logr establecer el *rapport*, que es el fenmeno en el que el investigador y el informante sienten que estn en "sintona" psicolgica y emocional, porque se sienten similares o se relacionan bien entre s (61); compartiendo un mundo simblico, un lenguaje y unas perspectivas (57).

La duracin de cada entrevista fue de entre 30-45 minutos. Se estableci este intervalo de tiempo para conseguir confianza con los participantes o aclarar aspectos que pudieran considerarse necesarios. Se intent no exceder ese tiempo ya que poda tener como consecuencia el cansancio y fatiga del entrevistado o de la investigadora y no obtener informacin importante (52).

Las entrevistas se grabaron en formato de audio, fueron transcritas textualmente y posteriormente destruidas tras el anlisis. Los participantes fueron informados de la confidencialidad de los datos, verbalmente y por medio del consentimiento informado, permitiéndoles abandonar si as lo deseaban en cualquier momento. Tambin se tomaron notas de campo. En ellas se recogan sentimientos, observaciones, interpretaciones, hechos o cualquier otro tipo de informacin que se consider importante para el estudio (52,54). Al concluir la entrevista, se facilit la posibilidad al entrevistado de aportar o indicar lo que desease.

### Anlisis de datos

El anlisis de los datos es el proceso de descomponer y separar la informacin obtenida en los discursos, para as poder interpretar y alcanzar una comprensin de los mismos dentro del contexto de

la investigacin, de las evidencias y del marco terico heideggeriano, en este caso (62).

Como estrategia se utiliz el Anlisis Fenomenolgico Interpretativo (IPA son sus siglas en ingls) de Smith, Flowers & Larkin (63). El objetivo fue buscar los aspectos esenciales del fenmeno (50,51). Siguiendo esta estrategia, cada entrevista fue considerada como una "conversacin con propsito", y una vez finalizada, fue transcrita (64). A partir de ah, los pasos a seguir fueron:

1. Leer y releer la entrevista, de manera que la investigadora logr sumergirse en ella (64).
2. Escribir unas notas iniciales en el margen de la transcripcin, para lograr una asociacin entre los datos y una exploracin del contenido semntico (64). La investigadora tom apuntes acerca de pensamientos, observaciones y reflexiones que se le ocurrieron simultneamente mientras est leyendo (65).
3. Desarrollar temas emergentes (64). La investigadora trat de identificar los temas que mejor capturaban las cualidades esenciales de cada entrevista (65).
4. Buscar conexiones entre temas emergentes (64).
5. Trasladarse hacia el siguiente caso. Se intent poner entre parntesis temas previos y continuar abierta a las individualidades de nuevos casos (64).
6. Identificar patrones comunes entre los casos (64). Se provey de una estructura general al anlisis, relacionando los temas identificados en grupos o conceptos. El objetivo fue llegar a poseer un grupo de temas e identificar categoras que nos sugirieran una relacin jerárquica entre ellos (65).
7. Llevar las interpretaciones a niveles profundos. Profundizar en el anlisis utilizando metáforas y referentes temporales (64).

En relacin al rigor y calidad del estudio, se cumpli con los criterios del COREQ para las investigaciones cualitativas (66).

### Consideraciones éticas

Se informo debidamente a los sujetos que decidieron participar en este estudio. Esta decisin fue tomada de forma consciente, libre y clara (67). La participacin de los mismos en las entrevistas fue totalmente voluntaria y quedo explicitada la libertad de no contestar aquellas preguntas que no conside-

ren pertinentes. Antes de comenzar, se les proporcionó una hoja de información al participante (ANEXO I). Al finalizar cada entrevista, se hizo un cierre con la finalidad de despejar las dudas respecto a su participación en la investigación.

Durante la realización de este estudio se respetaron en todo momento los cuatro principios de la bioética, establecidos en la Declaración de Helsinki (68); protegiendo y garantizando los derechos de las personas incluidas en la investigación. Estos principios son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; además de las normas de Buena Práctica Clínica (69) y el informe Belmont (70).

## RESULTADOS

Después de aplicar la estrategia de Análisis Fenomenológico Interpretativo de Smith, Flowers & Larkin (63) anteriormente descrita, fueron dos las categorías principales identificadas en congruencia con el objetivo de este estudio: el papel del género en el rol de padre-profesional y la influencia del parto de la pareja. Las categorías, temas y subtemas se encuentran de manera esquemática en la siguiente tabla, tras lo cual se describen en profundidad. En la exposición de los resultados, los participantes fueron identificados asignándole un número.

CATEGORÍA	TEMA	SUBTEMA
<b>Papel del género en el rol de padre-profesional</b>	Ser matrón	Autonomía y responsabilidad Especialidad como cima de la enfermería
	El obstáculo de ser hombre	La no aceptación
	El día del parto	Intervención activa vs neutralidad Relación de confianza El parto como algo natural Acompañamiento físico y emocional Orgullo y satisfacción
	Preocupación vs tranquilidad	Experiencias y expectativas previas Lo común de los hombres
<b>Influencia del parto de la pareja</b>	La importancia del ambiente	
	El refuerzo y no el cambio	La empatía La educación Experiencia profesional vs personal
	Los padres en el paritorio	La situación actual El camino y el resultado deseado

Tabla 1.

### PAPEL DEL GÉNERO EN EL ROL PADRE-PROFESIONAL

Para todos los participantes, el atender directamente el parto de sus parejas o al menos, estar presentes durante todo el proceso de parto en la fase latente, dilatación, expulsivo y puerperio inmediato, ha supuesto tener que lidiar entre su labor personal (el convertirse en padre, el acompañamiento a su pareja) y su labor profesional (atención al parto, vigilancia del registro cardiotocográfico). Asimismo, interpretan que el hecho de decidir convertirse en especialistas en obstetricia y ginecología ha significado un profundo cambio en sus vidas y que ello ha cambiado la visión sobre el parto de su compañera. Al mismo tiempo, argumentan que esta profesión se halla inmersa en una fuerte influencia de género, en la que se han visto implicados de uno u otro modo.

#### Ser matrón

Todos los matrones han analizado la importancia que ha tenido en sus vidas el realizar la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica, en cuanto al aumento de autonomía, responsabilidades e independencia. Para ellos ha supuesto una decisión acertada y ha tenido una repercusión vital significativa. Gracias a ella, consideran que han podido valorar de manera más profunda el parto de su pareja y que ha transformado su experiencia de ese momento.

#### Autonomía e independencia

- **Participante 4:** "No me siento cómodo en el papel del enfermero generalista. Me parece que tiene poca autonomía, que puede asumir pocas

responsabilidades (...) y que al final das una calidad muy baja”.

- **Participante 9:** (...) “pero ver como trabajaban las matronas, la independencia que tienen, la capacidad de tomar decisiones propias, y el manejo de la gestante (...) cuando lo vi como alumno de enfermería fue maravilloso”.

### *Especialidad como cima de la enfermería*

- **Participante 2:** “Así como te digo que de hacer enfermería no me arrepiento, de hacer matrona me alegro muchísimo. Es un privilegio”.
- **Participante 4:** “A partir de que hice la residencia el cambio ha sido total. Es donde yo me siento cómodo, es donde yo el papel que tengo sí lo quiero, sí me gusta y sí he acertado y sí me siento totalmente seguro de mi decisión y mis conocimientos”.
- **Participante 6:** (...) “creo que gané matrona y espíritu crítico. Luego creció en mí un sentimiento de orgullo. De voy a hacer matrona, venía muy ilusionado, con muchísimas ganas”.

### *El obstáculo de ser hombre*

Muchos de los matrones coinciden en que han tenido que enfrentarse a situaciones problemáticas en su vida profesional por cuestión de su sexo. Para ellos, el pertenecer al sexo masculino ha significado un perjuicio a la hora de ejercer su profesión. Sin embargo, la mayoría reflejan que han sabido solventar estas circunstancias de manera satisfactoria.

### *La no aceptación*

- **Participante 2:** “Yo creo que las veces que he tenido problemas por el hecho de ser hombre faltaba la cercanía emocional (...) si falta ese clima de confianza, sumado a que eres un hombre, es un escalón que tienes que superar”.
- **Participante 8:** “Pues ya sabemos que algunas culturas no aceptan al género hombre en esta profesión, les cuesta, se lo intentas explicar, les pides respeto – yo a ti te respeto, respétame tú a mi como profesional –”.
- **Participante 10:** “(...) la típica cosa esa que te dicen (...) de - yo pensaba que a esto se dedicaban solamente las mujeres – y yo pues no, a esto también se dedican los hombres, y

te dicen – ah, ¿y no hay ninguna mujer que me pueda atender? -. Eso sí que me lo han referido como tal (...). Pero he solventado la situación sin problemas.”

En uno de los casos, el participante ha manifestado que fue con las matronas y no con las mujeres y sus parejas con quien ha tenido impedimentos por su condición de varón.

- **Participante 6:** “(...) la principal dificultad fue con las matronas. De hecho, a mí no me querían llevar, no me querían como alumno. De hecho, hubo matronas que me dijeron que esto era cosa de mujeres, para mujeres, (...) yo tenía un hándicap que superar. (...) La resistencia que ha venido por parte de las matronas no la llegué a superar”.

### *El día del parto*

Los matrones recuerdan intensamente cómo fue el día del parto de sus parejas y cómo han logrado gestionar su doble rol como padre y matrócn. Para cada uno de ellos, ha tenido un significado distinto, porque ha dependido mucho de su actuación en el parto, de si contaban con el apoyo de una persona de confianza dentro del paritorio, de la relación con su pareja, o de las expectativas previas de las que partían. Resaltan, asimismo, que fue un día inolvidable y un punto de inflexión en sus vidas.

### *Intervención activa vs neutralidad*

- **Participante 1:** “Yo lo que tenía claro es que ninguno de los partos quería hacerlos yo, yo ese día quería ser padre y no matrócn (...). Yo en un parto me manejo bien, con la neutralidad, pero aquí no la tienes”. “Traté de ser padre, pero no lo conseguí (...). Al final te puede el saber, es normal. Que mi mujer y yo nos pusimos en manos de quien teníamos una confianza ciega, pero al final te asomas, ves el monitor, y ves (...)”.
- **Participante 7:** “(...) fui profesional hasta el expulsivo y creo que ahí ya me cambié a padre (risas)”.
- **Participante 8:** “(...) es difícil estar como profesional y tener preocupaciones también como padre. (...) Tampoco creo que, aunque le hubiera dejado a una compañera hacer el parto de mi mujer hubiera disfrutado más, con lo cual... Porque me puede el querer hacer las cosas como yo creo que son mejor.”

### Relación de confianza

- **Participante 4:** "Para conseguir la relación de confianza con mi pareja, primero hablamos mucho previamente, sobre expectativas de uno y de otro, (...) de los miedos, (...) intentando abrir la mente para no cerrarnos a nada de lo que pudiera pasar; y por otro lado pues yo creo que cuidándonos mucho durante el parto y confiando mucho el uno en el otro".
- **Participante 9:** "Lo que hay que gestionar más es la relación que tienes con tu chica en ese momento (...). El controlar a lo mejor esas emociones que puedes tener con tu pareja (...). Las formas de decir las cosas, las formas de hablar, quizás hay que medirlas un poco más".

### El parto como algo natural

- **Participante 9:** "Da seguridad el confiar que la naturaleza va a hacer su trabajo y que todo va a ir bien, confiando en que los partos van solos y que tú como profesional sólo tienes que estar ahí para atender las necesidades de tu chica".

### Acompañamiento físico y emocional

- **Participante 4:** "Yo sólo fui un mero acompañante. Porque realmente, en un parto que va bien, un parto fisiológico como fue el nuestro, es que acompañamos. Aunque muchas veces decimos que he hecho el parto, realmente es que lo hace la mujer".

### Orgullo y satisfacción

- **Participante 6:** "Me sentí muy orgulloso de mi mujer. De lo que hizo en ese momento. Dio todo y más (...) La vi con mucha fuerza. Yo le decía que era un momento que tenía que dar todo lo que tuviera, y que tenía que sacar toda la energía (...). Me sentí unido a ella, y que la estaba ayudando y que formábamos un equipo".

### Preocupación vs tranquilidad

Para los participantes, los partos de sus parejas han supuesto el percibir sentimientos encontrados con respecto a su estado emocional, mencionando algunos de ellos influencias por el entorno en el que estaban inmersos, y que algunas de sus decisiones fueron condicionadas por experiencias profesionales o personales anteriores. De la misma forma, todos

han coincidido en la alegría y la felicidad que ha supuesto el tener a su hijo en brazos, como cualquier hombre que se convierte en padre, independientemente de que sea profesional sanitario o no.

### Experiencias y expectativas previas

- **Participante 1:** "Lo recuerdo como el momento más estresante de mi vida (...). Mi situación personal no me permitía vivirlo muy así... Tengo el recuerdo en la nebulosa... Mi hermano falleció tres meses antes (...) No estaba al 100%. Estaba un poco ido." "Comparar lo que tú te imaginas de color de rosas, lo que tú piensas, con lo que luego pasa en la realidad... Es una pasada".
- **Participante 4:** "Nosotros íbamos con la mente abierta, sabiendo que en el parto hay muchas posibilidades, muchos caminos (...); vamos a ir juntos, unidos, confiados, y las decisiones que haya que ir tomando a lo largo del proceso de parto, pues tomarlas juntos para sentirnos bien".

### Lo común de los hombres

- **Participante 1:** "Pues no te lo imaginas. Cuando tuve a la niña en brazos, me pegué una pechada a llorar impresionante (...). Qué vértigo, qué fuerte".
- **Participante 10:** "Fue muy especial (...) el momento que puse a mis hijos encima de mi mujer (...) lo tengo aquí grabado (señala al pecho), la cara de mi mujer. Es que no se me olvida".

## INFLUENCIA DEL PARTO DE LA PAREJA

Para la mayor parte de los informantes, el haber experimentado el parto de sus parejas ha supuesto la existencia de modificaciones a la hora de trabajar, como puede ser el aumento de la empatía, la observación o la paciencia. Igualmente, han sentido que el escenario y el contexto en el que se ha desarrollado el parto es trascendental. Asimismo, también han explorado el cómo haber vivido el acontecimiento de convertirse en padres, para ellos, ha significado que se percaten de las dificultades que pueden sufrir los hombres en los paritorios, y han intentado aportar soluciones al respecto.

### La importancia del ambiente

Los matrones han analizado la influencia de sus contextos en su experiencia en los partos de sus

parejas. Del mismo modo, para ellos, un ambiente donde reine el respeto a las decisiones de la mujer, la confianza con el equipo, la familiaridad y la intimidad ha supuesto un aspecto sumamente relevante en su vivencia. Asimismo, el haber elegido conscientemente el escenario del parto ha significado un mejor desarrollo del parto en tanto en cuanto su pareja se sentía más cómoda y segura.

- **Participante 2:** "(...) en realidad era mi mujer la que quería tener a los niños en casa, entonces el entorno era el que ella quería, y si no hubiera sido así, ella hubiera estado a disgusto y con más miedo".
- **Participante 4:** "¡Buf! es muy importante, muy muy importante. Porque algo tan complicado y tan complejo como un parto, en el que hay un proceso de una cascada hormonal, mental, emocional, que pone en marcha el propio feto, que sigue la mujer, es un proceso tan delicado y tan complejo que el ambiente es importantísimo. Es clave".

### El refuerzo y no el cambio

Para todos los participantes el haber atendido el parto de sus parejas ha significado un aumento de su paciencia y comprensión tanto con la parturienta como, sobre todo, con su compañera. Reflexionan que este acontecimiento, más que cambiar su práctica profesional, ha sido un impulso para seguir perfeccionando y desarrollando un mejor cuidado a las mujeres que atienden de manera habitual.

### La empatía

- **Participante 1:** "Pues mira, al poco tiempo de tener a tus hijos eres como más empático, con la madre, con el padre (...). Eres como más tierno, más observador, más tranquilo, menos agresivo. (...) Y sí que lo he pensado y reflexionado bastante, te sucede al poco tiempo, luego, no vuelves a tu práctica anterior, siempre hay algo que te queda, pero ya no lo tienes tan presente".
- **Participante 2:** "Mi manera de trabajar siempre ha sido muy poco intervencionista, y me he reafirmado (...)".

### La educación

- **Participante 3:** "(...) pienso que ser matrón te educa como profesional y como padre. (...) Me ha educado para saber lo que yo le daría a mi

mujer en el futuro (...). Porque yo siempre he buscado lo mejor para cualquier mujer".

- **Participante 6:** "Sí. Me ayudó a entender. Me ayudó a ser mejor matrona".

### Experiencia profesional vs personal

- **Participante 8:** "No, no te aíslas (...). Sí que te condicionan tus experiencias (...). Sabes los peligros que puede traer un parto".
- **Participante 9:** "Las experiencias anteriores siempre modifican la manera de trabajar. (...) son las que te dan bagaje, entonces tu parto lo trabajas en función de otras situaciones que ya has visto que son similares a la que se está dando".

### La decepción posterior (tema discordante)

Uno de los matrones analiza las consecuencias negativas que tuvo el vivir el parto de su pareja, en contraposición al resto de informantes que indican que sólo les ha aportado resultados positivos. Para él supuso el darse cuenta de que debía aislar sus propias opiniones del parto de su pareja para no sentirse desilusionado con la manera en la que habían decidido vivir su parto el resto de mujeres a las que atendía. Actualmente, tiene un recuerdo residual de esta experiencia que no le afecta a la hora de trabajar.

- **Participante 4:** "Este tema es un poco conflictivo (...). Los primeros meses tras el parto, incluso el primer año, lo que sentía, y esto es duro de reconocerlo, pero es así (...), es que muy pocas mujeres llegaban al nivel que había tenido mi pareja de esfuerzo, de motivación, de ganas, para acompañar a su hija a tener el mejor parto posible (...). Entonces, realmente lo que sentí, esto sé que es negativo, pero yo lo sentí así (...) es que entre los 6-8 meses siguientes al parto, las mujeres me decepcionaban un poco, ya que no conseguían llegar al nivel que había tenido mi pareja durante el parto".

### Los padres en el paritorio

Los matrones reflexionan, desde su experiencia profesional, sobre la situación actual de las parejas de las mujeres en los paritorios. Desde su vivencia, han intentado aportar ideas para mejorar su situación, lo que ha supuesto percatarse de las deficiencias que tiene el sistema nacional de salud con respecto a la atención al proceso de maternidad.

### La situacin actual

- **Participante 4:** "El marido a da de hoy es uno de los grandes olvidados del parto. Hablamos mucho de empoderar a las mujeres, y eso es verdad y es muy importante sin duda, pero nos falta empoderar al marido".
- **Participante 6:** "Nuestro rol como padres es raro. Los padres estn muy desorientados. El vnculo ese, ijo!, yo tocaba la barriga de mi mujer cuando decia que se mova y conmigo no se mova. El vnculo lo tienes que hacer a maticaballo cuando nace, - iala, a por el vnculo! - (risas) (...) es una relacin que tienes que forjar ah con unos sentimientos que estn un poco incipientes.". "A m me han llorado (en grupos de postparto), y se han abrazado, y decan -tío, no aguanto a mi suegra, tío, eso estaba lleno de sangre-".

### El camino y el resultado deseado

- **Participante 4:** "Hay que hacer participar al marido del embarazo (...) porque luego es muy difcil que participe del parto si no ha participado del embarazo. (...) Hay que hacerlo participe de las consultas, de la preparacin al parto, de todo el proceso de embarazo. (...) Y luego en el parto saber que t tratas con los dos, (...) que fsicamente, que emocionalmente, la mujer tiene unas cosas, pero tambin las tiene el hombre (...). Y aunque la mayora de los cuidados vas a hacerlos cara a la mujer, (...) el hombre no puede sentir que es un estante all, o un armario, o un mueble (...), tienes que hacerle ver que cuentas con l, que l puede ayudar a su mujer, que tiene recursos, que para ti son importantes los dos, que entiendes que el parto es de la pareja, que tienes que ayudarle para que l se atreva a acercarse a su mujer, que no le de miedo la tecnologa, los monitores, la ropa nuestra, los uniformes... Con lo que imponen. Todo es creer que el marido tambin forma parte del parto y hacerlo participe".

## DISCUSIN

Con respecto a la primera categora, el papel del gnero en el rol de padre-profesional, se han hallado diversos hallazgos que concuerdan con la bibliografa existente.

Para los matrones, el realizar la especialidad en enfermera obsttrico-ginecolgica, ha supuesto un aumento de la autonoma, responsabilidad, capaci-

dad de decisin e independencia. Estos hallazgos se encuentran en consonancia con los percibidos por los estudios de Carolan y De Vries, en los que se define la importancia para los profesionales de valores como la justicia, la igualdad, la capacidad de decisin, la responsabilidad y la independencia (71,72).

De la misma manera, en la investigacin de Poh et al., se indica que los enfermeros especialistas en obstetricia y ginecologa expresan que su trabajo cuenta con un gran componente emocional, donde la pasin y el entusiasmo por su profesin hace que sientan que estn brindando a las mujeres que atienden los mejores cuidados posibles (73). Esto concuerda con los resultados de este estudio, ya que los participantes consideran a la especialidad de matrona como un orgullo y como una de las cimas a alcanzar en la enfermera, as como una de las decisiones ms importantes de su vida.

Asimismo, muchos de los participantes de este estudio coinciden en que han tenido que enfrentarse a situaciones problemticas en su vida profesional por cuestin de su sexo. Sienten que han tenido que lidiar con los estereotipos de gnero que a n perduran en el mbito socio-cultural y que estos impedan, en ocasiones, que existiera un adecuado clima de confianza con la mujer y la pareja a la que atendan. Esta idea se ajusta a la bibliografa actual en la que se muestra que pertenecer al sexo masculino en la enfermera significa un perjuicio a la hora de ejercer la profesin (5,6), percibiéndose estos hombres en ocasiones marginados (7), soportando estereotipos negativos (8) y sintiéndose a veces incmodos y avergonzados por trabajar con la intimidad femenina (9). De esta manera, se resalta que incluso en el entorno sanitario, siguen existiendo estereotipos de gnero.

Adems, se desprende que los matrones pueden tener dificultades cuando deben atender a su pareja, puesto que deben enfrentarse tanto a su esfera profesional, como a la personal en su papel de padre y de apoyo a sta. Para ellos, el parto de su compaera ha supuesto aceptar que ambos roles han tenido que solaparse, ya que no existe la neutralidad en la relacin teraputica profesional-paciente debido al vnculo amoroso con su pareja. Estos hallazgos se corresponden con la bibliografa actual. Aunque existe un nmero escaso de estudios que hagan referencia a la experiencia del profesional enfermero cuando precisa cuidar de miembros de su propia familia, se hallan varias investigaciones sobre enfermeras que deben atender a miembros de su familia con una enfermedad crtica o que pone en peligro su vida (39,41), con cncer (38), con una edad avanzada (40), o a sus propios hijos (37).

En todos ellos se destaca la dificultad que supone moverse entre distintos roles, puesto que se sienten enfermeras, pero a la vez miembros de su familia que sufren también las consecuencias de la enfermedad de su ser querido (37-41). Asimismo, se enfatiza su capacidad de percatarse de lo que pasaba a su alrededor, en relación con su posición única: por un lado, percibían como nadie el comportamiento y los sentimientos de su pariente, y por otro poseían un dominio importante del conocimiento enfermero (37). Debido a ello, también podían evaluar el cuidado prestado por los profesionales que habían cuidado de su ser querido, lo que explica que estas mujeres necesitasen un tipo diferente de cuidado comparado con las mujeres no enfermeras (37-41), al igual que los matrones que han decidido no atender directamente el parto de sus parejas, se apoyaban en una persona de su confianza para que ellos pudieran centrarse en su rol de padre.

En cuanto a la segunda categoría identificada, la que se refiere a la influencia del parto de la pareja, se han descubierto hallazgos concordantes con la bibliografía contemporánea.

En primer lugar, para los participantes, el ver nacer a su hijo ha supuesto una mezcla de sentimientos: vértigo, alivio, miedo, alianza con su pareja, alegría o satisfacción. Igualmente, para los padres no profesionales, ha significado una experiencia muy demandante emocionalmente, atravesando un rango de sentimientos contradictorios, desde la felicidad y la euforia, hasta la preocupación y la agonía, y la tranquilidad cuando todo ha salido como se deseaba (22,24,25,29,30,32,33,74).

El miedo es otro elemento significativo. Una revisión acerca de los miedos de los padres ante el nacimiento, hablaba del miedo por la seguridad de la madre y el recién nacido, el riesgo de intervencionismo en el parto, las limitaciones financieras, la incapacidad de ser un buen padre o el sentirse inútil durante el proceso de parto, siendo este el más comentado (21,27). Estos datos se corresponden con los testimonios de algunos de los participantes de este estudio que señalaban la preocupación ante una posible malformación o patología en el niño, o en la madre durante el parto.

Asimismo, según los participantes, los padres continúan actualmente en un papel secundario en el parto de sus parejas, sintiéndose en muchas ocasiones solos, desplazados y olvidados en este acontecimiento. Sienten que se debe empoderar al hombre, orientarlo y hacer que se sienta útil. De igual manera, este tema preocupa a las parejas, ya que reconocen que el parto es un evento único que necesita

un nivel de preparación. Muchos de ellos se sienten superados por la situación y no se sienten capacitados para ayudar a su compañera (25,29,30).

Estudios de Bäckström, Hertfelt y Poh han resaltaado que los padres solicitan más información, con un cuidado empático y profesional, y una revisión de las actuales políticas administrativas y logísticas. Los profesionales pueden guiar y apoyar a los padres ofreciéndoles más información y preparándolos para los cambios inesperados (35,74). Las matrones están en una posición única para ofrecer estos cuidados, debiendo estar atentas a las necesidades de los padres durante el proceso de parto, teniendo en cuenta variables socio-demográficas como el nivel cultural, la paridad y el estado civil (31,75).

Del mismo modo, los matrones se han percatado sobre como haber vivido el acontecimiento de convertirse en padres, ha hecho que se den cuenta de las dificultades que pueden sufrir los hombres en los partos, y han intentado aportar soluciones al respecto. Los participantes han considerado que, por un lado, los padres deben ser involucrados desde el principio del embarazo; y por otro que necesitan apoyo físico (estando el profesional presente si lo necesitan, proporcionándoles un vaso de agua en situaciones de estrés...) y psicológico (aportando apoyo emocional e intentando implicarlo en el proceso) durante el parto, diferente e independiente del que precisa su mujer, como así indican diversas investigaciones (29,35,75,76).

Por otro lado, uno de los participantes del estudio comentó que sería una buena opción el validar un cuestionario sobre la implicación que desea tener el padre durante el parto, así como las emociones que siente en cada momento, para que los profesionales pudiésemos conocer sus expectativas y necesidades intraparto. Este instrumento sí que existe en otros países europeos, y ha demostrado ser una valiosa herramienta para conocer la perspectiva multidimensional de la experiencia del nacimiento (77).

Asimismo, aunque este estudio ha obtenido datos para responder a sus objetivos iniciales, existen varias limitaciones evidentes, como son la escasa experiencia de la investigadora principal en la perspectiva cualitativa fenomenológica; la imposibilidad de la investigadora para desplazarse fuera de la comunidad autónoma de Madrid y que el 60% de las parejas de estos matrones eran también matrones, por lo que su conocimiento sobre el proceso de parto puede haber producido variaciones en la vivencia de este acontecimiento.

De todo ello se desprende que se necesitan futuros estudios para desarrollar programas de inter-

vención para padres que mejoren sus experiencias y comportamientos adaptativos, y que las matronas nos encontramos en un lugar privilegiado para ayudar a los padres a encontrar su rol, alentando su participación durante el parto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. International Confederation of Midwives. Definición Internacional de Matrona de la ICM [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 22]. p. 1. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition of the Midwife SPA-updated August 2011.pdf>
2. INE. Distribución del no de Enfermeros con especialidad de Matrona en Enfermería por Comunidades y Ciudades autónomas de colegiación, situación laboral y sexo. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 7]. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2016/I0/&file=s08008.px>
3. INE. No de Enfermeros por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 7]. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2016/I0/&file=s08003.px>
4. Rodríguez Portilla, Natalia Emilia; Castaño Molina, Ma Ángeles; Martínez Roche ME. Influencia del género en la formación de las matronas en el siglo XX. *Index de Enfermería*. 2014;23(3):171-5.
5. Berkery E, Tiernan S, Morley M. The relationship between gender role stereotypes and requisite managerial characteristics: The case of nursing and midwifery professionals. *J Nurs Manag*. 2014;22(6):707-19.
6. Brown B. Men in nursing: Re-evaluating masculinities, re-evaluating gender. *Contemp Nurse*. 33(2):120-9.
7. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Negarandeh R, Monadi M, Azadi A. Factors influencing men entering the nursing profession, and understanding the challenges faced by them: Iranian and developed countries' perspectives. *Nurs midwifery Stud* [Internet]. 2013;2(4):49-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25414879%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4228905>
8. Stanley D, Beament T, Falconer D, Haigh M, Saunders R, Stanley K, et al. The male of the species: A profile of men in nursing. *J Adv Nurs*. 2016;72(5):1155-68.
9. Inoue M, Chapman R, Wynaden D. Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. *J Adv Nurs*. 2006;55(5):559-67.
10. Kantrowitz-Gordon I, Adriane Ellis S, Mcfarlane A. Men in Midwifery: A National Survey. *J Midwifery Women's Heal*. 2014;59(5):516-22.
11. Kaplan SM. The Routledge Spanish bilingual dictionary of psychology and psychiatry. Routledge; 2011. 1188 p.
12. Lagarde M. Identidad de género y derechos humanos. *La construcción de los derechos humanos*. *Estud Básicos Derechos Humanos IV*. 1996;
13. Gilligan C. In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality.
14. Amuchástegui A, Rivas M. Las construcciones culturales de la masculinidad. 2004;1-3.
15. Connell RW, Messerschmidt JW. HEGEMONIC MASCULINITY Rethinking the Concept. *Gen Soc*. 2005;19(6):829-59.
16. Dolan A, Coe C. Men, masculine identities and childbirth. *Sociol Heal Illn*. 2011;33(7):1019-34.
17. Alejandra M, Velásquez S. Masculine sexual identity and paternity. 2008;13(2):239-59.
18. Via Clavero Ñ G, Sanjuán Naváis M, Martínez Mesas M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín Zarragoikoetxea Jáuregui CI. Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros Identity of gender and intensive cares: Influence of masculinity and femininity in the perception of nursing care. *Enferm intensiva* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 14];21(3):104-12. Available from: [www.elsevier.es/ei](http://www.elsevier.es/ei)
19. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Romero Serrano R, Morillo Martín MS. La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería* [Internet]. Fundación Index; 2011 Dec [cited 2017 Jan 14];20(4):248-51. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Hollup O. The impact of gender, culture, and sexuality on Mauritian nursing: Nursing as a non-gendered occupational identity or masculine field? Qualitative study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 14];51(5):752-60. Available from: [www.elsevier.com/ijns](http://www.elsevier.com/ijns)

21. Hanson S, Hunter LP, Bormann JR, Sobo EJ. Paternal Fears of Childbirth : A Literature Review. *J Perinat Educ.* 2009;18(4):12–20.
22. Premberg Å, Carlsson G, Hellström AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth-A phenomenological study. *Midwifery.* 2011;27(6):848–53.
23. Ruiz P, Kabiri M, Martin D. El dolor del parto preocupa más a los futuros padres que a las madres. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2016;60(1).
24. Johansson M, Rubertsson C, Rdestad I, Hildingsson I. Childbirth - An emotionally demanding experience for fathers. *Sex Reprod Healthc [Internet]. Elsevier B.V.;* 2012;3(1):11–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2011.12.003>
25. Johansson M, Fenwick J, Premberg. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery [Internet]. Elsevier;* 2015;31(1):9–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>
26. Schytt E, Bergström M. First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery.* 2014;30(1):82–8.
27. Hildingsson I, Johansson M, Fenwick J, Haines H, Rubertsson C. Childbirth fear in expectant fathers: Findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery [Internet].* 2014 Feb [cited 2017 Feb 3];30(2):242–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613813000090>
28. Ledenfors A, Berterö C. First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery [Internet]. Elsevier;* 2016;40:26–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.013>
29. Longworth HL, Kingdon CK, Cert P. Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery.* 2011;27:588–94.
30. Longworth MK, Furber C, Kirk S. A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery [Internet]. Elsevier;* 2015;31(9):844–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.004>
31. Aune I, Amundsen HH, Skaget Aas LC. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery.* 2014;30(1):89–95.
32. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet].* 2013 [cited 2017 Jan 3];13(1):70. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-70>
33. Porrett L, Barkla S, Knights J, De Costa C, Harman S. An Exploration of the Perceptions of Male Partners Involved in the Birthing Experience at a Regional Australian Hospital. *J Midwifery Women's Heal.* 2013;58(1):92–7.
34. Ramos Díaz KE, Tapia Guardia PA. Ser padre por primera vez: percepción de la autoeficacia ante el ejercicio de la paternidad. Expectativas y temores de padres primerizos. [Internet]. Universidad Austral de Chile; 2011. Available from: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmr175s/doc/fmr175s.pdf>
35. Bäckström C, Hertfelt Wahn E. Support during labour: First-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery.* 2011;27(1):67–73.
36. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ SC. Continuous support for women during childbirth ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7).
37. Lines LE, Mannix T, Giles TM. Nurses experiences of the hospitalisation of their own children for acute illnesses. *Contemp Nurse.* 2015;50(2–3):274–85.
38. Cicchelli L, McLeod D. Lived experiences of nurses as family caregivers in advanced cancer. *Can Oncol Nurs J [Internet].* 2012 [cited 2017 Jun 16];22(1):53–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22443048>
39. Mills J, Aubeeluck A. Nurses' experiences of caring for their own family members. *Br J Nurs [Internet].* 2006 Feb [cited 2017 Jun 16];15(3):160–5. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2006.15.3.20515>
40. Ward-Griffin C, Brown JB, St-Amant O, Sutherland N, Martin-Matthews A, Keefe J, et al. Nurses Negotiating Professional–Familial Care Boundaries: Striving for Balance Within Double Duty Caregiving. *J Fam Nurs [Internet].* 2015 Feb 1 [cited 2017 Jun 16];21(1):57–85. Available from: <http://jfn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1074840714562645>

41. Salmond SW. When the family member is a nurse: The role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Jun 16];27(1):10–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339710000856>
42. Olabuénaga JIR. Metodología de la investigación. 2012.
43. Martínez M. La investigación cualitativa: síntesis conceptual. *Ipsi*. 2006;9(1):123–46.
44. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos [Internet]. Vol. 18, *Investigación y Educación en Enfermería*. 2000. p. 27–35. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16852>
45. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *MULTICIENCIAS*. 2012;12(2):199–205.
46. Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;33(3):435–43. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/21271>
47. Miles M, Francis K, Chapman Y, Taylor B. Hermeneutic phenomenology: A methodology of choice for midwives. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(4):409–14.
48. Miles M, Chapman Y, Francis K, Taylor B. Exploring Heideggerian hermeneutic phenomenology: a perfect fit for midwifery research. *Women Birth* [Internet]. Elsevier; 2013 Dec 1 [cited 2017 Jan 13];26(4):273–6. Available from: <http://www.womenandbirth.org/article/S1871519213000711/fulltext>
49. Miles M, Chapman Y, Francis K. Peeling the onion: understanding others' lived experience. *Contemp Nurse* [Internet]. Routledge; 2015 May 4 [cited 2017 Feb 8];50(2–3):286–95. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2015.1067571>
50. Crowther S, Smythe E. Open, trusting relationships underpin safety in rural maternity a hermeneutic phenomenology study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):370. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27881105>  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5122205>
51. Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 8];16:1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
52. Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa [Internet]. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014 [cited 2017 Feb 18]. 114 p. Available from: <https://es.scribd.com/document/258839520/Pedraz-Zarco-Ramasco-Palmar-2014-Investigacion-Cualitativa>
53. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. Hermeneutic phenomenological research : a practical guide for nurse researchers. *Methods in nursing research*. 2000. x, 114.
54. Martín-Crespo MC, Salamanca AB. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investig* [Internet]. 2007 [cited 2017 Feb 18];27(1):1–4. Available from: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetodologica\\_27.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf)
55. Mayan M, Cisneros C. Una Introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. *Int Inst Qual Methodol* [Internet]. 2001 [cited 2017 Feb 11];53. Available from: <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>
56. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva*. 2010;21(2):68–73.
57. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. *Paidós Básica*. 1992. p. 11–301.
58. Vandermause RK, Fleming SE. Philosophical Hermeneutic Interviewing. *Int J Qual Methods*. 2011;10(4):367–77.
59. Raíssa Passos dos Santos I, Eliane Tatsch Neves I FCI. Qualitative methodologies in health research : interpretive referential of Patricia Benner. 2016;69(1):178–82.
60. María Arantzamendi Solabarrieta, Cristina García Vivar OL de DS de M. Investigación cualitativa: manual para principiantes. *Eunate*; 2012.

61. Tickle-Degnen L, Rosenthal R. The Nature of Rapport and Its Nonverbal Correlates. *Psychol Inq* [Internet]. 1990 [cited 2017 Mar 11];1(4):285-93. Available from: <http://links.jstor.org/sici?sici=1047-840X%281990%291%3A4%3C285%3ATNORAI%3E2.0.CO%3B2-T>
62. González T, Cano A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características (I). *Nure Investig*. 2010;Febrero(I):1-5.
63. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, research. Vol. 13. 2009.
64. Charlick S, Pincombe J, Mckellar L, Fielder A. Making Sense of Participant Experiences: Interpretative Phenomenological Analysis in Midwifery Research. *Int J Dr Stud* [Internet]. 2016;11(11):205-16. Available from: <http://www.informingscience.org/Publications/3486>
65. Thompson AR, Biggerstaff D. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research. *Qual Res Psychol*. 2008;5(3):214-24.
66. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criterio for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349-57.
67. Jefatura del Estado. 23750 LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boe*. 1999;298:43088-99.
68. Mundial AM. Declaracion de Helsinki de la AMM - principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki: Asociación Médica Mundial; 2013. p. 1-9 [Internet]. 2003 [cited 2017 Feb 1]. Available from: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion\\_helsinki.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp)
69. AEMPS. Normas de buena práctica clínica. Guía Tripartita armonizada de la ICH. 2008 [cited 2017 Feb 1];3:19-22. Available from: [https://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guia-BPC\\_octubre-2008.pdf](https://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guia-BPC_octubre-2008.pdf)
70. National Institutes of Health. The Belmont Report. Belmont Rep Ethical Princ Guidel Prot Hum Subj Res [Internet]. 1979 [cited 2017 Feb 1];4-6. Available from: [www.bioeticayderecho.ub.es](http://www.bioeticayderecho.ub.es)
71. Carolan M. "A good midwife stands out": 3rd year midwifery students' views. *Midwifery* [Internet]. 2013 Feb [cited 2018 Feb 20];29(2):115-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23142431>
72. De Vries R, Nieuwenhuijze M, Buitendijk SE. What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery* [Internet]. 2013 Oct [cited 2018 Feb 20];29(10):1122-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23916404>
73. Özcan M, Akpınar A, Ergin AB. Personal and professional values grading among midwifery students [Internet]. Vol. 19, *Nursing Ethics*. 2012 [cited 2018 Feb 20]. p. 399-407. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22581507>
74. Poh HL, Koh SSL, Seow HCL, He HG. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2014 Jun 1 [cited 2018 Feb 17];30(6):779-87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238935>
75. Eggermont K, Beeckman D, Van Hecke A, Delbaere I, Verhaeghe S. Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2017;30(4):e188-97.
76. Poh HL, Koh SSL, Seow HCL, He HG. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2014;30(6):779-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.002>
77. Gawlik S, Müller M, Hoffmann L, Dienes A, Reck C. Assessing birth experience in fathers as an important aspect of clinical obstetrics: How applicable is Salmon's Item List for men? *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2015;31(1):221-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.013>

## ANEXOS

### ANEXO I

#### Hoja de información del estudio



**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Influencia en la posterior práctica asistencial del matrón tras la atención al parto de su pareja: una perspectiva de género.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Sonia Durán Sierra

**TELÉFONO DE CONTACTO:** 697961067

**CENTRO DE REFERENCIA:** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

#### INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello, puede usted leer esta hoja informativa, y en caso de que, tras la explicación, le surjan dudas o preguntas, nosotras podremos aclarárselas. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso suponga ninguna consecuencia para usted.

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Lo que pretende este estudio es abordar, desde una perspectiva cualitativa fenomenológica, el cómo los matrones experimentan el parto de sus parejas, y cómo esta vivencia les afecta en su día a día como profesionales.

#### PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

Se llevará a cabo una entrevista en un lugar que se acuerde entre la investigadora principal y el participante. Se realizará la misma a matrones que hayan tenido un papel relevante en el parto de su pareja y que se dediquen o se hayan dedicado posteriormente a la atención hospitalaria al parto. Para poder analizar las aportaciones se grabarán las entrevistas en audio, tras su transcripción serán destruidas. Se mantendrá rigurosamente el anonimato en la elaboración de los informes.

#### BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

El interés de esta entrevista es explorar qué significado tiene el parto de su pareja para el profesional de enfermería obstétrico-ginecológica en su vida profesional.

#### CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protec-

cin de datos de carcter personal. De acuerdo a lo que establece la legislacin mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificacin, oposicin y cancelacin de datos, para lo cual deber dirigirse al investigador principal del estudio.

Asimismo, de acuerdo a la legislacin vigente Ley 14/2007, los datos sern tratados con absoluta confidencialidad, de manera que ser imposible asociar a los participantes con los resultados del estudio. El acceso a su informacin personal quedar restringido al investigador principal, autoridades sanitarias (Agencia Espaola del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comit Ético de Investigacin Clnica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislacin vigente.

**Nombre del Investigador Principal:** Sonia Durn Sierra

**E-mail:** sonia.duran@salud.madrid.org

**Telfono de contacto:** 697961067

**Consentimiento informado para participar en el estudio**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Influencia en la posterior prctica asistencial del matrn tras la atencin al parto de su pareja: una perspectiva de gnero.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Sonia Durn Sierra.

**TELÉFONO DE CONTACTO:** 697961067.

**CENTRO DE REFERENCIA:** Hospital General Universitario Gregorio Maraón.

Para poder conocer la qu significado tiene el parto de su pareja para el profesional de enfermera obsttrico-ginecolgica en su vida profesional, se han seleccionado enfermeros especialistas en obstetricia y ginecologa para su participacin en entrevistas. Las entrevistas no durarn ms de 30 - 45 minutos, y los datos sern grabados para su posterior transcripcin y anlisis, por este motivo es necesario el consentimiento de las personas que son entrevistadas. Las grabaciones sern posteriormente borradas y se mantendr el anonimato en la elaboracin de los informes.

Yo (nombre y apellidos).....

- He ledo la hoja de informacin que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre la entrevista
- He recibido suficiente informacin sobre la entrevista
- He hablado con:.....
- Comprendo que mi participacin es voluntaria
- Comprendo que puedo dejar la entrevista:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta sobre mi trabajo

Por consiguiente:

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilizacin de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de informacin.

**Firma del participante:**

**Firma:**

**Fecha:**

**Fecha:**

## ANEXO 2

### Guía de la entrevista

Al llegar junto al participante nos presentaremos, agradeceremos su colaboración y le explicaremos el objetivo de la entrevista. Asimismo, pediremos permiso para realizar la grabación de la entrevista y le aseguraremos absoluta confidencialidad. Se debe tener en cuenta que las preguntas que nos servirán como guía podrán ir apareciendo y desapareciendo y cambiando de orden y referencia. Asimismo, otras preguntas surgirán de la propia entrevista y de los significados no esperados o que se vayan enriqueciendo.

### Bloque introducción

- ¿Qué significado tuvo para usted estudiar enfermería? ¿Qué le impulsó a hacerlo?
- ¿Cuál fue la motivación que le hizo plantearse hacer la especialidad en obstetricia y ginecología?
- Cuénteme, ¿cómo han sido las experiencias que ha vivido en su trabajo? ¿Ha encontrado algún obstáculo en su trabajo por ser hombre?
- ¿Qué es lo que más le gusta de su trabajo y por qué?

### Bloque de vivencia

Como sabe, quiero conocer cómo afecta en la práctica profesional de los matrones el haber atendido el parto de su pareja. De manera general, ¿Qué es lo primero que se le ocurre sobre aquel momento?

- Cuénteme, ¿Qué significado tuvo para usted el parto de su mujer? ¿Hay algo que recuerde con más intensidad?
- ¿En algún momento sintió miedo? ¿Por qué?
- ¿Qué es lo que más le preocupaba? ¿Por qué?
- ¿En alguna ocasión se planteó no atender usted el parto? ¿Por qué?
- ¿Qué significado tuvo para usted el lograr gestionar su doble rol como padre y profesional?
- ¿Qué sentía su pareja acerca de que fuese usted quien atendiese el parto?
- ¿Qué sintió cuando logró tener a su hijo/a en brazos?
- ¿Sigue teniendo el mismo significado para usted el parto de su mujer ahora que ha pasado el tiempo?
- ¿Opina que en su experiencia del parto de su pareja ha influido el entorno en el que ha sucedido?
- ¿Tenía alguna expectativa previa al parto o intentaba acudir con la mente abierta a lo que pudiera ocurrir?

### **Bloque de repercusiones**

- En caso de querer aumentar la familia, ¿querría volver a atender el parto de su pareja?
- En caso afirmativo, ¿Actuaría de la misma manera? ¿Qué modificaría? ¿Qué motivaciones le llevan a querer volverlo a hacer?
- ¿Opina que sus experiencias anteriores podrían modificar esa futura vivencia? ¿En qué sentido?
- ¿Cree que esta vivencia ha influido en su manera de trabajar? Si es así, ¿en qué sentido ha cambiado?
- ¿Cree que esta experiencia le ha ayudado a entender mejor a las mujeres que atiende, así como con sus parejas?
- ¿Qué piensa que deberíamos hacer, como profesionales sanitarios en el paritorio, para que las parejas se impliquen más durante el parto, o para ayudarlos a superar sus miedos o preocupaciones?

Por último, preguntaremos si tiene algo más que añadir y agradeceremos su colaboración.

### **AGRADECIMIENTOS**

Dedico este trabajo a todas las personas que me han acompañado durante mi camino en la residencia de matrona: mis compañeras Beatriz, Clara, Irene y Sandra, mi tutora Consuelo, mi tutora de investigación Rocío, y a todos los participantes de este estudio, ya que sin ellos no hubiera sido posible; así como también a mis padres Abel y M<sup>a</sup> Luz y a mi pareja Jorge.