

8

Parto y cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España

María Moya Nicolás
y Paloma Moral de Calatrava

Introducción

El conocimiento de los procesos de atención al embarazo, así como los controles del embarazo son imprescindibles para desarrollar un embarazo y un parto con normalidad. Del mismo modo, la descripción de los procesos de embarazo supone un reconocimiento cultural y, por tanto, etnográfico. El objetivo principal de nuestro estudio es conocer y valorar la experiencia y los sentimientos producidos de las madres embarazadas durante el proceso del parto. Del mismo modo queremos saber el proceso de cuidado y de lactancia dado al recién nacido desde un punto de vista cultural. Por último nos gustaría recoger la diferencia de trato entre los servicios de salud de su país de origen y España durante el proceso de parto.

Mediante nuestro proyecto de investigación se intentará llevar a cabo la validación de nuestro cuestionario que recoge las distintas variables que son, desde nuestra óptica, imprescindibles para facilitar a los profesionales el conocimiento de las pautas propias de la cultura de las mujeres inmigrantes. Igualmente con este proyecto se busca el desarrollo y la interiorización de los cuidados culturalmente competentes. Leininger marca el inicio del estudio de los cuidados culturales o cuidados culturalmente competentes. Partiendo

de esta base, no es de extrañar que en nuestro trabajo se parta de la teoría del cuidado transcultural. Por tanto, en este trabajo se analiza el cuidado desde un punto de vista basado en los cuidados competentes desde los enunciados presupuesto de M. Leininger.

Actualmente, relacionados estrechamente a los estudios de la cultura, apreciamos cómo las determinaciones contextuales adquieren una relevancia primordial en la producción cultural. De este modo surge la relación entre rigor y flexibilidad de donde surgen las posibilidades de asumir la renovada cultura moderna. El uso de los cuidados y su conocimiento forma parte de un fenómeno de la realidad que es principalmente humano. Por lo tanto, cuidar forma parte de nuestra cotidianeidad, dando lugar a una práctica que es aceptada y valorada a nivel universal¹. El mundo de los cuidados, compuesto en su mayoría por mujeres, ha evolucionado a la par de las épocas en las que se llevaban a cabo dichos actos. De este modo, el arte de cuidar se encuentra en la historia de la humanidad desde tiempos ancestrales². Sin embargo, en la actualidad cuidar, es una ciencia y un arte, una ciencia social y humana que requiere tiempo, preparación, dedicación y presupone un conocimiento teórico y práctico. Luego no significa imponer un camino ni un itinerario, sino brindar compañía, manteniendo respeto y libertad para que el paciente tome sus propias decisiones y escoger³.

Los conceptos de cultura y cuidados se encuentran íntimamente relacionados pues: "cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza la humanidad"⁴. Como podemos pensar la práctica del cuidado es un fenómeno universal, sin embargo, las expresiones que caracterizan estos cuidados, los procesos y los modelos de cuidados varían de una cultura a otra⁵. Los cuidados culturales se encuentran destinados a aquellas personas con culturas diferentes. Dichas personas, presentan unas necesidades que deben ser resueltas, llegando así a la satisfacción⁶. De esta forma, los cuidados culturales son necesarios para satisfacer las necesidades de los grupos poblacionales, superando las barreras culturales y sociales, considerando el contexto en el que el paciente vive y se desarrolla⁷.

En la actualidad, el número de inmigrantes internacionales alcanza la friolera de 191 millones, representando cerca del 6% de la población mundial. Europa, por su parte, recoge al 35% del total de inmigrantes (ONU, 2006). Según la Eurostat (Servicio Estadístico de la Unión Europea), España acogió

el año pasado el doble de inmigrantes que Alemania, Reino Unido y Francia juntos. Podemos afirmar, por tanto, que dentro de la Unión Europea, España es en la actualidad uno de los países que ha logrado una madurez migratoria al convertirse en país de inmigración⁸.

Sin embargo, entre el amplio número de inmigrantes que llega a España, las mujeres forman parte de uno de los grupos más numerosos. Como bien hace referencia Pedreño & Torres⁹: “La feminización de los flujos migratorios se trata de una feminización de la subsistencia donde la mujer ha encontrado en la emigración transnacional una forma de asegurar la supervivencia” (2008: 156-160). Por tanto, al igual que el cuidado presenta sus connotaciones específicas según la persona y la cultura que esta posea, cuando tratamos el embarazo y el parto sucede ídem de lo mismo. Las vivencias y experiencias culturales influyen en el modo de ver el parto así como las etapas posteriores. La atención al embarazo se encuentra influenciada por los aspectos culturales que rigen nuestra vida. Si analizamos como ha sido entendido el embarazo históricamente nos encontramos que se ha entendido desde dos puntos de vista. Por un lado, el embarazo ha representado la reproducción para perpetuar la especie. Visto desde otro punto de vista encontramos como el embarazo ha representado la maternidad; un sentido de vida para las mujeres en las distintas sociedades¹⁰. Por tanto, la diversidad social y cultural da lugar a los distintos comportamientos y expectativas del extranjero^{4 y 11}. Esta situación crea en las mujeres un doble miedo, una doble confrontación. Por un lado, las mujeres se encuentran con lo que ellas imaginaban: la calidad de los servicios sanitarios. Por otro lado, En consecuencia la mujer no asimila de forma completa los valores que la nueva sociedad le impone, adoptando una conducta conciliadora, modificando algunos de sus comportamientos y manteniendo otros de su país de origen¹².

Los profesionales sanitarios nos encontramos ante situaciones que marcan de forma decisiva a las mujeres atendidas. En muchas ocasiones, la atención sanitaria se ve comprometida por distintas barreras como la lingüística o la cultural, ya que el embarazo no conlleva los mismos valores, sentimientos o creencias en todas las mujeres¹³.

En consecuencia nuestro objetivo principal es conocer cuáles son las prácticas culturales, así como las diferencias en la atención al parto de las mujeres inmigrantes latinoamericanas. Del mismo modo, surgen como objetivos

específicos: analizar el significado del dolor dentro de las culturas de estas mujeres; profundizar en su deseo de ser madres; estudiar la relación entre madre e hijo y comparar la calidad y las diferencias en la atención al parto. De esta forma, se facilitará conocer cuáles son los aspectos culturales que rigen a las inmigrantes en el momento del embarazo y el parto. En base a esta investigación los enfermeros tendrán constancia de cuáles son las necesidades de las mujeres inmigrantes.

Metodología

La investigación que llevaremos a cabo se desarrollará con metodología cualitativa que incluirá dos niveles de análisis basados en los objetivos marcados. Por un lado encontraremos un nivel más descriptivo que englobaría los datos recogidos a través de entrevistas personales con las mujeres que han dado a luz en su país de origen y en España. Este tipo de recogida de información es la denominada como etnografía, siendo la Etnografía Procesal la más adecuada para ello. En segundo lugar nos encontramos con un nivel analítico y teórico en el que mediante elementos teóricos y, con los referentes etnográficos, se identificarían las vivencias de estas mujeres. Del mismo modo, se reconocerán cuáles son las formas de cuidados más adecuadas para el colectivo inmigrante, basándonos en la teoría de los cuidados transculturales creada por Madeleine Leininger.

Características de la población

Desde la perspectiva enfermera los trabajos desarrollados hacia este campo son escasos. En la mayoría de las ocasiones la inmigrante es conocida como cualquier individuo o grupo cuya cultura es distinta a la occidental¹⁴. Sin embargo, la producción de estos trabajos excluye las doctrinas culturales, analizando de forma global al colectivo a estudiar.

A causa de la creciente feminización inmigrante así como las edades con las que suelen llegar a nuestro país, nos es imposible obviar que la gran parte de las inmigrantes llegan en edad de quedar embarazadas. El trabajo que se desarrollará posteriormente se centrará en el estudio de las dimensiones del estudio, las cuales se dividen en: dolor, deseo, igualdad de trato y lactancia y cuidado del recién nacido. Como era de esperar esta creciente feminización ha dado lugar a un aumento del número de nacimientos de madres extranjeras.

Este incremento ha producido cambios en aspectos sociodemográficos y en las demandas sanitarias y sobre todo en las reproductivas.

Los futuros sujetos de estudio serán las mujeres inmigrantes de América del Sur que hayan desarrollado un embarazo en su país de origen y en España. Ahora bien, para la futura elección de las participantes se consideraran los siguientes criterios de inclusión:

- **Género y embarazo:** todas deben ser mujeres que hayan estado embarazadas. Tendrá prioridad aquellas mujeres que hayan dado a luz en su país de origen y en España.
- **Nacionalidad:** con el fin de reducir el marco de elección únicamente podrán pasar a formar parte de nuestra investigación las mujeres provenientes de países de América del Sur.
- **Legalidad:** Con el fin de completar el estudio pondremos como criterio de inclusión que las inmigrantes sean legales pues, si no lo fueran, sería dificultoso conocer los reconocimientos y los controles previos al parto.

Puesto que la mayoría de las informantes que se pretenden entrevistar serán de Latinoamérica, es imposible negar que nos encontraremos ante una amplia diferencia cultural, pues este continente recoge a uno de los grandes grupos de culturales. Los criterios de inclusión del análisis de las vivencias durante el parto aportarán una riqueza a los escasos estudios que hemos encontrado y facilitaran la recogida de datos para su posterior análisis.

Instrumentos y dimensiones del objeto de estudio

La técnica principal de la investigación será la entrevista semiestructurada cuyo su propósito, la cual como bien indica King¹⁵, es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos” (2002:6). Las entrevistas semiestructuradas presentan una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas. Presentan apertura en cuanto al cambio de preguntas aunque siempre sin variar el eje central de nuestro tema, pues el tema a investigar debe tenerse siempre presente. Por tanto, la entrevista en cualitativa requiere para su realización póstuma la preparación de una guía, así como de una actitud reflexiva. Retomando a King “la preparación de antemano es esencial para la interacción y

el resultado de una entrevista" (2002:126). La elección de esta técnica se justifica en la capacidad para el análisis de forma controlada¹⁶.

Las dimensiones del objeto de estudio se corresponden con las creadas en nuestra guía-cuestionario que será abierto. Por tanto en ésta encontraremos cuatro grandes bloques. En primer lugar, nos encontramos con aquellos datos generales de la mujer: edad, país de origen, años de residencia en España, estado civil, número de hijos y los años de éstos, por último, recogeríamos la información relacionada con sus redes sociales, entre otros. Dentro de este mismo bloque encontraríamos un subapartado que recogería la información general del parto. Así, se preguntaría a cerca del número de abortos (tanto si fueron espontáneos como si no), si presentan enfermedades, el tipo de parto y si estuvieron acompañadas, dónde se desarrolló el parto y dónde tuvo lugar y los controles sanitarios durante el embarazo. Como consecuencia de la creación de un proyecto que incluye una amplia riqueza de información frente a otros estudios más "clásicos", surge la emergencia de nuevas dimensiones a lo largo de la recogida y el análisis de los discursos de los entrevistados.

Posteriormente y tras recoger la información general de nuestras informantes encontramos la información concerniente a nuestro objeto de estudio propiamente dicho. En el interior de este apartado emergen distintas dimensiones que deben ser tratados en nuestra entrevista, como son: el dolor, el deseo de ser madre, los cuidados al recién nacido y la lactancia y la calidad y las diferencias en la atención al parto.

La guía de la entrevista marca los temas que deberán desarrollarse^{17 y 18}. Al ser un tipo de entrevista semiestructurada podrán pasar a formar parte otros temas relacionados con el original, siempre y cuando las preguntas sean relevantes tanto en la dimensión temática (la pregunta tiene relevancia en relación con el tema de la investigación) como en la dimensión dinámica (hace referencia a la relación interpersonal durante la entrevista).

Procedimiento para la recopilación de datos

En base a la propuesta marcada por Zamora, Cámara & Parant¹⁹, para llevar a cabo la recopilación de datos el procedimiento presentará tres fases: fase preparatoria, fase de desarrollo o de trabajo de campo y la fase analítica.

Durante la primera fase se hará una recopilación de toda la investigación anterior a la nuestra. Es decir, se realiza una revisión bibliográfica hasta el momento. Esta información constituirá nuestro marco teórico, dando lugar a la formulación de objetivos. Como podemos valorar en nuestro proyecto esta primera fase ha sido completada. Posteriormente se procederá a la construcción del guion de la entrevista.

Como hemos visto nuestro guion está compuesto por una batería de preguntas, las cuáles por razones de orden temporal han sido imposibles de validez. Sin embargo, para su utilización y aplicación futura es imprescindible. Se realizará una prueba piloto en condiciones semejantes a la fase de recogida de información o de trabajo de campo (constará de una entrevista, con grabación sonora de la conversación en un ambiente de privacidad). Por último, si tras la valoración de la prueba piloto hubiera que modificar el guion inicial, será en esta fase en la que tendrá lugar.

La fase de desarrollo, como su nombre indica, se realizará mediante entrevistas individuales semiestructuradas con carácter presencial y en la más absoluta privacidad. Las preguntas que se desarrollarán serán las extraídas de nuestro cuestionario. Previamente, se debe contextualizar a las personas entrevistadas. Conviene describir la situación, explicar con brevedad el propósito del estudio y de la entrevista, aclarar el uso de grabadoras y de la posibilidad de llevar a cabo preguntas. Para ello, haremos uso de una hoja informativa (*Anexo II*).

Aunque la metodología cualitativa prescinde, en buena parte, del uso de los métodos estadísticos, es importante tener en cuenta el número de informantes. Para la generalización de las afirmaciones de este tipo de estudios se utiliza una muestra amplia de informantes. Uno de los problemas que pueden aparecer a la hora de valorar los resultados de un estudio cualitativo es precisamente que no es posible utilizar la cantidad de muestra que suele tener un estudio cuantitativo. Sin embargo, es preciso tener el mayor número de muestra posible para poder generalizar los resultados. Así pues, este estudio precisaría de una muestra de cincuenta (50) informantes. Las limitaciones del mismo vendrían determinadas por aspectos relacionados con el fenómeno migratorio en sí mismo: es de sobra conocido (y hasta cierto punto lógico) que los inmigrantes suelen elegir un destino en función del número de compatriotas que podrán encontrar en una determinada zona. Murcia, por ejemplo,

es considerada como la tercera ciudad de Ecuador en número de habitantes. Este hecho marcará culturalmente el estudio, pero no renuncia a obtener datos relacionados con mujeres de otras culturas.

Finalmente, en la fase analítica, se realizará una transcripción literal en formato digital con copia exacta de las palabras de las entrevistadas para su posterior análisis categorizado.

Consentimiento informado

La información recogida administrada por nuestras informantes es de distribución restringida, pudiendo acceder a las entrevistas el investigador principal y sus colaboradores. Dado que el proceso de obtención de datos será amplio y complejo, el investigador principal serán los responsables de la información recogida y serán los encargados de la custodia de los datos. Por tanto toda la documentación que se obtendrá permanecerá debidamente custodiada de acuerdo con los criterios del investigador principal. Así dicha información original se almacenará como mínimo diez años a partir de la primera publicación. Del mismo modo, debe quedar establecida la norma de que cada pregunta de investigación adicional a la batería de preguntas y que esté en relación directa con las entrevistadas quedará de igual manera bajo la confidencialidad del autor.

Por estas razones y con el fin de mantener la confidencialidad de las informantes, es obligatorio la creación de un consentimiento informado (*Anexo I*). Dicho consentimiento será distribuido a las participantes de la investigación previamente a su entrevista.

Posibles resultados

Según las investigaciones desarrolladas por Pérez Ramírez²⁰, en las que se recoge las diferencias obstétricas en el proceso de parto, vemos que la edad en la que quedan embarazadas las mujeres inmigrantes es menor que las españolas. Este hecho remarca la posibilidad de que estas mujeres queden embarazadas antes a causa del estilo de vida que hay en sus países de origen. Del mismo modo basándonos en las investigaciones llevadas a cabo por Martínez, Gil & Gómez²¹, el hecho de tener un hijo junto con el proceso migratorio, supone para las madres un profundo cambio que repercute en su salud y en su estado de vida. En esta línea encontramos que de acuerdo con el control

del embarazo otras investigaciones en donde no se encuentran variables significativas entre los grupos de embarazadas inmigrantes y las embarazadas de nacionalidad española²².

En este caso la explicación se encuentra en que las mujeres que emigran son, en su mayoría, sanas. Sin embargo, cabe subrayar que las mujeres inmigrantes comienzan los controles de embarazo más tarde que las nacionales, por tanto llevan un peor seguimiento que las embarazadas españolas. En contadas ocasiones el inicio tardío de los controles prenatales da lugar a la realización de un número insuficiente de controles y en algunos casos a la incapacidad de inserción en las clases de educación maternal²⁰. La causa que guía estos actos reside según Torres, Carrasquilla, Gadea & Meier²³ en el desconocimiento del sistema sanitario, así como de su derecho a las prestaciones asistenciales del país receptor. En este sentido se considera que un amplio número de mujeres inmigrantes que se encuentran embarazadas, debido al contexto en el que han vivido durante gran parte de su vida, no presentan un enfoque preventivo de la enfermedad. Así se sienten sanas y por tanto no ven necesario llevar a cabo acciones de atención prenatal²⁴. Del mismo modo habría que destacar las barreras lingüísticas, las situaciones de aislamiento, el temor a la irregularidad administrativa o la escasa autonomía de las mujeres. Atendiendo a las dimensiones de nuestro estudio encontramos que en la relacionada con el dolor, esta percepción se encuentra constituida como un hecho cultural.

Según los estudios llevados a cabo por Luque & Olivier²⁵, recogen que en algunas culturas, las mujeres no expresan el dolor que sienten verbalmente sino que prefieren mantenerse en silencio. Por esta razón en el momento que realicemos nuestro estudio debemos resaltar en la entrevista la importancia de los silencios durante el parto. En las observaciones desarrolladas por Luque & Oliver²⁵, las mujeres Latinoamericanas eran menos estoicas que las mujeres de otra procedencia como puede ser Europa del Este o África. Por tanto basándonos en el estudio anteriormente mencionado su expresión será una representación cultural. En relación con el dolor aparece la utilización de la epidural. En estudios desarrollados por otros investigadores²⁵, el conocimiento de la epidural se encuentra demandado por mujeres de Europa del Este y por Latinoamericanas, ambas piden al personal sanitario el uso de analgesia antes de comenzar el parto. En base a estas investigaciones debemos tener en

cuenta que las mujeres de nuestra muestra serán conscientes del parto medicalizado. En consecuencia podemos afirmar que un amplio número de mujeres utilizarán la epidural, por el contrario no tenemos conocimiento alguno sobre su opinión al respecto y qué relación existe entre esta práctica y la natural que ofrece su cultura.

El concepto de maternidad coincide con el de otros autores, en donde la maternidad es entendida como un acontecimiento en la vida de las mujeres para el que deben estar preparadas²⁶. El deseo de quedar embarazada es una de nuestras dimensiones que queda recogida en nuestro cuestionario. Sin embargo, tras la revisión de estudios anteriores, podemos valorar la inexistencia de investigaciones que muestren la necesidad y el deseo de la mujer para quedar embarazada. De esta forma es difícil sino imposible conocer cuáles serán los posibles resultados futuros si no nos amparamos en la bibliografía consultada. Del mismo modo podemos crearnos una idea en relación a la relación que existe entre el amplio número de mujeres que emigran y las que una vez que están aquí quedan embarazadas. En base a esta afirmación podemos discurrir como la mujer emigrante es una persona que decide abandonar su país con el fin de encontrar igualdad de trato y libertad de actos. Así esperamos que al desarrollar nuestra entrevista veamos como muchas de las mujeres creen estar convencidas de que el embarazo era lo mejor que les podía haber pasado, mientras que las mujeres que hayan vivido en un ambiente menos liberal sea una imposición o una obligación como esposa.

En relación con la lactancia y los cuidados al recién nacido encontramos en investigaciones realizadas anteriormente, que existe una amplia variabilidad en la interacción con el recién nacido. Cuando se produce el nacimiento del bebé las madres desarrollan distintas actitudes de alegría y de cariño. Sin embargo no todas actúan de igual manera, existen mujeres que aunque su embarazo sea deseado no muestran sus sentimientos hacia el recién nacido. Son mujeres cuyo comportamiento no es visto como "normal" por los profesionales que las atienden.

No obstante basándonos en los aspectos culturales debemos tener presente que su actitud es culturalmente normal debido a que en sus países de origen las tasas de natalidad y de mortalidad son excesivamente altas por lo que la vinculación con el recién nacido se produce de forma tardía. En definitiva las investigaciones que se han desarrollado sobre los cuidados al recién nacido

han sido escasas en lo que a nuestro tema se refiere. En consecuencia, nuestro estudio viene a aclarar las demandas del recién nacido y la actitud de la madre ante éstas. No debe sorprendernos que en algunas ocasiones la actitud de la madre hacia su hijo no sea como acostumbramos. La lactancia suele ser uno de los factores que causa más dificultades en el cuidado del recién nacido.

Muchas mujeres inmigrantes encuentran la lactancia como un aspecto desconocido por completo. Por lo tanto no existe una descripción que se base en los aspectos culturales de la lactancia. Por el contrario, la lactancia es considerada como una característica más del proceso de la maternidad que debe ser aprendida. De hecho según las investigaciones llevadas a cabo por Pérez Ramírez²⁰ en los hospitales existen mujeres que pertenecen a un grupo de apoyo, éstas son las encargadas de pasar por la habitación de las puérperas para dar consejos y enseñar a las madres primerizas.

Por último en cuanto a nuestra última dimensión, calidad y deferencias en la atención al parto, los resultados que esperamos amparándonos en las investigaciones anteriores denotan que las mujeres inmigrantes embarazadas presentan un mayor grado de sensibilidad interpersonal. En otras palabras, estas mujeres tienen un sentimiento elevado de inadecuación e inferioridad personal en comparación con las embarazadas nacionales. Las causas que justifican este sentimiento son, entre otras, los problemas de adaptación con la nueva cultura y con el nuevo idioma. Del mismo modo en la atención al parto en nuestro país se caracteriza por una alta medicalización. Como bien es sabido, en otros países se opta por prácticas más liberales que permiten a la mujer parir de la forma que sea más cómoda para ella. Unido a este hecho encontramos que gran parte del colectivo sanitario no asimila ni acepta otras prácticas u otros cuidados durante el parto. Si bien es cierto, no hemos encontrado artículos que hagan referencia a la percepción del parto y a la atención al parto. Tras la búsqueda en distintas bases bibliográficas el único artículo que ha servido para esclarecer en parte nuestro objetivo ha sido el desarrollado por Luque & Oliver²⁵ procedente de la revista *Index de Enfermería*.

Conclusiones

La cultura es una forma de vida, una expresión que viene dada desde nuestros orígenes. Es una parte de nosotros que se encuentra intrínsecamente unida a nuestro ser y que está marcada por distintas influencias, como son: la

religión o los estilos de vida. De esta forma, a través de este trabajo de investigación podemos valorar y comprender que la cultura no es única, sino que es un elemento complejo y variable.

Del mismo modo, vemos como la enfermería se encuentra anclada a la cultura desde tiempos inmemorables. Pese a esta realidad, en la actualidad nos encontramos con distintos profesionales sanitarios que no siempre alcanzan a entender que cada población presenta una cultura propia. Por ende son necesarios unos cuidados específicos para cada grupo poblacional.

En relación con las mujeres inmigrantes nos hemos encontrado un aumento de los fenómenos migratorios femeninos, que modifican notablemente las necesidades sanitarias de estas mujeres. Durante el periodo de gestación las mujeres tienen un inadecuado seguimiento del embarazo. Según las investigaciones consultadas, en el momento del parto las mujeres sienten un trato desigual en comparación con el recibido hacia las españolas. Igualmente, la lactancia es una de las principales complicaciones que encuentran las madres a causa de la escasez de conocimientos.

La atención por parte del equipo de atención sanitaria es fundamental para las mujeres inmigrantes. En consecuencia, se pretende adaptar la atención sanitaria a las necesidades de las gestantes. Acercar los programas de educación de salud sexual adaptándolos a su espacio, a sus necesidades y sobre todo a sus rasgos culturales, a sus pautas y a sus complejos culturales.

La formación de los profesionales sanitarios en competencia de multiculturalidad servirá a los equipos de salud para conocer y respetar la diversidad cultural, las creencias y los valores que hacen cada cultura única. Es por tanto necesario comprender los factores que forman e interfieren en las experiencias desarrolladas por las mujeres inmigrantes, como mujeres y como madres. De esta forma podremos incluir los cuidados transculturales como formación básica, dando importancia al colectivo de inmigrantes y a sus necesidades.

Referencias bibliográficas

Fuentes consultadas

1. CONSEJERÍA DE POLÍTICA SOCIAL, MUJER E INMIGRACIÓN (2005). *Plan para la Integración Social de las Personas Inmigrantes de la Región de Murcia 2006/2009*. Recuperado el 30 de Mayo de 2012 de www.carm.es/psocial/planinmigrantes.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2005). Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2005. Datos provisionales. Nota de Prensa de 27 de abril.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2009). *Exploración estadística del Padrón a 1 de Enero de 2009*. Población Extranjera en España. Recuperado el 25 de Mayo de 2012 de <http://www.ine.es/taxi/tabla.Doo?Path=t20/e245/p04/provi/oi/&file=00000011.PX&TYPe=praxis&L=0>
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LAS NACIONES UNIDAS. (2006). *Informe sobre la Población Mundial. Oficina de alto Comisionado para los Derechos Humanos*. Recuperado el 10 de abril de 2012 de http://www.unhchr.ch/spanish/hchr_un_sp.htm
5. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (2002). International Migration. *Department Economic and Social Affairs*. Recuperado el 5 de abril de 2012, de <http://www.un.org/esa/population/publications/ittmig2002/Migration2002.pdf>

Bibliografía secundaria consultada

1. RODRÍGUEZ M. Los valores culturales y el fenómeno de las migraciones internacionales. *Athenea Digital*. 2009 (15): 217-28.
2. VILAR MJ, VILAR J B. Migraciones e interculturalidad: niños menores y adultos inmigrantes en España y Región de Murcia. *An. Hist. Contemp*. 2005, 12 (21): 13-22.
3. CALVO-GIL MJ, AYALA R, HOLMQVIST M, MOLINA C. Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. *Acta Bioeth*. 2011, 17 (1), 133-141.
4. RODRÍGUEZ NE, MARTÍNEZ C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enferm global*. 2011, 23.
5. RODRÍGUEZ M. El fenómeno de las migraciones internacionales: una

perspectiva de estudio desde la psicología social y los valores culturales. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.

6. SILES J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enferm Clín*, 1997, 7 (4): 188-94.
7. SPECTOR RE. Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cul Cuid*. 1999, 6, 66-79.
8. FULLAONDO A. La Inmigración en España: una aproximación metropolitana Comparada. *ACE*. 2007, 5 (4): 497-518.
9. PEDREÑO A, TORRES F. Flujos migratorios y cambio social en la región de Murcia. *Polít. Sdad*. 2008, 45 (1): 147-66.
10. SACOMORI C, CARDOSO FL. Prácticas sexuales de Gestantes Brasileñas. *Rev chil obstet ginecol*. 2008, 73 (5), 313-317.
11. PORTES A. Migration and Development: A Conceptual Review of the Evidence. *Bellagio Study Conf Cent*. 2006, 10-3.
12. BAYONA I CARRASCO J. La población de nacionalidad extranjera en España: evolución y características demográficas. *Entelequia*. 2008, 4 (8): 117-37.
13. BERRY JW. Stress perspectives on acculturation. In SAM DL, BERRY JW, editors. *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. United Kingdom: Cambridge University Press; 2006. pp. 43-57.
14. RETORNILLO A, RODRÍGUEZ H. Inmigración, estrategias de aculturación y valores laborales: un estudio exploratorio. *Rev Psicol Trab Org*. 2008, 24 (2): 187-202.
15. KING R. Toward a new map of European migration. *Inter Journal Pop Geog*. 2002, 8 (8): 89-106.
16. BADE KJ. Europa en Movimiento. Las migraciones desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días. 2003. Barcelona: Crítica.
17. GARCÍA-NIETO A. Los inmigrantes en la Región de Murcia. Análisis de la información del Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI) recogida en la Región de Murcia durante 1998 y 1999. 2001. Murcia: Dirección General de Política de la CARM.
18. JANSÁ JM, GARCÍA DE OLALLA S. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. . 2004, 18, (1): 207-13.
19. ZAMORA LÓPEZ F, CÁMARA IZQUIERDO N, PARANT A. In Espagne, l'inversion migratoire n'empêche pas le vieillissement. In DUMONT,

- editor. Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Géographie, politique, prospective. Paris: Ellipses; 2006. p. 333-49.
20. PÉREZ F. Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato: diferencias obstétricas y sociodemográficas. Granada, Universidad de Granada. 2012.
 21. MARTÍNEZ R, GIL E, GÓMEZ JM. Distribución de la población extranjera en el municipio de Murcia. *Papel Geog.* 2007, 4 45-46: 115-38.
 22. SANTA CRUZ I, DE BOTTON L, GÓMEZ A, RAMIS M, SERRADELL O. Transnacionalidad y migración como factores de desarrollo: el proyecto I+D TRANSMIGRA. In J. GIRÓ, EDITOR, *La escuela del siglo XXI: la educación en un tiempo de cambio social acelerado*. Logroño: Universidad de Logroño. 2006, 85-86.
 29. TORRES F, CARRASQUILLA C, GADEA E, MEIER S. Los nuevos vecinos de la Mancomunidad del Sureste. Los inmigrantes y su inserción en Torre Pacheco, Fuente Álamo y La Unión (Murcia). 2007. Murcia: Universidad de Murcia.
 24. VANEGAS BC. La investigación Cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para la Enfermería. *Rev Colom Enferm.* 2010, 6, 128-42.
 25. LUQUE MA, OLIVER MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm.* 2005, 14, 48-49: 9-13.
 26. LARRAÍN J. (Crítica) Sobre 'Sociología de la Cultura: La Deconstrucción de lo Mapuche'. *Estud Púb.* 2007, 105: 113-20.

ANEXO 1:

Consentimiento informado

Título del Estudio: **Parto y Cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España.**

Yo.....

He leído la hoja de Información proporcionada por la autora.

He podido resolver mis dudas haciendo preguntas sobre el estudio.

He recibido la información sobre el estudio de forma clara y concisa.

He tenido contacto con el responsable del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

De este modo presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

ANEXO 2:

Hoja informativa

Buenos días,

El trabajo que vamos a realizar corresponde con el proyecto de investigación de la Tesis Doctoral realizada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Por ello solicito su conformidad para participar en el estudio: Parto y Cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer y valorar la experiencia y los sentimientos producidos de las madres embarazadas durante el proceso del parto. Del mismo modo queremos saber el proceso de cuidado y de lactancia dado al recién nacido desde un punto de vista cultural. Por último nos gustaría recoger la diferencia de trato entre los servicios de salud de su país de origen y España durante el proceso de parto.

Se trata de un estudio que se desarrolla a través de entrevistas personales en dónde se recogerá información general de la embarazada (datos sociodemográficos, estado de salud y control de embarazo) y datos relacionados que recojan la información de los objetivos. Su participación es voluntaria y anónima. Igualmente, en cualquier momento es usted completamente libre para revocar su consentimiento, sin necesidad de dar explicaciones.

Toda la información recogida ya sea de carácter personal así como los datos obtenidos durante la entrevista será conservada y procesada por la autora de la Tesis en condiciones de seguridad. Los datos serán tratados de forma confidencial como se establece en la Ley 15/99 de 13 de Diciembre (Ley Orgánica de Protección de Datos).

Los resultados del estudio podrán ser utilizados y comunicados a las autoridades científicas y a la comunidad científica mediante comunicaciones y congresos. Los datos recogidos servirán para ampliar el conocimiento del papel de los profesionales durante la atención del parto además de las distintas prácticas culturales que forman parte de las expectativas y las necesidades de la embarazada.

Agradecemos su colaboración.