



Experiencias de las mujeres que han vivido un Parto Humanizado en Cataluña

Nombre estudiante: Naomi Daniela Hetea

Tutor/a: Ester Muñoz Sellés

Trabajo Final de Grado

Curso: 2022/2023



Índice

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción y justificación	5
2. Marco teórico.....	6
2.1. Qué es el parto.....	6
2.2. Fases del trabajo de parto.....	7
2.3. Tipos de partos.....	8
2.4. Historia y orígenes del acompañamiento al parto.....	9
2.5. Concepto del parto humanizado.....	12
2.5.1. Criterios del cuidado humanizado en el proceso del parto.....	14
2.6. La atención al parto en Cataluña.....	15
3. Objetivos del estudio	17
4. Metodología.....	17
4.1. Tipo de diseño	17
4.2. Ámbito	18
4.3. Participantes.....	18
4.4. Técnicas de recogida de datos	19
4.5. Análisis de datos	22
4.6. Criterios de rigor y validez.....	23
4.7. Consideraciones éticas y legales	24
4.8. Procedimiento del estudio.....	25
5. Limitaciones del estudio	26
6. Recursos.....	27
6.1. Recursos Humanos	27
6.2. Recursos Materiales	28
7. Cronograma del estudio	29
8. Plan de difusión.....	30
9. Conclusiones.....	30
10. Bibliografía.....	32
11. Anexos	36



Resumen

Introducción: Según la Organización mundial de la salud (OMS), en las últimas décadas, se ha producido un aumento en la aplicación de prácticas de trabajo de parto que inician, aceleran, terminan, regulan o vigilan el proceso fisiológico del parto intentando mejorar los resultados. Esta medicalización da lugar a crear una experiencia de parto negativa para las mujeres. El movimiento de humanización del parto proporciona una atención digna, fomentando el protagonismo de la mujer, autonomía, respetando su creencia y cultura, garantizando todos sus derechos, como sus valores.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es conocer las experiencias positivas y negativas de las mujeres durante su parto humanizado en la casa de partos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell.

Metodología: Se utilizará la metodología cualitativa fenomenológica y un muestreo intencional no probabilístico, hasta la saturación de datos. La muestra serán mujeres que paren en la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, específicamente en la casa de partos natural. La recogida de datos se realizará a partir de una triangulación de técnicas como las entrevistas individuales, un grupo focal y notas de campo del investigador.

Aplicabilidad: En el estudio se espera entender las experiencias tanto positivas como negativas de las mujeres para aportar reconocimiento y dar visibilidad social a este tipo de modelo de atención en el proceso del parto, contribuyendo a la evolución hacia un parto respetado y humanizado.

Palabras clave: Parto Humanizado, Mujeres, Experiencias, Derechos humanos, Consecuencias, Beneficios



Abstract

Introduction: According to the World Health Organisation (WHO), in recent decades, there has been an increase in the application of labour practices that initiate, accelerate, terminate, regulate or monitor the physiological process of childbirth in an attempt to improve outcomes. This medicalisation results in creating a negative birth experience for women. The humanisation of childbirth movement provides dignified care, promoting women's empowerment, autonomy, respecting their beliefs and culture, guaranteeing all their rights, as well as their values.

Objective: The main objective of the study is to know the positive and negative experiences of women during their humanised childbirth in the birthing house of the Foundation Hospital Sant Joan de Deu in Martorell.

Methodology: A qualitative phenomenological methodology and non-probabilistic purposive sampling will be used until data saturation. The sample will be women who give birth at the Foundation Hospital Sant Joan de Deu in Martorell, specifically in the natural childbirth centre. Data collection will be based on a triangulation of techniques such as individual interviews, a focus group and field notes by the researcher.

Applicability: The study hopes to understand both the positive and negative experiences of the women in order to bring recognition and social visibility to this type of care model in the birth process, contributing to the evolution towards a respected and humanised birth.

Keywords: Humanised Childbirth, Women, Experiences, Human Rights, Consequences.

1. Introducció i justificació

La assistència al procés del part, aunque se trate de un proceso fisiológico, siempre ha precisado de ciertas atenciones y cuidados. Actualmente, el uso de la tecnología es necesaria en todas las aéreas de salud, pero podemos decir que en ocasiones la atención humanizada del personal asistencial se ve disminuida por este uso de la tecnología. Para las personas que trabajan en el área de sanidad, la atención está cada vez más tecnificada. También hay que remarcar que la tecnología en el ámbito de salud ha ayudado a mejorar el nivel de vida de las personas, sin embargo; en los últimos tiempos el uso de la tecnología en la asistencia del personal sanitario en el proceso del parto ha conseguido una deshumanización en los cuidados(1).

Uno de los principales aspectos que influyen en el cuidado humanizado de la atención sanitaria es la comunicación con los usuarios y la información que ellos reciben del personal sanitario, pero sabemos que a pesar de tener y establecer una buena comunicación con el usuario y proporcionar toda la información necesaria, no es suficiente para lograr humanizar la atención.

A los usuarios del sistema de salud, se les tiene que dar información veraz y concreta. De esta manera podemos conseguir realizar una asistencia centrada e individualizada en el usuario y en todos los aspectos psicosociales de su vida.

Actualmente, en Europa existen varios modelos de atención al parto(2). Un motivo de su existencia es la medicalización de los servicios de maternidad, originados en el siglo XX. Este hecho hizo que el lugar donde se atendía el parto cambiara de domiciliario a hospitalario, justificándose en que hay mejoras en la seguridad de la usuaria y su bebe, y en los resultados obstétricos obtenidos, dando lugar como consecuencia la pérdida de posesión del propio cuerpo de la mujer(3).

Posteriormente, en los años 80 empezaron a cuestionarse las diferentes praxis médicas en el proceso del parto, gracias a movimientos sociales, dando como resultado el planteamiento de lo que debía ser una atención de calidad, por parte de las usuarias, como de los profesionales de la salud, reivindicándose un empoderamiento de la mujer(4).

A consecuencia de este cambio de mentalidad, la Organización mundial de la salud (OMS) realizó una revisión del modelo biomédico de atención a la gestación y el parto en febrero de 2018, admitiendo que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención integral, el no tener en

cuenta sus necesidades, sus expectativas relacionadas con el proceso del parto, limitando así todo derecho a autonomía. Por este motivo, la Organización mundial de la Salud (OMS) propuso una atención y cuidados adecuados al parto, individualizando a cada usuaria, incluyendo la participación activa de la mujer en su planificación, ejecución y evaluación de sus cuidados(5).

La idea de un cuidado humanizado en el proceso del parto se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sus parejas y de sus familias; el objetivo del modelo de cuidado humanizado es cambiar la idea de que el embarazo y el parto son patologías que necesitan de intervención médica, y recuperar dicho proceso como un hecho significativo e importante, íntimo, personal y memorable(4).

Con este estudio se pretende conocer las experiencias de las mujeres que han tenido un parto humanizado, sus emociones y sentimientos experimentados durante su parto y poder identificar los beneficios de recibir un modelo de atención humanizado.

1.1. Pregunta del estudio

¿Cómo han sido las experiencias de las mujeres que han dado a luz en la casa de partos natural de la Fundación Hospital de Sant Joan de Deu de Martorell?

2. Marco teórico

2.1. Qué es el parto

El parto es un proceso fisiológico complejo, a la vez que es una experiencia única. El trabajo de parto inicia espontáneamente hasta que finaliza su gestación a término, entre las 37 y 42 semanas de gestación, con el nacimiento. Es el conjunto de actividades fisiológicas que tienen por finalidad la salida del feto a través de la vagina de la mujer, este trabajo de parto está dividido en tres etapas: la primera es la dilatación, la segunda la expulsión del feto a través de la vagina y la vulva y la tercera fase consiste en el alumbramiento de la placenta y las membranas (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto normal como aquel que comienza de manera espontánea, que es de bajo riesgo desde el comienzo del

trabajo de parto hasta la finalización con el nacimiento, donde el bebe nace de forma espontánea en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas de gestación(5).

2.2. Fases del trabajo de parto

La primera etapa comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa del cuello uterino. La etapa de dilatación del cuello uterino se divide en dos fases que son(8):

- a) Fase latente: esta fase comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones irregulares, tanto en su durabilidad como en su intensidad y se acompaña de acortamiento del cuello uterino y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 cm o los 4 cm.

- b) Fase activa: se caracteriza por el aumento de la intensidad, regularidad y frecuencia de las contracciones uterinas y la rápida evolución de la dilatación. Se puede definir teniendo en cuenta criterios de dilatación del cuello uterino, desde los 2 a los 10 cm de dilatación o desde los 4 a los 10 cm de dilatación, teniendo en cuenta la percepción de la mujer, como por ejemplo el inicio de contracciones regulares hasta el comienzo de los pujos.

Finaliza cuando el cuello del útero logra llegar a los 10 centímetros de dilatación, posteriormente la cabeza del feto se encaja en la pelvis y empieza a descender pasando por 4 planos (Planos de Hodge) donde el personal sanitario puede hacerse una idea de la durabilidad aproximada hasta dar a luz, mediante tactos vaginales(9).

La duración del parto varía dependiendo de cada mujer y el número de embarazos. La mayoría de mujeres nulíparas (mujer que no ha dado a luz a ningún hijo), llegan a la segunda etapa del parto (el expulsivo) en las primeras 18 horas y las multíparas (mujer que ha dado a luz más de una vez) en 12 horas sin ningún tipo de intervencionismo(8).

La segunda etapa (expulsivo) se produce después de la dilatación completa del cuello uterino y termina con el nacimiento del bebe, también se divide en dos fases(8):

- a) Periodo expulsivo pasivo: Presencia de dilatación completa del cuello uterino, antes o sin presencia de contracciones involuntarias del expulsivo sin deseo de empujar.
- b) Periodo expulsivo activo: Se produce con la dilatación completa, la cabeza del feto llega a la pelvis siendo visible, con contracciones de expulsivo o pujos maternos con ausencia de contracciones de expulsivo.

La tercera fase llamada alumbramiento, sucede desde el nacimiento del bebé, hasta que el cuerpo de la madre expulsa la placenta, las membranas y el resto de cordón umbilical(8).

El manejo del alumbramiento se puede afrontar de dos maneras, el alumbramiento espontáneo pudiendo durar hasta 60 minutos y el alumbramiento activo con administración de medicación (oxitocina) pudiendo durar hasta los 30 minutos, aun que a partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento activo aumenta el riesgo de hemorragia postparto(8).

2.3. Tipos de partos

El parto es el proceso por el que se produce el nacimiento del bebé, suponiendo el fin del embarazo. Existen diferentes tipos de parto. El más frecuente es el vaginal, pero muchas mujeres también dan a luz por cesárea. A continuación podemos ver los diferentes tipos de partos:

Parto natural: Es el proceso fisiológico que ocurre a término entre las 37-42 semanas de gestación, que ha iniciado de manera espontánea, sin complicaciones, sin intervenciones médicas (utilización de instrumental), ni medicamentosas no necesarias (colocación de la anestesia epidural o la administración de oxitocina u otros fármacos), en todas sus fases y en el nacimiento del bebé, implicándose factores psicosociales y culturales(10).

El parto eutócico es un parto normal, que ocurre de manera fisiológica, sin complicaciones desde el principio hasta el nacimiento del bebé, sin necesidad de intervención instrumental, a diferencia del parto natural, se realiza en un centro hospitalario y si la mujer lo desea se le administra anestesia epidural(11).

Parto instrumentado: Es un tipo de parto vaginal, diferenciándose de que en el momento del expulsivo del bebe hay alguna complicación como: descenso inadecuado del feto, expulsivo prolongado o patología materna, y el feto no puede salir por si solo con la ayuda de la madre, necesitando ayuda externa, en este caso del ginecólogo, pudiendo utilizar unos fórceps, unas espátulas o una ventosa a través de vacío. La utilización de instrumental en el parto evita complicaciones graves en la madre y el feto, se recomienda la anestesia epidural(12).

Parto por Cesárea: Este tipo de parto es la realización de una intervención quirúrgica, que permite la extracción del bebe a través de la vía abdominal. Hay diferentes tipos de cesáreas.

- La cesárea electiva es un tipo de cesárea programada donde ya existe un riesgo para la madre y/o el bebe de tener un parto vaginal, mujeres con dos o más cesáreas previas, gestación múltiple, feto de nalgas entre otras. El ginecólogo es el profesional que indica la cesárea y que también contraindica o desaconseja el parto vaginal(13).
- La cesárea en curso de parto es aquella que se realiza mediante el proceso del parto, donde este puede no estar evolucionando adecuadamente o este estancado(10).
- Por último, la cesárea urgente es aquella que indica el ginecólogo en caso de prolapso de cordón umbilical, desprendimiento de placenta, sufrimiento fetal o materno, rotura uterina o placenta previa con abundante sangrado(13).

2.4. Historia y orígenes del acompañamiento al parto

En el año 6000 a.C., se empieza a considerar la ayuda al parto como un arte y las mujeres que querían encargarse de ello van tomando más experiencia conociendo el cuerpo femenino, lo cual hace que sean más necesitadas por las futuras madres durante el proceso del parto. Este fue el inicio de una de las profesiones más antiguas de la humanidad, la comadrona o en griego llamada “obstetrix”(14).

La comadrona era la encargada del cuidado a las mujeres, en la zona rural cualquier mujer con cierta experiencia ayudaba el nacimiento, aunque en la Baja Edad Media,

no tenían medios necesarios. La iglesia, para alejar los problemas del parto, utilizaba amuletos para proporcionar protección. La atención que se ofrecía en esa época estaba enfocada en dejar que la naturaleza hiciese por sí sola, y solo cuando había complicaciones hacían uso de ritos mágico-religiosos o infusiones. Los conocimientos poseídos por las mujeres en esa época les lleva a ser calificadas de brujas, recayendo principalmente en las comadronas, llamadas “mujeres sabias”, que durante toda la Edad media controlaban y transmitían los conocimientos sobre la reproducción(15).

A partir del siglo XV aparece un movimiento en la regularización de las actividades de las comadronas para elevar su formación(15).

En el siglo XVIII los médicos empezaron a interesarse por la obstetricia, se apropiaron de la atención del parto, desarrollando la idea de utilizar instrumentos durante el parto, abordaban y atendían el parto como una enfermedad. En el siglo XIX se introdujeron nuevos avances como la anestesia y la asepsia, disminuyendo así el porcentaje de muertes de los bebés y las madres en el parto (16).

A mitad del siglo XX se formalizó el proceso del parto, pasando de realizarse partos en el domicilio a ser realizados en centros hospitalarios, dando pie a incluir prácticas rutinarias y protocolarizadas como la realización de la episiotomía o la inducción al parto, entre otras, sin tener evidencia científica sobre ello(4).

Al mismo tiempo que se van produciendo estos avances, se sufre un proceso de deshumanización en el que la mujer y su familia se ven privados de derecho a la elección, a la privacidad y a las creencias, entre otras(14).

Desde la década de los años 70 del siglo XX, Frederick Leboyer, médico obstetra francés, fue considerado precursor de la humanización del parto, Leboyer publicó el libro “Por un nacimiento sin violencia” enriqueciendo el modelo de atención humanizada desde el punto de vista de la mujer que da a luz(17).

El concepto de parto humanizado se introdujo a finales de la década de 1970, como respuesta a grupos feministas y asociaciones profesionales sobre la violencia durante el parto en los centros sanitarios. Se pedía que las mujeres pudieran recuperar el control sobre su parto, reduciendo el uso de intervenciones obstétricas no basadas en la evidencia científica siendo perjudicial para las mujeres y sus bebés(18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 declaró “El nacimiento no es una enfermedad” dando lugar al cambio del modelo de atención al parto, exponiendo la atención al parto humanizado(4).

El origen del término “humanización de la atención al parto” comienza en el año 2000, donde a raíz de la conferencia internacional sobre la Humanización al Parto organizada en Brasil, se formuló el concepto de humanización que se define como “un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la auto transformación, a la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, así como también con otras personas en el futuro y con las generaciones pasadas”(19).

En la actualidad:

A nivel mundial el mayor índice de cesáreas del mundo es de 60,6% en República Dominicana, posteriormente a nivel Europeo está Italia con un índice de cesáreas del 35%, y el país con menor índice a nivel Europeo es Finlandia con un 15%. Las cifras varían en Cataluña con un índice del 28,6%(20).

Actualmente, el aumento de la tecnología y mejoras en el nivel socioeconómico y sanitario, han ayudado a mejorar los niveles perinatales, pero la atención al parto actual somete a las mujeres a una atención tecnológica, suponiendo una mayor medicalización e intervencionismo, aumentando el índice de cesáreas. La tasa actual en España está alrededor del 25%, sobrepasando casi al doble de lo recomendado (15%) por la Organización mundial de la Salud (OMS), estas cifras convierten a España en uno de los países con mayor tasa de cesáreas de la Unión Europea(21).

Actualmente, siguen presentes diferentes visiones de los profesionales sanitarios del área obstétrica sobre el parto humanizado, con defensores de la actuación tradicional basada en una atención medicalizada. Este modelo de parto respetado necesita cambios en la praxis de los profesionales sanitarios, realizando nuevos protocolos o guías de práctica clínica, detallando las nuevas actuaciones de asistencia en el proceso del parto(4).

Hay diferentes corrientes de pensamiento que definen este tipo de parto humanizado y respetado, habiendo multitud de variaciones, pero lo que todos tienen en común es:

- Ambiente y entorno íntimo, seguro, apropiado y con un apoyo emocional por parte del personal sanitario que atiende el parto.
- Libertad de expresión por parte de las mujeres y sus acompañantes, libertad de movimiento y de postura de la usuaria.

- La usuaria es la protagonista de su parto.
- Terapias complementarias para el alivio y tolerancia al dolor.
- Intimidad, tiempo y acogida para el recibimiento del bebe.

En los centros hospitalarios, y desde finales del siglo XX también la Organización mundial de la Salud (OMS) apoya este tipo de cuidado, dejando a un lado la idea de “todo parto es complicado, hasta que se demuestre lo contrario” y se apuesta por un parto respetado y humanizado, como un parto en que sin dejar de lado la observación médica y su intervención si no es necesaria, se mantiene a la usuaria y a su acompañante en un ambiente íntimo, relajado y respetando el derecho de autonomía(14).

Desde mayo de 2004 en varios países se celebra la Semana Mundial del Parto Respetado o Humanizado, iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado, promovida por UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del parto y el nacimiento, teniendo como objetivo concienciar a las personas para que el nacimiento se visualice como un proceso fisiológico, en el que la madre y el bebe estén en el centro. Las diferentes políticas de los Países, como por ejemplo Argentina, apoyan este tipo de cuidado centrándose en el respeto a los derechos de la familia y el bebe en conjunto, por otra parte, Cuba permanece pendiente en aspectos importantes como la libertad de movimiento o la libre elección de la posición para el parto(17).

2.5. Concepto del parto humanizado

Este concepto hace referencia a un modelo de atención al embarazo, parto, y puerperio que quiere poner en primer lugar como protagonistas a las mujeres y sus familias, respetando sus necesidades tanto emocionales, culturales y sociales, sus opiniones y valoraciones en el proceso del parto, dando así la oportunidad de vivir la experiencia del nacimiento como un momento especial en condiciones de dignidad humana, dando un derecho de libertad y toma de decisiones a las mujeres sobre cómo, dónde y con quien parir(16).

El parto humanizado, según Cáceres et. al. y Nieves et. al.(22) en su artículo “Atención Humanizada del parto. Diferencial, según condición clínica y social de la materna”, es aquel que abarca el cuidado de la embarazada desde una visión holística, pudiendo ofrecer una experiencia apropiada del trabajo de parto y el parto en sí, respetando la

fisiología del proceso de parto, las intervenciones de los profesionales de salud, la comprensión y el respeto sobre las creencias culturales y sociales de la mujer, ofrecer apoyo emocional durante el proceso del parto, poder de decisión de la madre y por último, garantizar a la mujer su privacidad.

El significado de la humanización enseña prácticas, conductas, actitudes y comportamientos que se basan en un buen desarrollo saludable e individualizado de los procesos de parto, nacimiento y posparto, realizando una valoración integral de la mujer. El modelo de parto humanizado va dirigido a las usuarias y sus familias, del servicio de obstetricia, a los profesionales de la salud que prestan sus servicios sanitarios y a los gestores y supervisores del centro sanitario, intentando lograr su objetivo de dar una buena calidad y seguridad a la mujer y su familia en este proceso(23).

La atención humanizada en el proceso del parto amplía la visión en un enfoque familiar con énfasis en el apoyo emocional a la mujer y su acompañante, proponiendo métodos alternativos de alivio del dolor, un apego precoz e ingesta de líquidos, libertad de posición y movimiento(24).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el modelo de parto humanizado pretende tomar en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención de trabajo de parto y parto, para que la mujer viva la experiencia como un momento especial, en condiciones de dignidad humana, donde ella sea protagonista de su parto reconociendo el derecho de tomar decisión sobre dónde, cómo y quién la acompañará en ese momento difícil y conmovedor de su vida. Basándose en evidencias científicas y estudios realizados, la OMS emitió una serie de recomendaciones sobre la atención del parto, las cuales son(5):

Prácticas recomendadas por la OMS(5).

- Atención respetuosa, manteniendo la dignidad y la privacidad.
- Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado y proceso de parto, necesidad de pujar, entre otras.
- Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el parto, y tener una buena comunicación.
- Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y el parto.
- No realizar episiotomía de rutina.
- No realizar rasurado y enema de rutina.

- No realizar monitoreo fetal de rutina.
- Permitir que las mujeres tomen líquidos y alimentos en el trabajo de parto.
- Restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia, siempre que la mujer lo desee y no haya riesgo de complicaciones.
- Limitar la tasa de cesárea al 10-15 %.
- Realizar contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido.
- Esperar al menos un minuto para realizar el corte y pinzamiento del cordón umbilical.

La idea de humanización del parto se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sus parejas y de sus familias, la idea de dicha humanización es implementar y hacer cambiar de idea sobre que el embarazo y el parto es una patología y necesita intervención médica. Un parto respetado o humanizado también hace referencia a estar atentos a lo que pide el bebe. Se intenta trabajar para que su desarrollo sea lo más natural posible, pero en ocasiones cuando no se puede desarrollar natural es porque el bebe no puede soportar dicho proceso y mencionado anteriormente el bebe marca el desarrollo del parto(4).

Como herramienta para un cuidado humanizado se realiza el Plan de Parto y Nacimiento (PP), aumentando la calidad de asistencia y satisfacción, siendo de ayuda a los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de parto de las mujeres a entender sus necesidades, preferencias y deseos acerca de su parto, basándose en la evidencia científica para una toma de decisiones conjunta entre los profesionales sanitarios y la mujer(21).

2.5.1. Criterios del cuidado humanizado en el proceso del parto

El quipo de obstetricia que atiende a la mujer y su acompañante en el proceso del parto debe tener en cuenta que cada mujer es única, dando a entender que no se puede cuidar y prestar la misma atención a todas las mujeres, debe recibir un trato individual, como ser humano con derecho a la conservación de su integridad(25).

- a) Cuidados de los profesionales hacia la mujer y su acompañante: Las mujeres que están en el proceso del parto, están en un momento único y especial, deben ser tratadas con respeto por parte de todo el personal sanitario que esté

- involucrado en su proceso de parto, deben de disponer de toda la información necesaria para estar implicadas en la toma de decisiones de su parto.
- b) Acompañamiento: La mujer decide el profesional sanitario que quiera que le atienda en su parto, el profesional con el que tenga más vínculo, tranquilidad, confianza y comodidad.
 - c) Atención individualizada: La mujer debe recibir un trato y cuidado individualizado según sus cambios biológicos, emocionales y sociales durante este proceso. Una atención individual tomando en cuenta sus aspectos culturales y espirituales.
 - d) Movilización y diferentes posiciones en el trabajo de parto: Cada mujer debe decidir la postura más cómoda para su parto, si desea moverse o no.
 - e) Dolor, analgesia y satisfacción materna durante su parto: La mujer puede decidir si ponerse la anestesia epidural continua o no, o tomar otros métodos para el alivio del dolor, como inmersión en agua caliente, masajes, aromaterapia o técnicas de relajación, entre otros métodos(25).

2.6. La atención al parto en Cataluña

Desde las comunidades autónomas y el Ministerio de Salud se están impulsando buenas prácticas como evitar la práctica rutinaria de rasurado perineal, recomendar acompañamiento ininterrumpido durante todo el proceso del parto, permitir ingesta de alimentos y líquidos ligeros, utilización de oxitocina en caso de necesidad, no realizar analgesia de rutina, informar a la mujer sobre los diferentes métodos alternativos para el alivio del dolor, permitir que la mujer adopte libremente la postura que quiera, mejorar la formación sobre la protección del periné etc. en la atención al nacimiento, intentando mejorar la atención que reciben las mujeres, instaurando nuevos protocolos basados en la evidencia científica para la atención al proceso del parto y formación específica al personal sanitario en el área de obstetricia(2).

En Cataluña, en 2007, con la ESPN (European Anti Poverty Network), se inició una línea de trabajo coordinada por el “Departament de Salut” y desarrollada con la colaboración del “Servei Català de Salut”, para añadir la atención natural al parto eutócico como una alternativa de asistencia en los hospitales de la red pública. El objetivo de esta iniciativa de atención natural al parto eutócico, era intentar mejorar la calidad de atención al parto en hospitales de la red pública, para lograr una asistencia más respetuosa en el parto.

En 2015 el “Departament de Salut” acreditó a 34 hospitales (Anexo 1) para la atención natural al parto eutócico.

Los hospitales acreditados desde entonces, deben seguir contando con profesionales formados en el ámbito, que sepan aplicar y adaptar el protocolo de atención natural al parto, dar continuidad asistencial y facilitar la toma de decisión e información necesaria a la mujer que esté viviendo su parto en el centro(26).

Para mejorar la atención al proceso del parto:

1. El “Departament de la salut” realizó una donación mediante fondos europeos a los 34 centros hospitalarios (Anexo I) mencionados anteriormente, para mejorar el entorno de las salas de parto natural y adquirir material específico.
2. Actualización de los conocimientos, formación del personal sanitario y una difusión de información.
3. La participación de la mujer en la toma de decisiones de su propio parto, para ello se implantó el “Plan de parto”(4).

En este proyecto se escoge la Casa de Partos, ya que es donde se realizan los partos respetados y con un acompañamiento humanizado, un lugar donde se favorece el proceso fisiológico del parto, se ofrecen diferentes terapias complementarias para manejar el dolor, la posibilidad de pasar todas las etapas del parto en el agua, entre muchas otras opciones y posibilidades para la mujer que da a luz, un lugar donde la usuaria es el centro y tiene poder de decisión.

Actualmente, en Cataluña se dispone de dos centros de nacimientos, en la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, que recientemente cerró la casa de partos temporalmente, y el segundo centro se encuentra en el Hospital de Can Ruti, llamada Casa Laietania.

Los profesionales sanitarios que trabajan en las casas de partos están sensibilizados y formados para dar este tipo de cuidado en el parto, desde asegurarse que la fisiología siga su curso, actuando cuando es necesario, hasta aplicaciones clínicas del rebozo, entre muchas otras estrategias que favorecen el nacimiento fisiológico.

3. Objetivos del estudio

Objetivo general: Conocer la experiencia de las mujeres que han tenido un parto humanizado en la casa de partos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, profundizando en lo que significa para ellas una atención humanizada.

Objetivos específicos:

- Conocer las emociones y los sentimientos que han experimentado las mujeres durante su parto respetado en la casa de partos natural de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell.
- Identificar los beneficios de recibir un modelo de atención basado en la humanización, en el trabajo de parto y en el postparto.
- Analizar que estrategias o protocolos existen para la atención de un parto humanizado.

4. Metodología

4.1. Tipo de diseño

En el estudio se utiliza la metodología de tipo cualitativa, dicha metodología se utiliza en las Ciencias Sociales y busca hacer comprensible la realidad a través de la información que podemos obtener de la población o las personas estudiadas como de sus palabras, imágenes o discursos para comprender su vida social. Así pues, es el tipo de metodología escogido y que se adapta más a los objetivos planteados en este estudio, que busca conocer desde una visión holística la experiencia de las mujeres que han tenido un parto y cuidado humanizado en el proceso(27).

Según afirma Campos et. al. (28) en su estudio, la investigación fenomenológica es la mejor herramienta para dar a conocer mejor y desde diferentes enfoques las necesidades de los individuos y así poder visualizar y realizar cambios en los procesos para sus cuidados. Así pues, el diseño de este estudio es de tipo fenomenológico descriptivo, ya que conociendo las experiencias de las mujeres que han vivido el proceso del parto humanizado y sus cuidados, se pueden identificar y mejorar técnicas de cambio a fin de replantear dicho cuidado humanizado en el proceso del parto.

4.2. Àmbito

El estudio se llevará a cabo en la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, ya que es el primer Hospital en abrir el primer centro de nacimientos público de Cataluña, donde las mujeres pueden acceder a dar a luz de forma gratuita (29).

Para la recogida de datos se utilizará la sala o espacio que la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell ceda al investigador/a para poder llevar a cabo el estudio, esta se pedirá a través de la Solicitud de Autorización por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Sant Joan de Deu de Martorell (Anexo IV).

4.3. Participantes

La población del estudio serán las mujeres que han dado a luz entre octubre de 2023 a abril de 2024, en el centro de nacimientos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell.

Las participantes se incorporarán de forma progresiva a la muestra hasta que se llegue a la saturación de datos, es decir, hasta que la información empiece a ser reiterativa y no se esté obteniendo datos nuevos(30).

El tipo de muestreo será intencional y no probabilístico, de heterogeneidad según perfiles teóricos que queremos estudiar como la edad, lugar de nacimiento, multiparidad y clase social. No podemos escoger de forma aleatoria, ya que al investigador/a le interesa buscar participantes que tengan que ver con el fenómeno que se estudia, a partir de los perfiles teóricos, seleccionando los casos que son más representativos, teniendo más capacidad de proporcionar la información más rica y extensa para los objetivos buscados, hasta llegar a la saturación de los datos(30).

La manera de llegar a las participantes se realizará mediante el profesional sanitario Técnico en Curas Auxiliar de Enfermería (TCAE) que trabaja en la sala de partos, y en el centro de nacimientos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell. A partir de este profesional sanitario obtendremos los contactos (vía telefónica) de las usuarias de centro de nacimiento que de forma voluntaria quieran participar en el estudio.

Posteriormente, el investigador/a se pondrá en contacto con las participantes vía telefónica explicando los objetivos y el funcionamiento del estudio a través de la Hoja

Informativo (Anexo V) y estas accederán a ser participantes del estudio o no. A las mujeres que confirmen participar, se les enviará el Consentimiento Informado (Anexo VI) y el Documento de Confidencialidad del grupo focal (Anexo VII).

Los criterios para seleccionar la muestra de este estudio serán los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años.
- Mujeres que dan a luz en el centro de nacimientos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell.
- Mujeres que hayan dado a luz en el periodo determinado del estudio.
- Mujeres que hayan aceptado voluntariamente participar en el estudio y hayan firmado el Consentimiento Informado y el Documento de Confidencialidad del grupo focal.
- Mujeres que entiendan, escriban y hablen el castellano y el catalán.
- Mujeres que accedan a ser registradas con una grabadora de voz.
- Mujeres que tengan número de teléfono como vía de comunicación.
- Mujeres primíparas y multíparas.
- Mujeres con diferentes nacionalidades.
- Mujeres con diferentes niveles culturales y económicos.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con patología gestacional o partos prematuros, puesto que su experiencia vivida se aleja de una situación fisiológica.
- Mujeres con analfabetismo o con barrera idiomática, con incapacidad de comprender de forma oral o escrita el castellano o catalán.
- Mujeres que no aceptan ser parte del estudio.

4.4. Técnicas de recogida de datos

Para la recogida de datos en este estudio se llevará a cabo diversas técnicas de obtención de datos.

- Entrevista semiestructurada.
- Grupo focal.

- Notas de campo.

Se recogerán datos de diversas usuarias, de esta manera se podrá realizar la triangulación para poder incrementar la credibilidad y la validez del estudio.

Para poder realizar la triangulación de los datos es prioritario que los métodos utilizados sean cualitativos para que estos sean semejantes. Esta triangulación verifica y compara los datos obtenidos en diferentes situaciones mediante los distintos métodos(31). En este estudio se comparará los datos obtenidos de las entrevistas individuales semiestructuradas, el grupo focal y las notas de campo para considerar la información y los datos en común.

Para la obtención de los datos se citará a las mujeres en la sala que ceda la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell. Principalmente, empezaremos por la entrevista individual con las usuarias donde se realizara la entrevista creada a partir de los objetivos del estudio, posteriormente se realizara el grupo focal con todas las usuarias del estudio, si la muestra del estudio fuera más grande de 12 usuarias, realizaríamos diversos subgrupos, incluyendo varias reuniones dependiendo del número de subgrupos focales.

Entrevista semiestructurada:

La entrevista es una técnica de recogida de datos que se basa en una conversación entre el investigador/a y la persona sujeto del estudio, para la obtención de información sobre el punto de vista de la persona entrevistada(32).

En este caso se realizará una entrevista semiestructurada partiendo de preguntas planteadas creadas por el investigador/a, a partir de los objetivos del estudio que queremos conseguir, constando de preguntas que se puedan entender y sean adecuadas. Se realizará de forma individual a cada participante, favoreciendo la intimidad y dando acceso a datos más personales. La duración de la entrevista será entre 1 hora y 1,5 horas aproximadamente, dependiendo de las necesidades de expresión de cada participante.

Esta técnica tiene como objetivo encontrar todos los datos importantes que hay en la mente de las participantes, sus sentimientos y su vivencia, para ello se propone unas recomendaciones, como elegir un lugar íntimo y agradable que ayude a favorecer la conversación, contar con una guía de entrevista aún que el orden, la secuencia o el guion pueden variar en función del contexto, una actitud adecuada y receptiva por

parte del investigador/a, no interrumpir al participante que sienta que puede hablar libre y espontáneamente(32).

Al comienzo de la entrevista se explicará a cada participante el objetivo del estudio y se les informarán de la confidencialidad de los datos obtenidos, posteriormente se confirmará que todas las participantes hayan firmado el Consentimiento Informado.

Por último, se les recordará que la entrevista será grabada y se resolverán dudas que tengan antes de empezar la entrevista y posteriormente cuando finalice.

Grupo focal:

Esta técnica de obtención de datos se caracteriza por ser un grupo de discusión que tiene por objetivo, mediante las experiencias comunes, captar pensamientos, vivencias y sentimientos de las participantes, obteniendo así información cualitativa sobre el objetivo del estudio(33).

Para llevar a cabo la entrevista con el grupo focal se debe considerar ciertos puntos importantes, será necesario un moderador/a que introduzca las preguntas definidas por el investigador/a (anexo III), el tamaño del grupo, la duración de la entrevista, mantener un ambiente relajado, manejar la dinámica del grupo, fomentar la participación de todas las usuarias y posición en círculo para facilitar el campo de visión(33).

La duración de la entrevista del grupo focal será de una hora y media a dos horas aproximadamente, formulando 4 o 5 preguntas abiertas, donde las participantes abrirán un debate aportando diferentes puntos de vista.

En esta técnica se les solicitará a las participantes a comprometerse a no revelar lo hablado por otras usuarias durante la duración del grupo focal. Anteriormente, firmarán el Documento de Confidencialidad del grupo focal (Anexo VII).

Notas de campo:

A través de las notas de campo pretendemos describir el desarrollo de las actividades de investigación en el entorno y situación estudiadas, aportando así información sobre la evolución de la investigación y explicaciones de todo el proceso como los sentimientos encontrados del investigador/a en las técnicas utilizadas (entrevista

semiestructurada, grupo focal), dificultades en el proceso, percepciones recibidas de las informantes, aspectos no previstos, conflictos surgidos etc. Estas notas de campo serán utilizadas como otra herramienta para poder realizar la triangulación(34).

El objetivo de dichas notas de campo será describir toda la información verbal y la no verbal que no pueda ser registrada con la grabadora de voz, mediante observación participante del investigador/a(34).

4.5. Análisis de datos

El análisis de datos consiste en reducir, organizar, sintetizar y poder realizar una comparación de la información obtenida, contando con una amplia y completa visión de la realidad de las participantes del estudio. Esta etapa no se realiza al final del estudio, sino durante el desarrollo del estudio, realizando este análisis simultáneamente con la investigación al mismo tiempo que el investigador/a va captando la información(27).

El tipo de análisis de datos que se realizará será un análisis de contenido de la información obtenida, interpretándola, comparándola objetivamente y sistemáticamente, siguiendo un denominador común(35).

El análisis cualitativo de los datos consta de cuatro fases: la descontextualización, la recontextualización, la categorización y la compilación(35).

La fase de descontextualización tiene por objetivo obtener una nueva visión de nuestros datos y familiarizarse con ellos, leyendo el texto transcrito para aprender “¿qué está pasando?”, (inmersión en los datos) antes de poder descomponerlos en fragmentos.

El texto transcrito de las entrevistas, se realizará con el *Software F4*, un programa informático para realizar transcripciones(36). Posteriormente, se enviarán a las participantes (feedback) para que puedan comprobar la exactitud de la información obtenida y poder realizar modificaciones si fuese necesario.

En la fase de recontextualización el investigador/a verifica si se han cubierto todos los aspectos del contenido en relación con el objetivo, se realiza la exclusión de la información analizada no relevante para la investigación.

La fase de categorización tiene por objetivo identificar los temas y las categorías, descompone los datos en fragmentos y asigna dichos fragmentos en códigos y etiquetas, de esta manera conseguimos reducir los datos y reorganizar la información según su relevancia.

La fase de la compilación consiste en conectar conceptos agrupándolos en temas o categorías. Para poder realizarlo se utilizará *Atlas.ti*, un software profesional para el análisis cualitativo de textos y datos multimedia(37). En esta fase es muy importante la severidad para poder demostrar las relaciones de los temas con los datos originales.

Finalmente, el investigador/a realizará una interpretación de los resultados obtenidos y se redactarán.

4.6. Criterios de rigor y validez

En este estudio se seguirán los siguientes criterios de rigor y validez, definidos por Guba y Lincoln(38):

Credibilidad: es el criterio de validez interna que reconoce que la información obtenida es verdadera y creíble por criterio ético (personas que realiza el estudio) y criterio émico (persona participante que experimenta el fenómeno estudiado). Uno de los procedimientos utilizado que hará que se respete el criterio de credibilidad es la triangulación de datos (entrevistas individuales, grupo focal y notas de campo). Finalmente, la saturación de los datos afirmará que la muestra es suficiente y representativa, afirmando la credibilidad del estudio.

Transferibilidad: este criterio garantiza la posibilidad de trasladar los resultados en diferentes contextos o personas, planteando esta hipótesis en estudios posteriores.

Dependencia: este criterio garantiza que los resultados del estudio sean estables y se puedan repetir. En este estudio se asegura mediante la triangulación de todas las técnicas realizadas en la recogida de datos y su descripción.

Confirmabilidad: este criterio garantiza la objetividad, dando la oportunidad a otros investigadores a llegar a resultados parecidos. En este estudio se respeta a partir de la grabación de voz de las participantes y la transcripción de las entrevistas, que posteriormente se enviarán a las participantes para comprobar la información adquirida.

El análisis de los datos y la interpretación de los resultados cualitativos obtenidos dependen de la subjetividad del investigador/a, por ello seguiremos estos criterios de rigor y validez, para una buena calidad de investigación.

4.7. Consideraciones éticas y legales

Para poder realizar este estudio será necesario solicitar la autorización del Comité de Ética de Investigación (CEIC) de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell (Anexo IV).

Durante la realización de la investigación también se tendrá en consideración la legislación sobre los principios éticos para la investigación médica en humanos, manifestada en la Declaración de Helsinki del 1964.

Se respetará los cuatro principios de la bioética(39):

1. Respeto a la autonomía: La entrevista se realizará con el consentimiento informado de las participantes, con preguntas abiertas para que puedan expresarse libremente y respetando las preguntas que no quieran responder. Se intentará maximizar el bienestar de las participantes durante las entrevistas.
2. No maleficencia: No se forzará ni presionará a nadie a participar en el estudio.
3. Beneficencia: Se respetará la decisión de cada persona a participar o no, a responder parcial o totalmente a las preguntas y aceptar la respuesta obtenida.
4. Justicia: Las entrevistas serán las mismas para todas las participantes, sin discriminaciones de ningún tipo, pero sí se mostrará flexibilidad, adaptándose a cada persona desde el respeto.

Estos principios se aseguran en la investigación mediante la hoja informativa (Anexo V), el Consentimiento Informado y la carta de revocación (Anexo IV) y el documento de confidencialidad del grupo focal (Anexo VI). Estos documentos se enviarán vía correo electrónico a cada participante antes de formar parte de la muestra del estudio.

Para poder cumplir con la protección de datos de las mujeres se asegurará la confidencialidad tanto de las participantes como de los datos que obtengamos, basándose en: el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD), actualizado el 04/03/2021 y la Ley orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención,

detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales.

También tendremos en consideración la Ley orgánica 1/1982, del 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad familiar y personal, y a la propia imagen, por el hecho de realizar grabaciones de audio a las participantes en las entrevistas.

4.8. Procedimiento del estudio

Cuando el diseño del estudio esté realizado, se enviara la solicitud pertinente para poder obtener todas las autorizaciones necesarias, tanto por el equipo obstétrico, la supervisora y por el comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell (Anexo IV).

Al obtener la autorización necesaria ya podremos iniciar el proyecto. El investigador/a tendrá que buscar al profesional sanitario Técnico en Curas Auxiliar de Enfermería (TCAE) que trabaja en la sala de partos y la Casa de partos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, para que pueda facilitar los contactos de las mujeres que hayan dando a luz en la casa de partos durante el periodo de tiempo de octubre de 2023 a abril de 2024.

Posteriormente, se iniciará la recogida de la muestra inicial. Después de que el profesional sanitario Técnico en Curas Auxiliar de Enfermería facilite los números de teléfono de las participantes que accedan voluntariamente a participar en el proyecto, el investigador/a se pondrá en contacto con las participantes explicando los objetivos y el desarrollo del estudio a través de la Hoja Informativa (Anexo V), y las participantes decidirán si participan o no. A todas las mujeres que decidan participar se les enviará vía correo electrónico el Consentimiento Informado (Anexo VI) juntamente con el Documento de Confidencialidad del grupo focal (Anexo VII). Una vez las participantes hayan completado los Consentimientos y Documentos, el investigador/a seleccionará las mujeres que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, dando lugar a la muestra secundaria.

Posteriormente, se podrá empezar con la recogida de datos del estudio. Se llamarán a las participantes acordando un día concreto para realizar la entrevista individual (Anexo II), a poder ser cuando la lactancia esté instaurada y la participante no esté incorporada a la vida laboral para poder facilitar su disponibilidad, en la entrevista

individual se les informara del próximo día de la reunión para el grupo focal (Anexo VII), esta entrevista grupal se realizara en abril dando un margen de 15 días para que se puedan organizar, si alguna participante tiene dificultades el día establecido realizaríamos un cambio informándolas de ello. Anteriormente, a la entrevista del grupo focal se tendrá que comprobar que todas hayan firmado el Documento de Confidencialidad del grupo focal (Anexo VII).

La medida de la muestra será variable, es decir se realizarán entrevistas hasta llegar a la saturación de los datos (aproximadamente de 8 a 12 participantes). Posteriormente, se tendrá que buscar un moderador/a que fomente la entrevista del grupo focal, que se realizara en la sala polivalente del centro hospitalario Sant Joan de Deu de Martorell, teniendo su consentimiento.

A medida que se vayan realizando las entrevistas, el investigador/a irá transcribiendo las grabaciones, realizando feedback con las participantes que revisarán la información obtenida para realizar las modificaciones necesarias para empezar con el análisis de los datos.

Posteriormente, el investigador/a leerá las notas de campo y escuchará todas las grabaciones tanto de las entrevistas individuales como de la entrevista del grupo focal para poder reducir la información y fragmentarla para diferenciar los datos más relevantes. Posteriormente, se codificarán los fragmentos mediante etiquetas y códigos para una organización más adecuada para la información y finalmente se agruparán en categorías y temas.

Finalmente, se descifrará los resultados y se redactaran para poder lograr unas conclusiones finales.

Al finalizar todo el proceso se realizará un informe final del estudio y se aplicará el plan de difusión para dar a conocer los resultados finales del proyecto.

5. Limitaciones del estudio

Durante el estudio nos podemos encontrar con diferentes limitaciones que pueden entorpecer el correcto desarrollo de este.

- La participación de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell será necesaria para poder llevar a cavo este proyecto, puede pasar que este no

acceda a colaborar o no quiera ceder el espacio necesario para realizar las entrevistas. En este caso se tendrá que cambiar el ámbito del proyecto.

- Las mujeres pueden abandonar el estudio, disminuyendo así el número de la muestra, afectando a la información que se necesita para poder realizar la investigación.
- Una de las limitaciones que pueden surgir, es que las mujeres no confíen en el estudio, o tengan miedo a que no se respete su confidencialidad o anonimato y por lo tanto, describan más brevemente sus relatos y experiencias, afectando a los criterios de rigor y validez del estudio.
- Otra de las limitaciones que pueden surgir es un descenso en los partos, afectando a la muestra del estudio.
- Una limitación para este estudio que está presente en la actualidad es el cierre de la casa de partos, teniendo que replantear realizar el estudio en otro centro, o aplazarse dependiendo de la apertura de la casa de partos.
- Durante el parto de las participantes pueden darse complicaciones y que este no se lleve a cabo en la casa de partos afectando a la muestra del estudio.

6. Recursos

Para poder realizar este estudio necesitaremos diversos recursos tanto humanos como materiales:

6.1. Recursos Humanos

- El investigador/a principal que se hará cargo de la recogida de datos, las transcripciones y procesar toda la información recopilada en una base de datos, interpretarla y elaborar las conclusiones del proyecto. Por otra parte, también realizará todos los trámites pertinentes para conseguir los permisos necesarios antes de iniciar el estudio y se hará cargo de firmar los Consentimientos Informados de las participantes.

- El profesional sanitario que será el Técnico en Curas Auxiliar de Enfermería (TCAE) que trabaja en la sala de partos y en la casa de partos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell durante los meses de octubre de 2023 a abril de 2024, su función será facilitar los correos electrónicos y números de teléfono de las mujeres que hayan dado a luz en la casa de partos durante los meses determinados en el proyecto.
- Un moderador/a que fomente el grupo focal, ya que el investigador/a estará de observador/a durante la entrevista del grupo focal.

6.2. Recursos Materiales

- Un ordenador donde poder almacenar los datos, las transcripciones y todo lo redactado durante el estudio.
- Una grabadora de voz y pilas para poder grabar las entrevistas individuales y la entrevista grupal de las participantes.
- Aplicaciones informáticas como el Atlas-ti y el Software F4 en el análisis de los datos. Correo electrónico.
- Sala que ceda la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell al investigador/a para llevar a cabo las entrevistas individuales y la entrevista del grupo focal de las participantes.
- Una libreta o bloc de notas y un bolígrafo para realizar las notas de campo en las entrevistas.

7. Cronograma del estudio

Años	2023							2024							2025										
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
Diseño del estudio	■	■	■																						
Tramites y autorizaciones				■	■																				
Muestra inicial					■	■	■																		
Entrega Consentimientos Informados					■	■	■	■	■	■	■														
Muestra secundaria					■	■	■	■	■	■	■														
Entrevistas individuales					■	■	■	■	■	■	■														
Entrevistas Grupo focal										■	■														
Notas de campo					■	■	■	■	■	■	■	■													
Transcripción de las entrevistas					■	■	■	■	■	■	■														
Feedback con las participantes					■	■	■	■	■	■	■														
Análisis de los datos					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
Interpretación de los resultados																	■	■	■						
Redacción de las conclusiones																		■							
Elaboración Informe definitivo																			■	■	■				
Plan de difusión																						■	■	■	■
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

8. Plan de difusió

Una vez el estudio haya finalizado, y hayamos recogido la información necesaria, tendremos que dar lugar a conocer los resultados y conclusiones obtenidas sobre el tema estudiado para que el resto de profesionales sanitarios partícipes en este ámbito de la obstetricia, puedan contribuir en la práctica clínica.

Para poder realizarlo se presentará el informe final del proyecto a diversas revistas de carácter científico como por ejemplo: *Nure Investigación*, *ROL de Enfermería*, *Revista Matronas*, *ENE Revista de Enfermería* o *CIBER Index*, y participar en algún congreso como la *FAME* (Federación de Asociaciones de Matronas de España).

9. Conclusiones

Después de haber realizado una búsqueda bibliográfica completa en las diferentes bases de datos y teniendo en cuenta los objetivos formulados al inicio del proyecto, se puede concluir que los beneficios del parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar en la mujer está mejorando en los últimos años, pero necesita seguir avanzando para alcanzar unos cuidados individualizados para cada usuaria. Una atención adecuada y óptima para cada mujer es imprescindible para asegurar una experiencia saludable y satisfactoria.

Como profesionales sanitarios debemos responder ofreciendo unos cuidados basados en la evidencia científica que aumente el empoderamiento de las mujeres y la participación activa en todo el proceso de su parto. Tenemos que facilitar el acceso a la información necesaria para un conocimiento amplio sobre el parto humanizado y su cuidado, no solo a la mujer, sino a la familia y las personas que ella decida involucrar en su proceso de parto, además hay que garantizar el cumplimiento de las normas y protocolos del parto humanizado, como el respeto de los derechos a una atención digna para la mujer, evitando apartar su papel y desmerecer sus decisiones.

Educar, sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en un parto humanizado es la única opción posible para conseguir evolucionar hacia una mejora de los derechos de las mujeres gestantes.



Cada vez más mujeres demandan una mayor humanización de los cuidados y un mayor protagonismo durante el proceso de su parto. Por lo tanto, una mejora de la atención en el parto no solo se considera la reducción del intervencionismo, sino también una mayor humanización de la atención de todos los profesionales involucrados en su cuidado.

Realizar una atención humanizada y un parto humanizado, puede ayudar a reducir la elevada tasa de cesáreas y partos medicalizados, derivados por indicaciones médicas, pudiendo llegar a una violencia obstétrica, así mismo, se busca reivindicar los derechos de la mujer sobre su cuerpo, así como reconocer las diferentes variables culturales, religiosas, sociales etc., que influyen en el parto de manera directa o indirectamente.

A nivel académico y de investigación, este trabajo ha sido útil para conocer en profundidad que es el parto humanizado y lo que esto involucra, cuál es el papel de los profesionales de la salud en este hecho y las sensaciones y experiencias que este conlleva para las mujeres.

Este trabajo ha permitido desarrollar la capacidad de reflexión y crear una opinión fundamentada sobre el tema escogido en el estudio, por otra parte, ayudar a aumentar las habilidades organizativas a lo largo de las diversas entregas, aprender a diseñar un estudio científico y como realizar una búsqueda científica.

10. Bibliografía

1. Tricas J, Tauste A, Sancho S. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Profesión*. 2008
2. InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
3. Sánchez J. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area 1 de salud de la región de Murcia. *AIBR Rev Antropol Iberoam* [Internet]. 2012 [citado 23 de noviembre de 2022];07(02). Disponible en: <https://www.aibr.org/antropologia/07v02/articulos/070204.pdf>
4. Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza-Soledispa GL, Quishpe-Molina M del C, Triviño-Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio Las Cienc*. 15 de septiembre de 2018;4(3):392-415.
5. Parto humanizado: recomendaciones de la OMS - Andrómaco [Internet]. Laboratorios Andrómaco. 2018 [citado 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.andromaco.com/conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado>
6. Pajares B. Las fases del parto normal: dilatación, expulsivo y alumbramiento [Internet]. inatal - El embarazo semana a semana. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://inatal.org/el-parto/37-parto-normal-paso-a-paso/128-las-fases-del-parto.html>
7. CAPITULO 2 [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/91868/res647-2004-cap2.htm>
8. GPC 472 Parto Normal Osteba compl.pdf [Internet]. [citado 5 de febrero de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

9. Tur H. Las tres fases del parto: descubre cuáles y cómo son [Internet]. Laboratorios Niam. 2022 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://laboratoriosniam.com/fases-parto/>
10. Parto Natural Parto Normal - Instituto Dra. Gómez Roig [Internet]. Gomez Roig. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gomezroig.com/asistencia-natural-parto-normal/>
11. Lorenzo R. ¿Qué es el parto eutócico y qué lo distingue del distócico? [Internet]. One to one Parto Natural Dra Suárez. 2022 [citado 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://partonaturalmadrid.es/que-es-el-parto-eutocico-y-que-lo-distingue-del-distocico/>
12. Pajares B. El parto instrumentado [Internet]. inatal - El embarazo semana a semana. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://inatal.org/el-parto/38-otros-tipos-de-parto/147-el-parto-instrumentado.html>
13. La cesárea: cuándo está indicada [Internet]. Natalben. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/indicaciones-cesarea>
14. González J. Ramírez H. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. 2012;16.
15. Cáceres M. Nieves C. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2):128.
16. Rodrigues D. Alves V. Paula C. Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [citado 18 de noviembre de 2022];75. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/TfJgKJt9CsHHJyJpmrn93PN/?lang=en>
17. Valenzuela M. Uribe C. Contreras A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. Index Enferm. 2011;20(4):243-7.
18. La Humanización Obstétrica en España. [Internet]. <https://cursosfnn.com/>. 2019 [citado 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-13/la-humanizacion-obstetrica-en-espana/>

19. Borges L. Sixto A. Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2018 [citado 19 de noviembre de 2022]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192018000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=en
20. Historia del parto: De las comadronas y parteras a los [Internet]. Natalben. [citado 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>
21. Galarza MLE. Autora: M^a Jesús Montes Muñoz.
22. Borges L. Sánchez R. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2018;44(3):1-12.
23. Gélinas É, Mallé O. L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal. Santé Publique. 2021;33(5):695-704.
24. Umenai T. Wagner M. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int J Gynecol Obstet. 2001;75:S3-4.
25. Díaz S. En España se practican un 25% de cesáreas, el doble de lo recomendado por la OMS [Internet]. Bebés y más. 2017 [citado 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/embarazo/espana-es-uno-de-los-paises-europeos-con-mayor-indice-de-cesareas-y-las-cifras-siguen-creciendo>
26. Muñoz Sellés E. Teràpies complementaries i alternatives en l'atenció al part: implantació i ús en els hospitals acreditats per a l'atenció natural al part normal i formació de les llevadores que hi donen assistència [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2013 [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/134964>
27. Guerrero A. La Investigación Cualitativa. INNOVA Res J. 2016;1(2):1-9.
28. Baptista P. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades. 2011;15(29):9-15.



29. Atenció al part [Internet]. Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. 2022 [citado 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://fhsjdm.cat/atencio-al-part/>
30. Verdú CP, Pérez M. TÈCNiques QUALITATIVES D'INVESTIGACIÓ.
31. Benavides M. Gómez C. de investigación y lectura crítica de estudios. Rev Colomb Psiquiatr. 2005;(1).
32. Díaz L. Torruco U. Martínez M. Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investig En Educ Médica. 2013;2(7):162-7.
33. Donaduzzi A. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. Index Enferm. junio de 2015;24(1-2):71-5.
34. Monistrol O. El trabajo de campo en investigación cualitativa (II). NURE Investig Rev Científica Enferm. 2007;(29):10.
35. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. NursingPlus Open. 2016;2:8-14.
36. F4 [Internet]. PROGRAMAS DE TRANSCRIPCIÓN. [citado 28 de enero de 2023]. Disponible en: <http://programastranscripcion.weebly.com/f4.html>
37. ATLAS.ti | El software nº 1 para el análisis cualitativo de datos [Internet]. [citado 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://atlasti.com/es>
38. Arias M. Giraldo M. El rigor científico en la investigación cualitativa. Investig Educ En Enferm. 2011;29(3):500-14.
39. García M. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 2006;4(2):341-56.
40. Memòria del CatSalut 2015.

11. Annexos

Anexo I: Tabla de 34 hospitales con atención al parto natural, 2007(40).

Regió sanitària	Hospital
Lleida	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Alt Pirineu i Aran	Hospital de la Cerdanya, Puigcerdà Fundació Sant Hospital, la Seu d'Urgell
Camp de Tarragona	Pius Hospital de Valls Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital del Vendrell
Terres de l'Ebre	Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Girona	Hospital de Figueres Hospital Sant Jaume d'Olot Hospital de Palamós Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona Hospital Santa Caterina, Salt
Catalunya Central	Hospital Sant Joan de Déu, Manresa Hospital d'Igualada Hospital Comarcal Sant Bernabé, Berga Hospital General de Vic
Barcelona (Nord)	Hospital de Mataró Fundació Privada Hospital de Mollet Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona Hospital de Sabadell Hospital General de Granollers Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa
Barcelona (Sud)	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès Hospital Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat Hospital Sant Joan de Déu, Martorell Hospital General de l'Hospitalet (Consorti Sanitari Integral)
Barcelona (Ciutat)	Hospital del Mar Hospital Casa de la Maternitat Hospital Vall d'Hebron Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Font: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.



Anexo II: Entrevista Individual.

Preguntas de la entrevista individual:

1. ¿Cómo fue tu experiencia personal de dar a luz en la casa de partos del Hospital Sant Joan de Deu de Martorell?
2. ¿Cómo ha sido tu experiencia con la atención sanitaria recibida durante la atención al parto?
3. ¿Qué tipo de atención te brindó el personal sanitario?
4. ¿En qué aspectos se ha cumplido tu Plan de Parto y Nacimiento?
5. ¿Te has sentido en el centro durante todo el proceso del parto, alumbramiento y postparto?
6. ¿Has recibido todas las opciones planteadas acerca de tu parto, alumbramiento y postparto? ¿Y crees que se te ha dado la opción de elegir de manera autónoma tu opción principal?
7. ¿En algún momento has sentido que no tenías el derecho de decisión acerca de tu proceso de parto, alumbramiento y postparto?
8. ¿Puedes mencionar que aspectos has sentido que han sido negativos o incómodos acerca de la atención recibida por el personal sanitario en el proceso de tu parto?



Anexo III: Entrevista Grupo Focal.

Preguntas de la entrevista en el Grupo Focal:

1. ¿Cómo fue vuestra experiencia personal de dar a luz en la casa de partos del Hospital Sant Joan de Deu de Martorell?
2. ¿Podrías explicar cómo ha sido la atención sanitaria recibida durante el proceso de vuestro parto, alumbramiento y postparto?
3. ¿Creéis que el tipo de cuidado que habéis recibido durante vuestro proceso de parto, alumbramiento y posparto es adecuado y beneficioso para las mujeres?
4. ¿Habéis tenido alguna experiencia negativa durante vuestro proceso de parto acerca del cuidado de algún profesional sanitario, un tono de voz inadecuado, situaciones extrañas o comentarios inapropiados?
5. ¿Podrías explicar si se ha realizado el cumplimiento de vuestro plan de parto?



Anexo IV: Solicitud de Autorización (CEIC)



Solicitud de Autorización del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell

Yo, Naomi Daniela Hetea con DNI ---, alumna de cuarto curso del grado de Enfermería de la Universidad UManresa (Universidad de Vic, Universidad central de Cataluña); solicito a la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, poder realizar el estudio de investigación: Experiencias de las mujeres que han vivido un Parto Humanizado en Catalunya.

La metodología de investigación es de tipo cualitativo, fenomenológico, descriptivo. No hay un tamaño de la muestra establecido, ya que el muestreo se realiza hasta la saturación de los datos.

La muestra será compuesta por mujeres que den a luz en el centro de nacimientos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

Las mujeres estarán informadas y habrán firmado previamente el Consentimiento Informado. La participación del estudio será voluntaria y no remunerada, pudiendo abandonarlo a través de la carta de revocación del Consentimiento Informado.

La técnica de recogida de datos será de tipo conversacional a través de entrevistas individuales semiestructuradas, entrevistas con el grupo focal y las notas de campo. Estas entrevistas serán gravadas en formato de audio. Para poder realizar la recogida de datos se solicita una sala en la institución.

Acompañando este documento se adjuntará la totalidad del proyecto, informando de todos los aspectos necesarios para la autorización del estudio de investigación.

Martorell a, _____ de _____ del _____ .

Firma del investigador/a:

Firma del Hospital:



Anexo V: Hoja informativa sobre el estudio



Información para las participantes:

Mediante este documento, yo, Naomi Daniela Hetea, con DNI ---, alumna de cuarto curso del grado de Enfermería de la Universidad UManresa (Universidad de Vic, Universidad central de Cataluña), y como responsable del proyecto de investigación “Experiencias de las mujeres que han vivido un Parto Humanizado en Cataluña”, la invito a formar parte de este estudio.

El estudio consiste en realizar unas entrevistas personales de respuesta abierta a madres que hayan dado a luz recientemente en la casa de partos de la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell y que desean participar, primeramente se realizará una entrevista individual y posteriormente una entrevista grupal con el resto de participantes del estudio. Son entrevistas totalmente voluntarias, que serán grabadas y que posteriormente usted recibirá para verificar la información.

Estas entrevistas no serán remuneradas, pudiendo abandonar la investigación en cualquier momento sin repercutir en la atención recibida y retirando la información ofrecida por usted. Los datos que se obtengan de las entrevistas se tratarán de manera anónima.

Estas entrevistas se llevarán a cabo en la Fundación Hospital Sant Joan de Deu de Martorell, con el objetivo de conocer el nivel de autonomía, el grado de satisfacción en relación con los cuidados durante el proceso del parto, alumbramiento y puerperio inmediato, intentando identificar los aspectos más importantes, desde su punto de vista que constituye un cuidado humanizado poniendo a la mujer en el centro de atención.

Me pongo a su disposición para resolver dudas surgidas. Puede contactar conmigo a través de mi correo electrónico: _____



Anexo VI: Consentimiento Informado y carta de revocación.



Documento del Consentimiento Informado (CI):

Yo, _____, mayor de edad, con DNI _____, actuó en nombre e interés propio.

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto “Experiencias de las mujeres que han vivido un Parto Humanizado en Cataluña”, del que he recibido la Hoja Informativa, y se solicita mi participación. He entendido su objetivo, se me han aclarado las dudas surgidas y se me ha explicado las acciones a seguir en el proyecto. Se me ha informado de la confidencialidad y la protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD), actualizado el 04/03/2021 y la Ley orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales.

Mi colaboración en este proyecto es totalmente voluntaria, con derecho a retirarme en cualquier momento, revocando este Consentimiento Informado, sin repercutir en la atención recibida y retirando la información que he ofrecido.

DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto “Experiencias de las mujeres que han vivido un Parto Humanizado en Catalunya”.
2. Que el investigador/a principal, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el estudio genere, garantizando que se preservará mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas a la Ley orgánica 1/1982, del 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad familiar y personal, y a la



propia imagen, por el hecho de realizar grabaciones de audio a las participantes en las entrevistas y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD), actualizado el 04/03/2021 y la Ley orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales.

3. Que el investigador/a guarde todos los registros realizados sobre mi persona en soporte electrónico, con los términos legalmente descritos, durante el tiempo necesario para cumplir los objetivos del proyecto.

Martorell a, _____ de _____ del _____.

Firma del investigador/a:

Firma de la Participante:



Carta de revocación del Consentimiento Informado (CI):

Yo, _____ , mayor de edad, con DNI _____ , participante del estudio “Experiencias de las mujeres que han vivido un Parto Humanizado en Catalunya”, he comentado y aclarado mis posibles dudas sobre mi rechazo con la investigadora Naomi Daniela Hetea.

Abandono mi participación en el proyecto de investigación. Tanto mis datos personales como la información revelada de mi persona serán retirados y destruidos del estudio.

Revoco el Consentimiento Informado anteriormente aceptado, quedando cancelado a partir de este momento.

A _____ de _____ del _____ .

Firma del investigador/a:

Firma del de la Participante:



Anexo VII: Documento de Confidencialidad del grupo focal



Documento de Confidencialidad del grupo focal

Yo, _____ , mayor de edad, con DNI _____ , participante del estudio “Experiencias de las mujeres que han vivido un Parto Humanizado en Cataluña”, me comprometo a respetar y garantizar el derecho a la confidencialidad de toda la información revelada y relacionada con las experiencias, relatos y opiniones de las demás participantes del estudio.

Martorell a, _____ de _____ del _____.

Firma del investigador/a:

Firma de la Participante: