



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANÁLISIS DE LA VISIÓN
DE LAS MUJERES SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL
PROCESO DE PARTO**

Grado en Enfermería

Universidad de Santiago de Compostela

Autora: IRIA FREIRE CASTRO

Tutora: LUCÍA ORDÓÑEZ MAYÁN

Curso académico: 2022-2023

Convocatoria: Junio de 2023

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grao en Enfermaria

O Proxecto de Fin de Grao titulado: “Proyecto de investigación: análisis de la visión de las mujeres sobre la humanización del proceso de parto” foi realizado por o/a abaixo asinante.

Santiago de Compostela, 5 de xuño de 2023

O/a alumno/a, Iria Freire Castro

Fdo.:

FREIRE
CASTRO
IRIA -
3428331
6E

Firmado digitalmente por FREIRE CASTRO IRIA - 3X28XX1XE
Fecha: 2023.06.07 10:18:17 +02'00'

Vº Bº

O/A titor/a Lucía Ordóñez Mayán

Fdo.:

ORDOÑEZ
MAYAN
LUCIA -
79330174T

Firmado digitalmente por ORDOÑEZ MAYAN LUCIA - 7x3x0x7xT
Fecha: 2023.06.05 13:16:50 +02'00'

ÍNDICE

RESUMEN	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. HIPÓTESIS	4
4. OBJETIVOS	4
5. MÉTODOS	5
5.1 Ámbito de estudio.	5
5.2 Descripción de la muestra.	7
5.3 Criterios de inclusión y exclusión.	8
5.4 Instrumentos de medida.	8
5.5 Recogida de datos.	10
5.6 Variables del estudio.	11
5.7 Análisis estadístico.	12
6. CRONOGRAMA DE TAREAS	13
7. VIABILIDAD Y COSTES	15
7.1 Consideraciones económicas y de recursos humanos.	15
7.2 Recomendaciones económicas.	15
7.3 Limitaciones del estudio.	16
8. RESULTADOS ESPERADOS	16
9. BIBLIOGRAFÍA	18
10. ANEXOS	20
10.1 ANEXO 1. ENCUESTA DE ELABORACIÓN PROPIA.	20
10.2 ANEXO 2. DOCUMENTOS DE SOLICITUD PARA LLEVAR A CABO UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.	23
10.3 ANEXO 3. MEMORIA ECONÓMICA.	27

RESUMEN

Introducción: A lo largo de la historia, el proceso de parto ha estado en constante evolución, encontrándonos actualmente ante un nuevo cambio con la implementación de un modelo humanizado que engloba todo el proceso. A pesar de que este cuenta con el apoyo de la comunidad científica y de las instituciones, se necesita una implicación por parte de las mujeres basada en que estas sean conocedoras de las alternativas ofertadas y que hagan uso de la autonomía que les pertenece, para que esta humanización del parto se convierta en una realidad.

Objetivos: Se establecen como objetivos principales evaluar cuál es la idea predominante en las mujeres en edad fértil residentes en Galicia en relación con los diferentes modelos de parto y valorar si existen diferentes preferencias en diferentes aspectos del proceso. Por otro lado, como objetivos secundarios se analizará si la preferencia de un modelo u otro guarda relación con datos sociodemográficos como la edad o la provincia en la que viven, así como si tuvo partos previos, si está embarazada en ese momento, el lugar de seguimiento del embarazo, la existencia de plan de parto o la asistencia a clases preparto. Además, se indagará acerca de la principal fuente de información sobre el parto y se analizará si esta tiene relación con el modelo de parto preferido.

Metodología: Se presenta un proyecto de investigación de un estudio de tipo transversal sobre una muestra estimada de 385 mujeres que se encuentren entre 20 y 49 años y que residan en Galicia. La recogida de datos se llevará a cabo con un cuestionario de elaboración propia en una muestra probabilística estratificada de centros de salud de las cuatro provincias gallegas que cuenten con enfermería obstétrico-ginecológica. Se establecen las variables pertinentes para elaborar el análisis estadístico e interpretar los datos recogidos.

Palabras clave: “parto humanizado”, “parto”, “matrona”.

RESUMO

Introdución: Ao longo da historia, o proceso de parto estivo en constante evolución, atopándonos actualmente ante un novo cambio coa implementación dun modelo humanizado que engloba todo o proceso. A pesar de que este conta co apoio da comunidade científica e das institucións, precísase unha implicación por parte das mulleres baseada en que estas sexan coñecedoras das alternativas ofertadas e que fagan uso da autonomía que lles pertence, para que esta humanización do parto se convirta nunha realidade.

Obxectivos: Establécense como obxectivos principais avaliar cal é a idea predominante nas mulleres en idade fértil residentes en Galicia en relación cos diferentes modelos de parto e valorar se existen diferentes preferencias en diferentes aspectos do proceso. Por outro lado, como obxectivos secundarios analizarase se a preferencia dun modelo ou doutro garda relación con datos sociodemográficos como a idade ou a provincia na que viven, así como se tivo partos previos, se está embarazada nese momento, o lugar de seguimento do embarazo, a existencia de plan de parto ou a asistencia a clases preparto. Ademáis, indagarase acerca da principal fonte de información sobre o parto e analizarase se esta ten relación co modelo de parto preferido.

Metodoloxía: Preséntase un proxecto de investigación dun estudo de tipo transversal sobre unha mostra estimada de 385 mulleres que se atopen entre os 20 e os 49 anos e que residan en Galicia. A recollida de datos levarase a cabo cun cuestionario de elaboración propia nunha mostra probabilística estratificada de centros de saúde das catro provincias galegas que contan con enfermería obstétrico-xinecolóxica. Establécense as variables pertinentes para elaborar a análise estadística e interpretar os datos recollidos.

Palabras chave: “parto humanizado”, “parto”, “matrona”.

ABSTRACT

Introduction: Throughout history, the birthing process has been in constant evolution, and we are currently experiencing a new change with the implementation of a humanised model that encompasses the entire process. Although this has the support of the scientific community and institutions, women need to be involved in order for the humanisation of childbirth to become a reality, based on them being aware of the alternatives offered and making use of autonomy that belongs to them.

Objectives: The main objectives are to evaluate what is the predominant idea of women of childbearing age living in Galicia in relation to the different models of childbirth and to assess whether there are different preferences in different aspects of the process. On the other hand, as secondary objectives, we Will analyse whether the preference for one model or another is related to socio-demographic data such as age or the province in which they live, as well as to whether she has had previous births, whether she is currently pregnant, the place where the pregnancy is monitored, the existence of a birth plan or whether she attends childbirth classes. In addition, the main source of a information on childbirth will be investigated and whether this is related to the preferred mode of delivery will be analysed

Methodology: We present a research project of a cross-sectional study on an estimated sample of 385 women between 20 and 49 years of age residing in Galicia. The data collection will be carried out with a questionnaire of our own elaboration in a stratified probabilistic sample of health centres in the four galician provinces that have obstetric-gynecological nurses. The relevant variables will be established in order to carry out the statistical analysis and interpret the data collected.

Key words: “humanized childbirth”, “childbirth”, “midwife”.

1. INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la historia, la atención al parto ha estado en constante evolución, pudiendo definirse tres modelos predominantes: un modelo naturalista, en los inicios de esta, un modelo intervencionista, con la incorporación del parto al hospital y la medicalización de este, y un modelo humanizado, que se encuentra actualmente en implementación.

Inicialmente, el parto tenía lugar en el hogar, donde la mujer estaba acompañada en todo momento por su familia y, en ocasiones, por mujeres experimentadas que ejercían de matronas y asumían una actitud expectante y no intervencionista. Esta situación permitía a la parturienta tener el control total sobre su cuerpo y libertad en todos los aspectos del proceso de parto [1]. En torno al siglo XVII, este modelo naturalista se va abandonando con la incorporación de los cirujanos a la atención al parto, quienes inician la tecnificación del proceso, utilizando por primera vez herramientas como el fórceps [2]. En esta línea y aunque en un principio solo se trataba de mujeres con partos complicados, en el siglo XX las gestantes pasan a ser atendidas en los hospitales, considerando este el medio más seguro [2]. Además, esta medicalización del parto supone la introducción de nuevas formas de actuación, como es la adquisición habitual de la posición de litotomía (ginecológica) para el expulsivo por mayor comodidad del médico, provocando así la pérdida de control de la situación y, por consiguiente, de su propio cuerpo, por parte de la mujer [1]. Asimismo, la asistencia proporcionada en los hospitales se encaja en un modelo totalmente intervencionista, en el que se trata a la mujer embarazada como enferma y se realizan intervenciones de forma sistemática, convirtiendo el parto en un proceso prácticamente quirúrgico sin tener en cuenta las necesidades de la mujer y su familia [3]. En este contexto, se comienzan a cuestionar las actuaciones médicas reivindicando el empoderamiento de la mujer y buscando cambios para obtener una atención de calidad [2].

Como consecuencia de la situación que se vivía en ese momento, en 1985, la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebran la llamada “Conferencia de Fortaleza” en Fortaleza (Brasil) con el objetivo de revisar el modelo de atención, ya que se consideraba que las actuaciones realizadas no respetaban los derechos de las mujeres al limitar su autonomía y no tener en cuenta sus necesidades y expectativas [1]. La OMS en 1996 publica una guía con recomendaciones

aplicables a nivel global en las que se considera que “cada mujer puede elegir el tipo de parto que quiera” y sitúa a la enfermera obstétrico-ginecológica como la persona indicada para atender el parto y todo su proceso en condiciones de bajo riesgo [2,4]. De este modo, se intenta corregir la utilización de las prácticas no justificadas que se realizaban de forma sistemática [2]. Esta actuación hizo que muchos autores se concienciaran e hicieran referencia a las acciones llevadas a cabo en esta época como “deshumanizadoras”. En esta línea, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido publicó el informe *Changing childbirth*, en el cual se exponían una serie de recomendaciones para obtener un modelo de atención humanizado procurando así la promoción de un cambio en la filosofía de la población [1].

Quince años más tarde, en el 2000, la OMS organiza la “Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto” en la misma ciudad, en Fortaleza (Brasil) y es aquí donde se define el concepto de “humanización”, el cual sitúa a la mujer en el centro de la atención durante todo el proceso de parto, ofreciéndole unos servicios de calidad que cumplan sus necesidades [4,5]. En base al establecimiento de una definición, la bibliografía sobre el concepto aumenta y son numerosos los autores que constituyen la suya propia, aunque la gran mayoría coinciden en que esta debe basarse en la evidencia científica, teniendo a la mujer en el centro de la asistencia y no confundiendo la humanización con un proceso antitecnológico ni con un regreso al pasado [2].

En el caso de España, siguiendo la línea de las recomendaciones planteadas por la OMS se presentan una serie de críticas y protestas por parte de asociaciones de mujeres y parejas para obtener los derechos de las gestantes, las cuales son recogidas en el Informe del Defensor del Pueblo en 2006. Estas reclamaban “la utilización de procedimientos naturales y sin aplicación de medios técnicos, de no ser ello necesario, en los momentos de dilatación y parto [...] respetar la progresión natural del parto cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo. Ello con independencia de respetar la voluntad de aquellas madres que deseen que el parto se “dirija médicamente”” [1,6]. Este informe y las recomendaciones elaboradas por la OMS mencionadas previamente, hacen que tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como los responsables de salud de las diferentes comunidades autónomas del país comiencen a trabajar en base a una asistencia sanitaria menos intervencionista en los embarazos de bajo riesgo y aprueben en 2008 la Estrategia de Atención al Parto Normal,

con el posterior desarrollo en 2010 de una serie de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia en relación con el parto normal [2,7].

Hoy en día, la implementación de la atención humanizada en el proceso de parto continúa en evolución, promoviendo nuevas estrategias destinadas a reducir la medicalización y fomentando el empoderamiento de las mujeres gestantes [7].

2. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años se está produciendo un cambio en el modelo de atención al parto, siguiendo las recomendaciones que las instituciones divulgan en favor del parto humanizado [8]. Este nuevo modelo asistencial cuenta con un gran apoyo por parte de la comunidad científica, pero a nivel social aún no se ha interiorizado, suponiendo una importante barrera a la hora de instaurarse puesto que la evolución de este implica muy de cerca a la sociedad en general y principalmente a las mujeres en edad fértil. Por ello, para que el parto humanizado sea una realidad, estas deben ser conocedoras de las diferentes alternativas y posibilidades que se les ofrecen y de la autonomía con la que cuentan a la hora de decidir cómo quieren que sea su parto [8,9]. Esto nos lleva a querer conocer la situación actual de nuestra comunidad autónoma evaluando cual es la visión de las mujeres en edad fértil sobre la humanización del proceso de parto, valorando cuál es su idea predominante en relación con los diferentes modelos que se vivieron a lo largo de la historia y si existen preferencias de unos modelos u otros según diferentes aspectos del proceso. Del mismo modo, se pretende analizar si estas preferencias entre modelos guardan relación con factores sociodemográficos como la edad de la mujer o la provincia en la que residen, así como otros aspectos como la principal fuente de información de la encuestada, si tiene deseo de descendencia en la actualidad o no, si tuvo partos previos y si estos fueron cesárea, si en la actualidad está embarazada y si es así en qué trimestre, el lugar de seguimiento del embarazo, la existencia de plan de parto o la asistencia a clases preparto.

3. HIPÓTESIS

Las mujeres en edad fértil de la comunidad gallega no son conocedoras de las diferentes alternativas y posibilidades que poseen de cara al proceso de parto, así como de la autonomía en la toma de decisiones que les pertenece.

4. OBJETIVOS

- Objetivos principales:
 - Evaluar cuál es la idea predominante en las mujeres en edad fértil residentes en las diferentes provincias gallegas en relación con los diferentes modelos de parto.
 - Valorar si existen diferentes preferencias de modelo de parto en diferentes aspectos importantes de este como: el acompañamiento durante el proceso, la administración de un enema, el rasurado del vello púbico, mecanismos de aceleración del parto, movilidad durante la dilatación, métodos de alivio del dolor, posición y lugar del expulsivo y contacto piel con piel.
- Objetivos secundarios:
 - Analizar si la preferencia de un determinado modelo de parto guarda relación con datos sociodemográficos como la edad o la provincia en la que vive.
 - Indagar si existe relación entre la preferencia de un determinado modelo de parto con la principal fuente de información de la encuestada de cara a adquirir conocimientos sobre el parto.
 - Analizar si la preferencia de un determinado modelo de parto guarda relación con aspectos como el deseo de descendencia en la actualidad, si tuvo partos previos y si estos fueron cesárea, si está embarazada en ese momento y si es así en qué trimestre está, el lugar de seguimiento del embarazo, la existencia de plan de parto y la asistencia a clases preparto.

5. MÉTODOS

5.1 Ámbito de estudio.

Para la elaboración de este estudio de tipo transversal se recompilan, realizando una búsqueda a través de la página web del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) [10], los centros de atención primaria que forman parte de este y que presentan en su oferta asistencial el servicio de enfermería obstétrico-ginecológica.

Se obtuvieron un total de 187 centros distribuidos entre las cuatro provincias gallegas y se emplea un muestreo probabilístico estratificado por provincias para llevar a cabo una selección de estos representativa (Tabla 1). Para ello, se tienen en cuenta los 39 días que serán empleados en la recogida de datos, correspondiéndose cada uno de ellos con un centro diferente, como se explica en el apartado de “Cronograma de tareas” (pág. 13).

Para que este estudio sea llevado a cabo se necesita la participación voluntaria de mujeres que cumplan los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

☐ Centros seleccionados para la fase de recogida de datos.

■ Centros seleccionados para la fase de validación del cuestionario.

LUGO	C.S. A Milagrosa	C.S. Barreiros	C.S. Becerreá	C.S. Castro Riberas do Lea	C.S. Chantada	C.S. Fingoi
	C.S. Illas Canarias	C.S. Mondoñedo	C.S. Monforte de Lemos	C.S. Monterroso	C.S. Palas de Rei	C.S. Praza do Ferrol
	C.S. Ribadeo	C.S. San Roque	C.S. Sarria	C.S. Trabada	C.S. Vilalba	C.S. Viveiro
	C.S. A Baña	C.S. A Capela	C.S. A Pobra Caramiñal	C.S. Abegondo	C.S. Adormideras	C.S. Ares
	C.S. Arteixo	C.S. Arzúa	C.S. As Pontes	C.S. Bembibre	C.S. Bergondo	C.S. Bertamiráns
	C.S. Betanzos	C.S. Boimorto	C.S. Boiro	C.S. Boqueixón	C.S. Brion	C.S. Cabanas
	C.S. Cambre	C.S. Caranza	C.S. Carballo	C.S. Cariño	C.S. Carnota	C.S. Carral

A CORUÑA	C.S. Casa do Mar	C.S. Cedeira	C.S. Cee	C.S. Cerceda	C.S. Cesuras	C.S. Concepción Arenal
	C.S. Conxo	C.S. Corcubión	C.S. Coristanco	C.S. Culleredo	C.S. Elviña-Mesoiro	C.S. Fene
	C.S. Fisterra	C.S. Folgueiras-Calo	C.S. Fontenla-Maristany	C.S. Fontiñas	C.S. Frades-Ponte Carreira	C.S. Galeras
	C.S. Labañou	C.S. Laracha	C.S. Lousame	C.S. Matogrande	C.S. Mazaricos	C.S. Melide
	C.S. Mesia-Visantoña	C.S. Milladoiro	C.S. Miño	C.S. Monfero	C.S. Monte A Torre	C.S. Mugardos
	C.S. Muros	C.S. Muxia	C.S. Narón	C.S. Neda	C.S. Negreira	C.S. Noia
	C.S. O Castrillón	C.S. O Pino	C.S. O Portadego	C.S. O Temple	C.S. O Ventorrillo	C.S. Ordes
	C.S. Oroso	C.S. Ortigueira	C.S. Os Mallos	C.S. Os Rosales	C.S. Outes	C.S. Padrón
	C.S. Perillo	C.S. Ponteceso	C.S. Pontedeume	C.S. Porto do Son	C.S. Rianxo	C.S. Ribeira
	C.S. Rois	C.S. Sada	C.S. San José	C.S. San Sadurniño	C.S. Santa Comba	C.S. Santa Cruz
	C.S. Toques	C.S. Tordoia	C.S. Touro	C.S. Valdoviño	C.S. Vedra	C.S. Viaño Pequeno
	C.S. Vilarrodís	C.S. Vimianzo	C.S. Vite	C.S. Xanceda	Consultorio Arcediago	Consultorio Os Tilos
	Consultorio Ponte do Porto					
	C.S. A Doblada	C.S. A Guarda	C.S. A Parda	C.S. Agolada	C.S. Anafans	C.S. Arcade
C.S. Baiona	C.S. Barro	C.S. Bembrive	C.S. Bueu	C.S. Caldas de Reis	C.S. Cambados	
C.S. Campolameiro	C.S. Cangas	C.S. Carballedo	C.S. Casco Vello	C.S. Cerdedo	C.S. Chapela	
C.S. Coia	C.S. Cuntis	C.S. Dena	C.S. Estrada	C.S. Forcarei	C.S. Gondomar	

PONTEVEDRA	C.S. Lalín	C.S. Lavadores	C.S. Lerez	C.S. Marín	C.S. Matama	C.S. Meaño
	C.S. Moaña	C.S. Mondariz	C.S. Moraña	C.S. Mos	C.S. Mosteiro	C.S. Nicolás Peña
	C.S. O Grove	C.S. Oia	C.S. Pontearreas	C.S. Ponte-Caldelas	C.S. Pontecesures	C.S. Porriño
	C.S. Portas	C.S. Redondela	C.S. Ribadumia	C.S. Rosalía de Castro-Beiramar	C.S. Salceda	C.S. San Paio de Navia
	C.S. San Roque-Vilagarcía	C.S. Sanxenxo – Baltar Portonovo	C.S. Sardoma	C.S. Silleda	C.S. Teis	C.S. Tomiño
	C.S. Tui	C.S. Val Miñor	C.S. Valga	C.S. Vila de Cruces	C.S. Vilaboa	C.S. Vilanova de Arousa
	C.S. Virxe Peregrina	Consultorio Tenorio				
OURENSE	C.S. A Merca	C.S. A Valenza	C.S. Allariz	C.S. Carballiño	C.S. Novoa Santos	C.S. O Couto
	C.S. Pereiro de Aguiar	C.S. Ribadavia	C.S. San Cibrao Viñas	C.S. Valle Inclán		

Tabla 1. Elaboración propia.

5.2 Descripción de la muestra.

El tamaño poblacional fue estimado a partir de los datos registrados por el Instituto Nacional de Estadística, siendo los más recientes disponibles en el momento de la realización del proyecto los del año 2022. De acuerdo con esto y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del estudio, se obtuvo un total de 480.958 mujeres entre 20 y 49 años que habitan en Galicia [11].

A partir de dicha cifra, el tamaño de la muestra fue calculado con la fórmula para la estimación de la muestra de una proporción:

$$n = \frac{Za^2 * p * q}{e^2}$$

Donde,

- n: tamaño de la muestra
- Z_{α^2} : 1.96 (para un nivel de confianza del 95%)
- p: estimación de la proporción. No se toman datos previos, por lo que: 50%.
- q: 1-p (en este caso q=0.5)
- e^2 : margen de error e=5% (0.05)

Por lo tanto:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2}$$

$$n = 384.16$$

En base a los resultados obtenidos, la muestra de este estudio estará formada por, como mínimo, aproximadamente 385 personas.

5.3 Criterios de inclusión y exclusión.

La población que integra la muestra de estudio tiene que cumplir una serie de características establecidas:

- Criterios de inclusión:
 - o Mujeres en edad fértil tomando como límite mínimo de edad 20 años y máximo 49 años.
 - o Mujeres que residen en Galicia
- Criterios de exclusión:
 - o Mujeres con embarazos de riesgo en el momento de la recogida de datos.

5.4 Instrumentos de medida.

Para la medición y recogida de datos se utilizará un cuestionario de elaboración propia estructurado en dos partes.

- Datos sociodemográficos.
- Visión sobre diferentes aspectos del parto.

Este cuestionario se crea con el propósito de conocer la visión de las mujeres que viven en Galicia y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del estudio sobre la humanización del parto. Se trata de un cuestionario de baja dificultad, corto y para el cual el tiempo necesario para cumplimentarlo no supera los 4 minutos. Estas características han sido claves a la hora de diseñarlo, tratando así de minimizar el agotamiento que puedan experimentar las encuestadas en caso de sondeos demasiado extensos o dificultosos y, por tanto, reducir las posibilidades de obtener resultados no reales.

La encuesta se inicia con un enunciado explicativo sobre el carácter voluntario y anónimo de este para garantizar la honestidad de las respuestas, así como un breve consentimiento informado para asegurar que la información con las características del estudio ha sido recibida por parte de las encuestadas. A continuación, tienen lugar las dos partes del cuestionario como tal. La primera de ellas hace referencia a datos sociodemográficos de las participantes y tiene por objetivo describir y conocer la muestra del estudio. Se incluyen datos referentes a antecedentes obstétricos y control de embarazo en los casos en los que esta situación se diera, la edad y provincia de la encuestada y principal fuente de información de la que obtiene conocimientos sobre el parto. Por otro lado, la segunda parte del cuestionario pretende recabar información sobre la visión que tienen las participantes sobre diferentes aspectos del parto. Para ello, se toma como referencia el documento de Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud y el modelo de Plan de Parto y nacimiento del SERGAS y se plantean varios enunciados relacionados con acciones que se llevaron o pueden llevar a cabo durante un parto normal [12,13]. Junto con estos enunciados, se plantean cinco afirmaciones como respuesta, correspondiéndose cada una de ellas con un modelo de atención al parto vivido a lo largo de la historia. En primer lugar, un modelo naturalista, asociado a una visión más radical y relacionada con la atención al parto llevada a cabo en la antigüedad, libre de intervenciones. Un modelo opuesto, el intervencionista, correspondiente con una asistencia tecnificada y medicalizada. El modelo humanizado, que es el que se busca en la actualidad, pretendiendo que sean las mujeres las que tomen las decisiones oportunas durante el proceso y fomenta los aspectos emocionales. Además, se añadieron dos modelos para cubrir otros pensamientos existentes en las mujeres a la hora de valorar la visión que puedan tener

sobre el parto, como es la desinformación o el desconocimiento sobre las alternativas ofertadas, correspondiéndose con una visión desinformada y, un modelo delegador, incluyendo así la percepción de las mujeres que depositen la responsabilidad de decisión en los profesionales que la atiendan, evitando asumir el rol de protagonista que se les oferta.

Los resultados obtenidos de esta encuesta serán interpretados una vez visitados todos los centros seleccionados de las cuatro provincias gallegas mediante un análisis estadístico que responda a nuestros objetivos.

5.5 Recogida de datos.

La recogida de datos de este estudio se llevará a cabo en tres fases en las que se utilizará el instrumento de medida explicado anteriormente.

La primera fase se corresponderá con la validación del cuestionario de elaboración propia [ANEXO1], en donde será valorado por un grupo de personas familiarizadas con el tema y verificarán que las preguntas expuestas se adecúan para responder a nuestros objetivos. Además, expertos en construcción de instrumentos de investigación, determinarán si tanto los enunciados como las respuestas ofertadas son válidas y no contienen ambigüedades o errores de redacción. Asimismo, se realizará una prueba piloto a un grupo reducido de mujeres pertenecientes a diferentes territorios de las cuatro provincias gallegas para validar el cuestionario y evaluar que este no tenga errores y sea comprendido correctamente por las participantes. Este proceso tendrá lugar una vez obtenida la autorización del Comité de Ética del SERGAS, a quien se le enviarán todos los documentos requeridos [ANEXO 2].

En relación con la siguiente fase y una vez validado el cuestionario, los entrevistadores se desplazarán a los centros de atención primaria con servicio de enfermería obstétrico-ginecológica seleccionados tras ponerse en contacto de forma previa con la matrona correspondiente, a quien se le informará del estudio y del procedimiento que se seguirá por tratarse de un estudio relacionado con dicha especialidad. Una vez en el centro, el entrevistador entregará los cuestionarios a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio explicándoles en qué consiste y el carácter voluntario de este, dejándoles un tiempo aproximado de 5 minutos para su realización,

aumentándolo en caso de que sea necesario y ofertando disponibilidad para responder cualquier tipo de duda acerca del estudio o de las preguntas planteadas.

En la tercera fase del estudio, se interpretarán los resultados obtenidos a través de nuestro cuestionario mediante un análisis estadístico que nos permita sacar las conclusiones pertinentes y así poder comprobar si se consiguieron los objetivos del estudio y si se puede aceptar o no la hipótesis escogida.

La línea cronológica de la recogida de datos indicando el tiempo invertido en cada centro se explica de forma detallada en el apartado de “Cronograma de tareas” (pág. 13).

5.6 Variables del estudio.

Las variables incluidas en este estudio se extraen de la encuesta de elaboración propia [ANEXO 1]. Dentro de las cuestiones planteadas en dicha encuesta, las variables que explican los datos sociodemográficos constituyen las variables explicativas y son extraídas directamente de las respuestas de las encuestadas. En cambio, para explicar las preferencias de cada participante respecto del tipo de parto se establecen cinco variables tipo proporción, que conforman las variables respuesta y son obtenidas a partir de cada uno de los enunciados respuesta planteados que se relacionan con un modelo de parto (intervencionista, humanizado, naturalista, delegador y desinformado), estableciendo una proporción de respuestas relacionadas con cada modelo respecto del total de ítems, para cada una de las mujeres participantes.

VARIABLES RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE
Modelo de parto intervencionista	Variable cuantitativa continua
Modelo de parto humanizado	Variable cuantitativa continua
Modelo de parto naturalista	Variable cuantitativa continua
Modelo de parto delegador	Variable cuantitativa continua
Modelo de parto desinformado	Variable cuantitativa continua

VARIABLES EXPLICATIVAS	TIPO DE VARIABLE
Edad	Variable cuantitativa discreta
Provincia a la que pertenece	Variable cualitativa nominal
Principal fuente de información	Variable cualitativa politómica

Deseo de descendencia actual	Variable cualitativa dicotómica
Parto previo / Cesárea	Variable cualitativa dicotómica
Embarazo actual: trimestre	Variable cualitativa politómica
Lugar de seguimiento de embarazo	Variable cualitativa politómica
Presencia de plan de parto	Variable cualitativa dicotómica
Asistencia a clases preparto	Variable cualitativa dicotómica

5.7 Análisis estadístico.

Los resultados obtenidos a partir de las respuestas al cuestionario de elaboración propia por parte de las mujeres pertenecientes a la muestra del estudio se organizarán en el programa Excel 2021 (18.0) y serán analizados en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS con el objetivo de estudiar las posibles relaciones existentes entre las variables explicativas y de respuesta.

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se expresarán en frecuencias absolutas y relativas y las variables cuantitativas en medidas de tendencia central como son la media o la mediana y medidas de dispersión como la desviación típica o el rango intercuartílico según corresponda.

Además, para determinar la normalidad de la muestra del estudio se utilizará la prueba Kolmogorov-Smirnov, ya que es la indicada para muestras de más de 50 individuos.

Para estudiar la asociación entre las variables respuesta y la variable cuantitativa (edad) se utilizará la prueba paramétrica Correlación lineal de Pearson (que oscila entre -1 y +1) si las variables siguen una distribución normal y la prueba paramétrica Correlación de Spearman (que oscila entre -1 y +1) si las variables no siguen una distribución normal. En los dos casos, cuanto más próximos a 1 sean los valores, ya sean negativos o positivos, indicará la existencia de una correlación fuerte, es decir, que ambas variables están relacionadas y, por el contrario, el valor 0 indicará la inexistencia de correlación o lo que es lo mismo, que las variables no están relacionadas.

Por otro lado, para estudiar la asociación entre las variables respuesta y las variables cualitativas de nuestro estudio se utilizarán diferentes pruebas según la normalidad o no normalidad de las variables respuesta y según el tipo de variables cualitativas. De

este modo, si el modelo de parto predominante sigue una distribución normal y la variable estudiada es cualitativa dicotómica utilizaremos la prueba t-Student. Si por el contrario el modelo de parto predominante no sigue una distribución normal será empleada la prueba paramétrica U de Mann-Whitney. En el caso de las variables cualitativas que no son dicotómicas se utilizará la prueba paramétrica ANOVA y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

En cuanto a la representación gráfica, entre la variable cuantitativa y las variables respuesta se realizará un diagrama de dispersión, mientras que entre las variables cualitativas y las variables respuesta se realizará un diagrama de caja y bigotes o boxplot.

Se establecerá $p < 0.05$ como valor de significancia para todos los análisis realizados.

6. CRONOGRAMA DE TAREAS

Para distribuir el tiempo de realización del estudio según las tareas de este se utiliza un Diagrama de Gantt [Figura 1], en el cual se representan las actividades a realizar y el tiempo empleado en cada una de ellas. Tal y como está planteado, podrá realizarse en un periodo de 10 meses que abarque desde septiembre de 2022 hasta junio de 2023.

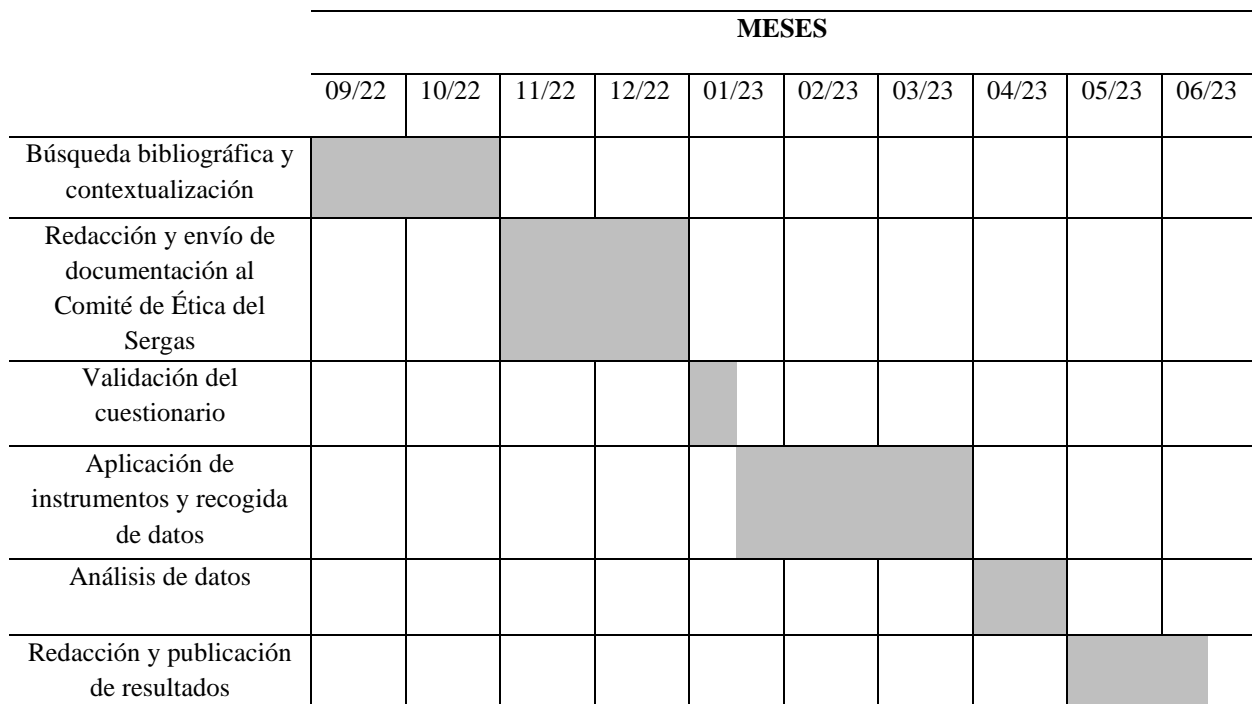


Figura 1. Tiempo de realización del estudio representado mediante un Diagrama de Gantt.

Inicialmente se realizará una búsqueda bibliográfica utilizando diferentes fuentes de datos como Google Académico o bases de datos como PubMed, Dialnet o Scielo con el objetivo de contextualizar el tema del proyecto y recabar la información necesaria para la realización de este.

A continuación, se procederá a la redacción de los documentos pertinentes para obtener la autorización por parte del Comité de Ética del SERGAS [ANEXO 2] y de este modo iniciar la investigación, con la validación del cuestionario y su posterior aplicación para la recogida de datos.

Para la prueba piloto de validación del cuestionario de elaboración propia se prevé una duración total de 10 días, con el objetivo de superar las 31 personas que lo cumplimenten y teniendo en cuenta que el tiempo empleado en cada uno de ellos supone unos 5 minutos aproximadamente, a mayores del tiempo que el investigador dedique a la explicación del estudio, que se estima que serán 3 minutos. Esta fase se realizará de lunes a viernes en horario de mañana, considerando que es cuando más gente acude a los centros de salud, y se llevará a cabo en un número reducido de centros seleccionados aleatoriamente, con un mínimo de 2 pertenecientes a cada provincia, y siendo un total de 10 (uno cada día de la prueba) (Tabla 1).

En cuanto a la aplicación del cuestionario para la obtención de datos, se pretende encuestar como mínimo a 385 personas, tal y como obtuvimos con la fórmula de cálculo de muestra. Se establece un número aproximado de 10 participaciones al día como referencia, según el número de consultas diarias y la voluntariedad de participación para así asegurar que durante el muestreo se cumple con el mínimo de participantes e incluso se obtiene el mayor número posible de estos. En esta línea y como se expone previamente en la Tabla 1, se realiza la selección de los centros en los que se llevará a cabo la recogida de datos mediante un muestreo probabilístico estratificado por provincias tomando como base la media de 10 participaciones diarias y que cada uno de los días de muestreo, se realizará en un centro diferente. Además, se tiene en cuenta el tiempo aproximado empleado en cada participante como explicamos para la prueba piloto y realizando el muestreo de lunes a viernes en horario de mañana, de 8:00h a 15:00h. De este modo, evitamos tener que aumentar durante el proceso el tiempo empleado en la recogida de datos pero, aun así, se establecerá 1 semana

de margen a mayores del tiempo planteado para tratar cualquier tipo de imprevisto en relación con esta fase.

Por tanto, se necesitarían para la recogida de datos un total de 39 días y 5 de margen, lo que equivale a 2 meses y una semana, considerando cada día como una jornada laboral de 7h.

Para el análisis de datos se considera suficiente un total de 4 semanas, contando con 20 días laborales aproximadamente de 7h cada uno.

Finalmente, la publicación de resultados supondrá un tiempo de 6 semanas.

7. VIABILIDAD Y COSTES

7.1 Consideraciones económicas y de recursos humanos.

El coste total aproximado del estudio es 12.889,16€ €, por lo que para la realización de mismo se buscará una financiación externa mediante subvenciones a la investigación, que serán explicadas en el apartado de “Recomendaciones económicas” (pág. 15). Además, para conocer la viabilidad económica del trabajo y especificar los gastos previstos se realiza una memoria económica, la cual se recoge en el ANEXO 3.

7.2 Recomendaciones económicas.

Se pretende la contratación de un investigador a través de las convocatorias públicas realizadas por la Universidad de Santiago de Compostela para la colaboración en actividades y proyectos de investigación [14]. Esta persona participará en las diferentes convocatorias privadas y públicas de becas o ayudas a la investigación con el objetivo de obtener la financiación externa (subvenciones) del estudio y así poder llevarlo a cabo. Algunas de las becas que se solicitarán son:

- Acción Estratégica en Salud, gestionada por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Incluida en el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación. El objetivo de esta financiación es desarrollar, impulsar y fortalecer la investigación en el Sistema Nacional de Salud [15].
- Programa de investigación “Fundamentos”. Fundación BBVA. Destinado a proyectos exploratorios que aborden de forma innovadora cuestiones centrales o fundacionales de un campo científico o disciplinar [16].

7.3 Limitaciones del estudio.

La principal limitación que se puede presentar a lo largo del estudio es la no participación o participación escasa por parte de las mujeres pertenecientes a nuestra población. Este factor se ha intentado evitar a la hora de diseñar el cuestionario, incluyendo solamente aquellas preguntas e ítems esenciales para el estudio.

Además, otra de las limitaciones es la obtención de resultados no reales, bien sea por el agotamiento que pueda sufrir la encuestada al cubrirlo o por el hecho de que estas no contesten lo que realmente piensen por miedo o por contestar lo “políticamente correcto”. Es por estas razones por lo que el cuestionario mediante el cual se recogen los datos es totalmente anónimo y tiene una duración estimada corta: 4 minutos.

8. RESULTADOS ESPERADOS

Tras la realización del presente proyecto de investigación se pretenden alcanzar los objetivos planteados inicialmente y por tanto obtener la información buscada. En consecuencia, se espera conocer la idea preferente de las mujeres de nuestra población en relación con los diferentes modelos de parto planteados (humanizado, intervencionista, naturalista, delegador y desinformado) además de conocer si existen diferentes preferencias entre unos aspectos y otros. En base a estudios previos, se considera que los aspectos de mayor importancia para las mujeres son el acompañamiento durante el proceso por una persona de su elección y la posibilidad de decidir ellas mismas el método de alivio de dolor que desean, así como el contacto piel con piel con su hijo acabado de nacer [7,17]. En estos aspectos, se espera por tanto obtener unas respuestas en favor del parto humanizado. Aun así, se mantendrá una actitud expectante con los resultados que se puedan obtener debido a la inexistencia de bibliografía sobre la población gallega, además de tratarse de un proyecto novedoso por evaluar también la información que las mujeres en edad fértil tienen acerca del proceso de parto e incluir la posibilidad de reflejar una actitud delegadora.

Una vez realizado el análisis estadístico, se pretende conocer si realmente existe relación entre la preferencia de un modelo y otro de parto y datos sociodemográficos de la mujer, como la edad o la provincia en la que vive, asociando estos resultados a un posible cambio de tendencia en las nuevas generaciones o diferentes pensamientos según se trate de una

provincia con mayor población o por ejemplo, de costa o de interior; datos sobre los cuales tampoco existe bibliografía, pero se espera que existan diferencias al menos entre edades más jóvenes y más avanzadas.

Además, se valorará la relación entre la preferencia de un modelo de parto con la fuente de información principal sobre este tema en la que la mujer obtuvo sus conocimientos. En base a la evidencia científica y a los estudios realizados en los últimos años, se sabe que muchas de las prácticas que antes eran fundamentales, en la actualidad son innecesarias, por lo que una mujer que cuente con buena información acerca de este tema sea por la fuente que sea, será conocedora de las posibilidades que tiene y se espera que defienda un modelo humanizado en el que ella cuente con la seguridad y la autonomía necesaria para tomar sus decisiones. De este modo, se relacionará la selección del modelo humanizado con una buena fuente de información. Además, se prestará especial atención a si el personal sanitario conforma una fuente de información principal, puesto que desde las instituciones se establece que sean estos quienes formen e informen a las mujeres en base a la evidencia científica para así conseguir el avance definitivo de cara a la humanización del parto con el empoderamiento de estas y la ausencia de intervenciones innecesarias [9].

Por último, buscaremos conocer si existe algún tipo de relación entre alguno de los modelos de parto y aspectos de la mujer como si en ese momento se encuentra embarazada, en donde se espera que se siga una tendencia hacia un parto humanizado por la asociación de estar embarazada con una mayor búsqueda de información sobre el parto, aunque esta variable pueda estar distorsionada por el miedo que la mujer pueda sentir de cara al proceso, principalmente en mujeres que previamente no hayan tenido partos previos, aspecto que también se analizará. Además, se buscará también la relación con la asistencia a clases preparto, asociando este aspecto con un aumento de información obtenida por parte de la mujer y, por tanto, que se relacione con el parto humanizado.

Se conoce que la existencia de plan de parto se relaciona con la humanización del proceso de parto, puesto que este es un documento voluntario que recoge las preferencias de la mujer y por tanto se asocia a mujeres informadas que demandan su participación en las decisiones a tomar durante el proceso [18,19]. Por esta razón, se espera que las mujeres que estarían a favor de su realización llegado el momento de su parto tengan una visión humanizada del proceso de parto.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Lanero S. Humanización de la atención prenatal: impacto sobre las creencias de las embarazadas y sus emociones ante el parto [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2017.
2. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas prof.* 2013; 14(2): 62-66.
3. Esteban-Sepúlveda S, Fabregas-Mitjans M, Ordobas-Pages L, Tutusaus-Arderiu A, Emanuela-Andreica L, Leyva-Moral JM. The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification. *Enfermería Clínica (English Edition)*[Internet]. Jun 2022 [citado may 2023]; 32(1): 14-22. Disponible en: [The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification - ScienceDirect.](#)
4. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018 [citado may 2023];44(3):1-12. Disponible en: [El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer \(medigraphic.com\)](#)
5. Lampert MP. Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN. Asesoría Técnica Parlamentaria. 2021. Disponible en: [obtienearchivo \(bcn.cl\)](#)
6. González Corral C, Martínez Rodríguez E, Vera Márquez MdF. La humanización del parto: atención sanitaria al trabajo de parto. En: *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud Vol IV.* ASUNIVEP;2018. p.91-95.
7. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [citado may 2023]; 6(8). Disponible en: [Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care | BMJ Open.](#)
8. Macías Intriago MG, Haro Alvarado JI, Piloso Gómez FE, Galarza Soledispa GL, Quishpe Molina MdC, Triviño Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las ciencias* [Internet]. 2018 [citado en may 2023]; 4(3): 392-415. Disponible en: [Importancia y beneficios del parto humanizado - Dialnet \(unirioja.es\).](#)
9. Lanero S, Lanero A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas prof.* 2020; 21(2): 54-61.

10. Sergas.es [Internet]. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia; 2008 [citado abr 2023]. Disponible en: [Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de Galicia - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde \(sergas.es\)](https://www.sergas.es/registro-de-centros-servicios-y-establecimientos-sanitarios-de-galicia)
11. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2022 [citado may 2023]. Disponible en: [Población por comunidades, edad \(grupos quinquenales\), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año. \(ine.es\)](https://inec.europa.eu/es/indicadores-demograficos/poblacion/comunidades)
12. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008.
13. Plan de Parto y Nacimiento. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Xunta de Galicia; 2017.
14. USC: Universidade de Santiago de Compostela [Internet]. Santiago de Compostela: USC; [citado may 2023]. Contratos de investigación da USC. Disponible en: [Guía de convocatorias de investigación – financiamiento \(usc.es\)](https://www.usc.es/convocatorias-investigacion).
15. Instituto de Salud Carlos III [Internet]. España; 2023 [citado may 2023]. Convocatoria y ayudas de la Acción Estratégica en Salud. Disponible en: [Páginas - Convocatoria y ayudas de la Acción Estratégica en Salud \(isciii.es\)](https://www.isciii.es/convocatoria-y-ayudas-de-la-accion-estrategica-en-salud).
16. Fundación BBVA [Internet]. España; 2022 [citado may 2023]. Programa de Investigación Fundamentos. Disponible en: [Programa de investigación Fundamentos - Fundación BBVA - Fundación BBVA \(fbbva.es\)](https://www.fbbva.es/investigacion-fundamentos).
17. Sánchez Fortis A, Sánchez Fortis C, Pozo Cano MD. Satisfaction of women with delivery care. Matronas hoy [Internet]. Abr 2018 [citado may 2023]; 1(6): 31-36. Disponible en: [revistas-articulo-ingles - Enfermería21 \(enfermeria21.com\)](https://www.enfermeria21.com/revistas-articulo-ingles).
18. Fernández Méndez FS, Vera Ferrer LT, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. Dilemata [Internet]. 2018; (26): 207-215. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189>.
19. Díaz Hernández S. ¿Qué quieren las mujeres gestantes? Plan de parto y autonomía [Trabajo de fin de máster]. [Universidad de La Laguna]; 2018.

10. ANEXOS

10.1 ANEXO 1. ENCUESTA DE ELABORACIÓN PROPIA.

ENCUESTA

La siguiente encuesta tiene por objetivo evaluar cuál es la visión de las mujeres sobre los diferentes modelos de parto y valorar si existen preferencias de modelos en diferentes aspectos del parto en mujeres que tengan un embarazo de bajo riesgo o mujeres en edad fértil en general (20-49 años) que pertenezcan a la Comunidad Autónoma de Galicia. Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del SERGAS y sigue la Disposición adicional 17ª de la Lei Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Tu participación es voluntaria y anónima y cubrir la encuesta te llevará aproximadamente 4 minutos.

Para cualquier consulta o duda puedes ponerte en contacto con iria.freire.castro@rai.usc.es

Consentimiento informado:

Dejo constancia que he sido informado sobre la finalidad del estudio “*Análisis de la visión de las mujeres sobre la humanización del proceso de parto*” que se está llevando a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela (USC), que deseo participar voluntariamente en el mismo, que entiendo su alcance, entiendo que no se van a recabar mis datos personales y autorizo a que mis respuestas anónimas puedan ser publicadas en ámbitos científicos.

- Acepto
- No acepto

Encuesta

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: (nº)

Provincia: (Indicar a cuál pertenece)

- A Coruña
- Lugo
- Ourense
- Pontevedra

Principal fuente de información de cara a adquirir conocimientos sobre el parto:

- Revistas/libros
- Redes sociales/internet
- Personal sanitario
- Familia/amigos

- Otros
- No tengo información sobre este tema.

Deseo de descendencia actualmente: Si No

Parto previo: Si No

Cesárea previa: Si No

Embarazo actual: Si No

*en caso afirmativo indique: Trimestre de embarazo: 1° 2° 3°

en caso de “embarazo actual: si” o “parto previo: si”

Lugar de seguimiento de embarazo:

- Sanidad pública
- Sanidad privada
- Sanidad privada y pública

Existencia de plan de parto: Si No No sé qué es

Ha asistido a clases preparto: Si No

VISIÓN SOBRE DIFERENTES ASPECTOS DEL PARTO

A continuación, se presentan una serie de enunciados sobre diferentes acciones que pueden llevarse a cabo durante el parto normal con cinco afirmaciones como respuesta. Marca únicamente la opción con la que más te identifiques pensando en un futuro parto.

1. Respecto al **acompañamiento durante el proceso de parto**:
 - a) Es mi decisión estar acompañada o no, sea el momento que sea, sin ningún tipo de excepción.
 - b) Creo que se debe permitir el acompañamiento ininterrumpido siempre y cuando así se desee.
 - c) No veo importante el hecho de estar acompañada; no me importaría permanecer sola.
 - d) Considero que en este caso es el profesional quien debe escoger.
 - e) No estoy informada.

2. Sobre la **administración de un enema antes o durante el parto**:
 - a) No quiero que se me administre en ningún momento.
 - b) Solo quiero su administración si por alguna causa justificada fuera necesario.
 - c) Quiero que me lo administren.
 - d) Creo que la mejor opción es que el profesional que me atienda decida si administrármelo o no.

- e) No me lo he planteado, no sé si es mejor administrarlo o no.
3. En relación con el **rasurado del vello púbico** antes del parto:
- a) No quiero rasurar mi vello antes del parto.
 - b) No me gustaría rasurarlo ya que no es necesario.
 - c) Quiero que me lo rasuren.
 - d) Para mí, la mejor opción es que el profesional que me atienda tome la decisión.
 - e) No estoy informada sobre este tema.
4. Sobre los **mecanismos para acelerar el parto como la administración de oxitocina**:
- a) No quiero que me administren nada para acelerar mi parto.
 - b) No quiero que me administren oxitocina ni otros mecanismos que agilicen el parto a menos que sea necesario.
 - c) Quiero que utilicen estos métodos en mi parto ya que así es más rápido.
 - d) Quiero que los profesionales sanitarios que me atiendan sean los que decidan sobre este aspecto.
 - e) No estoy informada sobre este tema. No me lo he planteado.
5. En relación con la **movilidad durante la fase de dilatación**:
- a) Quiero escoger yo como pasar esta fase según las necesidades que tenga en ese momento y mis preferencias, sin que nadie opine en mis decisiones.
 - b) Me gustaría escoger a mi qué hacer dentro de las posibilidades del parto y del centro.
 - c) No veo importante el hecho de escoger como pasar la fase de dilatación. Puedo permanecer en la cama tumbada.
 - d) Creo que deben ser los profesionales sanitarios que me atiendan quienes me indiquen como permanecer durante esta fase.
 - e) No estoy informada acerca de las posibilidades que tengo.
6. En cuanto al **tratamiento y manejo del dolor durante el parto**:
- a) No quiero ninguna intervención en mi parto, por lo que yo gestionaré mi dolor con los métodos no farmacológicos que escoja.
 - b) Me gustaría poder escoger qué métodos usar para el alivio del dolor, bien sean farmacológicos o no, y decidir cuándo usarlos según las necesidades del momento.
 - c) Quiero que me administren la epidural tan pronto sea posible.
 - d) Creo que lo más adecuado es que sea el profesional sanitario quien escoja qué métodos usar y cuando.
 - e) No estoy informada acerca de los métodos de alivio del dolor durante el parto.

7. Acerca de la **postura/posición durante el expulsivo**:
- a) Quiero escoger en todo momento mi posición de parto para que sea lo más natural posible.
 - b) Creo que debería escoger la posición según mis preferencias durante todo mi proceso de parto siempre y cuando este lo permita.
 - c) Creo que la mejor forma es en posición de litotomía (tumbada en la cama de partos).
 - d) Será el profesional sanitario quien decida en qué posición será mi parto
 - e) No sé qué opciones tengo.
8. Sobre el **lugar en donde se lleve a cabo el expulsivo**:
- a) Quiero escogerlo yo.
 - b) Creo que debería escogerlo yo dentro de las posibilidades que tenga el centro y de la evolución de mi parto.
 - c) Creo que el parto debe ser en posición de litotomía (tumbada en la cama de partos).
 - d) Los sanitarios que me atiendan son quienes deben escoger esto.
 - e) No sé qué opciones tengo, no estoy informada.
9. En relación con el **contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido del bebé con la madre**:
- a) Quiero que en mi caso se haga inmediatamente después de nacer y no quiero que nos separen en ningún caso.
 - b) Quiero que se haga el tiempo indicado siempre y cuando sea posible tanto por mi situación como por la de mi bebé.
 - c) Considero que hay otros procesos postparto más importantes, aunque el bebé y yo nos encontremos bien, por lo que el contacto piel con piel puede esperar.
 - d) Creo que son los profesionales sanitarios quienes deben decidir si es necesario el contacto piel con piel y durante cuánto tiempo, aunque todo esté bien.
 - e) No me lo he planteado, no sé cuál es mi decisión al respecto.

10.2 ANEXO 2. DOCUMENTOS DE SOLICITUD PARA LLEVAR A CABO UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Título del proyecto: Proyecto de investigación: Análisis de la visión de las mujeres sobre la humanización del proceso de parto.

Investigadora principal: Iria Freire Castro. Alumna de 4º curso de Grado de Enfermería. USC.

Tutora: Lucía Ordóñez Mayán. Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. USC.

RESUMEN

El modelo de atención al parto defendido actualmente por el Sistema Nacional de Salud plantea dicho proceso sin intervenciones innecesarias, dejando atrás muchos de los procedimientos que a lo largo de la historia se han ido instaurando de forma protocolaria. Esta humanización pretende situar a la mujer en el centro de la atención, pero para ello, es necesario que la futura madre sea conocedora de las diferentes alternativas que se le ofertan y consciente de la autonomía que le pertenece en la toma de decisiones. Así pues, que este modelo sea una realidad en nuestra sociedad requiere un importante cambio en la mentalidad de esta, por lo que los objetivos principales de este proyecto consisten en evaluar cual es la idea predominante en las mujeres en edad fértil residentes en Galicia en relación con los diferentes modelos de parto y valorar si existen preferencias entre unos y otros según diferentes aspectos importantes de este.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Durante los últimos años, se está produciendo un cambio en el modelo de atención al parto en base a las recomendaciones divulgadas por las instituciones. Este nuevo modelo, el modelo humanizado, sitúa a la mujer en el centro de la atención, eliminando todas aquellas intervenciones innecesarias e intentando llevar el proceso de parto de la forma más fisiológica posible. Para que este modelo sea una realidad en nuestra sociedad, se necesita una implicación por parte de las mujeres, principalmente en edad fértil, para que sean conocedoras de las alternativas que se les ofrecen y puedan por tanto hacer uso de la autonomía que poseen a la hora de tomar decisiones. Esto nos lleva a querer conocer la situación de nuestra comunidad autónoma y como consecuencia el diseño de este estudio.

OBJETIVOS

- Objetivos principales:
 - Evaluar cuál es la idea predominante en las mujeres en edad fértil residentes en las diferentes provincias gallegas en relación con los diferentes modelos de parto.
 - Valorar si existen diferentes preferencias de modelo de parto en diferentes aspectos importantes de este como: el acompañamiento durante el proceso, la administración de un enema, el rasurado del vello púbico, mecanismos de aceleración del parto, movilidad durante la dilatación, métodos de alivio del dolor, posición y lugar del expulsivo y contacto piel con piel.
- Objetivos secundarios:
 - Analizar si la preferencia de un determinado modelo de parto guarda relación con datos sociodemográficos como la edad o la provincia en la que vive.
 - Indagar si existe relación entre la preferencia de un determinado modelo de parto con la principal fuente de información de la encuestada de cara a adquirir conocimientos sobre el parto.

- Analizar si la preferencia de un determinado modelo de parto guarda relación con aspectos como el deseo de descendencia en la actualidad, si tuvo partos previos y si estos fueron cesárea, si está embarazada en ese momento y si es así en qué trimestre está, el lugar de seguimiento del embarazo, la existencia de plan de parto y la asistencia a clases preparto.

TIPO DE ESTUDIO

- Estudio de tipo transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de estudio: Galicia

Definición de los sujetos a estudio: Grupo observacional de sujetos.

Selección y retirada de sujetos:

- Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil tomando como límite mínimo de edad 20 años y máximo 49 años. Mujeres que residen en Galicia.
- Criterios de exclusión: Mujeres con embarazo de riesgo en el momento de la recogida de datos.

Captación y reclutamiento de participantes: Se procederá a visitar los diferentes centros de atención primaria gallegos con servicio de enfermera obstétrico-ginecológica seleccionados y aplicar en estos, según los criterios de inclusión y exclusión establecidos, el cuestionario de elaboración propia. De este modo, la captación de las participantes es totalmente voluntaria y anónima, siendo opcional la participación.

VARIABLES DEL ESTUDIO: modelo de parto intervencionista, modelo de parto humanizado, modelo de parto naturalista, modelo de parto delegador, modelo de parto desinformado. Edad, provincia a la que pertenece, principal fuente de información, deseo de descendencia actual, parto previo/cesárea, embarazo actual/trimestre, lugar de seguimiento de embarazo, presencia de plan de parto, asistencia a clases preparto.

Descripción de la intervención: Este estudio se llevará a cabo en tres fases.

- 1º fase: validación del cuestionario: Para la recogida de datos se elaboró en base a la bibliografía y a nuestros objetivos un cuestionario que será validado en una muestra de 31 personas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión indicados en el estudio. Se estima una duración aproximada de 10 días.
- 2º fase: Aplicación del cuestionario para la recogida de datos. Se desplazará un investigador a los centros seleccionados de las cuatro provincias gallegas y se procederá con la captación de participantes y la cumplimentación de los cuestionarios por parte de estos. Se estima que esta fase se complete en 2 meses y 1 semana.
- 3º fase: Análisis de los datos recogidos: Se estima una duración aproximada de 4 semanas.

CRONOGRAMA Y FECHA PREVISTA DE FINALIZACIÓN

- Septiembre-octubre: Búsqueda bibliográfica y contextualización.
- Noviembre-diciembre: Redacción y envío de documentación al Comité de Ética del SERGAS.
- Enero: Validación del cuestionario.
- Enero-marzo: Aplicación de instrumentos y recogida de datos.
- Abril: Análisis de datos.
- Mayo-Junio: Redacción y publicación de resultados.

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Cumplimiento de Normas de Buena Práctica Clínica, Declaración de Helsinki, Convenio de Oviedo, así como normativa de protección de datos, manejo de historia clínica y otra normativa de aplicación según el tipo de estudio: El equipo investigador cumplirá las normas indicadas durante el desarrollo de la investigación.

Modelo de consentimiento informado: Puesto que en este estudio no se utilizarán ni datos personales ni clínicos, así como ningún tipo de muestra biológica, se opta por conseguir el consentimiento de las participantes a través de la propia encuesta, indicando en esta que se sigue la Disposición adicional 17ª de la Ley orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y que los datos recogidos son totalmente anónimos.

Además, en la encuesta, se proporcionará a las participantes toda la información necesaria sobre la participación en el proyecto y la confidencialidad de esta, obteniendo además así el consentimiento de la participante, formando este parte de la propia encuesta.

La información mencionada que se incluirá en la encuesta será:

La siguiente encuesta tiene por objetivo evaluar cuál es la visión de las mujeres sobre los diferentes modelos de parto y valorar si existen preferencias de modelos en diferentes aspectos del parto en mujeres que tengan un embarazo de bajo riesgo o mujeres en edad fértil (20-49 años) en general que pertenezcan a la Comunidad Autónoma de Galicia. Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del SERGAS y sigue la Disposición adicional 17ª de la Lei Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Tu participación es voluntaria y anónima y cubrir la encuesta te llevará aproximadamente 4 minutos.

Para cualquier consulta o duda puedes ponerte en contacto con iria.freire.castro@rai.usc.es

Consentimiento informado:

Dejo constancia que he sido informado sobre la finalidad del estudio “*Análisis de la visión de las mujeres sobre la humanización del proceso de parto*” que se está llevando a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela (USC), que deseo participar voluntariamente en

el mismo, que entiendo su alcance, entiendo que no se van a recabar mis datos personales y autorizo a que mis respuestas anónimas puedan ser publicadas en ámbitos científicos.

- Acepto
- No acepto

10.3 ANEXO 3. MEMORIA ECONÓMICA.

MEMORIA ECONÓMICA DE: **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANÁLISIS DE LA VISIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE PARTO.**

Año: 2023

Título del proyecto: **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANÁLISIS DE LA VISIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE PARTO.**

1. DATOS ECONÓMICOS DEL PROYECTO.

Presupuesto financiable a justificar agrupado por:

	Presupuesto Financiable
Costes de instrumental y equipamiento	110€
Costes de material	130€
Costes de personal	10.800€
Costes de transporte y alojamiento	1847,16€
Otros gastos de funcionamiento	2€
Total	12.889,16€

2. ANÁLISIS DEL GASTO.

2.1. Costes de instrumental y equipamiento.

Para la realización del análisis de los datos recogidos en el estudio se necesitará el programa estadístico “IBM SPSS STATISTICS”, cuya instalación supone un coste de 110€ al mes por usuario. Se estima que el tiempo de esta fase no supere el mes de duración, por lo que únicamente se pagará dicho programa durante este.

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA	
	Costes presentados
Coste de Instrumental y equipamiento	110€

2.2. Costes de material.

El material empleado en este estudio se limitará a la impresión de los cuestionarios que serán entregados a las participantes y los bolígrafos que se les facilitará para su cumplimentación.

El gasto estimado en las fotocopias de los cuestionarios se estima que será de 120€ y 10€ de bolígrafos.

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA	
	Costes presentados
Coste de material	130€

2.3. Costes de personal.

La persona contratada tendrá una retribución económica establecida por la Universidad de Santiago de Compostela, indicada en la convocatoria pública de captación. Sin embargo, para realizar la estimación de los costes de personal y consecuentemente del gasto económico total del estudio, se toma como referencia el salario mínimo interprofesional, estipulado según el Real Decreto 99/2023 del 14 de febrero en 1080€ al mes. Por tanto, teniendo en cuenta la duración total del estudio, se calcula que el gasto en personal supondrá 10800€ en total.

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA	
	Costes presentados
Coste de personal	10.800€

2.4. Costes de transporte y alojamiento.

En los gastos de transporte se incluye el carburante necesario para el desplazamiento hasta los centros de salud seleccionados los días pertinentes, tanto para la validación del cuestionario como para la recogida de datos.

Para realizar el cálculo, se toma la ciudad de Santiago de Compostela como el punto de partida del investigador en un inicio, pero una vez en una provincia, se realizarán las recogidas de datos en los centros de esta por proximidad, alojándose el investigador en la zona correspondiente durante el tiempo necesario. Así, los trayectos de ida y vuelta a Santiago de Compostela se limitan a 1 vez cada semana de esta fase de recogida.

Este gasto corre a cargo de la ayuda de locomoción aportada por la USC al personal, siendo esta de 0.19€/km [8].

Siguiendo la línea de lo explicado, el investigador se alojará un total de 28 noches y, contando con las ayudas de la USC para el alojamiento que son de 65.97€, se estima un total de 1847.16€.

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA	
	Costes presentados
Coste de transporte	Ayuda locomoción aportada USC
Coste de alojamiento	1847.16€
Coste total	1847.16€

2.5. Otros gastos de funcionamiento.

Teniendo en cuenta el gasto eléctrico que pueda producir el equipo informático en el que se realice el análisis estadístico de los datos recogidos y la posterior interpretación de resultados y publicación de estos, se estiman un total de 35h, calculando por consiguiente un gasto de 10.5 kW/h. Actualmente, el precio del kW/h en España es de 0.19€, por lo que el gasto del equipo es de 2€, suponiendo que este consume en torno a 0.30kW/h.