



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA

Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria

TESIS DOCTORAL

**HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL:
IMPACTO SOBRE LAS CREENCIAS DE LAS
EMBARAZADAS Y SUS EMOCIONES ANTE EL PARTO**

Sandra Lanero Carrizo

Directores

Francisco Donat Colomer

Ana Lanero Carrizo

Valencia, 2017

AGRADECIMIENTOS

Echando la vista atrás, creo que la pregunta que más me han hecho durante estos cuatro años ha sido: ¿cuándo acabas la tesis? Hoy, por fin, me siento a escribir estas líneas con la satisfacción del trabajo terminado. Un trabajo que ha resultado muy duro en ocasiones, pero que me ha llevado a crecer personal y profesionalmente. Solo queda acordarme de las personas que me han acompañado en este camino.

Gracias a mis directores, por guiar mis primeros pasos en la investigación. A Paco, por confiar en mí y apoyar este trabajo a pesar de la distancia. A Ana, por encontrar siempre un momento para asesorarme y ayudarme.

Gracias a las matronas de los centros de salud de León porque sin su colaboración desinteresada esta tesis nunca habría sido posible. Y gracias a las mujeres que participaron en el estudio, por y para las cuales es esta investigación.

Gracias a mis compañeras del Hospital de León, por sus palabras de interés y apoyo en los últimos meses.

Gracias a mis padres, por estar siempre conmigo.

Gracias a Jorge, por ser mi mitad, por sus ánimos, y por entender las horas sentada frente al ordenador.

Gracias a esa amiga a la que he robado horas de compañía y de juegos, y que sigue ahí, después de todo, tan fiel como siempre.

Gracias a los míos, especialmente a mi abuela y a Carla, que llegó en el trayecto de esta aventura y que hace todo más fácil cada día.

Y, ante todo, gracias a mi hermana, directora, sí, pero sobre todo hermana, por meterme en este proyecto, por su continua ayuda, por sus palabras de aliento cuando más cuesta arriba se hacía el trabajo, por estar siempre ahí. Su inteligencia, y, sobre todo, su gran corazón la convierten en mi ejemplo a seguir.

Gracias.

ACRÓNIMOS

AAP:	American Academy of Pediatrics
ACOG:	American College Obstetricians and Gynecologists
INE:	Instituto Nacional de Salud
FAME:	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
MSC:	Ministerio de Sanidad y Consumo
MSPS:	Ministerio de Sanidad y Política Social
MSPSI:	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
MSSSI:	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SEGO:	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SNS:	Sistema Nacional de Salud
UTPR:	Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	5
1. HISTORIA Y CONCEPTOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO	7
1.1. Historia en el abordaje de embarazo y parto	8
1.1.1. Abordaje naturalista: desde la antigüedad al siglo XVII	9
1.1.2. Abordaje medicalizado: del siglo XVII al siglo XX	11
1.1.3. Abordaje humanizado: del siglo XX a la actualidad	13
1.2. Aclaraciones terminológicas	18
1.2.1. Conceptos relacionados con el embarazo	18
1.2.1.1. <i>Embarazo de bajo riesgo</i>	19
1.2.1.2. <i>Embarazo de alto riesgo</i>	20
1.2.2. Conceptos relacionados con el parto	22
1.2.2.1. <i>Parto normal</i>	23
1.2.2.2. <i>Parto natural</i>	25
1.2.2.3. <i>Parto eutócico y distócico</i>	27
1.2.2.4. <i>Parto intervenido</i>	28
1.2.2.5. <i>Parto humanizado</i>	29
2. EL CONTROL DEL EMBARAZO Y LA ATENCIÓN AL PARTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	35
2.1. El control del embarazo	38
2.1.1. Profesionales implicados en el control del embarazo	39
2.1.2. Sistemas de control del embarazo	39
2.1.2.1. <i>Consulta preconcepcional</i>	40
2.1.2.2. <i>Seguimiento del embarazo</i>	41

2.1.3.	Fuentes de apoyo a la embarazada	44
2.1.3.1.	<i>Apoyo emocional</i>	44
2.1.3.2.	<i>Apoyo informacional</i>	47
2.2.	La atención al parto	52
2.2.1.	Profesionales implicados en la atención al parto	53
2.2.2.	Posibles intervenciones en la atención al parto	55
2.2.2.1.	<i>Amniorrhexis artificial</i>	58
2.2.2.2.	<i>Administración de oxitocina</i>	59
2.2.2.3.	<i>Administración de enema</i>	60
2.2.2.4.	<i>Rasurado del periné</i>	61
2.2.2.5.	<i>Ingestión de líquidos y sólidos durante el parto</i>	61
2.2.2.6.	<i>Deambulación y posiciones durante la dilatación</i>	63
2.2.2.7.	<i>Alivio del dolor en el parto</i>	65
2.2.2.8.	<i>Posición en el periodo expulsivo</i>	72
2.2.2.9.	<i>Episiotomía</i>	73
2.2.2.10.	<i>Contacto piel con piel</i>	75
2.2.2.11.	<i>Espacios físicos en la atención al parto</i>	76
2.2.2.12.	<i>Inducción de parto</i>	86
2.2.2.13.	<i>Cesárea</i>	88
3.	LA PERSPECTIVA DE LA MUJER EMBARAZADA EN RELACIÓN AL PARTO	91
3.1.	La vivencia emocional en el embarazo y el parto	92
3.1.1.	Las emociones ante la maternidad	93
3.1.2.	La ansiedad ante el parto	95
3.2.	La implicación de la mujer en el parto	99
3.2.1.	Autonomía en la toma de decisiones	99
3.2.2.	Plan de parto	101
3.3.	Factores más valorados por la mujer en torno al parto	106
3.3.1.	Componente técnico	106
3.3.2.	Componente relacional	109

ESTUDIO DE CAMPO Y VALIDACIÓN DEL MODELO PROPUESTO	111
4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO EMPÍRICO	113
4.1. Planteamiento de objetivos e hipótesis de investigación	114
4.2. Descripción de la muestra	123
4.3. Procedimiento de recogida de datos	127
4.3.1. Construcción y administración del cuestionario	127
4.3.2. Escalas de medición de las variables	131
4.3.2.1. <i>Variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo</i>	<i>131</i>
4.3.2.2. <i>Apoyo percibido en la atención al embarazo</i>	<i>132</i>
4.3.2.3. <i>Emociones ante el parto</i>	<i>132</i>
4.3.2.4. <i>Creencias relacionadas con la atención al parto</i>	<i>134</i>
4.4. Procedimiento de análisis de datos	136
4.4.1. Procedimiento de validación del instrumento de medida y análisis preliminares	136
4.4.1.1. <i>Fiabilidad de las escalas</i>	<i>137</i>
4.4.1.2. <i>Validez de las escalas</i>	<i>138</i>
4.4.2. Procedimiento de validación del modelo predictivo	145
4.4.2.1. <i>Identificación del modelo</i>	<i>148</i>
4.4.2.2. <i>Procedimiento de evaluación del modelo de medida</i>	<i>151</i>
4.4.2.3. <i>Procedimiento de evaluación del modelo estructural</i>	<i>153</i>
4.4.2.4. <i>Análisis de diferencias intergrupales</i>	<i>155</i>
5. RESULTADOS	159
5.1. Análisis factorial exploratorio	160
5.1.1. Análisis de componentes principales	160
5.1.2. Análisis de componentes principales categóricos	163
5.2. Análisis correlacionales y descriptivos	165
5.3. Análisis predictivos con PLS	169
5.3.1. Evaluación del modelo de medida	169

5.3.2.	Evaluación del modelo estructural	175
5.3.3.	Comparaciones intergrupales	179
5.3.3.1.	<i>Comparación entre embarazadas en función de los partos previos</i>	179
5.3.3.2.	<i>Comparación entre embarazadas en función del riesgo en el embarazo</i>	185
5.3.3.3.	<i>Comparación entre embarazadas en función de la elaboración de plan de parto</i>	192
6.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	201
6.1.	Conclusiones y consideraciones	202
6.1.1.	Apoyo percibido y creencias ante el parto	203
6.1.2.	Creencias ante el parto y emociones en la anticipación del parto	205
6.1.3.	Apoyo percibido y emociones en la anticipación del parto	207
6.1.4.	Experiencias previas, riesgo en el embarazo y plan de parto	208
6.2.	Implicaciones prácticas	215
6.3.	Limitaciones y futuras líneas de investigación	217
	BIBLIOGRAFÍA	221
	ANEXO	247

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla</i>	<i>Pag.</i>
1. Factores de riesgo en el embarazo	21
2. Características de las definiciones de parto normal	24
3. Principios del Cuidado Perinatal de la Oficina Regional Europea de la OMS	37
4. Acciones a realizar durante la asistencia prenatal a un embarazo normal	42
5. Ventajas de la asistencia obstétrica llevada a cabo por matronas	54
6. Clasificación de la OMS de diversas prácticas obstétricas	57
7. Indicaciones de inducción de parto terapéutica y electiva	87
8. Número de partos y porcentaje de cesáreas en España, Castilla y León y León durante el año 2014	89
9. Intervenciones recogidas en el <i>Plan de Parto y Nacimiento</i> (MSPSI,2011)	105
10. Centros de salud de la provincia de León	125
11. Número de mujeres y porcentaje según centro de salud	125
12. Características de la muestra	126
13. Opciones de respuesta para cada intervención obstétrica	135
14. Resumen comparativo entre PLS y los métodos basados en la covarianza	147
15. Estructura factorial de la variable de apoyo percibido	161
16. Estructura factorial de la variable de emociones ante el parto	163
17. Estructura factorial de la variable de creencias en relación al parto	164
18. Correlaciones, medias y desviaciones típicas (DT)	166
19. Porcentajes de respuesta por práctica obstétrica	167
20. Resumen de las hipótesis de investigación	171
21. Parámetros de medida de las variables del estudio	174

22.	Matriz de correlaciones y raíz cuadrada de AVE	175
23.	Efectos directos en la muestra total	176
24.	Índices de ajuste global del modelo en la muestra total	177
25.	Cumplimiento de las hipótesis 1, 2 y 3	178
26.	Resultados del MANOVA en función de las experiencias previas de parto	180
27.	Efectos directos en función de las experiencias previas de parto	182
28.	Índices de ajuste global en función de las experiencias previas de parto	183
29.	Cumplimiento de la hipótesis 4	185
30.	Resultados del MANOVA en función de la presencia de riesgo en el embarazo	186
31.	Efectos directos en función de la presencia de riesgo en el embarazo	188
32.	Índices de ajuste global en función del riesgo en el embarazo	191
33.	Cumplimiento de la hipótesis 5	191
34.	Resultados del MANOVA en función de la elaboración de plan de parto	193
35.	Efectos directos en función de la elaboración de plan de parto	196
36.	Índices de ajuste global en función de la elaboración de plan de parto	198
37.	Cumplimiento de la hipótesis 6	199

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura</i>	<i>Pag.</i>
1. Secuencia de episiorrafia	74
2. Zonas del bloque obstétrico secuencial	78
3. Zonas del bloque obstétrico integrado	79
4. Esquema del síndrome de miedo-tensión-dolor descrito por Dick Read (1944)..	96
5. Modelo teórico e hipótesis de investigación	123
6. Diagrama de paso teórico genérico con constructos y medidas	149
7. Saturaciones en componentes	165
8. Modelo teórico e hipótesis de investigación	170
9. Representación del modelo empírico en la muestra total	172
10. Diferencias intergrupales en las variables de apoyo y emociones en función de las experiencias previas de parto	180
11. Diferencias intergrupales en la variable de creencias en función de las experiencias previas de parto	181
12. Modelo empírico en función de las experiencias previas de parto	184
13. Diferencias intergrupales en las variables de apoyo y emociones en función del riesgo en el embarazo	187
14. Diferencias intergrupales en la variable de creencias en función del riesgo en el embarazo	187
15. Modelo empírico en función del riesgo en el embarazo	192
16. Diferencias intergrupales en las variables de apoyo y emociones en función de la elaboración de plan de parto	194
17. Diferencias intergrupales en la variable de creencias en función de la elaboración de plan de parto	195
18. Modelo empírico en función de la elaboración de plan de parto	199

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la importante transformación obstétrica en la que el Sistema Nacional de Salud está inmerso en la actualidad, el nuevo modelo de atención que se persigue instaurar entiende el parto como un proceso fisiológico, personalizado y respetuoso con las necesidades biológicas, emocionales y familiares de la mujer, otorgando la máxima consideración a su autonomía y protagonismo.

Durante la industrialización de la sociedad se impusieron protocolos hospitalarios en los que el parto era medicalizado e intervenido, y el trato no se adaptaba a las necesidades básicas de la mujer y del recién nacido en un momento tan trascendental de la vida de ambos. La mejora de la atención sanitaria en relación al embarazo y el parto a lo largo de las últimas décadas ha tenido una repercusión muy positiva en la salud de las mujeres y de sus hijos, que se ha traducido en una reducción en las tasas de morbilidad maternas y perinatales. No obstante, factores como el intervencionismo obstétrico injustificado, la insatisfacción materna y profesional, y los problemas surgidos en torno al vínculo madre-hijo y a la lactancia materna, entre otros, han motivado la necesidad de un profundo cambio en el paradigma de la atención obstétrica.

Así pues, el proceso de humanización del parto al que se tiende en la actualidad trata de conciliar las ventajas que aporta la tecnología aplicada a la Obstetricia con una asistencia más considerada con los deseos y expectativas de la mujer y con el respeto a su capacidad de decisión, sin que ello suponga riesgo para la salud de la madre o del recién nacido. En este sentido, se hace necesario recuperar la confianza de las mujeres en sus propios cuerpos y en su capacidad para tomar decisiones acerca de su embarazo y parto, lo que conlleva un importante cambio de mentalidad en la sociedad.

Desde tal marco argumental, al presente trabajo de investigación se asigna el objetivo de profundizar en las creencias de las mujeres embarazadas en relación a diversas prácticas obstétricas que pueden estar presentes en el parto, con el fin de conocer su nivel de implicación en sus futuros procesos, así como el

grado de información que manejan con respecto a las recomendaciones pautadas por los organismos oficiales de salud. Se persigue, con ello, conocer hasta qué punto los principios de la humanización obstétrica son ya un propósito real perseguido por las mujeres, es decir, si las creencias que muestran las embarazadas se encuentran en concordancia con lo pautado por la evidencia científica. Asimismo, este trabajo busca relacionar las opiniones de las mujeres con el grado de apoyo que perciben por parte de los profesionales de la salud y con las emociones anticipadas ante su próximo parto.

De acuerdo con dicho planteamiento, el marco teórico de esta tesis estará estructurado en tres capítulos. El primero de ellos realizará un recorrido histórico para analizar cómo ha cambiado la atención al parto a lo largo de los años. De este modo, el parto pasó de ser una experiencia íntima desarrollada en el interior del hogar y en la que las mujeres estaban acompañadas por su familia durante todo el proceso, a ser un evento protagonizado por las instituciones sanitarias, donde se ingresaba a las gestantes en hospitales que controlaban su experiencia de dar a luz. Sin embargo, en las últimas décadas el parto ha vuelto a ser entendido como un acontecimiento fisiológico y han cobrado mayor importancia los aspectos emocionales de la mujer. Por ello, hoy en día se busca una atención más humanizada, en la que la parturienta sea el centro del proceso y participe de las decisiones, de modo que las intervenciones se limiten a las estrictamente necesarias, obteniéndose finalmente experiencias más satisfactorias para la mayoría de las mujeres. Como consecuencia de los cambios producidos en la forma de atención, han surgido múltiples definiciones en relación a los conceptos de embarazo y parto, de los que no siempre se encuentra uniformidad por parte de los expertos. Es por ello que el segundo apartado de este capítulo revisa las definiciones de algunos de los términos que pueden presentar controversia, para concretar las distintas situaciones que se pueden presentar.

Asumiendo el enfoque humanizado descrito, el segundo capítulo responderá a la necesidad de describir el funcionamiento del control del embarazo y el parto normal en España, con la finalidad de conocer el seguimiento y la atención proporcionada a las mujeres. En este contexto, cobra especial importancia el apoyo prestado a las embarazadas por parte del personal sanitario en sus dos facetas emocional e informacional. Además, se analizarán

las principales prácticas obstétricas enmarcadas en la atención al parto, detallando las pautas señaladas por la evidencia científica actual.

Tomando como referencia que las recomendaciones actuales de los organismos sanitarios oficiales son claras en relación a la conveniencia de la aplicación de la humanización a la Obstetricia, solo resta conocer la opinión de las mujeres a tal respecto. Por ello, el tercer capítulo valorará la perspectiva de las embarazadas en torno al parto, buscando conocer su grado de implicación y su nivel de conocimientos sobre diversas prácticas obstétricas. Teniendo en cuenta que la tendencia actual persigue devolver el protagonismo a las mujeres, se examinará el nivel de participación de las mismas en sus partos, así como su vivencia emocional ante la maternidad en sus vertientes positiva y negativa. Asimismo, se analizarán los conocimientos que presentan para valorar si son concordantes con los marcados por el paradigma de la humanización del parto.

En términos generales, el modelo teórico propuesto dará contexto al objetivo general de la investigación, que consiste en estudiar las creencias de las embarazadas sobre diversas prácticas obstétricas, y su relación con el apoyo percibido de los profesionales sanitarios y con sus emociones anticipadas ante el parto. De esta forma, se persigue lograr un mejor conocimiento de los procesos a través de los cuales los servicios de atención prenatal pueden fomentar una mayor implicación de la mujer en la toma de decisiones humanizadas sobre el parto, y sus efectos finales en términos de emociones positivas y negativas en el afrontamiento del mismo.

Desde esta perspectiva, la parte empírica de la tesis se estructurará en tres capítulos descriptivos del procedimiento empleado, los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de un estudio de autoinforme llevado a cabo en los centros de salud de la ciudad de León a partir de una muestra representativa de mujeres embarazadas en la segunda mitad de la gestación, de cara a evidenciar el estado de la cuestión y derivar recomendaciones útiles en la aplicación de la educación y apoyo prestado durante el embarazo desde los servicios de salud.

En tales términos, el cuarto capítulo presentará la metodología utilizada en la investigación. Particularmente, se expondrán los criterios y procedimientos empleados en la selección de la muestra y las principales características

sociodemográficas de las encuestadas, y se explicará la metodología empleada en la elaboración y administración del cuestionario de recogida de datos y las técnicas estadísticas aplicadas al análisis de los mismos.

A continuación, el quinto capítulo estará dedicado a presentar los resultados obtenidos en el análisis estadístico de los datos mediante técnicas de análisis factorial, análisis descriptivos y de correlación entre variables, análisis multivariados de la varianza (MANOVA), y análisis de ecuaciones estructurales con la técnica PLS (*partial least squares*). Con ello, se valorará el grado de cumplimiento de las hipótesis planteadas inicialmente.

Por último, el sexto capítulo proporcionará la discusión de las conclusiones del trabajo desarrollado, analizando las implicaciones de los resultados obtenidos, así como en el alcance de los mismos a la vista de las limitaciones del estudio y las propuestas abiertas a la investigación futura.

**MARCO TEÓRICO Y
CONCEPTUAL**

CAPÍTULO 1

HISTORIA Y CONCEPTOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

“No somos tan innovadores hoy como creemos”

Peter Watson

Realizando un recorrido histórico se puede ver cómo ha cambiado la atención al parto a lo largo de los años. Así, en el siglo XVII el parto pasó de ser una experiencia íntima desarrollada en el interior del hogar, a ser un evento protagonizado por las instituciones sanitarias. De la misma manera, las mujeres dejaron de estar acompañadas por su familia durante todo el proceso para estar ingresadas en hospitales que controlaban su parto. Sin embargo, a partir de las últimas décadas del siglo XX, el parto ha vuelto a ser entendido como un acontecimiento fisiológico y no patológico, y han cobrado mayor importancia los aspectos emocionales de la mujer que pare.

Así, hoy en día se busca una atención más humanizada del parto en la que la mujer sea el centro del proceso y las intervenciones se limiten a las estrictamente necesarias. Para ello, es importante empoderar a las embarazadas y capacitarlas para tomar decisiones informadas a lo largo del proceso de parto y tener así una vivencia acorde con sus expectativas.

Por otro lado, los cambios producidos en la forma de atención del parto han desembocado en la aparición de nuevos conceptos de los que no siempre se encuentran definiciones unánimes por parte de los expertos. Como consecuencia, aparecen en la literatura diferentes términos que se relacionan con diversas formas de atención al parto.

Este capítulo se centra, en primer lugar, en estudiar los cambios producidos en la historia en cuanto a la asistencia al parto y cómo se ha ido modificando con los años. Se identifican, de esta manera, tres formas generales de entender y abordar el proceso de parto que serán utilizadas más adelante como encuadre para estudiar las creencias de las embarazadas. A continuación, el segundo apartado de este capítulo define algunos de los conceptos relacionados con la atención al embarazo y al parto que pueden presentar controversia, tanto a nivel teórico como en la práctica clínica diaria. Se busca, con ello, delimitar las distintas situaciones de embarazo y parto que se pueden presentar a la mujer, influyendo sobre su experiencia individual.

1.1. HISTORIA EN EL ABORDAJE DE EMBARAZO Y PARTO

En todas las civilizaciones, el parto ha sido objeto de diversas atenciones y cuidados que han ido cambiando a lo largo de la historia. En épocas remotas, en los países de nuestro entorno, la asistencia al parto era llevada a cabo de forma exclusiva por mujeres que se encargaban del proceso de acompañamiento a la parturienta y mantenían una actitud expectante y no intervencionista en la mayor parte de los casos (Goberna Tricas, Palacio Tauste, Banús Giménez, Linares Sancho & Salas Casas, 2008). El parto, entonces, transcurría en el hogar y la mujer era libre para moverse, expresarse y adoptar diversas posiciones, estando acompañada por su familia durante todo el proceso. Posteriormente, la inclusión de la Obstetricia como rama de la Medicina hizo que la atención al parto pasara a manos de los cirujanos, lo que conllevó el uso de ciertas prácticas que iniciaron una etapa más tecnificada e intervenida, modificándose así la forma de asistencia que se realizó durante siglos (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013; Goberna Tricas, 2009). En la actualidad, debido a la aparición de movimientos sociales y de estudios científicos que demuestran la necesidad de humanizar y

“desmedicalizar” el parto, se está tendiendo a retomar una visión menos intervencionista, en torno a la idea de que el embarazo y el parto no son una enfermedad (Antacle et al., 2006).

Este apartado revisa brevemente las principales características de cada una de las tres etapas mencionadas, como punto de partida para explicar los conceptos más actuales sobre embarazo y parto mantenidos por los profesionales de hoy en día.

1.1.1. Abordaje naturalista: desde la antigüedad al siglo XVII

Las primeras referencias históricas en relación al embarazo y parto se encuentran en las pinturas rupestres, en las que pueden intuirse mujeres pariendo con las piernas abiertas y las rodillas plegadas, en posición de cuclillas o apoyando sus nalgas o rodillas sobre grandes rocas. Parece ser que cortaban el cordón umbilical mediante piedras afiladas o con sus propios dientes (Alemany Anchel, 2014; Manrique Tejedor et al., 2014; Orozco Sáenz, 2009; Serrano Monzó, s.f.). Por otro lado, ciertas figuras de mujeres con los senos grandes y caídos se han relacionado con el amamantamiento de sus hijos tras varios embarazos y partos (Jordán Montés, 2006).

Existe controversia en relación a si las mujeres parían solas o estaban acompañadas. Según Orozco Sáenz (2009) y Serrano Monzó (s.f.) el parto se producía en solitario. Sin embargo, Fajardo Flores (2013) afirma que las mujeres ancianas acompañaban a las parturientas durante el proceso y, por este motivo, señala que debe considerarse que “*el origen de las matronas es paralelo a la Civilización*” (p. 3). Se entiende, por tanto, que la atención al parto corría a cargo de mujeres experimentadas que ayudaban a otras en el proceso, acompañándolas durante el nacimiento de sus hijos.

La Biblia ofrece las primeras referencias escritas en relación a la atención al parto y cómo era llevada a cabo por mujeres distinguidas que gozaban de cierto prestigio social. La primera mención a ello se encuentra en el *Viejo Testamento* y data del año 1800 a. de J.C. Por otro lado, cabe destacar el pasaje incluido en el

Liber de Infantia Salvatoris, donde una comadrona atiende a María en el nacimiento de Jesús.

Entre los documentos del antiguo Egipto destaca la importancia del *Papiro Ebers*, en el que pueden encontrarse cinco columnas referentes a Obstetricia y Ginecología, y el *Papiro de Westcar*, que data del año 1700 a. de J.C. y describe el uso de utensilios como sillas o recipientes que servían para ayudar en el parto (Fajardo Flores, 2013).

Posteriormente, en la antigua Grecia las comadronas gozaban de gran prestigio y se dividían en dos rangos según se ocupasen de los partos normales o poseyeran mayor habilidad para atender los partos complicados. Las mujeres griegas eran controladas durante el embarazo y recibían indicaciones sobre alimentación, hábitos nocivos, ejercicio y relaciones sexuales, además de ser atendidas en el momento del parto (Conde Fernández, 2011). Es en el siglo III a. de J.C. cuando aparecen las primeras figuras masculinas en la asistencia al parto, logrando incluso que las comadronas perdieran cierto estatus profesional (Fajardo Flores, 2013; Orozco Sáenz, 2009; Serrano Monzó, s.f.).

Años más tarde, en Roma, aparecieron los primeros libros de texto escritos por médicos para comadronas que pretendían aumentar los conocimientos teóricos de estas. Es de destacar la existencia de un manual que reseñaba cuáles debían ser las cualidades de una buena matrona. Como describe Conde Fernández (2011), parece ser que las escuelas romanas estaban abiertas a las mujeres y existen escritos sobre Ginecología realizados por ellas, hablando incluso de plagio por parte de algunos varones en cuanto a lo relacionado con el parto normal, ya que en aquel momento los hombres se ocupaban más del manejo de las complicaciones obstétricas (Fajardo Flores, 2013; Orozco Sáenz, 2009; Serrano Monzó, s.f.).

Durante la edad media, el uso de talismanes, pócimas y magia produjeron un retroceso en cuanto a la atención al parto. La formación de las parteras se hacía de generación en generación, aprendiendo de mujeres más ancianas y traspasando conocimientos generalmente de madres a hijas (Conde Fernández, 2011). Las diferencias sociales también se ponían de manifiesto en cuanto a la atención al parto, de manera que las mujeres de la nobleza disponían de matronas con mayor rango social, mientras que las mujeres más

desfavorecidas eran atendidas por parteras relacionadas con la superstición y la magia (Fajardo Flores, 2013; Orozco Sáenz, 2009; Serrano Monzó, s.f.).

Asimismo, en aquella época hubo una fuerte persecución por parte de la Iglesia y la Inquisición hacia muchas parteras que eran consideradas brujas y hechiceras, lo que desembocó finalmente en la degradación del oficio. En palabras de algunos inquisidores: "*Nadie causa mayores daños a la Iglesia católica que las parteras*" (Ehrenreich & English, 1973, p. 13). Como consecuencia de esta caza de brujas, cobró mayor importancia una nueva profesión médica encargada de la asistencia al parto y especialmente protegida por las clases altas de la sociedad. De esta forma, las mujeres con más recursos eran atendidas por médicos formados en las universidades, mientras las parteras seguían acompañando a las mujeres pobres. No obstante, y a pesar de que la persecución no eliminó a las matronas de la sociedad, sí las condenó al ámbito de la brujería y la superstición (Ehrenreich & English, 1973).

1.1.2. Abordaje medicalizado: del siglo XVII al siglo XX

A partir del siglo XVII se observa un acercamiento cada vez mayor por parte de los varones a las prácticas obstétricas, siendo considerados más competentes y preparados por tener una mayor formación académica (Alemany Anchel, 2014; Orozco Sáenz, 2009; Serrano Monzó, s.f.). De esta manera, la aproximación no intervencionista va siendo abandonada al incorporarse los cirujanos en las prácticas habituales de atención al parto (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013). Se inicia, así, la tecnificación en la asistencia a la parturienta, introduciéndose por primera vez la instrumentación del parto con herramientas como los fórceps. Tiempo después, un grupo de matronas inglesas se unieron en defensa del parto natural y denunciaron el uso abusivo de este utensilio obstétrico por parte de los cirujanos, manifestando que la paciencia y la experiencia de las parteras podían evitar el uso de instrumentación en la mayor parte de las situaciones. En cualquier caso, tales argumentos fueron acallados por los cirujanos, manifestando que eran "*ignorantes curanderas aferradas a las supersticiones del pasado*" (Ehrenreich & English, 1973, p. 20).

En el siglo XVIII la asistencia obstétrica era considerada cada vez con más fuerza un acto quirúrgico. Por ejemplo, se modificó la postura del parto, utilizándose de forma habitual la posición de litotomía para mayor comodidad del médico que lo asistía, llegando a ponerse de moda en las mujeres de clases altas (Alemany Anchel, 2014). De la misma manera, las embarazadas más desfavorecidas comenzaron a tener la creencia de que los partos eran más seguros cuando eran atendidos por cirujanos que poseían instrumentos que ayudaban en caso de complicación (Fajardo Flores, 2013). Incluso, según Kitzinger (2002), las mujeres pobres o solteras que se avergonzaban de su embarazo eran utilizadas por los estudiantes de Medicina para practicar la Obstetricia y hacer experimentos, como provocar el parto artificialmente.

Posteriormente, a mediados del siglo XIX, las mujeres con partos difíciles pasaron a ser atendidas en los hospitales, al considerar a las gestantes mujeres enfermas con procesos que requerían de atención médica. Años más tarde, la asistencia hospitalaria se generalizó, de manera que todas las mujeres embarazadas acudían a centros médicos para dar a luz. Así, el proceso de parto pasó de ser un acontecimiento fisiológico, desarrollado en la intimidad del hogar y ligado a la familia, a ser un proceso medicalizado y tecnificado (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013). Este cambio se produjo al empezar a considerar el hospital como el medio más seguro para la atención al parto, así como el lugar que ofrecía mejores resultados obstétricos. En pleno siglo XX los progresos en la tecnología, la adquisición de nuevos conocimientos y los cambios sociales propiciaron la aparición y el desarrollo de cuidados tecnológicos aplicados a la asistencia al nacimiento (Goberna Tricas et al., 2008).

Desde esta aproximación, el paso del parto a los hospitales fue considerado un progreso de la Medicina, atribuyéndose la reducción de las tasas de morbilidad materna y neonatal a la tecnificación del proceso. Sin embargo, posteriormente se ha demostrado que los causantes de este descenso fueron más bien la mejora del estado de salud de las mujeres, sus condiciones de vida y la atención prenatal recibida, así como la disminución del número de embarazos y el uso de la tecnología adecuada para los partos de riesgo (González Salgado, 2011; Wagner, 2000). En esta línea, González Salgado (2011) asegura que *“en un país en el que la desnutrición, la falta de agua potable y de higiene, las guerras, la falta de métodos anticonceptivos... son inexistentes, achacar el descenso*

de la mortalidad materna y perinatal al intervencionismo y la tecnología resulta poco científico” (p. 39).

Por otro lado, la atención tecnificada del parto conllevaba una pérdida de control por parte de las mujeres, ofreciendo todo el dominio del proceso a los médicos, que basaban su atención en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013).

Durante la década de 1970 la asistencia a los partos podría considerarse totalmente intervencionista. Toda mujer que ingresaba en un hospital para dar a luz era sometida a una serie de intervenciones con el fin de prepararla para cualquier complicación que pudiera surgir durante el proceso de parto, sin tener en cuenta que la mayoría de los casos evolucionan satisfactoriamente sin necesidad de intervenir (Alemany Anchel, 2014). En general, los protocolos hospitalarios contemplaban, entre otras actuaciones, que a todas las mujeres se les rasurara el periné, se les administrara un enema, y se les realizara una amniorrexis artificial, además de canalizar una vía venosa con el fin de poner oxitocina para aumentar las contracciones uterinas. Asimismo, durante la fase de expulsivo se realizaba episiotomía sistemáticamente, y si el parto se prolongaba más tiempo del que estaba estipulado, se utilizaban instrumentos obstétricos. Además, se realizaban sondajes vesicales durante el postparto inmediato a todas las mujeres (Alemany Anchel, 2014).

En consonancia con lo dicho, es significativo cómo el cambio afectó también a la forma de nombrar las actuaciones obstétricas, de manera que se pasó de “asistir al parto” a “hacer el parto”, centrando así la atención en el profesional en lugar de en la mujer que daba a luz (Magnone Alemán, 2010).

1.1.3. Abordaje humanizado: del siglo XX a la actualidad

En la década de 1970, en Europa, comienzan a cuestionarse las prácticas médicas llevadas a cabo en relación a la asistencia al parto. La reflexión surge como consecuencia de las propuestas de Leboyer (1977) que aporta el término “parto suave” en contraposición al de “parto traumático” que era el practicado en aquel momento.

Posteriormente, en la década de 1980, se presentaban dos grandes formas diferentes acerca de la atención al embarazo y al parto. Por un lado, el llamado modelo médico, que era defendido por los facultativos y apoyaba el uso de la tecnología en todos los casos. Por otro lado, el modelo social, postulado por la mayoría de matronas, científicos perinatales y muchos profesionales de la salud pública, en defensa de un trato menos tecnificado y más humanizado en la relación asistencial. En consecuencia, tanto grupos de profesionales como mujeres parturientas comenzaron a replantearse el modelo asistencial intervencionista y a cuestionarse las praxis médicas llevadas a cabo en los hospitales, buscando cambios para intentar lograr una atención de calidad y reivindicando un empoderamiento de la mujer. En torno a tal debate, se concluyó que el modelo médico era útil para tratar la enfermedad y los accidentes, pero que no era válido para tratar el nacimiento o la muerte (Wagner, 2000).

Las posturas más críticas ante la hospitalización masiva de la embarazada argumentan que implicó que la mujer comenzara a ser despojada del control de su propio cuerpo y su parto se convirtió en un acto en el que el conjunto médico tomaba todas las decisiones y ejercía dominio absoluto del proceso. En este sentido, Martín Muñoz (2010) considera que *“el enfoque biomédico que ha impregnado durante décadas los modelos de atención sanitaria, ha provocado que se despoje a la mujer del componente místico, emocional, familiar, social y cultural que caracteriza esta vivencia”* (p. 2). Es decir, el parto pasó de ser un evento familiar e íntimo, en el que la mujer tenía el control de su cuerpo y decidía cómo y dónde parir, a ser un proceso enteramente en manos de la ciencia médica, de forma que las gestantes abandonaron su papel protagonista en su propio parto para ser consideradas pacientes o simples espectadoras pasivas (Gil, 2009).

A finales del siglo XX, desde algunos sectores se empezó a considerar peligrosa la medicalización excesiva que se estaba ofreciendo en el ámbito hospitalario durante la atención al parto, en detrimento de la calidad en la relación asistencial. En palabras de Goberna Tricas et al. (2008), *“aunque mayor medicalización no debería llevar implícita una deshumanización de la asistencia, ambos conceptos aparecen unidos en múltiples contextos”* (p. 6). De esta forma, aparecieron numerosas iniciativas para intentar cambiar la tendencia imperante de atención al parto, buscándose con ello, humanizar el proceso y colocar a la mujer de nuevo en su lugar protagonista.

Como consecuencia de este intento de cambio, algunos países iniciaron modificaciones legislativas en la regulación de la asistencia médica durante el embarazo y el parto (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013). A tal respecto, en 1985, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la Organización Panamericana de la Salud, y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia en Fortaleza (Brasil) para debatir sobre la tecnología apropiada para el parto. A ella asistieron más de 50 participantes, entre ellos, matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. El debate llevó a la OMS a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013).

En este contexto, para evitar algunas prácticas que se estaban llevando a cabo de manera sistemática y de forma no justificada, la OMS (1985) promulgó unas recomendaciones consideradas aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo. Entre otras, se incluyó la investigación conjunta de los países y el establecimiento de normas específicas para evaluar la tecnología de atención al parto. Igualmente, se considera que *“la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera (...) se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio”* (p. 436).

En relación a la tecnología, la OMS (1985) considera que deben evitarse la realización no justificada de inducciones de parto y cesáreas, no superando estas el 10% y 15% del total, respectivamente. También apunta que no se justifica el uso de forma rutinaria de la episiotomía, la rotura precoz artificial de membranas, la monitorización electrónica fetal, el rasurado del vello púbico ni la administración de enemas ni de analgésicos o anestésicos durante el expulsivo, así como la posición de litotomía durante el primer y segundo periodo del parto.

La alerta por parte de la OMS en cuanto al grado de medicalización de la atención al parto hizo que muchos autores relacionaran la alta tecnificación de los

años 90 con una deshumanización en la atención del mismo. En este contexto, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido publicó el informe *Changing childbirth*, redactado por un grupo de expertos y en el que se incorporan una serie de recomendaciones fundamentales para un modelo humanizado de atención al parto.

Asimismo, la OMS (1985) promueve los grupos de apoyo de madres y apuesta por una filosofía de trabajo común por parte del equipo perinatal, que debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. Al tiempo, contempla que debe promoverse la formación de matronas profesionales, considerándose que la atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

Como consecuencia de la publicación de dichas recomendaciones de la OMS, comenzaron a editarse múltiples estudios que proponían valorar el estado emocional de la mujer, sus valores y creencias, y su sentido de la dignidad, así como su autonomía durante el parto, teniendo en cuenta sus factores familiares, psicológicos, sociales, etnológicos y espirituales (Arнау Sánchez et al., 2012; Behruzi, Hatem, Goulet, Fraser & Misago, 2013; Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013). Por ejemplo, Enkin et al. (1995) publicaron el documento *Cuidado efectivo en el embarazo y parto*, recopilando la evidencia científica que, cada vez con más fuerza, tendía a apoyar la necesidad de incluir el modelo social mediante la expansión del modelo médico (Wagner, 2000).

Asimismo, las nuevas leyes promulgadas por los Estados en los que se empieza a cuestionar el discurso médico que consideraba patológicos todos los procesos de parto, también fueron determinantes para plantear una nueva forma de atención perinatal que se alejaba del modelo intervencionista (Arнау Sánchez et al., 2012).

Dentro de este proceso de transformación cabe señalar también la importancia que tuvieron los movimientos sociales, en especial el denominado "social feminista" que contribuyó a producir un cambio de la mentalidad, tanto de las parturientas y sus parejas como de los profesionales de la salud (Arнау Sánchez et al., 2012). A este respecto, Wagner (2006) apuntó que algunos obstetras tienden a tener una fe ciega en la tecnología y falta de confianza en la

fisiología humana, llegando estos incluso a afirmar que “*la naturaleza es un mal obstetra*” (p. 601).

En la misma línea, la Oficina Regional de la OMS para Europa desarrolló un *Taller de Cuidado Perinatal* en el que se dieron a conocer diez principios que deberían ser considerados en la atención al embarazo y parto normal (Chalmer, Mangiaterra & Porter, 2001). En resumen, estas directrices en el cuidado perinatal buscan una atención basada en la evidencia científica disponible y, por tanto, menos intervencionista y medicalizada. Además, se deben tener en cuenta las necesidades psicosociales de la mujer y centrar los cuidados en la familia. En la misma línea, se incluye la necesidad de tener en cuenta las decisiones de la mujer y de respetar su privacidad, dignidad y confidencialidad.

En España, en el informe institucional del Defensor del Pueblo de 2006 se expone que: “*En lo que concierne a la investigación, todavía en trámite, sobre partos naturales no medicalizados, cabe comenzar señalando que el origen de la misma es la recepción de algunas quejas en las que se expone que la asistencia al parto, en la mayoría de los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud, está muy tecnificada y medicalizada, con escaso protagonismo de la mujer y su pareja. A este respecto, conviene recordar que un significativo número de personas demanda la utilización de procedimientos naturales y sin aplicación de medios técnicos, de no ser ello necesario, en los momentos de dilatación y parto (...). En definitiva, se trataría de 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» para evitar el dolor y de aquellos supuestos en los que existan riesgos que exijan un control más continuado y tecnificado*” (pp. 674-675). En base a este informe y a las anteriores recomendaciones de la OMS, se comenzaron a promover líneas de trabajo menos intervencionistas en los embarazos y partos de bajo riesgo por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante MSC) y los responsables de salud de las diferentes Comunidades Autónomas españolas (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013).

Todas estas actuaciones condujeron tanto a las mujeres como al personal sanitario a tomar conciencia de la necesidad de valorar la dimensión sociocultural como un factor fundamental a tener en cuenta en la asistencia al proceso de parto

para prestar una atención adecuada y de calidad durante el mismo (Arнау Sánchez et al., 2012).

1.2 ACLARACIONES TERMINOLÓGICAS

A los cambios en el abordaje del embarazo y el parto acaecidos a lo largo de la historia de la Obstetricia, se une aún hoy una fuerte controversia en relación a los conceptos que se utilizan comúnmente en la práctica clínica. De esta manera, tanto los profesionales sanitarios como algunas instituciones no alcanzan un acuerdo sobre qué aspectos determinan las diferencias entre estos términos, ni se ofrece en la literatura una definición única de algunos de ellos.

Así, la praxis obstétrica llevada a cabo por los profesionales de la salud en su día a día laboral, se basa en las representaciones simbólicas que tienen de estos conceptos, en relación a sus creencias, valores, actitudes, habilidades, hábitos y prácticas (Arнау Sánchez et al., 2012).

Los siguientes apartados muestran algunos de los conceptos que se ofrecen en la literatura en relación con el embarazo y el parto, con el objetivo de acotar las circunstancias específicas que marcan la experiencia de cada mujer. En el caso del embarazo, los factores que determinan el nivel de riesgo están bastante delimitados. Sin embargo, en lo que se refiere al parto, se aprecia una notable diversidad en la literatura a la hora de catalogar algunas experiencias con un nombre concreto.

1.2.1 Conceptos relacionados con el embarazo

En Obstetricia, tanto el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades presentes en el embarazo, como la restauración de la salud tras sufrirlas se llevan a cabo en la consulta de control prenatal (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia -en adelante SEGO-, 2010). En el año 2007, la Academia Americana de Pediatría (en inglés, American Academy of Pediatrics, AAP) y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (en inglés, American College

Obstetricians and Gynecologists, ACOG) definieron la atención prenatal como un programa antes del parto que incluye una estrategia coordinada para la atención médica y el apoyo psicológico, y que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se extiende durante todo el periodo gestacional. El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo, de calidad, accesible y ser ofertado a la mayor población posible (SEGO, 2010).

El control del embarazo tiene por objeto vigilar la evolución de la gestación, prevenir la morbimortalidad tanto materna como fetal, y detectar precozmente las posibles desviaciones de la normalidad para intervenir solo cuando sea necesario. Bajo estas tres premisas, está garantizada la prestación de una asistencia obstétrica adecuada (Gary Cunningham et al., 2011; SEGO, 2010).

Por tanto, es muy importante conocer el rango de normalidad dentro del embarazo para identificar los factores de riesgo y actuar sobre ellos para evitar sus consecuencias. Sin embargo, la evaluación de los riesgos del embarazo no es una medida puntual y única, sino que es un proceso continuo que se valora durante toda la gestación ya que, en cualquier momento, pueden aparecer complicaciones que den lugar a cambios en el modo de tratar el embarazo (OMS, 1996).

1.2.1.1. Embarazo de bajo riesgo

En la actualidad, los embarazos se clasifican en dos grandes grupos en función de la presencia o ausencia de factores de riesgo durante su progreso (SEGO, 2008). Por tanto, se entiende que un embarazo de bajo riesgo es aquel que no presenta factores de riesgo durante su desarrollo, manteniéndose una evolución fisiológica de la gestación que cursa sin problemas hasta el inicio del parto.

Cabe destacar que "se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por las matronas y el médico/a de familia, con la participación del resto de los/las profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente"

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad -en adelante MSSSI-, 2014, p. 69).

La frecuencia de las visitas por parte de las embarazadas a los profesionales de salud es muy variable dependiendo del centro al que acudan, de las necesidades individuales de cada gestante y de los factores de riesgo asociados (González Merlo, Lailla Vicens, Fabre González & González Bosquet, 2006).

Así, generalmente, las gestantes que cursan con embarazos normales acuden a controles cada cuatro o seis semanas hasta la semana 36 de gestación, incrementándose el intervalo entre las revisiones posteriormente hasta alcanzar el final del embarazo. De este modo, de la semana 37 a la 40 de gestación son valoradas dentro de un rango de una a tres semanas, y a partir de la semana 40 las mujeres acuden a controles de una a tres veces por semana (Carrasco Rico & Iglesias Diz, 1993).

1.2.1.2. Embarazo de alto riesgo

Para que un embarazo sea considerado de alto riesgo debe presentar al menos un factor de riesgo obstétrico, entendiéndose este como cualquier circunstancia social, médica, obstétrica, o de otro tipo que se asocia a mayor morbimortalidad perinatal (SEGO, 2010).

En consonancia con lo anterior, pueden distinguirse cuatro tipos de factores de riesgo que influyen en la gestación: factores sociodemográficos, antecedentes reproductivos, antecedentes médicos, y factores de riesgo obstétrico actuales.

El desglose de los diferentes factores englobados en cada una de las categorías mencionadas según la SEGO (2010) se presenta, a continuación, en la Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo en el embarazo.

Factores sociodemográficos	Antecedentes reproductivos
Edad materna: ≤ 18 años o ≥ 35 años	Esterilidad en tratamiento al menos 2 años
Obesidad: IMC ≥ 30	Aborto de repetición
Delgadez: IMC $< 18,5$	Antecedente de nacido pretérmino
Tabaquismo	Antecedente de nacido con crecimiento intrauterino restringido
Alcoholismo	Antecedente de muerte perinatal
Drogadicción	Antecedente de nacido con defecto congénito
Nivel socioeconómico bajo	Hijo con lesión neurológica residual
Riesgo laboral	Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)
	Incompetencia cervical
	Malformación uterina
Antecedentes médicos	Embarazo actual
Hipertensión arterial	Hipertensión inducida por el embarazo
Enfermedad cardíaca	Anemia grave
Enfermedad renal	Diabetes gestacional
Diabetes mellitus	Infección urinaria de repetición
Endocrinopatías	Infección de transmisión perinatal
Enfermedad respiratoria crónica	Isoinmunización Rh
Enfermedad hematológica	Embarazo múltiple
Epilepsia y otras enfermedades neurológicas	Polihidramnios/ oligohidramnios
Enfermedad psiquiátrica	Hemorragia genital
Enfermedad hepática con insuficiencia	Placenta previa a partir de la 32 semana
Enfermedad autoinmune con afectación sistémica	Crecimiento intrauterino restringido
Tronboembolismo	Defecto congénito fetal
Patología médico-quirúrgica grave	Estática fetal anormal a partir de la semana 36
	Amenaza de parto pretérmino
	Embarazo postérmino
	Rotura prematura de membranas
	Tumoración uterina
	Patología médico-quirúrgica grave

Fuente: SEGO (2010).

En primer lugar, los factores de riesgo sociodemográficos son los que presentan mayores dificultades a la hora de cuantificar su importancia en la valoración del riesgo global del embarazo. En segundo lugar, los antecedentes médicos de la mujer juegan un papel relevante durante la gestación, de manera que la presencia de enfermedades médicas previas incrementa la morbimortalidad materna y perinatal. En tercer lugar, los antecedentes reproductivos adversos tienen especial importancia a la hora de valorar el riesgo de la gestación, ya que pueden repetirse en el embarazo actual, de manera que es necesario conocerlos, así como las causas que los provocaron. Por último, han de tenerse en cuenta los factores de riesgo obstétrico encontrados durante el embarazo en cualquiera de sus fases, ya que la gestación debe entenderse como un proceso dinámico susceptible de complicarse a lo largo de su desarrollo, requiriéndose por ello, una valoración continua del mismo (García Hernández & Méndez Bauer, 1993; SEGO, 2008).

En el caso de aquellas mujeres con complicaciones obstétricas o que presentan algún problema médico previo al embarazo o que surja durante el mismo, la frecuencia de los controles se incrementa en función de la gravedad y de la naturaleza del problema (González Merlo et al., 2006).

1.2.2. Conceptos relacionados con el parto

En términos generales, puede definirse el parto como aquel proceso fisiológico que se da en la especie mamífera mediante el cual el feto es expulsado desde el interior de la cavidad uterina del organismo materno (González Merlo et al., 2006).

Si bien es cierto que las definiciones existentes sobre el parto generalmente no presentan diferencias cuando se considera su forma de inicio o su terminación, existen muchos matices cuando el concepto se define en función su abordaje. Debido a esto, en el presente trabajo se obvian algunas definiciones por entenderse que no presentan controversia, siendo este el caso, por ejemplo, de términos como parto inducido, parto estimulado o parto vaginal.

En consonancia con lo anterior, es curioso cómo se encuentran en la literatura múltiples aportaciones diferentes y a veces divergentes en relación al mismo término. Dado que uno de los objetivos de esta tesis es analizar las creencias de las embarazadas en relación a su parto futuro, cobra gran importancia revisar las definiciones existentes en cuanto a la atención al parto y estudiar las diferencias entre ellas.

1.2.2.1. Parto normal

En relación al concepto de parto normal se contemplan diferentes definiciones en función de la organización que trate el tema. De esta forma, la OMS en 1996, definió el parto normal como aquel que cursa con un *“comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”* (p. 7).

Por otro lado, en 2007 la Federación de Asociaciones de Matronas de España (en adelante FAME) en su definición califica el parto normal como aquel proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término y cuyo inicio es espontáneo, desarrollándose y terminándose sin complicaciones. No obstante, hace constar que en el parto normal están implicados factores psicológicos y socioculturales, y que la única intervención que puede llevarse a cabo es el apoyo integral y respetuoso del mismo.

En el año 2008, la SEGO definió el parto normal como aquel *“trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37ª-42ª semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica”* (pp. 1-2). Cabe destacar que en este documento la SEGO aclara que solo los partos que cumplan los criterios descritos serán susceptibles de ser atendidos como partos no intervenidos, lo que implica la realización de las mínimas intervenciones

necesarias, pero manteniendo continuamente un exhaustivo control materno-fetal.

En la Tabla 2 se pueden observar más gráficamente las principales aportaciones de las definiciones dadas por estos tres organismos, así como las diferencias entre ellas.

Tabla 2. Características de las definiciones de parto normal.

	OMS	FAME	SEGO
Inicio espontáneo	X	X	X
Gestación sin factores de riesgo	X		X
Fisiológico		X	X
Factores psicológicos y socioculturales		X	
Gestación a término	X	X	X
No intervenciones		X	
Apoyo y respeto		X	
Desarrollo sin complicaciones	X	X	X
Estado materno/fetal final adecuado	X		X

Fuente: Elaboración propia.

Se puede concluir que las tres definiciones coinciden en que el inicio debe ser espontáneo, en mujeres con gestaciones a término y que el parto se desarrollará sin complicaciones para que pueda ser encuadrado dentro de la normalidad.

Por otro lado, la OMS y la SEGO señalan que la gestación debe estar libre de factores de riesgo y que el estado materno-fetal al final del proceso será óptimo. Sin embargo, la FAME no incluye estos aspectos en su definición, por lo que se entiende que considera que ciertos embarazos patológicos pueden culminar en un parto normal, y que dentro de los criterios de normalidad del proceso es irrelevante la vitalidad posterior de la madre o el recién nacido.

La FAME es la única que tiene en cuenta dentro de su definición de parto normal aspectos como los factores psicológicos y socioculturales maternos y la

necesidad de apoyar y respetar el proceso. Además, la mención de intervencionismo en la atención al parto solo está presente en la definición aportada por la FAME, pero no especifica qué procedimientos estarían incluidos. Por ejemplo, no se refleja si la utilización de medicación está considerada intervencionismo sobre el parto. En base a ello, algunos profesionales consideran que un proceso de parto puede estar exento de intervención obstétrica pero sí estar medicalizado para asegurar su curso normal (Arnau Sánchez et al., 2012).

Por todo ello, a modo de conclusión, el Ministerio de Sanidad y Política Social -en adelante MSPS-, (2010a) en su *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* considera que *“definir el parto normal comporta alguna dificultad, ya que el concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado”* (p. 37).

1.2.2.2. Parto natural

Bajo Arenas (2008) entiende que parto natural es aquel que se produce como consecuencia de las fuerzas de la naturaleza, por lo que este tipo de parto modulado únicamente por la condición de la mujer depara consecuencias devastadoras. Para ello se basa en que cada minuto muere una mujer como consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo y el parto natural sin atención especializada.

Sin embargo, la *Asociación el Parto es Nuestro*, en palabras de Pariente (2010) contempla que un parto natural es aquel en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer, manteniendo un ambiente íntimo, ofertando libertad de movimientos a la mujer, facilitando el contacto piel con piel y fomentando la lactancia materna. Asimismo, no se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios por sistema. De la misma manera, defiende que se deben llevar a la práctica los últimos descubrimientos científicos y la Medicina Basada en la Evidencia, así como ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el de su hijo (Arnau Sánchez et al., 2012). Por otro lado, equipara el concepto de parto natural con el de parto respetado, y sostiene que esta idea es independiente del lugar elegido para dar a luz.

En esta línea de pensamiento, el parto natural se concibe como un proceso fisiológico y normal en el que las intervenciones obstétricas únicamente se aplican si son realmente necesarias, y donde adquiere mayor importancia el respeto y la intimidad de la mujer. Considerando el parto como un proceso fisiológico en el que en la mayoría de los casos no se producen complicaciones, la atención debería limitarse a esperar la evolución de los períodos con exhaustivo control, y ayudar en el expulsivo del modo más natural posible (Danforth, 1990).

Arnau Sánchez et al. (2012) consideran que la SEGO hace referencia al parto natural en su concepto de “parto no intervenido”, que define como el *“trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia”* (SEGO, 2008, p. 2).

En junio de 2007, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) incluyó un anexo a la *Vía clínica del parto*, implantada en la unidad desde el año 2005. En este nuevo apartado tratan de introducir prácticas para una asistencia natural del parto normal. De esta manera, el parto natural queda definido en el documento como *“aquel que es asistido con la mínima intervención posible, esto es, con aquella/s intervención/es que solamente estén justificadas o sean necesarias para resolver algún problema materno-fetal. Igual criterio es el que mantiene la Organización Mundial de la Salud. Es decir, la filosofía asistencial se fundamenta en vigilar la evolución normal, evitando intervenir siempre que sea posible, pero sin perder la seguridad y la cobertura de la vigilancia materno-fetal”* (p. 5).

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya publicó el mismo año un *Protocolo para la asistencia natural al parto normal* donde sostiene que la atención natural consiste en basarse en la mínima intervención obstétrica actuando solo cuando hay complicaciones. De la misma manera, pretende fomentar la toma de decisiones por parte de la pareja para elegir los procedimientos que consideren más apropiados para su parto, buscando así procesos más respetados y fisiológicos.

1.2.2.3. Parto eutócico y parto distócico

El término de parto eutócico no ofrece tanta controversia como otros conceptos presentados, de forma que puede considerarse eutócico aquel parto que se desarrolla con normalidad y sin complicaciones, que culmina con la expulsión de un feto viable y de sus anexos, por vía vaginal (Farabeuf, 1925). Si bien es cierto que mientras algunos autores consideran que para que un parto sea eutócico la presentación debe ser cefálica flexionada, para otros esta no es una condición indispensable. No obstante, es la forma más frecuente de presentación en este tipo de parto porque es la que ofrece menos complicaciones (González Merlo et al., 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, aunque se entiende que un parto eutócico es aquel que transcurre sin ningún tipo de complicaciones, las definiciones no mencionan la no existencia de intervenciones como condición necesaria para considerarlo así. Dicho de otra manera, puede asumirse que un parto que precise de la utilización de alguna intervención durante su desarrollo podría ser considerado eutócico, siempre y cuando de ella no se deriven complicaciones.

Por su parte, se define como parto distócico a aquel anormalmente lento, laborioso o difícil. Puede estar causado por alteraciones a nivel de cualquiera de los elementos del parto: canal, objeto o motor (González Merlo et al., 2006; Gary Cunningham et al., 2011). Como por definición este tipo de parto presenta alteraciones en el transcurso natural del proceso, durante su atención es esperable que sean necesarias intervenciones instrumentales o farmacológicas, por lo que serán partos intervenidos.

1.2.2.4. Parto intervenido

Ninguna organización oficial ha definido con claridad el concepto de parto intervenido. Por su parte, Fernandez del Castillo (2003) considera que *“la concepción que del parto tiene la obstetricia convencional se refiere al parto por ella interferido”* (p. 59), de lo que se desprende que este tipo de parto ha sido la forma de atención imperante en los últimos años.

El modelo tecnocrático se basa en una atención al parto centrada en el enfoque de riesgos, en el cual *“todo proceso es plausible de complicarse en cualquier momento”* (Magnone Alemán, 2010, p. 12), de manera que se trata de realizar actuaciones preventivas para adelantarse a cualquier complicación, creándose así una cascada de intervenciones. Por tanto, un parto que podría haber sido fisiológico, liderado por la parturienta y respetando los tiempos naturales, se convierte en un parto intervenido o una cesárea, protagonizado por la institución de salud.

Bajo esta perspectiva, el parto intervenido se basa en que los profesionales que lo asisten establecen un control adecuado del mismo, utilizando todos los medios técnicos y farmacológicos disponibles para detectar precozmente las complicaciones que puedan aparecer y lograr así un fin satisfactorio del proceso (Gonzalez Merlo et al., 2006).

Teniendo en cuenta que dar a luz es un acontecimiento involuntario, al tratar de controlarlo como ocurre en el parto hospitalario, lo que se consigue es inhibirlo. Una vez en este punto, se hacen “científicamente” justificables todo tipo de procedimientos para sustituir la función natural y sabia de la naturaleza. Por tanto, la atención medicalizada del parto no busca facilitar el proceso natural sino sustituirlo, lo que conlleva arrasar con la dimensión emocional del nacimiento (Fernández del Castillo, 2003).

En relación a ello, Wagner (2006) entiende dos enfoques de asistir al parto: i) trabajar con la mujer y acompañarla en su parto facilitando sus respuestas fisiológicas; o ii) añadir intervenciones externas como fármacos y procedimientos quirúrgicos alterando así el proceso natural. Igualmente, este autor considera que sería beneficioso unir las ventajas aportadas por el parto hospitalario y redirigir los cuidados para honrar la naturaleza biológica, social, cultural y espiritual del parto humano.

1.2.2.5. Parto humanizado

La Conferencia de Fortaleza (OMS, 1985) marcó el inicio de una nueva forma de pensar en relación al parto e hizo que se cuestionaran las prácticas

obstétricas llevadas a cabo en aquel momento. Unos años más tarde, en 1993, el informe *Changing childbirth* elaboró unas recomendaciones para lograr un modelo humanizado de atención al parto basándose en tres principios. En primer lugar, considera que la mujer debe tener un lugar protagonista en su parto y mantener el control del mismo, así como tomar decisiones sobre su cuidado. El segundo principio sostiene que el acceso a los servicios obstétricos debe ser sencillo, y que estos deben responder a las necesidades de la mujer. Por último, afirma que debe mantenerse una relación entre las mujeres y los servicios de maternidad para que estos adapten sus decisiones a las necesidades de las gestantes con un cuidado eficaz y usando los recursos de forma eficiente.

Sin embargo, es en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Ceará (Brasil) en el año 2000, cuando se alude formalmente al concepto de humanización. A partir de ahí, surge el *Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento*, basado en los análisis de las necesidades de atención específica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y al recién nacido. Trata de asegurar la mejora del acceso, de la cobertura y de la calidad del acompañamiento prenatal, y de la asistencia al parto y al puerperio. En la Declaración de Ceará se pone de manifiesto la gran importancia de esta nueva forma de ver del parto, entendiéndose que el nacimiento es el principio de la vida y, por tanto, el parto es un proceso que afecta al resto de la existencia humana. Por ello, se reconoce la humanización del parto como una necesidad urgente y evidente que determinará las sociedades futuras.

No obstante, existen múltiples puntos de vista en cuanto a qué se incluye dentro de la humanización en el parto. Dependiendo del profesional, puede tomarse como criterio la postura elegida para el expulsivo, la aplicación o no de ciertas intervenciones médicas, o cuál sea su terminación. En general, la mayoría de los autores están de acuerdo en que para humanizar el parto se debe empoderar a la mujer y que sea ella la que tome las decisiones, ofreciéndole diferentes opciones para que sea conocedora de los riesgos y beneficios de cada una de ellas. La gestante debe situarse en el foco de atención y ser considerada como una persona y no como una paciente para que, de esta manera, se establezca una relación humana entre los profesionales de la salud y las mujeres (Davis & Walker, 2010). En suma, se debe dar a la madre y a su hijo un trato humanitario, cuidadoso, cordial y comprensivo (Antacle et al., 2006).

En palabras de Gil (2009), la humanización del nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, reproductivos y sexuales de las personas y pretende recuperar la idea de que embarazo y parto son un hecho trascendental, sagrado, íntimo y personal, y no una enfermedad. Así, se trata de reconocer la fuerza y sabiduría del cuerpo de las mujeres en el proceso de dar a luz, y que los niños al nacer sean recibidos en un ambiente de amor, respeto y seguridad. Para esta autora, la asistencia humanizada del parto se fundamenta en cuatro puntos: i) basar la atención ofertada en la evidencia científica disponible; ii) ofrecer una asistencia centrada en la relación de pareja y en el respeto entre ambos; iii) presentar una visión del parto como un fenómeno fisiológico y no patológico; y iv) lograr que el parto sea conducido por la mujer siguiendo sus instintos y sus necesidades, y con libertad de movimientos y de expresión.

En el año 2000, Wagner expuso cuatro factores que valoró como necesarios para que un parto fuera considerado humanizado. En primer lugar, la mujer debe tomar las decisiones en relación al proceso; en segundo lugar, la asistencia sanitaria debe apoyarse más en la atención primaria y menos en la hospitalaria; en tercer lugar, los profesionales que atienden el parto deben trabajar en armonía; y, por último, los servicios obstétricos han de estar basados en la evidencia científica disponible. Considera que *“el cuidado maternal necesita dar un giro de 180° para que, en lugar de alejarse de la fisiología y del entorno social y cultural, el proceso se dirija hacia el respeto y el trabajo junto a la naturaleza, la mujer y la familia, volviendo el control de la atención a la maternidad hacia la gente”* (p. 16). Propone una evolución en el ámbito social y político en relación a la profesión médica y la atención a la maternidad. También considera que, en el futuro, existirán servicios públicos de maternidad atendidos por comadronas, basados en la evidencia y rentables económicamente, pudiendo las mujeres y sus familias elegir dónde y cómo traerán al mundo a sus hijos. Por ello, sostiene que el que los partos sean medicalizados o realmente humanizados depende de si la mujer que está dando a luz posee o no el control absoluto.

La propuesta de humanización incorpora a los servicios de atención un trato más respetuoso y digno para las madres y sus bebés, ofreciéndoles a las mujeres la responsabilidad sobre su maternidad (Alonso & Gerard, 2009). De la misma manera, Magnone Aleman (2010) opina que tanto concebir como dar a luz en el paradigma de la humanización aumenta los derechos humanos de las

mujeres y conduce a una lucha por la autonomía y la liberación de la mujer en uno de los escenarios del control misógino por excelencia: la Obstetricia.

La práctica humanizada de atención del embarazo y parto, además de asegurar el respeto a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas, produce efectos colaterales como la reducción de complicaciones perinatales y en la salud del recién nacido, de la mortalidad materna y de los costos de la asistencia médica (Gil, 2009). Por ello, se entiende que los resultados obstétricos deben mejorar con la humanización del parto en cuanto a datos cuantitativos, logrando reducir significativamente los niveles de mortalidad materna y perinatal (Alonso & Gerard, 2009). Sin embargo, para conseguir equipararnos a sistemas sanitarios más avanzados, se debe otorgar más importancia a la satisfacción, al respeto a la dignidad, y a la salud física y emocional de las madres y sus hijos. Por ello, González Salgado (2011) considera que el primer paso para lograr una atención de calidad es modificar la forma de entender el parto como un proceso patológico, intervencionista y jerárquico.

Hay autores que defienden que la atención que reciben las mujeres en el periodo prenatal tiene especial importancia. Así, se entiende que humanizar el parto significa comprender que el foco de los servicios maternos no son los hospitales basados en cuidados terciarios, sino la atención primaria basada en la comunidad. En consecuencia, tener un cuidado maternal primario en manos de las matronas es una estrategia central en la humanización del parto, ya que tienen una larga tradición en colocar a la parturienta en el centro de atención y poner todo el control en sus manos, fortaleciendo así a la familia (Kuo, 2005; Misago & Kendall, 2001; Wagner, 2007).

En relación a la utilización de tecnología en la atención al parto humanizado, las opiniones también son diversas. De esta forma, pueden encontrarse declaraciones más radicales que consideran que el uso de medicación provoca por sí mismo una deshumanización en la atención. Wagner (2000) entiende que en estos casos es el personal médico el que decide sobre el parto y no la mujer que va a dar a luz, por lo que se incumple una norma básica del parto humanizado. De la misma forma, opina que aun cuando los médicos ofertan diferentes opciones a las mujeres para que ellas elijan, finalmente son los

profesionales los que deciden qué alternativas les ofrecen y si consienten o no la elección que toman.

Sin embargo, otros autores consideran que la atención de un parto no tecnificado no garantiza que sea asistido de forma humanizada, ya que la esencia de esta forma de atención se basa en la evidencia y el conocimiento sólido que tenemos hoy en día, pero no debería confundirse el modelo humanizado con un movimiento antitecnológico (Goberna Tricas et al, 2008). En consecuencia, las herramientas médicas de atención a las gestantes a veces son necesarias, pero solo deben aplicarse cuando se den situaciones de emergencia obstétrica. Asimismo, algunos autores proponen reducir la excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia científica (Alonso & Gerard, 2009; Behruzi et al., 2013).

Una tercera línea de pensamiento considera que la humanización en la asistencia obstétrica no está reñida con el intervencionismo durante la misma. En este sentido, se encuentra en la literatura el término "cesárea humanizada" que responde a un proceso en el que la mujer es situada en el centro de atención, de forma que puede estar acompañada durante la intervención y se le facilita el inicio precoz de la lactancia materna y el contacto piel con piel en el mismo quirófano. Así, una cesárea que por definición es una intervención invasiva, podría ser humanizada si cumple los criterios expuestos (Cerdán Jiménez et al., 2017; Tessier España et al., 2013).

Complementariamente a todo lo anterior, la evidencia científica muestra que existe relación entre el profesional que atiende el parto y el intervencionismo final del proceso. De esta manera, los partos atendidos por matronas tienen, entre otras cosas, menores tasas de amniotomías, de aportes de fluidos o medicación intravenosa, de utilización de monitorización electrónica fetal de rutina, de uso de analgesia epidural y de episiotomías, en comparación con los partos atendidos por médicos. Por ello, la atención de los partos de bajo riesgo por parte de las matronas es otra buena estrategia para lograr la humanización del parto (Wagner, 2000).

En otro orden de cosas, el acompañamiento de la mujer en el parto es esencial para lograr que un parto sea humanizado. Los profesionales de la salud deben mantener una presencia constante con la gestante, para calmarla y

reconfortarla, y darle palabras de aliento y consuelo. Sin embargo, en palabras de Page (2001), lo que ocurre en la mayoría de las salas de partos de los países desarrollados es que las mujeres están conectadas al monitor electrónico fetal y no reciben acompañamiento.

Por todo esto, la humanización de la atención debe constituirse como una parte fundamental dentro de la organización del sistema de atención de salud, y basarse en los principios y las relaciones entre los profesionales y las mujeres, y entre los profesionales y las unidades de servicios de atención médica. En consecuencia, los sanitarios implicados en la atención al parto han de adquirir una educación y formación continuada para asegurar la humanización del parto, ya que esta requiere una lucha continua y un desafío constante para mantenerlos a todos dentro de la misma filosofía (Araujo Mota, Guedes de Melo Martins & Meira Veras, 2006; Behruzi et al., 2013; Santos & Siebert, 2001).

En la asistencia humanizada al parto cobran especial relevancia los aspectos emocionales y psicológicos de la mujer, de manera que prestarles más importancia puede ser una estrategia más eficaz durante el parto que el uso de intervenciones tecnológicas. Se entiende por ello, que el parto necesita de apoyo, ayuda, protección y que se respeten los tiempos del proceso sin que nadie intervenga, (Gil, 2009). Davis y Walker (2010) consideran que el modelo de atención humanizada es el considerado "biopsicosocial", que tiene en cuenta una visión completa de los aspectos biológicos, psicológicos y del entorno social de la mujer.

Además, se considera necesaria la creación de "Maternidades Centradas en la Familia" o la adaptación de espacios más humanizados dentro de los hospitales (Antacle et al., 2006). En la misma línea, Wagner (2006) defiende que otra estrategia importante para humanizar el parto es trasladarlo fuera del hospital. En relación a esto, la OMS (1996) considera que la propuesta de humanización no es un llamamiento a la asistencia al parto en ningún lugar en particular, de manera que una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia más "bajo" posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado. Así, en el caso de una mujer con un embarazo de bajo riesgo este lugar puede ser su casa, una maternidad pequeña o un gran hospital.

Es indiscutible la necesidad de promover en nuestro país la investigación en relación a la eficacia de determinadas prácticas hospitalarias, y se debe favorecer la actualización de los protocolos de asistencia al parto (Herrera, Gálvez, Carreras & Strivens, 2006). También sería interesante realizar estudios que valoraran la morbilidad materna y neonatal derivada del exceso de intervenciones obstétricas en los embarazos y partos normales.

En resumen, la evidencia científica coincide en que el parto en la actualidad debe ser humanizado, poniendo a la mujer en el lugar protagonista, brindándole opciones para que sea ella quien decida, y reduciendo el uso de la tecnología al mínimo imprescindible.

CAPÍTULO 2

EL CONTROL DEL EMBARAZO Y LA ATENCIÓN AL PARTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

“Lo importante es no dejar de hacerse preguntas”

Albert Einstein

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos de gran importancia a nivel personal, familiar y social, y simplemente aportando el apoyo y la atención adecuados se conseguirá que sea una experiencia muy satisfactoria para la mayoría de las mujeres.

No obstante, la preocupación por las potenciales complicaciones que pueden darse durante la gestación ha llevado a un excesivo control prenatal y a la realización de muchas pruebas complementarias que han derivado en un gran número de intervenciones, en muchos casos innecesarias y que no gozan del apoyo de la evidencia científica. De la misma forma, muchas de las prácticas médicas que se aplican durante el desarrollo del parto se anticipan a posibles

complicaciones que puedan surgir, pudiendo ser en ocasiones, prescindibles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad -en adelante MSSSI-, 2014).

Por otra parte, se ha dejado a un lado la necesidad de una atención más integral que respete el protagonismo de la mujer como centro del proceso y le preste capacidad para tomar decisiones informadas, así como que contemple los aspectos psicosociales de la embarazada (MSSSI, 2014).

En el año 2001, la Oficina Regional de la OMS para Europa desarrolló un *Taller de Cuidado Perinatal* en el que se propusieron diez principios que deberían ser considerados en la atención al embarazo y al parto normales (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001). Estos diez *Principios del Cuidado Perinatal* se recogen en la Tabla 3.

En España estas recomendaciones dadas por la OMS en relación a cuál es la mejor atención durante el embarazo y el parto han tenido una incorporación lenta. Como consecuencia de ello, llevamos muchos años de retraso en la práctica basada en la evidencia en comparación con otros países de europeos como Inglaterra, Holanda o Noruega (Herrera et al., 2006; Iglesias Casás, Conde García & González Salgado, 2009; Wagner, 2006).

La asistencia obstétrica basada en evidencias ha demostrado una mayor satisfacción en las usuarias y los profesionales, lográndose así un aumento considerable en los correspondientes indicadores de calidad. Por ello, tanto las instituciones sanitarias como los profesionales de la salud deben aportar cuidados de calidad en todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, manteniendo unos niveles adecuados de morbilidad materna y neonatal (Herrera et al., 2006).

Los dos apartados que integran este capítulo analizan, respectivamente, las prácticas actualmente asumidas en España durante el control del embarazo y la atención al parto. Asimismo, y a ambos respectos, se examinan los protocolos actualmente vigentes en el Hospital de León. Con ello, se pretende establecer el contexto en el que se desarrolla la presente investigación, analizando, el tipo de seguimiento y experiencia de las embarazadas atendidas en los centros de salud objeto de estudio. Asimismo, se revisa la evidencia científica en torno a ciertas prácticas intervencionistas en la

atención al parto, en ocasiones asumidas en muchas situaciones de parto normal, buscándose la posterior comparación con las creencias de las propias embarazadas.

Tabla 3. Principios del Cuidado Perinatal de la Oficina Regional Europea de la OMS.

-
1. No debe ser medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe utilizar un grupo mínimo de intervenciones, solo las necesarias, y aplicar la menor tecnología posible.
 2. Debe basarse en la tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, equipamiento y otras herramientas que ayuden a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aun superiores.
 3. Fundamentarse en las evidencias. Esto significa que debe estar avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorios cuando sea posible y apropiado.
 4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
 5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, así como científicos sociales.
 6. Debe ser integral, por lo tanto, debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente ofrecer un cuidado biológico.
 7. Estar centrado en las familias; es decir, debe dirigirse hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.
 8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
 9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
 10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.
-

Fuente: Chalmers et al. (2001).

2.1. EL CONTROL DEL EMBARAZO

Teniendo en cuenta que el embarazo es una situación fisiológica, la asistencia prestada a las mujeres gestantes debe estar basada en cuidados enfocados al desarrollo de un proceso natural, de manera que el respeto a la fisiología debe primar en todo momento. De la misma forma, el uso de la tecnología será el apropiado y solo se realizarán intervenciones cuando estén justificadas, sean beneficiosas y estén de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. Si bien es importante mantener un adecuado nivel de calidad en cuanto a la atención prestada, no lo es menos fomentar el papel protagonista de la mujer en la toma de decisiones durante todo su proceso de parto (MSSSI, 2014).

En España, la asistencia al embarazo está regulada por el Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) y, en el año 2014, el MSSSI publicó la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*, en la que ofrece una serie de recomendaciones que aportan información exhaustiva para una atención de referencia a las mujeres embarazadas. Aunque, en principio, las directrices se dirigen principalmente a mujeres sanas con embarazos normales, gran parte de ellas pueden aplicarse también a mujeres que presenten complicaciones durante su gestación y que requieran cuidados adicionales.

En el contexto de esta regulación nacional, se analizan a continuación las principales prácticas de control del embarazo aplicadas actualmente en España, en referencia a los profesionales implicados, los sistemas de control preconcepcional y de consulta durante el embarazo, y el apoyo social prestado. Asimismo, se particulariza tal análisis en la revisión del *Protocolo de control del embarazo de bajo riesgo de León* (Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de León, 2014), por ser este el contexto geográfico objeto de estudio en la investigación. Se pretende partir, así, de la experiencia asistencial de las embarazadas que están siendo atendidas en los centros de salud de la ciudad de León, como contexto para el posterior análisis de sus creencias en relación a la atención al parto.

2.1.1. Profesionales implicados en el control del embarazo

La asistencia prenatal puede ser llevada a cabo por tocólogos, matronas y médicos de Atención Primaria. En general, se recomienda que las consultas de seguimiento del embarazo normal sean asumidas por matronas y médicos de familia con la participación del resto de los equipos de Atención Primaria. No obstante, cuando se detecte una patología, el seguimiento correrá a cargo del tocólogo, que hará uso de toda la tecnología disponible para el control del feto y de la mujer (Bajo, Martínez-Astorquiza & Melchor, 2011; MSSSI, 2014).

En relación a lo anterior, tomando como referencia un embarazo normal que alcance las 40 semanas de gestación, el *Protocolo de control del embarazo de bajo riesgo de León* (Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de León, 2014) establece que la matrona debe realizar ocho visitas a la gestante, mientras que el tocólogo aportará seis controles. Cabe mencionar que, a partir de la semana 40, todos los controles que se realicen corren a cargo del ginecólogo.

2.1.2. Sistemas de control del embarazo

Según Bajo et al. (2011), la asistencia obstétrica se clasifica en ocho niveles: consulta preconcepcional, control prenatal, consulta de patología obstétrica, consulta de fisiopatología fetal, hospitalización obstétrica, urgencias obstétricas-ginecológicas, asistencia al parto y hospitalización puerperal.

En el apartado que nos ocupa, solo procede comentar en qué consisten los seis primeros niveles de atención, por ser aquellos relacionados con el embarazo. En líneas generales, tanto la consulta preconcepcional como el control prenatal buscan identificar factores de riesgo que desvíen el embarazo de la normalidad y precisen, por tanto, de cuidados más continuados y exhaustivos. Por su parte, la consulta preconcepcional se lleva a cabo de manera previa a la gestación, con el fin de conseguir mejores resultados perinatales. Por otro lado, el control prenatal consiste en el seguimiento del embarazo, y se basa en esquemas de actuación estandarizados que proponen una serie de pautas y criterios a tener en cuenta en cada momento de la gestación.

Sin embargo, el resto de los niveles asistenciales se aplican a procesos de gestación en los que está presente alguna patología que desvía el embarazo de la normalidad. De esta forma, en la consulta de patología obstétrica o de alto riesgo se atiende a todas aquellas mujeres que presenten algún factor de riesgo en cualquier momento del embarazo. Por su parte, la consulta de fisiopatología fetal se encarga de la vigilancia del feto en dichas gestaciones cuando se precisen pruebas más complejas como el estudio del perfil biofísico, registros cardiotocográficos, evaluación del líquido amniótico o de la placenta, pruebas de estrés para evaluar la reserva feto-placentaria, o pruebas invasivas como amniocentesis. Por otro lado, la hospitalización obstétrica se reserva a aquellas gestantes de alto riesgo que precisen una asistencia más continuada que la realizada en régimen ambulatorio. Asimismo, la unidad de urgencias obstétricas es el área hospitalaria donde acuden las mujeres que presentan algún problema durante el embarazo fuera del seguimiento del mismo.

En esta tesis no se han tenido en cuenta los diferentes niveles asistenciales, y únicamente prestaremos atención al control del embarazo normal, ya que en el seguimiento de los embarazos de alto riesgo cada patología precisa de una frecuencia y cuidados diferentes en función de su gravedad. Por ello, se considera que no adquiere especial relevancia en este trabajo describir cuáles son y con qué periodicidad se hacen las diferentes acciones que se llevan a cabo en los distintos casos de patología que pueden darse en el desarrollo de la gestación.

En los siguientes apartados se describen con más detalle el contenido de la consulta preconcepcional y el seguimiento prenatal, considerados como controles de referencia en todas las gestaciones.

2.1.2.1. Consulta preconcepcional

La atención preconcepcional se considera parte de la atención prenatal, ya que la salud de la mujer previa a la concepción influye en gran medida en el desarrollo del embarazo (Bajo et al., 2011; Public Health Service, Department of Health and Human Services, 1989). Además, las primeras diez semanas de gestación son el momento de mayor vulnerabilidad para el embrión, incluyendo,

por tanto, el periodo en el que la mujer desconoce que está embarazada, por lo que cobra especial importancia el consejo previo a la concepción (Bajo et al., 2011; Ibañez & Fabre, 2007; MSSSI, 2014).

La consulta preconcepcional debe realizarse dentro del año previo a la concepción, y tiene como objetivos lograr que las mujeres planifiquen sus embarazos, identificar factores médicos y sociales en la pareja con el fin de actuar sobre ellos antes de la concepción, fomentar los hábitos de vida saludables y aumentar las posibilidades de un resultado perinatal favorable (Gregory et al., 2005; Ibañez & Fabre, 2007). Sin embargo, aun realizando la consulta preconcepcional, nunca se puede asegurar que el resultado reproductivo sea el deseado, ya que esta no garantiza que el embarazo transcurra en condiciones óptimas (Ibañez & Fabre, 2007).

El contenido de la consulta preconcepcional debe ser personalizado en función de las necesidades de la mujer, de sus características y de sus antecedentes médicos y obstétricos. En términos generales, busca evaluar el riesgo en el futuro embarazo, fomentar acciones promotoras de salud y aportar suplementos farmacológicos. Además, es el momento adecuado para enfatizar la importancia de acudir precozmente a la visita prenatal, así como para informar sobre su contenido y frecuencia (Bajo et al., 2011; Ibañez & Fabre, 2007).

Sin embargo, a pesar de la importancia de llevar a cabo una consulta preconcepcional, en la provincia de León no se incluye dentro del *Protocolo de control del embarazo de bajo riesgo de León* (Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de León, 2014). No obstante, sí se hace mención a la necesidad de ofrecer suplementos farmacológicos previos a la concepción.

2.1.2.2. Seguimiento del embarazo

El control prenatal debe ser precoz, completo, periódico, de gran cobertura y accesible a la población. Para alcanzar niveles de calidad adecuados debe existir un protocolo de seguimiento de embarazo que establezca qué se debe hacer y cómo y cuándo hacerlo (Bajo et al., 2011). La SEGO (2010) ha

desarrollado un esquema tanto de las consultas realizadas en el seguimiento del embarazo normal como de las acciones que se llevan a cabo en ellas. Dichas actuaciones se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Acciones a realizar durante la asistencia prenatal a un embarazo normal.

Acción	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Historia clínica	Si	Actualizar en cada consulta	
Identificación del riesgo	Si	Actualizar en cada consulta	
Acciones informativas	Si	Actualizar en cada consulta	
Exploración general	Si		
Exploración mamaria	Si		
Exploración genital	Si	Opcional	
Talla	Si		
Peso y tensión arterial	En cada consulta		
Altura fondo uterino	En cada consulta a partir de la 16ª- 20ª semana de gestación		
Auscultación fetal	En cada consulta a partir de la 16ª- 20ª semana de gestación		
Movimientos fetales	En cada consulta a partir de la 22ª semana de gestación		
Maniobras de Leopold	En cada consulta a partir de la 28ª semana de gestación		
Grupo ABO y Rh	Si		
Coombs indirecto	Si	Si Rh (-)	Si Rh (-)
Hemograma	Si	Si	Si
Glucemia	Si		
Cribado de diabetes	Si factores de riesgo	Si	
Proteinuria cualitativa	Si	Si	Si
Cultivo de orina	Si		
Citología vaginal	Si no se ha realizado en los dos años previos		
Rubéola	Si		
Sífilis	Si	Si (-) o grupo de riesgo	
Hepatitis B	Si	Si (-) o grupo de riesgo	
VIH	Si	Si	
Cultivo S. Agalactiae			Si (35ª-37ª semana)
Ecografía	Si (11ª-14ª semana)	Si (18ª-22ª semana)	Si (32ª-36ª semana)

Fuente: SEGO (2010).

Determinados colectivos son particularmente vulnerables a la aparición de problemas asociados a mayor morbilidad y mortalidad perinatales. Por ello, la asistencia prenatal busca disminuir tales índices, aumentando el nivel de salud de la población. En consecuencia, cobra gran importancia identificar los factores de riesgo de las embarazadas para prestar una atención más adecuada llegado el caso, ya que el seguimiento del embarazo presenta diferencias en función de si la gestación es considerada de bajo o de alto riesgo (Carrasco Rico & Iglesias Diz, 1993).

En la misma línea, se debe valorar la importancia de la patología en relación con el resultado perinatal y disponer de un sistema que diferencie las gestaciones en diversos niveles. Se consigue, con ello, corregir las desviaciones de la normalidad, disminuyendo así las consecuencias adversas producidas por los factores de riesgo (García Hernández & Méndez Bauer, 1993).

En relación a la periodicidad de las consultas de embarazo, esta guarda una relación directa con los factores de riesgo que presente la gestación. De esta forma, para un embarazo normal, en líneas generales, se aconsejan entre siete y diez visitas prenatales distribuidas con una frecuencia cada vez mayor conforme avanza la gestación. Como ya se ha mencionado con anterioridad, se realizarán visitas cada cuatro o seis semanas hasta alcanzar la semana 36 de gestación, a partir de la cual los controles serán cada dos o tres semanas hasta la semana 40, y de una a tres veces semanales desde la semana 40 al final del embarazo. Sin embargo, en las mujeres que presentan problemas médicos u obstétricos la continuidad de los controles prenatales viene determinada por la naturaleza y gravedad de la situación (Carrasco Rico & Iglesias Diz, 1993; López Freire, Melchor Marcos & Serra Zantop, 2007).

El *Protocolo de control del embarazo de bajo riesgo de León* (Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de León, 2014) trata de adaptar las recomendaciones aportadas por la SEGO al área sanitaria de la provincia. Así, las gestantes acuden a las consultas con la misma frecuencia mencionada con anterioridad y, en general, las acciones llevadas a cabo en las diferentes visitas prenatales son las descritas en la Tabla 4.

2.1.3. Fuentes de apoyo a la embarazada

El estado de gravidez es en sí mismo una situación que provoca en las mujeres cierto grado de estrés que puede dar lugar a profundos efectos negativos en la salud física y mental. Por ello, cobra gran importancia la empatía, los cuidados y la información que se les aporta a las mujeres durante el periodo gestacional.

En la actualidad es bien conocido que el apoyo social protege y reduce los efectos del estrés (Gracia Fuster, Herrero Olaizola & Musitu Ochoa, 1995). En relación a ello, la evidencia científica aporta múltiples definiciones y funciones del apoyo social. En el tema que nos ocupa, cabe prestar atención a las dimensiones emocional e informacional del concepto.

En primer lugar, el apoyo emocional se refiere al área afectiva e incluye presencia física, escuchar y dar tranquilidad, confianza y firmeza (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1982). Este apartado del apoyo desempeña un papel de gran importancia en relación a la salud, de forma que su desaparición provoca efectos negativos en la misma (Barrón, Lozano & Chacón, 1988). Asimismo, existe constancia de que el apoyo emocional fomenta la autoestima, influyendo de forma positiva en la situación de las personas que atraviesan situaciones estresantes (Wills, 1982).

Por su parte, la dimensión informacional del apoyo social da respuesta a la carencia de conocimientos ante una situación estresante. Así, al igual que en situaciones cotidianas la mayoría de las personas poseen instrumentos apropiados para mantener un funcionamiento social adecuado, cuando la tensión ambiental es superior a los conocimientos y a la capacidad resolutive de los individuos, se hacen necesarios los consejos adicionales para poder afrontar la situación y resolverla de la forma más eficaz posible (Wills, 1985).

2.1.3.1. Apoyo emocional

Los profesionales sanitarios deben escuchar a las mujeres y tratar de entender sus preferencias y preocupaciones con respecto al embarazo y al parto.

Además, es importante proporcionarles ayuda y apoyo emocional y promover los pilares de la atención humanizada, basando sus conocimientos en la evidencia científica (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013; Hodnett, Gates, Hofmeyer & Salaka, 2008; Kuo, 2005). En consecuencia, es fundamental que las gestantes se sientan atendidas clínicamente, pero no es menos importante que estén protegidas en el aspecto psicológico. De esta forma, las matronas, durante su trabajo diario, no deben limitarse a aplicar a las mujeres determinadas técnicas y cuidados estandarizados, sino que, además, tienen la obligación de mantener una evaluación constante del estado físico y emocional de las gestantes, brindándoles soporte emocional y acompañándolas durante todo el proceso.

Por otra parte, en el momento del parto, se debe tratar a las mujeres de forma amable, y utilizar adecuadamente el vocabulario y las habilidades de comunicación. Cobra gran importancia la actitud, el tono de voz empleado, las palabras utilizadas y la forma en que se prestan los cuidados (MSPS, 2010a).

De esta manera, aspectos tales como el respeto, la empatía, la asertividad, la escucha activa y el asesoramiento deben ser herramientas más de la labor cotidiana (Herrera et al., 2006; OMS, 1996). Esta línea de trabajo fomenta el respeto a la dignidad de la mujer y favorece que su parto ocurra en las mejores condiciones de intimidad, calma y libertad (Groom, Paterson-Brown, & Fisk, 2002; Lacquemyn, Hankows & Martins, 2001; Pujadas Ríos, Oviedo Rodríguez, Montero Torres & Pineda, 2011).

Es especialmente relevante que el personal sanitario establezca una relación empática con las mujeres y les interroge acerca de sus expectativas y necesidades. De la misma manera, la relación debe ser de igual a igual, de forma que los profesionales tienen que aportar a las gestantes una información completa y honesta para que decidan adecuadamente, tratando de orientarlas y apoyarlas en sus elecciones (MSPS, 2010a; Wagner, 2006).

En la atención humanizada del parto es básico mantener una buena relación entre la gestante y el profesional que la asiste. La confianza que la mujer deposita en quien la acompaña le aporta una sensación de seguridad en los cuidados que reciben ella y su hijo (Martins, Almeida & de Mattos, 2012). Sin embargo, lograr una buena relación entre el profesional y la parturienta solo será posible si existe continuidad en la atención que la mujer recibe (Page, 2001). En

esta línea, la atención obstétrica llevada a cabo por una sola matrona durante todo el proceso de parto hace que las mujeres se sientan acompañadas, entendidas y únicas. Además, la asistencia individual y personalizada a la mujer ha demostrado tener mejores resultados obstétricos (Dueñas et al., 2005; Hodnett, Downe & Walsh, 2012; Hodnett et al., 2008). Por otro lado, aun cuando el desarrollo del parto se desvía de la normalidad y se precisa la actuación de otro miembro del equipo, la matrona sigue aportando apoyo y cuidados a la gestante como en un proceso fisiológico normal. En base a esto, las administraciones sanitarias deben tender a garantizar la disponibilidad de una matrona que pueda dedicar el cien por cien de su tiempo a cada mujer, con trabajo de parto instaurado (González Salgado, 2011). Sin embargo, no es una premisa que se cumpla en la mayoría de los hospitales españoles, donde matronas y médicos comparten la atención del parto y se trabaja con turnos de una duración determinada, por lo la mujer es atendida por varios profesionales a lo largo de su parto (Wagner, 2000).

En otro orden de cosas, pueden distinguirse dos tipos de acompañamiento a la mujer de parto: el acompañamiento de la persona elegida por la gestante, generalmente su pareja o un familiar, y el acompañamiento por parte de los profesionales sanitarios.

En lo que respecta al acompañamiento no profesional de la mujer, puede ser llevado a cabo por la persona que ella decida y que preferiblemente se encuentre entrenada para el acompañamiento efectivo al parto. No tiene por qué ser necesariamente su pareja, sin embargo, algunos autores consideran que es lo ideal, ya que al ser testigo del nacimiento establece un contacto temprano con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y el vínculo paterno-filial, aumentando el compromiso de cuidarlo, criarlo y protegerlo (Cosvoski Alexandre & Martins, 2009; Gil, 2000; Ibañez, 2004). A este respecto, en los últimos años se está reivindicando un mayor protagonismo de la figura paterna durante el embarazo, el parto y la crianza (Gallardo Diez & Sánchez Perruca, 2007). Asimismo, cuando las parejas acuden juntas a las visitas y sesiones durante el periodo prenatal, aumenta la satisfacción de ambos y disminuye la ansiedad y la depresión postparto de las mujeres (Sapkota, Kobayashi & Takase, 2012).

Por otro lado, además de que el acompañamiento durante el parto ofrece muchas ventajas para la salud de la gestante y de su bebé, la persona que acompaña a la mujer colabora en la realización de diferentes prácticas como masajes o ayuda en la relajación, fomentando la evolución normal del proceso (Rangel da Silva, De Souza Serrano & Moreira Christoffel, 2006). Mediante este apoyo, la mujer tiene una visión del parto menos dificultosa favoreciéndose el ambiente idóneo para que el proceso normal siga su curso, lo que probablemente evite una cascada de intervenciones obstétricas que pueden derivar en efectos adversos, lográndose con ello una vivencia más positiva (Herrera et al., 2006).

Teniendo en cuenta que el acompañamiento por parte de la pareja tiene importantes consecuencias para la salud familiar, los profesionales deben fomentarlo durante el embarazo, el parto y el postparto. Asimismo, se debe proporcionar apoyo al padre y darle su lugar, considerándolo una parte esencial del proceso (Ramírez Peláez & Rodríguez Gallego, 2014).

En relación al acompañamiento por parte del personal sanitario, se ha demostrado que el soporte dado a la mujer de parto reduce la necesidad de medicación para aliviar el dolor, de partos instrumentales y de cesáreas. Además, el acompañamiento profesional se asocia también a resultados perinatales más favorables y a una ligera disminución en la duración del trabajo de parto (Hodnett et al., 2008). Por ello, cada matrona debe tener dedicación exclusiva con la mujer durante todo su proceso de parto y brindarle todo su tiempo, atendiéndola de forma individual y continua (MSPS, 2009, 2010a).

2.1.3.2. Apoyo informacional

Durante el desarrollo del embarazo surgen muchas dudas en la pareja y, por tanto, es necesario aportar una adecuada educación maternal que solvete sus preocupaciones y les cree confianza en sí mismos (Iniasta, Goghen & Bajo, 2007). Por tanto, debe aportarse información adecuada, correcta y actualizada a todas las mujeres desde la visita preconcepcional hasta el puerperio; es decir, que la educación maternal debe estar presente en cada control sanitario que lleve a cabo la mujer.

De la misma forma, la información proporcionada debe ser la adecuada al periodo de la gestación en el que se encuentre la mujer. Así, en la visita preconcepcional es importante hacer hincapié en la adopción de hábitos de vida saludables e iniciar la suplementación farmacológica correspondiente (Ibañez & Fabre, 2007). Por otro lado, una vez lograda la gestación, durante las visitas prenatales del primer trimestre conviene cubrir temas tales como nutrición, hábitos tóxicos, actividad física y laboral, higiene, sexualidad, viajes, y signos y síntomas de consulta, entre otros (López et al., 2007).

En el *Protocolo de control del embarazo de bajo riesgo de León* (Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de León, 2014) se incluyen tres anexos que cumplen, por su redacción, la función de dar pautas escritas a las gestantes para que les sirvan como guía. En líneas generales, las recomendaciones que aporta este documento están en consonancia con las prestadas por la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* (MSSSI, 2014).

El primer anexo del protocolo cita una serie de acciones informativas y promotoras de salud durante el embarazo. De esta forma, se incluyen consejos en relación a la alimentación, hábitos tóxicos, uso de medicamentos, higiene, trabajo, deportes, viajes y relaciones sexuales. Además, se describen posibles cambios corporales que puede sufrir la gestante, así como una serie de medidas a seguir para evitar el contagio de algunas enfermedades infecciosas transmisibles al feto. Por otra parte, se informa de la existencia de los cursos de preparación maternal y de su utilidad. Posteriormente, en los siguientes apartados se muestra un listado de situaciones que pueden darse durante el embarazo en las que la mujer debe acudir a consulta o al hospital. Por último, se abordan las diferentes situaciones que deben llevar a la gestante a pensar que su parto ha comenzado, así como algunas pautas en relación con la lactancia materna y el puerperio.

El segundo anexo del protocolo aporta a las gestantes una serie de recomendaciones para la prevención primaria de la infección por toxoplasmosis durante el embarazo.

Por último, el tercer anexo ofrece información sobre el seguimiento del embarazo normal, reflejando, en líneas generales, las actuaciones más

frecuentes que se realizan en Atención Primaria por las matronas y en Atención Especializada por los ginecólogos.

En otro orden de cosas, cabe mencionar la preparación maternal como medida de apoyo informacional de especial relevancia durante el transcurso del embarazo. Si bien es cierto que en cada control prenatal debe aportarse información adecuada y personalizada, las charlas de educación maternal proporcionan a las gestantes información más detallada sobre el embarazo, parto y puerperio.

Las necesidades de las mujeres han ido modificándose con el paso de los años y con ellas, también ha ido cambiando el enfoque de la educación maternal. De esta forma, los conocimientos que tradicionalmente se transmitían de generación en generación pasaron a profesionalizarse como respuesta a cambios socioculturales, surgiendo así la preparación maternal (Molina Salmerón et al., 1996; MSSSI, 2014). En un primer momento, el objetivo que se buscaba era apoyar el parto normal y no medicalizado. Posteriormente, el traslado de la atención del parto al hospital y el inicio de su tecnificación dieron lugar a una mayor implicación de los profesionales sanitarios en relación a los conocimientos que las parejas debían poseer, centrándose en la promoción de estrategias para evitar el dolor del parto. Sin embargo, años después, los esfuerzos se han dirigido al desarrollo de la autoconfianza de las mujeres y a su empoderamiento (Álvarez Holgado, Gilart Cantizano, Palomo Gómez, Vázquez Lara & Rodríguez Díaz, 2016).

A pesar de las modificaciones experimentadas por la preparación maternal a lo largo de la historia, hoy en día se encuentra totalmente integrada dentro del sistema sanitario, formando parte de las técnicas para el desarrollo del empoderamiento de la población (Fernández y Fernández Arroyo, Muñoz San Roque & Torres Lucas, 2014). Además, se considera una estrategia de humanización de la asistencia prenatal en el sentido de que reduce el número de intervenciones innecesarias durante el parto (Soto et al., 2006). Sin embargo y a pesar del carácter universal y gratuito del programa, la asistencia a las charlas ha disminuido en los últimos años, de forma que menos de la mitad de las embarazadas acuden a las sesiones (Márquez García et al., 2001; Pina, Martínez, Rojas, Campos & Rodríguez, 1994).

La preparación maternal comprende un conjunto de medidas educativas y de apoyo a la pareja que buscan promocionar la salud influyendo en el comportamiento de las mujeres, aumentar su confianza en sí mismas y en su capacidad para dar a luz, preparar a las parejas de cara al parto y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad perinatales (Gagnon & Sandall, 2007). Asimismo, se ofrece a las mujeres herramientas para afrontar su ansiedad a través de la información y la desmitificación de prejuicios erróneos, aclarando sus dudas y logrando de esta forma que adquieran nuevos conocimientos (Bastani, Hidarnia, Montgomery, Aguilar Vafaei & Kazemnejad, 2006; Couto, 2006; Sánchez & Ariza, 1985).

Por otra parte, la educación maternal parece funcionar mejor a nivel grupal que individual, ya que en la dinámica del grupo se crean relaciones que ayudan a nivel afectivo y emotivo. Además, se favorece la posibilidad de compartir experiencias, ideas y conocimientos entre las mujeres, así como de entablar amistades y redes de apoyo (Iniesta et al., 2007; Teate, Leap, Rising & Homer, 2001).

No existe una forma única de aplicar la preparación, sino que cada profesional decide en cuantas sesiones la estructura y qué contenido tiene cada una de ellas. Asimismo, los cambios sociales que se están produciendo afectan al área de la maternidad, por lo que deben adaptarse los contenidos de la educación maternal a las nuevas demandas de la sociedad. Por ello, es esencial la evaluación de las expectativas y preocupaciones de las integrantes del grupo al inicio del curso, para dar respuesta a sus necesidades (Gallardo Diez & Sánchez Perruca, 2007; Iniesta et al., 2007).

En general, las sesiones de educación maternal suelen constar de una parte teórica y otra práctica. En lo que respecta a las clases teóricas, se proporciona información sobre la reproducción, el embarazo, el parto y el puerperio, y los cuidados del recién nacido. Se consigue así que las mujeres reconozcan con mayor facilidad el inicio del parto y el momento oportuno para acudir al hospital si fuera el caso, reduciéndose con ello las estancias hospitalarias innecesarias y optimizándose el uso de recursos sanitarios (Reyes Hoyos, 2004).

Por su parte, el apartado práctico está formado generalmente por cuatro actividades (Orellana, s.f.). En primer lugar, se instruye a las embarazadas en técnicas de respiración con la finalidad de mejorar la oxigenación materna y fetal. Asimismo, este método ayuda a controlar el dolor en el momento del parto. En segundo lugar, el desarrollo de técnicas de relajación durante las sesiones de educación maternal disminuye la tensión nerviosa de las mujeres y las prepara para hacer frente al dolor y la fatiga durante el parto. En tercer lugar, la instrucción en medidas posturales ayuda a evitar o aliviar el dolor muscular producido por los cambios corporales derivados de la gestación. Por último, la realización de ejercicios musculares mejora la funcionalidad corporal y aumenta la agilidad de las embarazadas (Iniesta et al., 2007; Martínez Galiano & Delgado Rodríguez, 2014; MSSSI, 2014). Dicha gimnasia prenatal incluye ejercicios circulatorios, pélvicos, abdominales, perineales y pectorales, que ayudan a combatir las molestias que puedan surgir a lo largo de la gestación (Orellana, s.f.).

A pesar de que la estructuración de las sesiones es responsabilidad de las matronas, la educación maternal debe tener un carácter multidisciplinar colaborando con sexólogos, profesionales de planificación familiar, equipos pediátricos y médicos de familia. Así, los diferentes profesionales cooperarán en las charlas abordando temas específicos de sus competencias (Generalitat Valenciana, 2002).

La preparación maternal proporciona una vivencia más feliz y consciente de la maternidad. Dar respuesta a las dudas de las mujeres, explicarles las diferentes actuaciones que se llevan a cabo y enseñarles cómo favorecer el mecanismo fisiológico del parto, favorece que aprendan a diferenciar y a percibir las sensaciones (Herrera et al., 2006). Asimismo, se ha demostrado que las mujeres que reciben educación maternal planean su parto con una visión más positiva y tienen una participación más activa durante el mismo, al sentirse más seguras de su capacidad para afrontar el parto y la crianza (Bailey, Crane & Nugent, 2008; Lino Morgado, Costa Pacheco, Simões Belém & Correia Nogueira, 2010). Por ello, las mujeres deben ser objeto de cuidados basados en la evidencia científica disponible y actualizada, para alcanzar una atención humanizada. Además, la información que se les facilita les permite ser el centro de su parto y tomar sus propias decisiones entre las

diferentes opciones existentes para cada caso. Por ello, los profesionales sanitarios han de fomentar la participación y la asistencia de las gestantes a la educación maternal, haciendo hincapié en los beneficios que aporta para ellas y para sus hijos (Martínez Galiano & Delgado Rodríguez, 2014).

En conclusión, es necesario que las gestantes conozcan lo que dicta la evidencia científica acerca de qué es y qué no es recomendable en la atención al embarazo y al parto según los estudios más actualizados. Las mujeres deben tener toda la información disponible en cuanto a la seguridad que aportan los diferentes espacios físicos donde pueden dar a luz, qué profesionales proporcionan más apoyo y cuidados más humanizados en el parto, y qué tipo de parto apoya y fortalece a las mujeres (Wagner, 2007).

2.2. LA ATENCIÓN AL PARTO

La medicina basada en la evidencia pone de manifiesto que el uso inadecuado de la tecnología en el parto no aumenta su seguridad, sino que, por el contrario, ocasiona iatrogenia, dando lugar a un aumento de la tasa de partos instrumentales y cesáreas que, en el SNS español alcanza cifras muy por encima de las recomendadas por la OMS (Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), 2014).

Todavía, hoy en día, y a pesar de la evidencia científica disponible, gran parte de la población y algunos profesionales sanitarios creen que no es posible tener un parto seguro sin la utilización de procedimientos e instrumentos técnicos (Iglesias Casás et al., 2009). De la misma manera, sigue fuertemente arraigada la creencia errónea de que una cesárea es más segura que un parto vaginal (González Salgado, 2011).

Por consiguiente, puede concluirse que es necesario realizar una profunda transformación de los servicios sanitarios y modificar las actitudes de los profesionales que abogan por el intervencionismo injustificado en el proceso de parto para lograr que la humanización durante el mismo sea un hecho. Así, se conseguirán prácticas respetuosas, eficaces y humanas en la atención obstétrica

prestada durante el embarazo, el parto y el postparto (Iglesias Casás et al., 2009).

Asumiendo este enfoque, los siguientes subapartados ofrecen una revisión de las prácticas de atención al parto actualmente aplicadas en España, en relación a los profesionales implicados y a las posibles intervenciones que pueden aplicarse. A este último respecto, se revisan las conclusiones de las principales evidencias científicas y su grado de correspondencia con los protocolos de atención al parto actualmente vigentes en el Hospital de León. Se busca, así, establecer un contexto comparativo desde el que analizar las creencias de las mujeres embarazadas que están siendo atendidas desde los centros de salud de la ciudad.

2.2.1. Profesionales implicados en la atención al parto

En los países más industrializados es posible encontrar dos modelos diferentes de asistencia al parto. La diferencia entre ambos modelos radica en qué profesional desempeña el papel principal en la atención al parto. Así, en el primer caso es la matrona quién se encarga de la asistencia del proceso identificando desviaciones de la normalidad para derivar el caso cuando se convierte en patológico por algún motivo. Sin embargo, en el segundo modelo la atención es asumida principalmente por el médico obstetra, quien lidera en mayor o menor medida el proceso de parto, dirigiendo en muchos casos los quehaceres de la matrona.

Por una parte, el primer modelo de atención da lugar a embarazadas con procesos de bajo riesgo que son atendidas por matronas, entendiendo que el embarazo y el parto son procesos vitales y fisiológicos. La filosofía de este modelo radica en la confianza en la capacidad de las mujeres para llevar a cabo el parto con la mínima intervención posible, siendo el enfoque imperante en los países con las menores tasas de mortalidad maternal y perinatal, donde más del 80% de las mujeres son atendidas exclusivamente por matronas durante el embarazo y el parto, ya sea dentro o fuera del hospital (Wagner, 2006).

Por otra parte, la segunda forma de atención es asumida conjuntamente por matronas y ginecólogos con diferentes niveles de implicación en función de las características del sistema sanitario, del centro en el que se encuentren y de las consideraciones socioculturales. La base de este modelo radica en la consideración de que la normalidad de un parto solo puede valorarse a posteriori, una vez que se ha producido (Compte et al., 2015; Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008). Este enfoque se corresponde con el asumido en países como España, donde el papel de las matronas se centra en la asistencia al parto normal y la valoración del mismo, pero, generalmente, bajo la supervisión del médico.

No obstante, la investigación científica pone de manifiesto cuatro ventajas principales en la atención proporcionada por matronas (Wagner, 2006): i) aplican una atención más segura en los partos de bajo riesgo (MSPS, 2010a; Hatem et al., 2008; Wagner, 2006); ii) utilizan menos intervenciones innecesarias presentado menor índice de amniotomía, anestesia epidural, episiotomía, instrumentalización obstétrica en el expulsivo y cesárea (Wagner, 1998); iii) producen un ahorro en los costes sanitarios debido a que su salario profesional es menor que el de los médicos y a que el reducido intervencionismo en su ejercicio profesional deriva en una reducción del uso de recursos (Wagner, 2006); y iv) proporcionan un mayor ambiente de tranquilidad y aumentan la satisfacción de las mujeres con su parto (Wagner, 2006). La Tabla 5 resume las ventajas aportadas por las matronas en la asistencia obstétrica.

Tabla 5. Ventajas de la asistencia obstétrica llevada a cabo por matronas.

Ventajas de la asistencia obstétrica llevada a cabo por matronas
1. Atención segura en partos de bajo riesgo
2. Menos intervencionismo obstétrico
3. Ahorro en los costes sanitarios
4. Aumento de la satisfacción materna

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, a pesar de que las matronas son consideradas como el profesional más indicado para asistir el parto eutócico y contribuir a la política de humanización, en la actualidad se encuentran notablemente discriminadas en países como el nuestro, ya sea por la falta de una división clara de tareas organizadas entre ginecólogos y matronas, o de un liderazgo firme y seguro en enfermería (Rangel da Silva et al., 2006). En consonancia con lo anterior, algunos autores plantean la conveniencia de que las matronas reclamen su papel en el embarazo, parto y puerperio y se replanteen su responsabilidad como expertas en dichos procesos, devolviendo, en último término, el protagonismo a las mujeres que acompañan (Herrera et al., 2006). Por su parte, los ginecólogos, como profesionales especialistas en patología obstétrica, son considerados los responsables de asegurar la atención de los partos que presentan complicaciones, estando disponibles para las urgencias que surjan y que puedan desembocar en riesgo vital para la madre o el feto. En consecuencia, teniendo en cuenta que la formación de cada grupo es diferente, las competencias que deben asumir también deben serlo lográndose con ello un aumento en la calidad asistencial (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists & Royal College of Paediatrics and Child Health, 2007).

2.2.2. Posibles intervenciones en la atención al parto

Con el paso de los años la ciencia ha desarrollado nuevas tecnologías que se incluyen dentro del ritual de atención al nacimiento con el fin de mejorar la seguridad en el embarazo y el parto. Sin embargo, la evidencia ha ido demostrando que, si bien tales intervenciones son necesarias y apropiadas en algunos casos, no lo son para la mayoría de las mujeres sanas que son capaces de tener partos normales (Johnson & Daviss, 2005). Así, algunas de las prácticas que se aplican en los paritorios pueden considerarse neutras por sí mismas cuando se realizan oportunamente, pero adquieren una cualidad negativa si se aplican por rutina en todos los casos sin valorar si son o no necesarias (Fernández del Castillo, 2003).

En línea con lo anterior, diversos expertos insisten en que determinadas prácticas hospitalarias que muchas veces se realizan de forma rutinaria interfieren con el proceso fisiológico del parto y pueden resultar contraproducentes, cuestionando su utilidad en embarazos y partos de bajo riesgo (Herrera et al., 2006). Además, si se aplican de forma indiscriminada y rutinaria, aumentan los riesgos del parto e impactan de forma negativa en la autonomía y dignidad de la mujer (OMS, 2015).

En 1996 la OMS clasificó diversas prácticas realizadas habitualmente en la asistencia al parto en cuatro categorías en función de su utilidad, su eficacia o su carácter perjudicial: i) prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas (categoría A); ii) prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas (categoría B); iii) prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema (categoría C); y iv) prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente (categoría D). La Tabla 6 muestra dicha clasificación incluyendo únicamente las intervenciones que están relacionadas con las prácticas estudiadas en este trabajo.

En el contexto de estas ideas, se revisan a continuación las principales evidencias sobre el empleo de las intervenciones más frecuentes en la asistencia al parto normal. En cada caso, se contrasta la literatura científica con las pautas clínicas recogidas en los protocolos del Hospital de León, como contexto clínico en el que se focaliza el análisis empírico de esta tesis.

A tal respecto, para la valoración de las diferentes intervenciones en el contexto del Hospital de León, se toman como referencia dos protocolos obstétricos. De un lado, la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) tiene como objetivo proporcionar una base de actuación consensuada en el área de partos del Hospital de León en las mujeres con gestaciones de bajo riesgo. De otro lado, el *Protocolo de inducción del parto* (Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León, 2012) marca los criterios que deben cumplirse a la hora de provocar el parto, así como las pautas de actuación en estos casos.

Tabla 6. Clasificación de la OMS de diversas prácticas obstétricas.

Categoría A: Prácticas útiles que deberían ser promovidas
Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto
Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto
Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación como el masaje y las técnicas de relajación
Libertad de posición y movimiento durante todo el parto
Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto
Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto en la mujer con riesgo de hemorragia postparto, o incluso con riesgo de perder una pequeña cantidad de sangre
Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia
Categoría B: Prácticas perjudiciales que deberían ser eliminadas
Uso rutinario de enema
Uso rutinario del rasurado púbico
Infusión intravenosa de rutina en el parto
Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina
Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación
Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados
Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto
Categoría C: Prácticas que deberían usarse con cautela hasta nuevos estudios
Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto como hierbas, inmersión en el agua, y estimulación nerviosa
Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto
Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto
Categoría D: Prácticas que a menudo se usan inadecuadamente
Restricción de líquidos y alimentos durante el parto
Control del dolor con agentes sistémicos
Control del dolor con analgesia epidural
Estimulación con oxitocina
Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto
Uso liberal o sistemático de la episiotomía

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (1996).

2.2.2.1. Amniorrexis artificial

La rotura artificial de la bolsa amniótica es una técnica utilizada para provocar que la presentación fetal se apoye directamente sobre el cérvix y favorecer así la dinámica uterina con el fin de acortar la fase de dilatación del parto. Si bien es cierto que está indicada en algunas situaciones, su uso indiscriminado en todos los casos tiene más inconvenientes que ventajas. La rotura de las membranas por parte del profesional es una intervención que algunos autores consideran una invasión del cuerpo de la mujer (Rangel da Silva et al., 2006). Además, esta técnica provoca que las contracciones sean más intensas y, por tanto, peor toleradas para la embarazada (Herrera et al., 2006).

Existe controversia en cuanto a qué relación existe entre la amniotomía y la tasa de cesáreas. De esta forma, algunos autores consideran que la rotura artificial de membranas está asociada a un mayor riesgo de pérdida de bienestar fetal, lo que conlleva un aumento del número de cesáreas (Herrera et al., 2006). Pero, por otro lado, otros estudios aseguran que su uso combinado con oxitocina se asocia a una modesta reducción del número de cesáreas (Wei & Wo et al., 2009).

En base a la evidencia científica, puede concluirse que tiene que existir una razón válida para modificar el momento de rotura espontánea de las membranas, por lo que no se debe practicar la amniorrexis artificial de forma rutinaria en aquellos trabajos de parto que progresen de forma normal, ya que no se ha demostrado mejoría en los resultados obstétricos (MSPS, 2010a).

A este respecto, la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) recomienda la amniorrexis artificial en el momento en el que el progreso del parto no sea el que el equipo considera adecuado o cuando se haga uso de la analgesia epidural, basándose en que, en estos casos, se enlentece la primera fase del parto.

2.2.2.2. Administración de oxitocina

La utilización de oxitocina se divide en dos categorías diferentes dependiendo de en qué momento del parto es administrada: durante el alumbramiento o en la fase de dilatación.

Así, la administración profiláctica de oxitocina en la tercera fase del parto se considera una práctica demostradamente útil y que debe ser estimulada en el caso de mujeres con riesgo de hemorragia postparto (FAME, 2007; Martínez Galiano, 2009; MSPS, 2010a; OMS, 2012; SEGO, 2008).

Por otro lado, la administración de oxitocina en la fase de dilatación busca conseguir contracciones uterinas más intensas, más regulares y/o más frecuentes para acortar la duración del parto. Así, durante décadas se ha estado utilizando como fármaco para evitar posibles trabajos de parto prolongados y sus complicaciones, buscando con ello evitar cesáreas (O Driscoll, Foley & MacDonald, 1984). Sin embargo, con el tiempo, su uso durante la primera etapa del parto ha dado lugar a opiniones discordantes. De esta forma, si bien en ocasiones su administración es beneficiosa cuando se debe conducir un parto por algún motivo justificado o se establece un diagnóstico de retardo de la dilatación, en otros casos no se considera necesaria.

Algunos autores consideran que el uso de oxitocina debe estar restringido a las situaciones en las que está indicado. Sin embargo, en la práctica clínica esta regla no es muy respetada y se usa indiscriminadamente tanto para acelerar partos lentos, como para dirigir procesos fisiológicos que avanzan dentro de la normalidad (Bernitz, Oian, Rolland, Sandvik & Blix, 2014). De esta forma, cuando se administra por rutina e inapropiadamente en partos que transcurren de forma normal se considera no solo ineficaz, sino potencialmente capaz de producir iatrogenias (MSPS, 2010a; OMS, 2015).

La administración de oxitocina sintética puede provocar una hiperestimulación uterina que conlleva un aumento del porcentaje de riesgo de pérdida del bienestar fetal, de rotura uterina y de cesárea (Gülmezoglu, Crowther & Middleton, 2007; Jonsson, Nordén-Lindeberg, Ostlund & Hanson, 2008). Además, incrementa el uso de intervenciones que no serían necesarias si se deja que el parto transcurra de forma fisiológica (Herrera et al., 2006).

En este contexto, la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) recomienda la infusión oxicítica cuando el parto no progrese adecuadamente, o cuando la dilatación del cuello uterino se vea retardada tras la administración de la analgesia epidural. Para ello, el protocolo se basa en los estudios que relacionan el uso precoz de oxitocina con el aumento de los partos vaginales espontáneos y la disminución de la tasa de cesáreas (Wei, Luo, Qi, Xu y Fraser, 2010; Wei, Luo, Xu y Fraser, 2009).

2.2.2.3. Administración de enema

Durante años se emplearon enemas de limpieza de forma rutinaria previos al parto. Su uso sistemático se basaba en que se suponía que estimulaban la dinámica uterina, provocaban el vaciamiento intestinal que favorecía el descenso de la cabeza fetal y reducían la contaminación y las infecciones maternas y fetales. Además, la encopresis durante el expulsivo provoca cierto grado de turbación en las mujeres que se pretendía evitar mediante esta técnica (MSPS, 2010a;).

Sin embargo, las supuestas ventajas de la administración de enemas durante el parto se han puesto en cuestión ante la consideración de inconvenientes como la incomodidad del procedimiento, el aumento del dolor durante el parto, el incremento del riesgo de infección, la sobrecarga de trabajo de los profesionales, y los costes que supone (MSPS, 2010a; OMS, 1996).

Como consecuencia, actualmente se considera una práctica innecesaria que no debe realizarse rutinariamente durante el trabajo de parto, por ser un procedimiento claramente perjudicial e ineficaz que, para muchos expertos, debe ser eliminado (MSPS, 2010a; Reveiz, Gaitán & Cuervo, 2008).

En la misma línea, la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León,

2013) restringe el empleo del enema a aquellas situaciones en las que la mujer lo solicite o si es necesario por existir heces en la ampolla rectal.

2.2.2.4. Rasurado del periné

Durante años, el rasurado del vello púbico durante la dilatación de parto fue una práctica utilizada de forma habitual en los paritorios españoles. Este procedimiento era entendido como una técnica que reducía las infecciones y facilitaba la sutura del periné (MSPS, 2010a; OMS, 1996). Sin embargo, esta práctica ha sido calificada por las gestantes como desagradable, molesta e invasiva (Herrera et al., 2006).

Se ha demostrado que el rasurado del periné ocasiona erosiones cutáneas que pueden dar lugar a colonización de microorganismos y, además, es desagradable y provoca en la mujer intenso malestar y prurito durante la fase posterior de crecimiento del vello. Por tanto, hoy en día no se recomienda el rasurado perineal sistemático en las mujeres con trabajo de parto activo (Basevi & Lavender, 2008; MSPS, 2010a). En la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) se mantiene la misma recomendación.

2.2.2.5. Ingestión de líquidos y sólidos durante el parto

Durante años, las mujeres parturientas tuvieron prohibido ingerir alimentos o bebidas y, en su lugar, se les proporcionaba hidratación a través de una vía venosa que infundía sueroterapia. En la actualidad, en algunos hospitales se sigue manteniendo la práctica del ayuno, a pesar de la evidencia disponible que apunta que la ingestión de líquidos durante el trabajo de parto en los embarazos de bajo riesgo es inocua (Dávila Expósito et al., 2009). Es el caso del Hospital de León, donde la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) no permite la

ingesta de alimentos sólidos y líquidos durante el trabajo de parto activo y hasta al menos una hora después del mismo.

La prohibición de ingerir alimentos o bebidas durante el parto se basa en el riesgo de aspiración del contenido gástrico (síndrome de Mendelson) en el caso que fuera necesaria una anestesia general para realizar una cesárea (Enkin et al., 2000; Sleutel & Golden, 2006; Toochill, Soong & Flenary, 2008). Sin embargo, hoy en día la tendencia durante el parto es la utilización de anestésicos raquídeos en lugar de generales (Caravaca, Martínez, Casajoana & Lorente, 2009), y la probabilidad de que durante la evolución de un parto normal se precise una cesárea urgente es baja (Herrera et al., 2006). Además, se ha demostrado que el síndrome de Mendelson tiene una incidencia muy reducida, y que el ayuno no garantiza el completo vaciado gástrico en una embarazada (Mendelson, 1946), por lo que la ingestión de pequeños sorbos de agua o de alimentos suaves y de fácil digestión no parecen aumentar su incidencia. Por otro lado, la restricción de la ingesta puede dar lugar a deshidratación y producir retraso en el progreso del parto (Tranmer, Hodnett, Hannah & Stevens, 2005). Es por todo ello que la prohibición de la ingesta durante el proceso no está justificada y, además, afecta de forma negativa al bienestar de la mujer (Herrera et al., 2006).

Por tanto, está recomendado que la gestante ingiera líquidos claros durante el trabajo de parto, preferiblemente bebidas isotónicas, ya que son eficaces para combatir la cetosis y son una fuente energética alternativa al alimento (Caravaca et al., 2009; MSPS, 2010a). Además, se debe permitir la ingesta de comidas livianas a las mujeres con trabajos de parto que progresan adecuadamente (Chalmers et al., 2001; SEGO, 2008).

Al permitir la ingesta durante el transcurso de un parto normal sin complicaciones, se logra que las gestantes se encuentren correctamente hidratadas y, de esta forma, no se considera necesaria la administración protocolarizada de líquidos intravenosos (Herrera et al., 2006). En este sentido, la evidencia científica apunta a que los sistemas necesarios para infundir líquidos intravenosos interfieren en el proceso normal de parto, al impedir el movimiento de la mujer y, en consecuencia, pueden dar lugar a nuevas intervenciones (Rodrigues & Cardelli, 2012; Wagner, 2000).

Por otro lado, es una actuación prudente pero no imprescindible colocar a la gestante un catéter venoso de forma profiláctica. Sin embargo, parece ser que esta práctica conduce a un mayor volumen de intervenciones innecesarias durante el parto. Por ello, la OMS (1996) incluye la inserción de la cánula intravenosa profiláctica de rutina dentro de las prácticas claramente perjudiciales y que deben ser eliminadas. En esta línea, parece razonable mantener una valoración constante de los riesgos durante el mismo y canalizar la vía en el momento que sea necesario (OMS, 1996). Mención aparte merecen los casos en los que el parto discurre de forma normal, pero es necesario el uso de antibióticos por vía endovenosa por el motivo que sea (Herrera et al., 2006).

Sin embargo, la SEGO (2007) recomienda la canalización de una vía venosa en el momento del ingreso de la mujer, a sabiendas de que no hay evidencia que avale esta medida. Es decir, ofrece dicha recomendación por cautela, con la intención de adelantarse a las posibles complicaciones materno-fetales que puedan surgir y que requieran una actuación urgente. Asimismo, en la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) se opta por canalizar una vía venosa a todas las mujeres en fase activa de parto.

2.2.2.6. Deambulación y posiciones durante la dilatación

Históricamente, las mujeres han adquirido de forma instintiva diversas posiciones durante el trabajo de parto, alternando unas con otras para mitigar el dolor, ya que lo más confortable durante el proceso suele ser también lo más fisiológico (Martínez Borde et al., 2014). Asimismo, la posición que la mujer adopta durante el periodo de dilatación es un factor muy importante durante el parto y está influenciado, en gran medida, por factores comportamentales y culturales y por las costumbres.

Actualmente, el uso de determinadas prácticas en la atención al parto ha limitado las posibilidades de deambulación o la adopción de distintas posiciones por parte de las mujeres, obligándolas a permanecer acostadas en la cama durante todo el tiempo que dura la fase activa del parto (Herrera et al.,

2006; MSPS, 2010a). De esta forma, la idea de que las parturientas deben estar tumbadas ha llegado a transmitirse culturalmente, considerándose esta postura como la forma rutinaria de dar a luz. Sin embargo, la evidencia científica ha demostrado que el estar acostadas en la cama ofrece más inconvenientes que ventajas, produciéndose con más asiduidad alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, malposiciones fetales y otras complicaciones que pueden subsanarse adquiriendo posiciones maternas más favorables para el parto (Chalmers et al., 2001; OMS, 1996, 2002).

La mayor laxitud de las articulaciones y la presencia de la hormona relaxina durante el embarazo permiten mayor movilidad de la pelvis, de forma que los cambios de posición maternos dan lugar a variaciones de muchos factores que facilitan la progresión del parto (Carreras, 2005; Gupta & Nikodem, 2000). Por tanto, parece concluyente que la movilidad y la adopción de diferentes posturas ayudan a acortar la primera fase del parto, y además alivian el dolor, mejorando el bienestar de la mujer. Asimismo, influyen positivamente en su sensación de protagonismo y de control (MSPS, 2010a). No existe evidencia científica que permita recomendar una u otra posición en particular, por lo que la mujer debe adoptar la postura que le resulte más cómoda (Maceira Rozas, Salgado Barreira & Atienza Merino, 2007).

Durante el parto, es el dolor el que guía a la gestante a adquirir la posición que le resulta más beneficiosa en cada momento. Sin embargo, hoy en día, la mayoría de las mujeres optan por la analgesia epidural, al ser el método más eficaz para aliviar el dolor del parto. Esto, unido a otras intervenciones como la monitorización fetal continua o la infusión de líquidos intravenosos, hacen que la movilidad de las parturientas quede restringida, o incluso, anulada. Sin embargo, el hecho de que las mujeres no puedan deambular libremente por estos motivos no implica que no adopten diferentes posiciones. Así, los profesionales deben favorecer los cambios posturales maternos para actuar sobre los diferentes factores del parto, y utilizarlos según su conveniencia para favorecer el mecanismo del mismo (Calais Germain y Vives Parés, 2010; Martínez Borde et al., 2014).

Por tanto, es importante difundir información que contenga las diferentes posiciones que pueden adoptarse durante el proceso de parto para

estimular a las mujeres a moverse, o para que comprendan el motivo de los cambios posturales que se les inste a adoptar en el caso de que no puedan movilizarse por sí mismas (Martínez Borde et al., 2014; MSPS, 2010a).

La *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) considera que las mujeres pueden adoptar la posición que les resulte más cómoda durante la fase de dilatación. Además, se les alienta a movilizarse si lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, en el caso de la utilización de analgesia epidural.

2.2.2.7. Alivio del dolor en el parto

La forma de vivenciar el dolor del parto es una experiencia diferente para cada persona y es afrontada con diversos grados de positividad dependiendo de las características individuales de cada caso concreto. De esta forma, el dolor, además de ser un evento biológico, está fuertemente influenciado por factores sociales y culturales que afectan a su percepción (Nuñez, 2014). Es decir, más allá de ser una respuesta fisiológica a un estímulo orgánico provocado por las contracciones uterinas, se encuentra influenciado por las experiencias álgicas previas de la mujer, sus antecedentes, su modo de vivir su sexualidad o su temor, expectativas y nivel de ansiedad ante el parto.

Por tanto, el dolor del parto debe ser entendido en un contexto multidimensional para poder ofrecer a las mujeres aquellas medidas que las beneficien en el aspecto físico, pero también en el emocional, teniendo en cuenta todas las características que influyen sobre él. Por otro lado, la presencia de un ambiente íntimo y tranquilo, el acompañamiento que recibe la mujer y la buena relación terapéutica con el profesional que la atiende, son aspectos que afectan positivamente al dolor del parto. En resumen, la forma de vivir el dolor es una experiencia única e individual de cada mujer (Mallén Pérez, Juvé Udina, Roe Justiniano & Domènech Farrarons, 2015).

Durante el parto, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de reacciones que desembocan en efectos perjudiciales, tanto a nivel materno como fetal. Además, el dolor durante el parto es un hecho que condiciona, en muchos casos, la sensación de bienestar de las mujeres, por lo que su alivio está plenamente justificado y ha sido objeto de gran atención en los últimos años (Mayberry, Clemens & De, 2002). Por otra parte, es función de las matronas realizar aportar una adecuada información prenatal sobre el amplio abanico de métodos de alivio del dolor disponibles durante el parto para que las mujeres tengan expectativas reales, dispongan de información veraz sobre las diferentes técnicas y conozcan las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas (MSPS, 2010a).

La elección del método de alivio de dolor depende de muchos factores, entre ellos, las expectativas que tenga la mujer, cómo se desarrolle el parto y la intensidad del dolor que presente. Para algunas mujeres el dolor del parto es difícil de soportar, y su satisfacción final con el proceso depende, en gran medida, del grado en el que el dolor haya sido abolido, por lo que en muchos casos requieren del uso de la analgesia epidural. Sin embargo, para otras mujeres, los efectos secundarios de esta técnica pueden ser perjudiciales para su experiencia en el nacimiento de sus hijos. En algunos casos, las embarazadas rechazan la analgesia para poder experimentar de una forma más consciente el nacimiento de sus hijos. Otras veces, el rechazo de la analgesia epidural está vinculado al miedo a las intervenciones posteriores que puede provocar (Nuñez, 2014). En estos casos, cobran más importancia las experiencias que rodean al dolor como la autonomía en la toma de decisiones o el apoyo continuo, que la propia intensidad del dolor (Leap & Anderson, 2008).

En cualquier caso, la decisión de elegir uno u otro método es propia de cada mujer y debe ser respetada, satisfaciendo en la medida de lo posible sus expectativas (Christiaens & Bracke, 2007; Dickinson, Paech, McDonald & Evans, 2003; Lally, Murtagh, Macphail & Thomson, 2008; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007). Por otro lado, el fracaso del método elegido también puede conllevar la insatisfacción de la mujer (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007).

En los últimos años se ha extendido el uso de la analgesia epidural, casi de forma sistemática, para mitigar el dolor. Si bien es cierto que se trata de una técnica muy eficaz, también lo es que se considera una intervención que por sí misma altera la fisiología del proceso de parto, es invasiva y no está exenta de riesgos. Además, obliga a llevar a cabo una vigilancia más exhaustiva del feto, dificulta la movilización de las mujeres y disminuye la sensación de pujo tan necesaria durante la fase de expulsivo (MSPS, 2010a). Teniendo en cuenta que actualmente los organismos oficiales fomentan una mayor fisiología en los partos, uno de los objetivos perseguidos es la búsqueda de otras alternativas a la analgesia epidural para el tratamiento del dolor, favoreciendo, con ello, la autonomía de la mujer (Mallén Pérez, Terré Rull, & Palacio Riera, 2015).

Existen otros métodos alternativos para mitigar el dolor que son completamente inocuos para la madre y el feto, pero son menos conocidos y demandados por las gestantes. Estas alternativas les permiten sentirse más protagonistas del acontecimiento que están viviendo y disminuyen el riesgo del excesivo intervencionismo (Herrera et al., 2006). Conociendo las desventajas de la analgesia neuroaxial, parece lógico que se fomente el uso de las técnicas de alivio del dolor que apoyan más la fisiología del parto y aportan un mayor protagonismo a la mujer. Sin embargo, la implementación de estas técnicas ha sido escasa en los últimos años y la analgesia epidural sigue siendo el método más conocido y solicitado por las mujeres (MSPS, 2010a).

En el momento del parto, las matronas deben animar a las mujeres a considerar medidas de confort diferentes a la anestesia epidural consiguiendo, de este modo, una reducción de intervenciones médicas, un parto más natural y, por tanto, una disminución de los costes. De la misma manera, las matronas deben ser capaces de manejar las molestias de las gestantes y proporcionarles un soporte continuo para incrementar su bienestar. Además, es importante inculcar en la sociedad la idea de que la mujer puede encontrarse bien a pesar del dolor del parto, y que este sea considerado como una parte más del mismo (Cabrera Sanz, 2001). La actitud ante el dolor de las personas presentes en el parto es crucial para que la mujer pueda sobrellevarlo. De esta forma, si la atmósfera es positiva y se anima a la gestante durante el proceso, conseguirá soportar mejor el dolor del parto. Por otro lado, si los acompañantes mantienen

una actitud crítica ante el dolor manifestando su malestar, la mujer sentirá más miedo y el dolor se intensificará (Smulders & Croon, 2009).

Métodos no farmacológicos

Existen múltiples técnicas de alivio del dolor del parto de tipo no farmacológico, por lo que únicamente se incluyen en este apartado las más conocidas y relevantes: hidroterapia, masajes, uso de pelotas de parto, técnicas de relajación y respiración e inyección intradérmica de agua estéril. Todas tienen en común la falta de efectos secundarios, aunque, en general, provocan un alivio del dolor menos efectivo que el resto de técnicas. En general, el uso de estos métodos va encaminado a paliar el dolor de las mujeres que buscan un parto menos intervenido (Muñoz Selles & Goberna Tricas, 2012). A la hora de aplicar este tipo de técnicas para el alivio del dolor, en ocasiones se encuentran obstáculos por parte de los profesionales que tienen que ver con la falta de tiempo, las preocupaciones éticas y legales, y la carencia de conocimientos teóricos y prácticos (Hirschkorna & Bourgeault, 2007; King, Pettigrew & Reed, 2000).

La *hidroterapia* durante la primera fase del parto disminuye la sensación dolorosa, evita la realización de episiotomías y aumenta la satisfacción materna. Por otro lado, no tiene efectos perjudiciales para la madre ni para el bebé (Cluett & Burns, 2009; Mallén Pérez et al., 2015). La utilización del agua caliente ha sido una constante para tratar el dolor a lo largo de la historia. La inmersión en agua a la temperatura corporal durante el final de la primera etapa del parto favorece el alivio del dolor de las contracciones uterinas y la movilidad materna. Por otro lado, también se facilita la relajación de la mujer y disminuye su ansiedad y estrés. Como consecuencia de lo anterior, se ve favorecida la liberación de oxitocina endógena, lo que conlleva a un progreso más rápido de la dilatación del cérvix (MSPS, 2010a).

La aplicación de *masajes* durante el parto parece disminuir el dolor de las contracciones al provocar un efecto tranquilizador y reducir la ansiedad de las mujeres. De esta forma, las gestantes se sienten más apoyadas, comprendidas y consoladas durante el proceso (MSPS, 2010a).

Otra técnica que ha demostrado disminuir el dolor durante la fase de dilatación es el uso de *pelotas de parto*, que mejoran la movilidad de la pelvis y relajan la musculatura, provocando un alivio de las molestias al encontrar posturas más confortables (MSPS, 2010a).

El uso de la *relajación* y de las *técnicas artificiales de respiración* como métodos de alivio del dolor son temas que suelen tratarse en las sesiones de preparación al parto a las que acuden las embarazadas en el periodo prenatal. Sin embargo, su eficacia no está demostrada científicamente, y podrían producir agotamiento e interferir con la necesidad de tranquilidad de las mujeres. No obstante, se debe respetar, apoyar e incentivar a aquellas embarazadas que decidan elegir estas técnicas como alivio del dolor durante sus partos (MSPS, 2010a).

No es infrecuente durante el proceso de parto que la mujer sufra dolor lumbar continuo por la presión fetal en las estructuras pélvicas. Se ha encontrado útil para su alivio la *inyección intradérmica de agua estéril* en la zona, asumiendo que provoca momentáneamente un intenso escozor y dolor (MSPS, 2010a).

La *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) recomienda satisfacer las expectativas de las mujeres en el alivio del dolor del parto en la medida de lo posible, no obstante, únicamente reconoce como métodos no farmacológicos disponibles en el centro el apoyo durante el parto por la persona que la gestante decida, la aplicación de masajes y el contacto físico tranquilizador.

Métodos farmacológicos

Dentro de los métodos farmacológicos para el alivio del dolor del parto destacan el óxido nitroso y la administración de opioides parenterales, como la petidina, la pentazocina y el remifentanilo.

La inhalación de óxido nitroso es una técnica a tener en cuenta para el alivio del dolor del parto, siempre que se informe a las gestantes sobre su capacidad analgésica, el procedimiento a seguir y la posibilidad de que aparezcan efectos secundarios colaterales. Presenta como ventajas el hecho de que tiene una acción rápida, no se acumula en el organismo y no detiene las contracciones uterinas. Sin embargo, puede dar lugar a la aparición de efectos secundarios como náuseas, vómitos, ligero aturdimiento y alteración de los recuerdos del parto (MSPS, 2010a). En el Hospital de León, en la actualidad, este método no está disponible para mitigar el dolor del parto (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013).

Por su parte, el uso de opioides por vía parenteral constituye uno de los métodos más clásicos para el alivio del dolor del parto. Sin embargo, pueden provocar náuseas y vómitos y debe informarse a las mujeres de que presentan un tiempo de acción limitado (MSPS, 2010a). En la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) se limita su uso a aquellas situaciones en las que la analgesia locorregional esté contraindicada.

Analgesia regional

La analgesia regional se basa en la interrupción sensitiva de ciertos trayectos nerviosos para ofrecer alivio del dolor durante el trabajo de parto. Existen diversos métodos encuadrados dentro de estos bloqueos nerviosos en función del lugar donde se infiltre el anestésico (Gary Cunningham et al., 2011).

Sin embargo, en la actualidad, en nuestro medio la mayoría de ellos en la práctica clínica apenas se usan y han sido sustituidos por la analgesia epidural, que consigue el alivio del dolor del parto con la introducción del anestésico dentro del espacio epidural accediendo a través de un espacio intervertebral a nivel lumbar. Frecuentemente, se coloca un catéter permanente que permite la administración de dosis repetidas de fármaco en función de la evolución del parto y de las necesidades analgésicas de la mujer. Asimismo, la infusión puede

hacerse de forma continua o intermitente (Gary Cunningham et al., 2011; González Merlo et al., 2006).

La analgesia neuroaxial se aplicó por primera vez a la obstetricia durante la década de 1970. Su elevada eficacia hizo que durante muchos años haya sido la técnica de referencia de la analgesia intraparto (MSPS, 2010a).

Las mujeres deben recibir información prenatal acerca de los riesgos, beneficios e implicaciones de la analgesia neuroaxial durante el parto. Por ello, deben conocer que es el método más eficaz en cuanto al alivio del dolor, pero puede provocar hipotensión, retención urinaria y fiebre, además de alargar el expulsivo, lo que implica mayor de riesgo de tener un parto instrumental (MSPS, 2010a).

El uso de esta técnica conlleva, además, un mayor intervencionismo en el parto, ya que obliga a controlar la tensión arterial de la mujer durante el establecimiento de la analgesia y tras la administración de nuevas dosis. Además, es necesario un control más continuo de la frecuencia cardíaca fetal, lo que implica mayor incomodidad para la mujer (MSPS, 2010a).

Por su parte, la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología y Servicio de Anestesiología & Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) destaca las ventajas que ofrece esta técnica en comparación con otros métodos de alivio del dolor, insistiendo en su gran efectividad analgésica, seguridad maternal y fetal, mínima toxicidad y poca interferencia con el proceso de parto.

2.2.2.8. Posición en el periodo expulsivo

Las diferentes posturas a adoptar en el periodo expulsivo se clasifican en dos grandes grupos. De un lado, las verticales entre las que se incluyen la posición de pie, en cuclillas, sentada, de rodillas o en manos-rodillas. De otro lado, las posturas horizontales entre las que se distinguen las de decúbito dorsal,

decúbito lateral y posición de litotomía (Gottvall, Allebeck & Ekèus, 2007; Meyvis et al., 2012; Soong & Barnes, 2005).

Históricamente, las mujeres han elegido la posición en la que nacían sus hijos según sus deseos en ese momento. Generalmente, buscaban posturas verticales que les permitían la deambulación y evitaban instintivamente la posición dorsal. Sin embargo, hoy en día la posición de litotomía durante la fase de expulsivo está muy extendida en nuestra cultura y ha sido muy utilizada en gran parte de los paritorios españoles durante muchos años. No obstante, también es bien conocido el hecho de que, fisiológicamente, es la posición más desfavorable para la evolución del parto normal, siendo considerada como claramente perjudicial e ineficaz (Herrera et al, 2006; OMS, 1996). A pesar de ello, el Hospital de León contempla dicha posición como la única opción a ofertar a las mujeres durante el expulsivo (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013).

En comparación con la posición supina, las posiciones verticales se asocian a menor tiempo de expulsivo, menores tasas de partos instrumentales y de episiotomías y menos dolor en el nacimiento (Bodner-Adler et al., 2003; Gottvall et al., 2007; Santiago Vasco & Béjar Poveda, 2015). De la misma forma, la posición de cuadrupedia conlleva menos dolor lumbar, mayor comodidad para la mujer y menor dolor perineal posterior. Por su parte, la posición sentada es un factor protector del trauma perineal y proporciona a las mujeres mayor confort y autonomía (MSPS, 2010a).

Son muchos los elementos que influyen en la posición que adoptan las mujeres durante el expulsivo y están fuertemente influenciados por las normas culturales. En las sociedades en las que el nacimiento se produce principalmente en los hospitales, muchas veces la posición materna se impone por las normas de la institución y las exigencias de los profesionales que atienden el parto (MSPS, 2010a). De esta forma, no siempre se permite a la mujer elegir la postura en la que desea parir o le resulta más cómoda llegado el momento, sino que se coloca directamente a la parturienta en posición de litotomía, impidiéndosele con ello, en opinión de algunos autores, que sea la protagonista de su parto (Fernández del Castillo, 2003).

La libertad de elección de la posición del parto es otra premisa más del nacimiento humanizado. Debe ofertarse a la mujer la posibilidad de escoger la posición en la que desea dar a luz, y los profesionales deben ser entrenados para ayudar en partos en distintas posturas además de la supina para no inhibir la decisión de la mujer (Rangel da Silva et al., 2006). La elección de la posición durante el expulsivo por parte de las mujeres crea un ambiente positivo y estimula en ellas una sensación de logro personal que les aporta mayor confianza en sí mismas como madres, disminuyendo, incluso, el riesgo de depresión puerperal (MSPS, 2010a).

En suma, es conveniente cambiar la mesa obstétrica convencional por las nuevas camas articuladas, que ofrecen la posibilidad de adoptar diferentes posiciones durante el parto (FAME, 2007).

2.2.2.9. Episiotomía

Durante muchos años se aconsejó la práctica de episiotomías de forma sistemática en todos los partos con la finalidad de ampliar el canal blando del parto para acortar la fase de expulsivo (González Merlo et al., 2006). Además, se pensaba que esta incisión daba lugar a un mayor número de procesos espontáneos (MSPS, 2010a), evitaba el dolor y prevenía desgarros vaginales y prolapsos, así como sus secuelas (DeLee, 1920; Pomeroy, 1918). Como consecuencia de la tecnificación del parto, la episiotomía se hizo cada vez más popular a pesar de que sus supuestas ventajas no estaban probadas científicamente (MSPS, 2010a; Rodríguez Martínez, Gisbert, Celda Moret, Muñoz Izquierdo & Martínez Molina, 2015).

La literatura detalla tres tipos de incisión que pueden realizarse en la práctica de la episiotomía, así como las estructuras que se ven afectadas en cada caso (Gary Cunningham et al., 2011). La episiotomía lateral secciona el músculo bulbocavernoso, produciéndose un sangrado importante y un resultado estético poco satisfactorio. Por su parte, la incisión central se realiza sobre el rafe fibroso anovulvar respetando el músculo elevador del ano, por lo que el sangrado es escaso, pero presenta, como desventaja, una mayor incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado como consecuencia de la misma. En lo que respecta a la

episiotomía mediolateral, la apertura de la vulva sigue una dirección oblicua partiendo desde la horquilla y afectando al músculo elevador del ano. Debido a que presenta menor sangrado que la episiotomía lateral y menores tasas de desgarros derivados de la misma, la episiotomía mediolateral es la más utilizada en la actualidad. La Figura 1 muestra la secuencia de reparación de la episiotomía.

Figura 1. Secuencia de episiorrafia.



Fuente: Gary Cunningham et al. (2011).

Hoy en día, la evidencia científica ha demostrado que el uso selectivo de la episiotomía aumenta el número de mujeres con periné intacto y que reanudan su vida sexual al mes del parto (Camacho Morell, García Barba, López Simó & Abarca Cañada, 2016; MSPS, 2010a). Por ello, el uso restrictivo frente al sistemático presenta múltiples ventajas, ya que la episiotomía no solo no protege de desgarros perineales, sino que puede agravarlos, y da lugar a complicaciones como dolor, mayor sangrado, dehiscencias, infecciones y dispareunia, entrañando además mayor peligro asociado al aumento de la morbilidad materna (Alonso & Gerard, 2009; Hartmann et al., 2005; Herrera et al., 2006; Wagner, 2007). En la misma línea, se suma como desventaja de esta técnica que el riesgo de desgarros vaginales en el segundo parto se ve incrementado (Berral Gutiérrez & Burgos Sánchez, 2006; Herrera et al., 2006).

La propuesta de humanización del parto normal solo considera justificada la práctica de episiotomías en el caso de que exista una indicación válida, debiendo limitarse su uso a situaciones muy concretas y evitando utilizarla de forma rutinaria. Por tanto, su uso queda relegado a casos de

sufrimiento fetal agudo o en partos instrumentales complicados (Carroli & Belizan, 2009; Gálvez Toro & Herrera Cabrerizo, 2004; MSPS, 2010a). Por su parte, y en la misma línea, la *Guía de actuación parto normal en mujer sana* del Hospital de León (Servicio de Obstetricia y Ginecología y Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013) recomienda su realización de forma selectiva y solo cuando sea necesaria.

2.2.2.10. Contacto piel con piel

Hasta hace pocos años, en gran parte de los hospitales se separaba a la madre y al bebé tras el nacimiento. El recién nacido era llevado a una cuna térmica para mantener su temperatura y estar controlado por personal sanitario durante sus primeras horas de vida. En este tiempo, se le administraban cuidados como la aspiración de secreciones orofaríngeas, la colocación de la pinza del cordón umbilical o la administración profiláctica de la vitamina K y los colirios oculares (Herrera et al., 2006).

Sin embargo, históricamente, en muchas culturas los bebés han sido colocados sobre el pecho desnudo de su madre inmediatamente después del nacimiento. Actualmente, la evidencia científica ha demostrado que lo mejor para madre e hijo es mantenerlos juntos en contacto piel con piel, cubriendo y secando al bebé con una manta previamente calentada para evitar que pierda calor. Se favorece, de este modo, el inicio precoz de la lactancia materna tras el parto, el mantenimiento de la termorregulación del neonato y la satisfacción de las mujeres, así como una menor necesidad de uterotónicos en el puerperio inmediato (Chalmers et al., 2001; Herrera, Martínez & Rey Márquez, 1999; MSPS, 2010b; OMS, 1996, 2002). En este momento, es función de la matrona observar y vigilar los signos vitales del recién nacido, interfiriendo lo menos posible en la relación entre ambos (MSPS, 2010b).

En relación a la atención del recién nacido, no hay ningún cuidado que no pueda esperar a que madre e hijo comiencen su vinculación afectiva a través del contacto piel con piel, siempre que las condiciones de ambos lo permitan (Moore, Anderson & Bergman, 2007). Por ello, no se debe interrumpir el contacto piel con piel de madre e hijo al menos en los primeros cincuenta

minutos tras el parto y hasta que finalice la primera toma (MSPS, 2010b). Este primer contacto favorece que el bebé sea colonizado por las bacterias maternas, para las cuales la madre posee anticuerpos que posteriormente pasará a su hijo a través de la lactancia materna. Por otro lado, se desencadena la acción de las hormonas de la mujer, lo que favorece que se produzca el alumbramiento de manera fisiológica (Herrera et al., 2006). En este contexto, el servicio de obstetricia del Hospital de León promueve el contacto piel con piel entre la madre y el bebé siempre que sea posible (Servicio de Obstetricia y Ginecología & Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León, 2013).

2.2.2.11. Espacios físicos en la atención al parto

En España, la mayoría de los partos transcurren en el medio hospitalario. Sin embargo, existen alternativas al hospital, como son las clínicas de partos de baja intervención, las casas de partos y los partos en el domicilio. Las clínicas de baja intervención son centros hospitalarios en los que matronas y ginecólogos atienden procesos de parto con la mínima tecnificación obstétrica posible. Por otro lado, las casas de partos son centros asistidos únicamente por matronas en los que, a través de una atención más cálida, íntima y flexible, se buscan partos menos medicalizados e intervenidos. Por último, la otra alternativa posible es el parto en el hogar, que ofrece a la mujer la posibilidad de dar a luz en un entorno familiar en el que se sienta más cómoda (De la Torre Palomo, 2011).

Con independencia de las diferentes alternativas, existen diversas posturas en relación a cuál es el lugar indicado para dar a luz. Por un lado, en la sociedad existe la creencia fuertemente arraigada de que al procurar atención al parto a nivel hospitalario se adquiere una asistencia técnicamente superior a la tradicional. De esta forma, se asume que los partos asistidos en los hospitales serán siempre más seguros, partiendo de la idea de que cualquier parto, aun siendo de una mujer sana sin factores de riesgo, es susceptible de complicarse en cualquier momento. De ser así, es en el hospital donde está disponible la tecnología propicia para actuar sobre las complicaciones que hayan surgido

durante el proceso (Gonzalez Salgado, 2011). Por otro lado, algunos autores consideran que el momento del parto es un periodo de gran vulnerabilidad para la mujer y al acudir a un hospital para dar a luz, si se siente invadida e indefensa, sus emociones pueden afectar al progreso del parto. Las hormonas del estrés que se liberan en esta situación son incompatibles con las hormonas del propio parto, por lo que, al sentirse amenazada, el parto se paraliza (Fernández del Castillo, 2003).

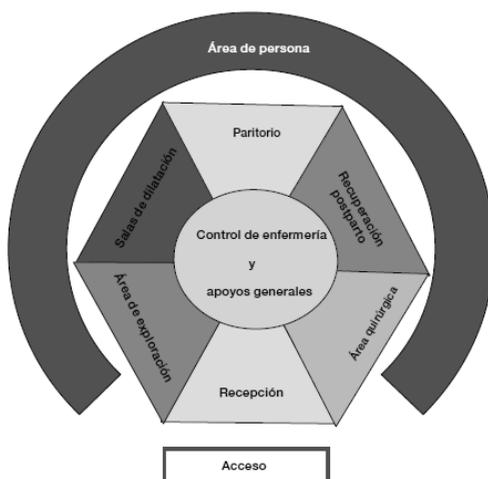
Siguiendo con esta idea, algunos expertos defienden que los partos en casa o en centros de partos son, en comparación con los hospitalarios, más seguros, más baratos y menos intervenidos, siendo por ello más satisfactorios para las mujeres y sus familias. Desde esta perspectiva, alejar los partos del hospital puede considerarse una estrategia importante en las bases de la humanización del parto (Hutton, Reitsma & Kaufman, 2009; Johnson & Daviss, 2005; De Jonge et al., 2009; Page, 2001; Wagner, 2006). Por su parte, otros autores consideran que no hay evidencia sólida para demostrar mayor seguridad en casa o en los hospitales (Olsen & Jewel, 2008). Sin embargo, siempre que exista un servicio de partos domiciliario apoyado por una red hospitalaria moderna, el parto en el hogar se debe ofrecer a todas las mujeres que cumplan criterios de normalidad (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, 2010). Un tercer grupo de expertos considera que los partos en casa presentan más riesgo de morbilidad a nivel neonatal, por lo que los domicilios particulares no son un lugar seguro para dar a luz (Ferrado, 2010; González de Dios & Buñuel Álvarez, 2010; Wax, Pinette & Cartin, 2010).

En nuestro medio, la mayoría de los partos tienen lugar en los hospitales y existen muy pocas alternativas al modelo del parto hospitalario. De esta forma, en España existen muy pocas clínicas de baja intervención obstétrica y solo una minoría de partos transcurren en el hogar. Además, cabe destacar que, de la totalidad de estos últimos, solamente un porcentaje de ellos ocurre en el hogar de la pareja por elección propia, de forma planeada y acompañado por personal sanitario competente.

Parto en el hospital

En España se pueden distinguir dos tipos de maternidades hospitalarias en función de su forma de gestionar clínicamente el parto y de su estructura: las unidades en las que la gestante ocupa diversos espacios físicos en el proceso de parto, y las que permiten a la mujer ocupar una única estancia durante su ingreso hospitalario (MSPS, 2009). Las Figuras 2 y 3 muestran los requerimientos estructurales de los dos tipos de bloques obstétricos: secuencial e integrado.

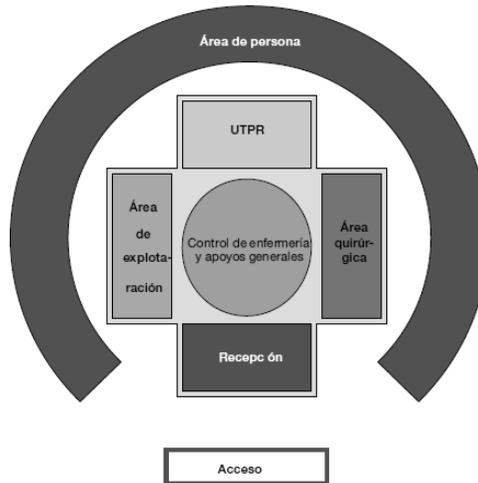
Figura 2. Zonas del bloque obstétrico secuencial.



Fuente: MSPS (2009).

En cuanto a las unidades de tipo secuencial, las diferentes fases del proceso de parto se llevan a cabo en espacios físicos diferenciados. De esta forma, la atención a la maternidad se realiza en salas de dilatación, paritorios, salas de recuperación postparto y habitaciones en plantas de hospitalización. Esta tipología es la tradicionalmente adoptada por la mayoría de los hospitales españoles (MSPS, 2009).

Figura 3. Zonas del bloque obstétrico integrado.



Fuente: MSPS (2009).

Por otro lado, el modelo integrado propone un único espacio físico en el que realizar todo el proceso de parto, desde la dilatación hasta la recuperación postparto completa. En este sentido, en algunos hospitales se están introduciendo las Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (en adelante UTPR), consideradas áreas localizadas a nivel hospitalario que aportan más calidad a la asistencia por interferir menos con la fisiología del parto y dar a las mujeres mayor comodidad y privacidad (MSPS, 2009). En nuestro país, un número cada vez más elevado de usuarias demandan esta forma de atención, forzando un progreso de las áreas de maternidad mediante la transformación de los paritorios tradicionales en espacios donde se ofrezca un trato más humanizado (Iglesias Casás et al., 2009).

En países en los que estas unidades se encuentran implantadas desde hace años, su diseño se basa en procurar alojamiento a la mujer durante toda su estancia, desde su ingreso hasta el alta (MSPS, 2009). Sin embargo, en España, generalmente solo albergan a la mujer hasta el alumbramiento o las primeras

horas del postparto, pasando posteriormente a una cama de hospitalización convencional en el área de maternidad (González Salgado, 2011).

Desde una perspectiva funcional, las UTPR son una alternativa a la estructura clásica de atención al parto. Así, teniendo en cuenta que la atmósfera hospitalaria es la menos indicada para que el parto se desarrolle con fluidez porque no se oferta la intimidad y la seguridad física y emocional que la mujer necesita, las UTPR dan respuesta a la búsqueda de partos más humanizados, ya que centran el proceso en la familia y se dirigen a satisfacer las necesidades de la mujer y el recién nacido. Por otro lado, disponen del acceso a la tecnología de apoyo preparada para actuar cuando surgen complicaciones obstétricas (Fernández del Castillo, 2003; MSPS, 2009).

En otro orden de cosas, si bien es cierto que la tendencia actual en la atención del parto hospitalario es la búsqueda de procesos menos intervenidos, a pesar de las estrategias de humanización, la medicalización en el parto sigue teniendo un gran prestigio. De esta manera, muchas mujeres y sus familias entienden el intervencionismo en el parto como algo común que forma parte del proceso normal, por lo que lo consideran la mejor asistencia para ellas y sus hijos (De la Torre Palomo, 2011).

En relación a esto, según Martínez Escoriza (2010) las frecuentes críticas en torno a la deshumanización del parto, la excesiva medicalización del proceso y el abuso de intervenciones innecesarias que ha habido en los últimos años, han apartado la vista de los logros obtenidos previamente en la asistencia al parto en los hospitales en cuanto al descenso en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Así, este autor entiende que, si bien es cierto que el abuso de la tecnología aplicada a procesos de parto normales parece desproporcionado, lo es aún más asegurar que disminuyendo el intervencionismo obstétrico se obtendrán mejores resultados perinatales. Por ello, no tiene sentido desacreditar el uso de intervencionismo en el proceso de parto, ya que ha desembocado en la actual atención, gracias a la cual pueden plantearse mejoras en la asistencia individualizada y la exclusión de técnicas rutinarias demostradamente ineficaces. En relación a esto, mantiene que podrían alcanzarse mayores beneficios en la asistencia al parto si se eliminaran prácticas demostradamente ineficaces y se incluyeran otras abandonadas y que pueden

hacer más fácil y cercano el nacimiento. Todo ello, no obstante, siempre bajo el marco del aprovechamiento de las ventajas que aportan los progresos tecnológicos.

Parto en casas de parto y en clínicas de baja intervención

En Europa, la demanda por parte de matronas y de organizaciones de mujeres, hizo que a partir de la década de 1970 la atención al parto empezara a ser ofertada también desde otros centros conocidos como casas de parto o centros de obstetricia con características familiares. Estas unidades pueden ser: i) centros independientes del sistema hospitalario; ii) instalaciones separadas geográficamente de la sala de partos del hospital, pero dentro del sistema hospitalario; iii) centros situados justo al lado de la sala de partos; o iv) unidades mixtas en las que la atención la aporta una matrona cuando no existen factores de riesgo (Hundley et al., 1994; Saunders, Boulton, Chapple, Ratcliffe & Levitan, 2000).

La apariencia de estos centros es más similar a la de un hotel que a la de un hospital, intentando que la mujer se sienta como en casa y tratando de conseguir un ambiente más cálido y confortable. De esta forma, la tecnología que será usada en caso necesario está presente, pero, de entrada, no es visible (López & Jiménez, 2009).

En general, las casas de partos son unidades en las que las mujeres con embarazos normales y sin patologías previas controlan su proceso íntegramente con matronas, no existiendo personal médico. Dado que durante todo el proceso de parto la mujer está acompañada continuamente por una matrona, es esencial que el personal sea competente, y que valore y derive precozmente a la mujer si surge cualquier signo de complicación que requiera de atención médica hospitalaria. De la misma manera, debe existir una buena comunicación entre las casas de partos y los centros hospitalarios para evitar retrasos en los traslados de las gestantes que lo necesiten (Hodnett et al., 2012).

En estas unidades los protocolos están bien definidos y se basan en la observación y la normalidad. Así, las gestantes inician el trabajo de parto de

forma espontánea y son atendidas durante el proceso por una matrona bajo una filosofía orientada a lograr partos normales no intervenidos (Komura & Luiza, 2004; López & Jiménez, 2009; Oudshoorn, 2005; Wagner, 2006). El dolor en el parto se entiende como una parte más del proceso con una función fisiológica, y se ayuda a aliviarlo mediante métodos no farmacológicos. Por otra parte, las mujeres tienen el control absoluto del proceso y se da mucha importancia a los factores individuales y a las decisiones informadas de cada gestante.

En general, estos centros aportan una atención más flexible y variada que los hospitales en cuanto a la alimentación durante el parto, las posiciones, la monitorización fetal o los métodos de alivio del dolor, entre otras cosas. El periodo expulsivo es atendido por la misma matrona que ha acompañado a la mujer durante la dilatación, ofertándose así un trato más cercano y humano, lo que aumenta tanto la satisfacción materna como la de la profesional que la acompaña (Saunders et al., 2000; Wagner, 2006).

En resumen, la evidencia muestra que las casas de partos aumentan significativamente la probabilidad de tener un parto vaginal y de no necesitar analgesia durante el mismo, disminuyen el intervencionismo obstétrico e incrementan la tasa y la duración de la lactancia materna (Byrne, Crowther & Moss, 2000; Hodnett et al., 2012; Saunders et al., 2000; Wandenstrom, 1999). Por tanto, en opinión de algunos autores la instauración de estas instalaciones obstétricas es una estrategia más de la humanización del parto ya que, en comparación con los partos en los hospitales, las casas de partos son más seguras, económicas y prestan mayor satisfacción a las mujeres (Wagner, 2006). Sin embargo, no son bien conocidas las causas por las cuales las casas de partos ofertan más seguridad que los hospitales. De esta forma, puede entenderse que, al proporcionar un ambiente más íntimo y relajado, las mujeres se sienten más tranquilas y se ve favorecido el proceso. Por otro lado, cabría pensar que el menor intervencionismo obstétrico en estos centros repercute positivamente en el tipo de parto, de forma que al permitir mayor libertad de movimiento a las embarazadas se consiguen mayor número de partos vaginales. Asimismo, la presencia constante de una matrona acompañando a la mujer hace que precise menos anestesia epidural, por lo que disminuye el número de partos instrumentales y sus complicaciones (Gupta & Hofmeyr, 2003; Hodnett et al., 2008).

Estas casas de parto tan implantadas en algunos países europeos, todavía están poco presentes en España. Así, actualmente en nuestro país escasean los centros vinculados al SNS ya que la mayoría son de ámbito privado. Por otro lado, sí existen en nuestro país clínicas de baja intervención obstétrica, en las que matronas y ginecólogos atienden procesos de parto que cumplan criterios de normalidad aplicando la mínima intervención posible. En la misma línea que las casas de parto, se busca tecnificar lo menos posible el proceso y ofrecer alternativas a la atención prestada en el sistema hospitalario.

Parto en casa

Como se ha mencionado con anterioridad, en los últimos años, desde diversos sectores de la sociedad, ha habido un movimiento que busca partos menos intervenidos y medicalizados, y aboga por humanizar el proceso de parto sin comprometer la salud materna y fetal (Camargo & Bernis, 2013; Hadjigeorgiou, Kouta, Papastavrou, Papadopoulos & Mårtensson, 2011; Wax & Lucas et al., 2010). Esta tendencia se ha traducido en un incremento de las mujeres que deciden dar a luz en sus casas con la asistencia de matronas (Rodríguez, 2009).

Las mujeres deben poseer información sobre las diferentes opciones que tienen para la atención de su parto, con el fin de que elijan la que prefieran. Esto incluye la posibilidad de parir en el domicilio, si no existe contraindicación para ello (OMS, 1985). En consonancia con lo anterior, cada mujer debería dar a luz en el lugar en que se encuentre segura y, a ser posible, en el nivel más bajo de asistencia que asegure una atención correcta del proceso. Por tanto, una gestante de bajo riesgo tiene la opción de dar a luz en casa, en un pequeño centro de partos o en un gran hospital (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (en adelante FIGO), 1992).

La seguridad que proporciona el parto en el hogar está continuamente en el punto de mira y los diferentes estudios no ayudan a clarificar este hecho, ya que arrojan resultados contradictorios. De esta forma, algunos autores aseguran que el parto en casa en mujeres de bajo riesgo es tanto o más seguro que el parto en el hospital siempre que sea planificado, atendido por personal

cualificado y respaldado por un sistema hospitalario eficaz (Balaguer Santamaría & González de Dios, 2013; De la Torre Palomo, 2011; Johnson & Daviss, 2005). Por el contrario, otros estudios mantienen que el parto domiciliario, si bien se asocia con menos intervenciones y morbilidad materna, aumenta la mortalidad neonatal comparado con el parto hospitalario, por lo que es preciso mejorar la atención que se está prestando actualmente (Ferrado, 2010; Gonzalez de Dios & Buñuel Alvarez, 2010; Martínez Escoriza, 2010).

Wagner (2006) considera que el parto planificado en el hogar es una opción completamente segura en el caso de mujeres de bajo riesgo obstétrico. Por ello, entiende que cualquier médico, hospital u organización que desaconseja el parto en casa está negando a la mujer sus derechos reproductivos entre los que se incluye el derecho a elegir donde desea parir. Según este autor, son muchos los profesionales de la salud que consideran que el parto en el hogar tiene más riesgos que el parto hospitalario y niegan la evidencia que asegura que el parto previsto en el domicilio resulta seguro. Así, manifiesta que los motivos que les llevan a desaconsejar el parto en casa, son la falta de medios con los que cuenta la matrona en el domicilio de la gestante para actuar en caso necesario, y el tiempo que se pierde en el traslado al hospital cuando surge una emergencia. Sin embargo, rebate estos argumentos manteniendo que las matronas son perfectamente capaces de anticipar los problemas, prevenirlos y actuar de la manera más conveniente si aparece una complicación durante el parto. Por otro lado, mantiene que, si debe hacerse un traslado de casa al hospital, informando del mismo, al llegar estará todo preparado para actuar inmediatamente.

Por otro lado, otros expertos aseguran que en un parto en casa planeado se realizan menos intervenciones innecesarias, y se mantiene la misma o más seguridad que en los partos hospitalarios, ya que se preserva el beneficio del acceso a la intervención médica cuando es necesaria, siempre que exista una buena colaboración entre la matrona que acompaña a la parturienta en su hogar y el hospital al que acudirá si existen complicaciones (Olsen & Clausen, 2012).

En otro orden de cosas, es relevante en el tema que nos ocupa, diferenciar el parto en casa no planeado y el planeado, ya que algunos de los partos extrahospitalarios son procesos precipitados que se producen en el domicilio por su rapidez, sin que haya posibilidad de trasladar a la mujer fuera

del mismo (Saz Peiró, Tejero Lainez & Ortiz Lucas, 2008). De esta forma, se encuentran importantes diferencias en las tasas de mortalidad materna y perinatal en función si ha habido una planificación previa del parto (Wagner, 2006). Para que un parto en casa se considere planificado debe cumplir una serie de premisas, como que el embarazo sea de bajo riesgo, con feto único y en posición cefálica, que la mujer haya seguido adecuadamente los controles obstétricos de rutina, y que el nacimiento se produzca entre las semanas 37 y 42 (Ferrado, 2010).

En lo referente al profesional que acompaña a la mujer en su hogar, su papel consiste en prestar apoyo psicológico, ayudarla a dosificar su fuerza e intentar que se encuentre lo más cómoda posible. Además, debe vigilar el proceso para detectar precozmente si surge alguna complicación y, de ser así, solucionarla con el menor intervencionismo posible (Borrueal, 2006).

En España, el parto en el hogar está muy poco implantado; sin embargo, la actual búsqueda por parte de las mujeres de partos más naturales y menos medicalizados ha hecho que haya un creciente interés en el mismo durante los últimos años (Balaguer Santamaría & González de Dios, 2013). No obstante, si una mujer decide parir en su domicilio encuentra numerosas dificultades para lograrlo. Por un lado, en nuestro medio hay escasez de profesionales que se dedican a asistir partos en casa debido, en parte, a la falta de formación que se ofrece durante el periodo académico (Saz Peiró et al., 2008). Además, es fácil encontrar sanitarios que no defienden, e incluso critican, el nacimiento en el hogar. Por otro lado, al no estar considerado como el lugar más habitual para dar a luz, en ocasiones la decisión de parir en casa puede encontrar falta de apoyo familiar y social por desconocimiento y miedo a los problemas imprevistos que puedan surgir (De la Torre Palomo, 2011; Saz Peiró et al., 2008). Con todo, en España, se estima que uno de cada 500 partos se produce en el domicilio y de la totalidad de estos, solo en torno al 2,5% se producen en Castilla y León. Más en concreto, se estima que en la provincia de León como máximo dos mujeres al año planifican y consiguen dar a luz en su hogar (Equipo Educuer, 2014).

En otro orden de cosas, hoy en día los gastos que supone el parto en casa no están cubiertos por el SNS. Por ello, para poder ofertar a las mujeres el

servicio de atención al parto domiciliario debe ampliarse la cartera actual de servicios y aumentar la formación de los profesionales sanitarios a este respecto (De la Torre Palomo, 2006). En otros países europeos como Suecia, Alemania y Austria, el parto en casa está parcial o totalmente financiado. De esta forma, gran parte de los nacimientos transcurren en el hogar. Esto es posible debido a que existen unas funciones muy bien delimitadas para la matrona y el ginecólogo que ambos respetan. De esta forma, las matronas mantienen su autonomía en lo que respecta a los partos normales, valorando cada caso y transfiriéndolos al ginecólogo cuando prevén que puede haber complicaciones. Por ello, el médico únicamente interviene cuando es necesario, es decir, en los partos complicados (Fernández del Castillo, 2003).

2.2.2.12. Inducción de parto

La inducción del parto da lugar a más complicaciones que los partos espontáneos por lo que la decisión de finalizar un embarazo de esta forma debe estar correctamente justificada (Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León, 2012). En concreto, únicamente debe ser considerada cuando la relación riesgo-beneficio indique que la opción más segura para el bebé, la madre o ambos es el nacimiento en lugar de continuar con la gestación (Goonewardene, Rameez, Kaluarachchi, & Perera, 2011). Sin embargo, algunos autores consideran que existen dos motivos para hacer una inducción de parto, en primer lugar, por indicación médica cuando hay una causa justificada y ausencia de contraindicaciones, y, en segundo lugar, la inducción electiva en la que es la mujer la que solicita el final de la gestación por conveniencia (García Díaz, Zapardiel & Castro Gavilán, 2007). En esta línea, el *Protocolo de inducción del parto* (Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León, 2012) contempla ambas posibilidades siempre que se cumplan ciertos criterios en cada caso. La Tabla 7 muestra las indicaciones que pautan en el servicio para los dos tipos de inducción de parto.

Tabla 7. Indicaciones de inducción de parto terapéutica y electiva.

Inducción terapéutica	Inducción electiva
Complicaciones maternas, médicas y del embarazo: diabetes tipo I, nefropatía y neuropatías crónicas, preeclampsia, hipertensión crónica, colestasis intrahepática del embarazo, isoimmunización Rh...	Embarazo a término con madurez fetal
Rotura prematura de membranas	Ausencia de complicaciones médicas u obstétricas
Gestación cronológicamente prolongada	Ausencia de antecedentes de intervenciones sobre el cuerpo uterino
Corioamnionitis	Ausencia de signos de pérdida del bienestar fetal
Retraso del crecimiento fetal intrauterino	Presentación cefálica
Perfil biofísico alterado	Ausencia de sospecha de desproporción pélvico-cefálica
Muerte fetal	Puntuación en el test de Bishop >7

Fuente: *Protocolo de inducción del parto* (Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León, 2012).

En los casos de gestaciones cronológicamente prolongadas y sin complicaciones, existe controversia en relación a cuál es el momento idóneo para terminar el embarazo, y también hay diferencias en los distintos centros en cuanto a cuál es el método más adecuado en cada caso. Sin embargo, en general, la finalización del parto se suele ofertar entre la semana 41 y la 42 de gestación, siempre informando previamente sobre los riesgos y beneficios con respecto a la mortalidad perinatal (SEGO, 2010; Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León, 2012).

El éxito de la inducción del proceso de parto guarda una estrecha relación con el estado del cuello uterino. Así, cuando las condiciones del mismo no son favorables, la tendencia es a madurar el cérvix de forma farmacológica o mecánica antes de provocar el parto (Gary Cunningham et al., 2011). En el caso del *Protocolo de inducción del parto* (Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León, 2012), la maduración cervical con fármacos se realiza a través de la aplicación local de prostaglandinas, y la mecánica mediante la maniobra de Hamilton o la colocación de una sonda Foley a nivel del cuello uterino.

La estimulación del proceso de parto se realiza mediante la infusión de soluciones intravenosas diluidas con oxitocina, con el fin de conseguir una actividad uterina capaz de producir cambios en el cérvix y provocar el descenso de la presentación fetal. Asimismo, suele asociarse a la misma, la rotura artificial de la bolsa amniótica buscando los fines similares. Igualmente, el *Protocolo de inducción del parto* del Hospital de León (Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León, 2012) tiene en cuenta ambos métodos en el desarrollo del proceso de inducción del parto.

2.2.2.13. Cesárea

La cesárea es una técnica destinada únicamente a casos concretos que, en algunos lugares del mundo, se ha convertido en el modo de nacer que se considera más civilizado (Fernández del Castillo, 2003). Sin embargo, una cesárea presenta más riesgo de muerte materna que un parto por vía vaginal. Además, pueden aparecer complicaciones como hemorragias, lesiones intestinales o vesicales, trombosis, o dar lugar a complicaciones en los embarazos y partos posteriores (Fernández del Castillo, 2003; Olza, 2003; Rodrigues & Cardelli, 2012). Por otro lado, la transición hormonal que se produce en una cesárea presenta diferencias importantes con la que ocurre en un parto, lo que da lugar a complicaciones relativamente frecuentes a nivel neonatal como distrés respiratorio, hipoglucemias e hipotermia. Asimismo, los recién nacidos por cesárea presentan mayores dificultades para el inicio de la lactancia materna, lo que afecta a la interacción entre madre e hijo en las primeras horas tras el nacimiento (MSSSI, 2012).

Por todo ello, la OMS (1985) considera que no existe justificación para alcanzar cifras de cesáreas superiores al 10-15% del total de los partos, basándose en que algunos de los países con las tasas de mortalidad perinatal más bajas del mundo tienen un índice de cesáreas menor del 10%.

En la Tabla 8 se presentan los datos proporcionados por el INE relativos al número de partos y cesáreas en España, Castilla y León y la provincia de León durante el año 2014 (último año disponible).

Las altas tasas de cesárea en nuestro país intentan explicarse con factores como el aumento de la edad materna, de los partos múltiples por las nuevas técnicas de reproducción asistida, y de las demandas de las mujeres por sospecha de mala praxis. Sin embargo, lo cierto es que, aun valorando la gravedad de todos los partos atendidos en los distintos centros obstétricos, la variabilidad de los índices de cesáreas entre ellos es amplia (MSC, 2007).

Tabla 8. Número de partos y número y porcentaje de cesáreas en España, Castilla y León y León durante el año 2014.

	Número de partos	Número de cesáreas	Porcentaje de cesáreas
España	419.209	110.174	26.28%
Castilla y León	17.533	4.774	27.23%
León	2.987	626	20.96%

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2014).

Parece existir una relación entre la tasa de cesáreas de una determinada zona geográfica y el profesional que se encarga de la atención al parto. De esta forma, cuando los procesos de bajo riesgo son controlados por médicos aumenta el número de cesáreas realizadas. Sin embargo, cuando son las matronas las que se encargan del control de estos partos, el índice de intervencionismo disminuye notoriamente, lo que desemboca en una menor tasa de cesáreas (Wagner, 1998, 2006).

Dentro del contexto de humanización en el nacimiento, si únicamente se tiene en cuenta que el proceso no debe ser intervenido, la cesárea, por definición, siempre será un parto no humanizado. Además, algunos autores consideran que al realizar una cesárea se está quitando a la mujer su poder de decisión y el control sobre su parto, y por tanto esta situación se corresponde con la máxima expresión de la deshumanización (Wagner, 2006). Sin embargo, si se valoran otros aspectos como el respeto a la mujer y se tiene en cuenta su lugar protagonista del proceso, aparece el concepto de cesárea respetada o humanizada. A tal respecto, otros expertos consideran que pueden existir

cesáreas realizadas bajo el marco de la humanización (Cerdán Jiménez et al., 2017; Tesier España et al., 2013).

CAPÍTULO 3

LA PERSPECTIVA DE LA MUJER EMBARAZADA EN RELACIÓN AL PARTO

"Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo"

Benjamin Franklin

Como ha sido descrito en capítulos previos de este trabajo, la humanización del parto pretende aportar autonomía a las mujeres para minimizar sus emociones negativas y aumentar su valoración positiva con respecto a su experiencia, incrementando con ello su satisfacción final en el proceso. Esta filosofía se basa fundamentalmente en tres principios: i) facilitar a las mujeres información actualizada y acorde con la evidencia científica; ii) otorgar la responsabilidad de la toma de decisiones a las embarazadas proporcionándoles, de este modo, mayor autonomía y protagonismo en sus partos; y iii) llevar a buen término las gestaciones con el mínimo intervencionismo posible (Gil, 2009). Partiendo de la base de que la literatura científica actual aboga por la humanización del parto como el mejor modo de atención obstétrica posible y, por tanto, el que debe instaurarse en todos los

servicios de salud, corresponde en esta tesis estudiar si esa visión es compartida por las mujeres.

Además, tiene especial interés conocer si las opiniones de las gestantes y su forma de entender la atención al parto repercuten en sus expectativas y emociones. Por otro lado, también es importante averiguar cuáles son los factores que aportan mayor satisfacción a las mujeres durante la gestación y el parto.

Con todo, este capítulo está integrado por tres apartados enfocados a indagar en las opiniones de las mujeres en relación a la asistencia obstétrica. En primer lugar, se busca comprender la vivencia emocional de las mujeres durante el embarazo y el parto. La segunda sección del capítulo analiza la opinión de las gestantes en relación a su grado de implicación durante el proceso. Por último, se investiga acerca de los elementos más valorados por las mujeres embarazadas en la asistencia obstétrica.

3.1. LA VIVENCIA EMOCIONAL EN EL EMBARAZO Y EL PARTO

Aún hoy en día hay quien considera el embarazo y el parto como funciones meramente fisiológicas, sin tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales que los rodean. Sin embargo, ambos procesos conllevan el desarrollo de sentimientos ambivalentes. Así, a la vez que las mujeres experimentan un deseo intenso de ser madres, temen la experiencia o el resultado (Torres Gutiérrez, 2004). En este sentido, el estrés y el miedo que acompañan el embarazo y el parto son emociones desagradables provocadas por una amenaza de peligro presente o futura, ya sea real o supuesta, pero que a la vez responden a un esquema adaptativo que permite a las mujeres reaccionar ante circunstancias adversas de un modo eficaz. Por lo tanto, ambos sentimientos aun siendo percibidos como negativos son, como tales, normales y beneficiosos (García Carrascosa, 2010).

En el aspecto psicológico, durante la gestación, las mujeres deben madurar emocionalmente para prepararse para ser madres a través de la aceptación del embarazo, la adaptación del rol materno y el desarrollo del apego

con su hijo. Dichas tareas, aún en el marco de un embarazo normal, constituyen una situación de ansiedad real para las mujeres. Por otro lado, el presagio del parto coloca a la mujer en una posición estresante por sí misma (Torres Gutiérrez, 2004).

Igualmente, durante el embarazo, las mujeres imaginan cómo se desarrollará su parto, creando así una serie de expectativas que pueden, a posteriori, coincidir o no con la realidad. De esta forma, la discrepancia entre las ilusiones que presentan las mujeres y las experiencias finales vividas afecta negativamente a su valoración final del proceso y a la ansiedad que lo acompaña (Christiaens & Bracke, 2007; Fenwick, Hauck, Downie & Butt, 2005; Gibbins & Thomson, 2001; Hauck, Fenwick & Downie, 2007; Vivanco Montes, 2009).

Por todo ello, en este capítulo se analizan las emociones percibidas por las mujeres embarazadas ante la maternidad, así como el estrés sentido en relación al momento del parto y los factores que más influencia tienen sobre el mismo.

3.1.1. Las emociones ante la maternidad

En nuestra cultura, el embarazo se entiende como un proceso feliz y tranquilo de la vida de la mujer. Sin embargo, la realidad es que cualquier embarazo supone una situación estresante para la gestante (Torres Gutiérrez, 2004). En circunstancias normales, las mujeres reaccionan al embarazo de forma similar a cómo lo hacen en otras situaciones de su vida, es decir, adaptándose y desarrollando cierto grado de felicidad y aceptación. Asimismo, sobrellevan las incomodidades y los cambios inherentes a él y muestran sentimientos de agrado de acuerdo al conocimiento del buen estado de salud propio y de su hijo y el progreso satisfactorio del embarazo (Camacho Castillo, 1975).

La gestación supone un periodo de cambios anímicos en la mujer y gran vulnerabilidad e inestabilidad emocional. De esta forma, aunque el embarazo implica una etapa de felicidad y expectativas positivas, conlleva considerables desafíos emocionales (Maldonado Durán, Saucedo García & Lartigue, 2008).

El cambio en la vida de las mujeres que supone el embarazo genera en ellas alteraciones psicológicas, sentimientos ambivalentes, ansiedad y estrés (Flórez Alarcón, 1999). Constituye, por tanto, una etapa de transición en la que las embarazadas se preparan para integrar a su futuro hijo en sus vidas, a través del desarrollo de los ajustes necesarios a nivel personal y familiar, es decir, haciendo modificaciones en sus formas de pensar y sentir, y en sus estilos de vida (Orellana, s.f.). En cualquier caso, la maternidad supone un cambio radical en la vida de las mujeres de forma que con el nacimiento del bebé nace también la madre (Maldonado Durán et al., 2008).

Por otro lado, el embarazo está condicionado y afectado por eventos estresantes propios y externos, de tipo físico y psicológico, que influyen sobre la situación orgánica de las mujeres y, por tanto, sobre el resultado final de la gestación (Flórez Alarcón, 1999). Por ello, han de emplearse todos los recursos posibles para que las gestantes se enfrenten a los cambios de una forma sana y sean capaces de elaborar estrategias para superar satisfactoriamente su desarrollo (Smith, 2006).

Cada mujer experimenta su embarazo de manera diferente, ya que su vivencia está influenciada, entre otros factores, por su personalidad y su entorno. Asimismo, estos elementos influyen en la percepción y gestión del estrés materno, es decir, cada mujer se enfrentará a sus miedos de forma distinta en función de cómo sea su carácter (DiPietro, Hilton, Hawkins, Costigan y Pressman, 2002).

Las experiencias positivas en partos previos se relacionan con menos ansiedad y mejores formas de afrontar las nuevas situaciones de parto (Hurtado Murillo, Donat, Escrivá & Poveda, 2008). Asimismo, la atención psicológica adecuada durante el embarazo se considera de gran utilidad para ayudar a las mujeres a eliminar las reacciones emocionales negativas. Por ello, los sanitarios deben proporcionar apoyo emocional a las gestantes para que vivan su embarazo con mayor agrado (Camacho Castillo, 1975). Sin embargo, no existe claridad en la literatura en lo que respecta a la información que reciben las mujeres durante la gestación. Así, hay autores que aseguran que el suministro de información a las mujeres acerca del embarazo y el parto como medio para

prepararlas y reducir su ansiedad, lejos de conseguir su objetivo, provoca mayores grados de estrés (Salvatierra, 1989).

3.1.2. La ansiedad ante el parto

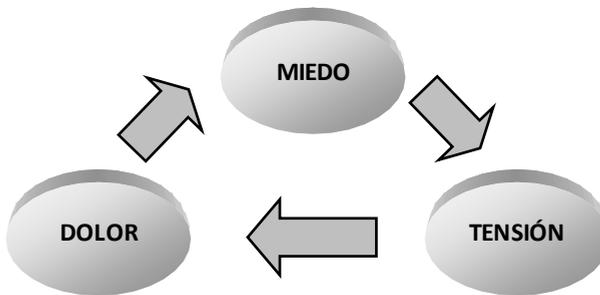
En lo que respecta al parto, en general, las mujeres lo aceptan como un proceso natural y transitorio, que deja una impronta agradable y grata a posteriori (Camacho Castillo, 1975). El estado psicológico saludable de las mujeres les permite prepararse para afrontar apropiadamente el parto. Asimismo, mantener una actitud correcta, equilibrada y positiva ante la maternidad se relaciona con partos más satisfactorios y que fluyen con más facilidad (Orellana, s.f.).

El embarazo conlleva cierto grado de tensión en las mujeres, pero es el parto el acontecimiento que produce los mayores niveles de ansiedad. Su carácter de proceso inevitable hace que se intuya como una situación altamente estresante que produce miedo y preocupación en las mujeres (Da Costa, 2000).

El estrés es un proceso necesario e inherente a la adaptación del individuo al medio. Sin embargo, el exceso de estrés, ansiedad y miedo pueden alterar el curso normal del parto, debido a la tensión muscular que producen y que dificulta la dilatación cervical. Esta afirmación se basa en los estudios de Dick Read (1944), que describió el síndrome miedo-tensión-dolor basado en que la percepción del parto como peligroso por parte de la mujer, hace que su cuerpo se tense y sufra dolor (Figura 4). La apreciación del parto como proceso estresante se ve influenciada por diversos factores externos e internos que provocan cambios en la secreción endocrina natural. El ruido alto, los ambientes poco familiares u hostiles, o la ansiedad son ejemplos de factores que pueden afectar a la cascada hormonal normal del proceso de parto (Odent, 1990). En todos los casos, se da lugar a una excesiva descarga de catecolaminas que bloquean la secreción de oxitocina, lo que se ha relacionado con mayores tasas de distocias obstétricas. Desde este contexto, el miedo dificulta el progreso normal del parto, frenándolo e incluso deteniéndolo completamente, generando mayores sentimientos de insatisfacción final en las mujeres (Odent, 1990; Saisto, Kaaja, Yliorkala & Halmesmäki, 2001). Asimismo, se encuentran en la literatura

estudios que relacionan altos niveles de ansiedad durante el tercer trimestre de gestación con bajos grados de apoyo social, precarias estrategias de afrontamiento ante el estrés y partos complicados (Istvan, 1986; Lederman, Lederman, Work & McCann, 1981; Levinson & Shnider, 1979; Ryding, Wijma, Wijma & Rydhström, 1998; Saisto, Salmela Aro, Nurmi & Halmesmäki, 2001).

Figura 4. Esquema del síndrome de miedo-tensión-dolor descrito por Dick Read (1944).



Fuente: Elaboración propia.

Uno de los mayores temores humanos es no saber a qué nos enfrentamos, por lo que es importante conocer los miedos de las mujeres y trabajarlos antes del parto para poder controlarlos (García Carrascosa, 2010). El desconocimiento del proceso de parto hace que algunas mujeres, en el momento de dar a luz, respondan de forma antinatural impidiendo su desarrollo fisiológico y afectando negativamente a la evolución del parto (García Carrascosa, 2010; Ruiz Vélez-Frías, 1955). Es por eso que las mujeres deben visualizar el parto de la forma más natural posible, olvidar sus miedos y confiar en sí mismas (García Carrascosa, 2010). La educación es la herramienta que puede romper el triángulo de miedo-tensión-dolor expuesto en la Figura 4, con el fin de disipar la ansiedad y el temor, logrando partos más satisfactorios y libres de dolor (Dick Read, 1944).

En esta línea, las sesiones de preparación maternal prenatal juegan un papel importante en el control del miedo ante el parto, logrando que las parejas

vivan de una manera más calmada tanto el embarazo como el parto (Iniesta et al., 2007). Los profesionales de la salud deben relajar a la parturienta y alejar las fuentes que le general tensión y miedo. Para ello, lo principal es aportar a las mujeres conocimientos profundos acerca del proceso y las diferentes fases del parto para que se enfrenten al mismo más tranquilas y seguras. En palabras de García Carrascosa (2010): "*la información es una de las mejores armas contra el miedo*" (p.2).

Entre las causas encontradas en distintos estudios como origen de los miedos de las mujeres destacan la tendencia a tener pensamientos negativos, la presencia de experiencias adversas propias o en su círculo social, el diagnóstico prenatal de posibles riesgos y la falta de instrucción acerca del proceso de parto. Por otro lado, puede concretarse que las embarazadas focalizan sus temores en las posibles secuelas en ellas mismas o en sus hijos y en el dolor del parto (Cleeton, 2001; Melender, 2002). Algunos autores proponen que estos eventos se observan en mayor medida en mujeres primíparas jóvenes, con bajo nivel educativo, sin preparación prenatal para el parto y con embarazos de alto riesgo (Standley, Soule & Copans, 1979). La falta de experiencia y de formación desembocan en mayores dificultades para afrontar el parto, dando lugar a un incremento de los niveles de ansiedad. En cuanto a las razones por las que el alto riesgo aumenta el estrés materno se encuentran la mayor necesidad de uso de servicios de salud especializados y la mayor posibilidad de precisar más medicalización y hospitalización (Flórez Alarcón, 1999).

En otro orden de cosas, es labor del personal sanitario tranquilizar a las mujeres en los dos aspectos que les ofrecen ansiedad. En primer lugar, han de realizarse los controles y las exploraciones pertinentes para asegurar en la medida de lo posible el curso normal de la gestación. Además, se debe hacer lo posible para responder con seguridad a todas las preguntas que planteen en el periodo prenatal y fomentar la sensación de tranquilidad y seguridad en las mujeres, insistiendo en cada control en los aspectos más naturales y fisiológicos del parto para que lo proyecten de la manera más sencilla posible (SEGO, 2007).

Por otro lado, la percepción del dolor es una cuestión claramente subjetiva y está muy influenciada por la cultura y los hábitos (Becerro de Bengoa, 1992; Catalán Morera, 2006). En esta línea, García Carrascosa (2010) afirma:

"somos seres culturales en el padecimiento y tratamiento del dolor" (p.7). De esta forma, en función de qué expectativas presenten las mujeres en relación al dolor en el parto, su experiencia variará considerablemente. Los profesionales sanitarios han de inculcar en las mujeres la idea de que la tranquilidad con la que se enfrenten al parto jugará a su favor en el proceso (SEGO, 2007). Así, encarar el parto con una visión más natural y fisiológica se relaciona con experiencias más satisfactorias y menos dolorosas (Johnson, Callister, Freeborn, Beckstrand & Huender, 2007).

Algunos autores entienden que el dolor en el parto es el precio que el ser humano tiene que pagar por el bipedismo y la encefalización. Sin embargo, otros argumentan que la adaptación del cuerpo humano a lo largo de la evolución permite mantener la fisiología del nacimiento. Así, entienden el parto como una función corporal más por lo que no es necesaria su supervisión por un equipo médico para llevarlo a buen término. En esta línea, la idea de que el parto no tiene por qué ser un evento doloroso se ampara en que otros procesos más vitales como la alimentación o la procreación van acompañados de un refuerzo positivo de placer (García Carrascosa, 2010).

Otros autores van más allá incluso asegurando que el parto está muy relacionado con el orgasmo (Rodrigáñez Bustos, 2010; Rothman, 1982). Así, según González Sanz (2007) los movimientos y posturas que se adquieren durante la dilatación del parto cuando este ocurre sin represión recuerdan en ciertos aspectos al contacto sexual. En este sentido surgió el concepto de "parto orgásmico", basado en que los propios movimientos del útero generan placer tanto en el acto sexual como en el parto. En la misma línea, Leboyer (1977) describió dos tipos de contracciones uterinas, las generadoras de calambres que ocasionan sufrimiento, y las productoras de placer. No obstante, esta línea de pensamiento no presenta demasiados apoyos por parte de la sociedad. Así, para algunas mujeres el hecho de que dar a luz pueda considerarse una experiencia orgásmica es absurdo, e incluso, ofensivo. Además, la incomodidad que esto produce al entorno es el motivo por el que habitualmente no se favorecen este tipo de comportamientos en la asistencia obstétrica (González Sanz, 2007).

3.2. LA IMPLICACIÓN DE LA MUJER EN EL PARTO

Para aportar una atención acorde con los principios de humanización es imprescindible que las mujeres sean situadas en el centro del proceso y que adquieran responsabilidad en sus partos. Las decisiones han de ser tomadas por las mujeres bajo un marco de información veraz y actualizada para que puedan elegir libremente la opción que consideren más adecuada conforme a la evidencia científica (MSSSI, 2014).

En otro orden de cosas, el plan de parto es la herramienta que permite plasmar por escrito la autonomía en la toma de decisiones ante el parto tras un periodo de profunda reflexión sobre el proceso y las alternativas que pueden presentarse (Higuero Macias et al., 2013).

Por ello, es importante conocer las opiniones de las gestantes a este respecto, para analizar qué papel desean desempeñar durante el proceso. En este contexto, se analiza a continuación la perspectiva de las mujeres en torno al grado de implicación que desean adquirir en la toma de decisiones, es decir, si buscan en sus partos un rol protagónico o prefieren pasar a un segundo plano y delegar las decisiones en el equipo que las atiente. Partiendo de este encuadre, también se revisa el concepto de plan de parto y su utilidad para estimular la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones ante el parto.

3.2.1. Autonomía en la toma de decisiones ante el parto

Tal y como se puso de manifiesto en la revisión teórica presentada en el capítulo 1, la conversión del parto en un acto médico conllevó un aumento del intervencionismo obstétrico que supuso la pérdida de protagonismo y control por parte de las mujeres, desplazándolas de su lugar en el proceso a favor de los profesionales (MSC, 2007). Este cambio, aún hoy en día, es difícil de revertir para lograr asentar las bases de los cuidados humanizados en el parto. El modelo de atención que se busca en la actualidad trata de conseguir empoderar a las mujeres para que tomen las decisiones sobre su proceso. La participación activa de la mujer le ofrece la oportunidad de expresar sus deseos, tomar sus decisiones y controlar su parto, lo que ayuda a cumplir sus expectativas (Page &

McCandlish, 2006). Es decir, las mujeres pueden elegir la alternativa que consideren mejor en cada caso a partir de la información acerca de las diferentes opciones existentes.

En este sentido, la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, promueve la participación informada y la toma de decisiones de las mujeres en el proceso de parto. A tal respecto, se entiende que el titular de la información es la mujer, aunque su familia también será informada en la medida que ella lo consienta, al entenderse el parto como un proceso con una clara dimensión familiar.

Por otro lado, los profesionales sanitarios tienen gran responsabilidad en este campo, ya que brindan buena parte de los conocimientos que tienen las mujeres. La información aportada por ellos debe ser completa, oportuna y adecuada en el tiempo, basada en la mejor evidencia científica disponible y siempre teniendo en cuenta la gran vulnerabilidad que presentan las mujeres en el momento del parto (González Salgado, 2011; MSC, 2007). Además, deben tenerse en cuenta los valores personales y culturales, y las circunstancias propias de cada mujer (MSC, 2007; Piercey, Page & McCourt, 2001). Por ello, ha de considerarse prioritario conocer la evidencia científica disponible e informar a las mujeres para que decidan cómo quieren vivir su parto y sean las protagonistas del proceso (Piercey et al., 2001).

La información prenatal que se les da a las gestantes en las consultas y en la educación maternal, así como la aportada incluso antes del embarazo, tiene como objetivo aliviar sus miedos y lograr que se sientan preparadas para afrontar su parto con autonomía (Behruzi et al., 2013; Page, Beake, Vail, McCourt & Hewison, 2001). De esta manera, la formación adquirida por las mujeres las capacita para debatir con los profesionales en el momento del parto en relación a sus deseos y necesidades, de forma que las decisiones tomadas sean consensuadas y asumidas con responsabilidad entre ambas partes (MSC, 2007).

En la época contemporánea cobran especial interés los medios de comunicación e internet como factores generadores de gran cantidad de información. No obstante, esta puede no ser veraz o no corresponderse con la

mejor evidencia disponible. Por ello, desde las consultas sanitarias se debe orientar a las parejas en este sentido para que sean críticas con respecto a estas publicaciones (MSC, 2007).

Existe controversia en cuanto a cómo influyen en el parto los altos niveles de formación de las mujeres, ya que diversos estudios se han relacionado con menores tasas de intervencionismo en el nacimiento, analgesia epidural e índice de cesáreas, pero otros afirman que no hay diferencias en cuanto a los resultados obstétricos (Behruzi et al., 2013). En cualquier caso, es imprescindible empoderar a las mujeres para que tengan expectativas más realistas y disminuir su indecisión en el momento del parto (MSC, 2007).

Así pues, como se ha mencionado con anterioridad, el modelo actual aboga por un cambio en el patrón clásico de atención en el que las mujeres no participan en su proceso de parto y se mantienen impasibles ante las decisiones de los profesionales sanitarios. Sin embargo, en algunos casos, las mujeres y sus familias no quieren asumir ese rol protagónico que se les ofrece en base a los cuidados humanizados en el parto, a pesar de los intentos de que así sea por parte de los profesionales (Antacle et al., 2006). De esta manera, a pesar de que las decisiones informadas son un derecho de las mujeres y un elemento clave en relación a la calidad de la asistencia obstétrica, mantienen un rol pasivo y delegan sus decisiones en las personas que les atienden (Wagner, 2006).

3.2.2. Plan de parto

Como se ha descrito en capítulos previos, el traslado del parto a los hospitales supuso el paso a una etapa de mayor tecnificación en el nacimiento, lo que dio lugar a que algunos colectivos de profesionales y asociaciones de mujeres trataran de promover partos más naturales y con menos intervenciones (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013). Como consecuencia, surgieron a finales del siglo XX los primeros planes de parto que son documentos escritos que contienen los deseos, esperanzas y miedos de las embarazadas ante su futuro parto (Whitford & Hillan, 1998).

Durante la gestación, todas las mujeres crean una serie de expectativas en torno a cómo se desarrollará su parto y, en algunos casos, reflexionan sobre ello elaborando un plan de parto. Su función no es tanto planificar exactamente el desarrollo del parto, por tratarse de un proceso en el que influyen muchas variables impredecibles, sino exponer preferencias para aquellos procedimientos que ofrecen diferentes alternativas de actuación (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2009; Higuero Macias et al., 2013).

El perfil de la mujer que realiza un plan de parto es el de una gestante con una edad superior a la media, preparada académicamente, bien informada, que busca calidad en la atención obstétrica, y que trata de evitar la analgesia epidural (De Molina Fernández & Muñoz Selles, 2010; Deering, Heller, McGaha, Heaton & Satin, 2006). En general, suelen ser mujeres primíparas, sin embargo, en ocasiones, la experiencia de embarazos y partos previos hace que demanden más información a los profesionales e influye en las elecciones del siguiente parto (Higuero Macias et al., 2013; Muñoz Selles, Goberna Tricas & Delgado Hito, 2016).

Parece ser que ofrecer a las mujeres la opción de escribir un plan de parto personalizado presenta muchas ventajas. Por un lado, es una forma de otorgarles mayor implicación y control en su proceso (Higuero Macias et al., 2013; Kuo et al., 2010). Por otro lado, consigue hacer meditar a las parejas sobre el parto y el significado del mismo para demandar un trato respetuoso y personalizado y una atención eficaz y segura (Lothian, 2006).

Asimismo, se entiende que la presencia de planes de parto en las áreas obstétricas mejora la experiencia de las mujeres, ya que conlleva una profunda reflexión sobre el tema por parte de la pareja dando lugar a un mayor conocimiento del proceso y niveles más altos de formación al respecto. No obstante, algunos estudios ponen en duda que estos documentos se relacionen con mayor índice de satisfacción en el parto. De esta forma, las mujeres que realizan un plan de parto otorgan mayor importancia a que se valore su opinión y se encuentran más satisfechas cuanto mayor sea el grado de cumplimiento de su documento. Sin embargo, experimentan más sentimientos de decepción cuando no se cumplen las expectativas que han desarrollado durante el embarazo, a pesar de que se respeten sus decisiones (Tumblin & Simkin, 2001). Por otro lado, las mujeres que no elaboran el documento, se sienten mejor informadas en el

momento del parto a pesar de que, a priori, tienen menos conocimientos sobre los recursos existentes (Higuero Macías et al., 2013; Hollins Martin, 2008).

Además, el plan de parto sirve para que el profesional que acompaña a la mujer conozca sus miedos, expectativas y deseos (De Molina Fernández & Muñoz Selles, 2010). De esta forma, disponer de esta información escrita facilita al equipo profesional complacer a la mujer mediante la satisfacción de sus necesidades y expectativas. Además, evita a las mujeres tener que comunicar sus preferencias el día del parto permitiéndoles orientar todas sus energías a la experiencia de ser madre (MSPSI, 2011b).

Sin embargo, a pesar de que a través del plan de parto las mujeres tratan de conseguir una mejor comunicación con los profesionales, en ocasiones la presentación del documento consigue el efecto contrario, dando lugar a una irritación en el personal sanitario que responde a un doble motivo. En primer lugar, los planes de parto no siempre se basan en la mejor evidencia disponible, y en ocasiones son escritos impersonales que contienen información incierta (Bailey et al., 2008; Lothian, 2006). Incluso, a veces, en ellos se rechazan intervenciones que los hospitales ya no realizan, de forma que producen en los sanitarios la sensación de poca o nula información sobre el centro y el proceso asistencial (De Molina Fernández & Muñoz Selles, 2010). Por otro lado, en ocasiones, el personal sanitario rehúsa los planes de parto por la sensación de pérdida de autonomía profesional que les provoca, y entienden la toma de decisiones de la mujer como una falta de respeto hacia sus conocimientos y una forma de cuestionar su formación y su juicio profesional (Perry, Quinn & Nelson, 2002).

En ocasiones se produce un enfrentamiento entre los deseos de las mujeres y los criterios de seguridad del personal sanitario. Por ello, los profesionales deben encontrar el equilibrio entre el respeto de los intereses de la mujer y la supervisión óptima del proceso para asegurar buenos resultados obstétricos (López & Jiménez, 2009).

Esta falta de entendimiento entre ambas partes podría paliarse mediante espacios de encuentro entre profesionales potenciados por parte de las políticas sanitarias. De esta forma, una mejor comunicación entre los diferentes ámbitos de atención daría lugar a planes de parto elaborados en

Atención Primaria con expectativas más realistas y acordes con la oferta de la atención hospitalaria (De Molina Fernández & Muñoz Selles, 2010; Higuero Macias et al., 2013).

En relación a lo anterior, cuando proceda, corresponde al ámbito de Atención Primaria poner a disposición de las mujeres un plan de nacimiento normal de baja intervención que permita conocer las preferencias de las gestantes (MSSSI, 2014). La información a este respecto puede aportarse desde la consulta individual o en las sesiones grupales de educación maternal. Asimismo, es importante prestarles información sobre los recursos disponibles en cada centro de atención y sus derechos en cuanto a toma de decisiones ante su parto (De Molina Fernández & Muñoz Selles, 2010; Higuero Macias et al., 2013).

Por otro lado, es preciso evitar la obsesión por parte de las mujeres de la idea de un “parto perfecto”. Para ello, hay que advertirles que tanto las expectativas como los planes de parto dependen de la situación clínica por lo que se pueden producir desviaciones en función de la evolución del parto (FAME, 2007). En relación a lo dicho, cabe destacar que las actitudes ante el parto normal que presenten las matronas responsables de aportar la información pueden influir en la forma de recepción de la misma por parte de las mujeres (Vila Candell et al., 2015).

Con todo, teniendo en cuenta la importancia de fomentar la realización de planes de parto por parte de las parejas, algunos organismos oficiales han desarrollado modelos de planes de nacimiento para facilitar su elaboración. Es el caso del documento *Plan de Parto y Nacimiento* creado por el MSPSI en el año 2011. En el desarrollo de este manuscrito se muestra información básica acerca de diferentes situaciones que pueden darse a lo largo del proceso de parto.

En algunas de las variables descritas, el documento permite a las usuarias decidir entre diferentes opciones o reflexionar acerca de ellas. Sin embargo, en otros casos, no contempla la posibilidad de elección de prácticas por no estar aconsejadas por la evidencia científica. En la Tabla 9 se muestran las variables que presenta el documento apareciendo sombreadas aquellas intervenciones en las que no se contempla su ampliación con comentarios.

Tabla 9. Intervenciones recogidas en el *Plan de Parto y Nacimiento* (MSPSI, 2011).

Llegada al hospital	Acompañamiento: participación activa de la pareja/acompañante Necesidades especiales por diferencia de capacidad Necesidades especiales por motivos de cultura o idioma Espacio físico
Periodo de dilatación	Intimidad
	Personal asistencial
	Enema antes del parto
	Rasurado antes del parto
	Líquidos durante la dilatación
	Elección del lugar y posición durante el parto
	Movilidad durante el parto
	Tratamiento y manejo del dolor
	Uso de material de apoyo para el parto
	Uso de bañera/ducha durante la dilatación
	Otras preferencias respecto a los cuidados
	Monitorización fetal
	Tactos vaginales
	Administración de medicamentos para acelerar el parto
Canalización de vía venosa	
Periodo expulsivo	Sondaje vesical
	Rotura de la bolsa
	Pujos
	Episiotomía
	Nacimiento
	Contacto piel con piel tras el nacimiento
	Aspiración de secreciones y sondajes tras el nacimiento
Atención inicial del recién nacido	
Alumbramiento de la placenta	Corte del cordón umbilical
	Inicio precoz de la lactancia
Cuidado y atención al recién nacido	Forma de alumbramiento de la placenta
	Separación de la madre y realización de procedimientos
	Administración de medicamentos preventivos y vacunación
Periodo de puerperio	Higiene del recién nacido
	Traslado a planta y estancia en la maternidad tras el nacimiento
	Duración de la estancia y cohabitación madre-recién nacido
Parto instrumental o cesárea	Lactancia
	Observaciones y otros aspectos no contemplados

Nota: Las intervenciones que no pueden ampliarse con comentarios aparecen sombreadas en la Tabla.

Fuente: Elaboración propia.

3.3. FACTORES MÁS VALORADOS POR LA MUJER EN TORNO AL PARTO

La personalidad y el entorno de las embarazadas influye en gran medida en la forma de vivir el embarazo y el parto, y en las expectativas creadas al respecto (Muñoz Selles et al., 2016). La satisfacción es, además de un indicador de la calidad prestada por los servicios sanitarios, un modo de expresar la percepción de la experiencia vivida y está muy relacionada con el grado de cumplimiento de las expectativas previas de cada mujer (Mas Pons et al., 2012).

En general, la satisfacción final que presentan las mujeres tras el proceso de parto puede dividirse en dos componentes: técnico y relacional. El primero de ellos hace referencia a la pericia que la mujer reconoce en los procedimientos e intervenciones llevados a cabo por los profesionales en la atención al parto. Si bien la recomendación actual es reducir el uso de la tecnología aplicada al nacimiento al mínimo imprescindible, la indiferencia que manifiestan algunas mujeres en este sentido no está reñida con la satisfacción final del proceso; es decir, según algunos autores la percepción de buen cuidado por parte de las parturientas es independiente del grado de intervencionismo en el parto (Román Oliver, Espinaco Garrido & Espinaco Garrido, 2007).

Por su parte, el factor relacional se corresponde con la percepción de buen cuidado emocional sentida por las gestantes, siendo el componente más apreciado por las mujeres. De este modo, las gestantes valoran positivamente el sentirse escuchadas, apreciadas y complacidas en sus deseos e inquietudes (Bravo, Uribe & Contreras, 2008).

En este contexto, se exponen a continuación los factores obstétricos más valorados por las mujeres en los aspectos técnico y relacional.

3.3.1. Componente técnico

Tal y como se ha ido mostrando en este trabajo, la evidencia científica muestra que, en condiciones normales, el uso de la tecnología aplicada al embarazo y el parto debe ser el mínimo imprescindible (Chalmers et al., 2001).

Sin embargo, para algunas embarazadas la tecnificación es considerada un factor facilitador de la humanización del parto (Behruzi et al., 2013).

En este sentido, hay autores que aseguran que los cuidados tecnológicos sanitarios no influyen negativamente en la satisfacción materna final con el proceso de parto, sino que, para la mayoría de las mujeres, la tecnología aplicada al nacimiento forma parte fundamental de lo que consideran que debe ser una atención obstétrica de calidad, y solo un grupo más pequeño de gestantes prefieren vivir su parto de la forma más natural posible (Goberna Tricas et al., 2008; Sadler, Davison & McCowan, 2001). Así, por ejemplo, las mujeres que se decantan por el parto en domicilio constituyen un sector claramente a favor del parto natural sin intervenciones. De este modo, las mujeres que optan por dar a luz en el hogar buscan más autonomía, evitar la medicalización innecesaria de sus partos y libertad para la movilidad en el proceso de parto (Rezende, Alves, Lessa & Andrade, 2012).

Teniendo en cuenta que uno de los propósitos de este estudio es profundizar en las creencias de las mujeres embarazadas en relación a ciertas prácticas que pueden acontecer en el parto, resulta interesante entender previamente cuales son los puntos de mayor interés para las mujeres antes y después de experimentar el proceso.

Existen claras diferencias en cuanto a los estudios que se encuentran en la literatura con respecto a la opinión de las mujeres en relación a las intervenciones obstétricas en función del momento gestacional en el que se hallen. Así, el periodo grávido es un tema aún por explorar, encontrándose que la mayor parte de las publicaciones se centran en los juicios de las mujeres en la etapa de postparto. Parece lógico pensar que son las puérperas las que tienen más criterio para opinar en torno al parto, al haber tenido una experiencia personal recientemente, existiendo, por tanto, una gran relación entre la opinión de las mujeres y su vivencia previa (Muñoz Selles et al., 2016). Asimismo, en el caso de mujeres con partos previos, la opinión en relación al parto va ligada a su grado de satisfacción en su anterior experiencia. De este modo, en función de cómo haya vivido el transcurso de su parto, valorará cada técnica con diferente criterio. Es por ello que, aun sabiendo que la experiencia de la mujer es subjetiva

y solo es objetivo lo científico, es lo vivido por la mujer lo que da lugar a sus miedos y a sus expectativas futuras (Camacaro Cuevas, 2000).

Durante el embarazo la mayoría de las mujeres consideran las ecografías obstétricas una fuente de seguridad, de manera que ver la imagen de su hijo les proporciona tranquilidad y mayor satisfacción. Prueba de ello es la popularidad de la que goza esta técnica y lo atractiva que resulta para las mujeres y sus parejas, buscando en muchos casos realizar más ecografías de las establecidas por el sistema público de salud. Así, en este periodo, las mujeres se sienten más seguras sabiendo que existen avances tecnológicos y haciendo uso de ellos con mayor frecuencia de la establecida (Goberna Tricas et al., 2008).

Por otra parte, en función del factor estudiado, se encuentran diferencias en la opinión de las mujeres con respecto al intervencionismo en el parto. Así, mientras en ciertos aspectos, la mayoría de las mujeres rechazan el intervencionismo, en otros la tecnología les proporciona mayor tranquilidad. Es el caso, por ejemplo, de la monitorización electrónica fetal continua durante el parto, ya que, a pesar de la incomodidad que les produce la técnica, la mayoría de las mujeres se sienten más relajadas al conocer en todo momento como está su hijo (Goberna Tricas et al., 2008). En lo que sí existe consenso es en que las mujeres sienten malestar físico y emocional cuando las técnicas son aplicadas de forma brusca, y se perciben como situaciones de riesgo, por lo que la satisfacción general de las mujeres en estos casos se ve perjudicada (Martell, 2003).

La posibilidad de elegir la posición a adoptar durante el periodo expulsivo es uno de los factores que las mujeres consideran más positivamente. En este sentido, el poder decidir qué postura toman en el momento del nacimiento hace que se sientan más valoradas y tranquilas, facilitándose el parto de este modo. Así pues, algunos estudios manifiestan que las mujeres rechazan el modelo de parto intervencionista en el que solo se contempla la opción de dar a luz en posición de litotomía (Carraro et al., 2008).

Las mujeres también tienen clara su actitud en relación a la vía del parto, de forma que la gran mayoría prefieren un parto por vía vaginal en lugar de una cesárea (Gómez López, Morales Carmona, Aldana Calva & Gaviño, 2008). Entre las desventajas que colocan a la cesárea en un lugar más impopular destacan la recuperación posterior más lenta, el riesgo de complicaciones más

frecuentes, mayor tiempo de ingreso hospitalario, e incomodidad y dolor postoperatorio considerable (Barbosa et al., 2003; Lydon-Rochelle, Holt & Martin, 2001; Zimmermann et al., 2009). Por su parte, el parto se manifiesta como un evento que, si bien durante su proceso provoca dolor, tiene una recuperación posterior mucho más rápida y favorable (Melo, Davim & Silva, 2015).

En cuanto al alivio del dolor del parto, según Hodnett (2002) el grado de satisfacción es mayor cuando las mujeres ven cumplidas sus expectativas a este respecto, con independencia de si demandan métodos farmacológicos o naturales.

3.3.2. Componente relacional

En lo que al factor relacional se refiere, las mujeres valoran más positivamente su experiencia de parto cuando: i) se han sentido participes del proceso; ii) han sido informadas durante el mismo; iii) se les ha permitido estar acompañadas de un familiar; y iv) se les ha prestado soporte emocional y respaldo por parte de los profesionales (Brown & Lumley, 1994; Chen, Wang & Chang, 2001; Ferreiro Losada et al., 2013; Goberna Tricas et al., 2008; Harriott, Williams & Peterson, 2005; Hodnett, 2002).

En primer lugar, la sensación de autocontrol y de participación en la toma de decisiones durante el proceso de parto juega un importante papel en relación a la satisfacción final del proceso (Eriksson, Jansson & Hamberg, 2006; Kabakian Khasholian, Campbell, Shediak Rizkallah & Ghorayeb, 2000). Asimismo, las mujeres también agradecen que sus decisiones sean respaldadas por parte del personal sanitario que les acompaña (Bowers, 2002; Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004).

En segundo lugar, dar a las mujeres información adecuada que les permita orientarse y aclarar sus dudas hará que se minimicen sus temores ante su inminente parto. Así, existe una relación positiva entre la satisfacción final con el proceso de parto y la cantidad y calidad de la información recibida (Aposta, Bellovi & Serra, 1993; Davies & Cleary, 2005; Fernández, Fernández, Pavón &

López, 2003; Garratt, Bjaertnes, Krogstad & Gulbrandsen, 2005; Ortega, Sánchez, García & Sánchez, 2001; Rodrigo, Viñes & Guillén-Grima, 2009).

En tercer lugar, las mujeres asignan un significado primordial al apoyo y acompañamiento por parte de un familiar durante el proceso de parto (Martell, 2003). Es más, este acompañamiento les otorga un sentimiento de confianza en el proceso (Uribe, Rivera, Contreras, Bravo & Cornejo, 2007). Sin embargo, el sostén emocional se pierde en el caso de los partos distócicos, ya que en gran parte de los hospitales se impide la entrada de los acompañantes cuando aparece algún problema durante el parto, dando lugar a desorientación y desagrado en la mujer (Aguilar Cordero et al., 2013; Gutman & Tabak, 2011; Morlans Lanau, 2011).

Por último, la satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto se ve influenciada por la comunicación y apoyo percibido por parte del personal sanitario que las atiende. En este sentido, las gestantes buscan una atención más personalizada en sus partos que no siempre encuentran debido a la sobrecarga de trabajo que existe en las áreas obstétricas hospitalarias (Goberna Tricas et al., 2008). De la misma manera, cuando los cuidados son aportados de forma continua y exclusiva por el mismo profesional, las mujeres se sienten más atendidas y los resultados perinatales son más favorables, lo que repercute finalmente en el agrado materno (Green & Baston, 2003; MSPS, 2009, 2010). Por otra parte, algunos autores aseguran que la atención es más placentera para la mujer cuando quien la acompaña en su parto es una matrona (Wagner, 1998).

**ESTUDIO DE CAMPO Y VALIDACIÓN
DEL MODELO PROPUESTO**

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO EMPÍRICO

"Los retos son los que hacen la vida interesante, superarlos es lo que hace que tenga sentido"

Joshua J. Marine

En torno a la fundamentación teórica presentada en capítulos previos, dos cuestiones fundamentales sirven de guía a los propósitos del estudio empírico descrito en esta segunda parte del trabajo:

- ¿Influye el apoyo percibido por las mujeres por parte de los profesionales relacionados con la atención al embarazo en sus creencias y expectativas frente a su futuro parto?
- ¿Influyen el apoyo percibido y las creencias de la embarazada sobre las emociones experimentadas en la anticipación del proceso del parto?

Para dar respuesta a ambos interrogantes, se desarrolló un estudio psicométrico mediante la recogida de datos de autoinforme durante el año 2015, a partir de una muestra representativa de mujeres embarazadas en la segunda mitad de su gestación, residentes en la ciudad de León. A tal respecto, el presente capítulo está dedicado a exponer los objetivos e hipótesis del estudio, así como la metodología utilizada en la investigación –cuyos resultados serán detallados en el capítulo siguiente–, en torno a cuatro apartados generales: i) planteamiento de los objetivos e hipótesis de investigación; ii) descripción de los criterios empleados en la selección de la muestra y las principales características sociodemográficas de las encuestadas; iii) explicación del procedimiento seguido en la elaboración y administración del cuestionario empleado en la recogida de datos, así como las escalas de medida utilizadas en la operativización de las variables del modelo; y iv) desarrollo de las técnicas estadísticas aplicadas al análisis de los datos, en base a su naturaleza y alcance para dar cuenta del grado de cumplimiento de las hipótesis de partida.

4.1. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La forma de atención al parto planteada en la actualidad por la evidencia científica como la más adecuada es la basada en la propuesta de humanización en el ámbito obstétrico que se basa fundamentalmente en tres criterios (Gil, 2009): i) se ofrece la responsabilidad sobre la maternidad a las mujeres para que sean ellas las que tomen las decisiones en sus partos; ii) la humanización obstétrica busca que las embarazadas tengan una visión del parto como un fenómeno fisiológico y no patológico; y iii) las gestantes deben disponer de toda la información necesaria para ser conocedoras del proceso del parto y decisoras activas llegado el momento.

Para dar cumplimiento a los tres objetivos descritos es imprescindible una labor conjunta entre las mujeres y el personal sanitario que las atiende durante el embarazo y el parto. Así, por un lado, las gestantes han de interesarse sobre todos los aspectos que rodean su nueva situación, buscando y demandando información a los sanitarios e interiorizando un rol activo en la toma de decisiones durante el parto. Por otra parte, los profesionales obstétricos

deben estar formados e informados sobre la mejor evidencia científica disponible para así asesorar, informar y empoderar a las mujeres en la misma (Magnone Aleman, 2010). Además, el soporte emocional, la escucha activa y el establecimiento de una buena relación entre profesionales y embarazadas constituyen un clima de confianza entre ambos que aporta mayor sensación de seguridad y refuerza los conocimientos y decisiones adoptadas por las mujeres (Martins et al., 2012).

En estos términos, cabe esperar que el apoyo informacional y emocional aportado por los profesionales sanitarios y basado en las recomendaciones pautadas en la actualidad, hará que las mujeres tengan creencias más humanizadas en relación al parto. Con todo, el apoyo conllevará que las mujeres se sientan más informadas y autónomas, y que sus decisiones sean acordes con la evidencia científica actual (Alonso & Gerard, 2009; Wagner, 2000).

En la misma línea, por contra a la suposición previa, se entiende que las mujeres con creencias naturalistas y delegadoras basan sus opiniones en teorías no actualizadas e incoherentes con la evidencia científica vigente. Así, en ambos casos se ve afectado alguno de los tres pilares básicos de la humanización obstétrica.

En el primer caso, las ideas naturalistas, si bien son acordes con la búsqueda de autonomía y libertad de decisión por parte de las mujeres, no cumplen el resto de los criterios descritos. Así, el deseo de un parto fisiológico se contempla de un modo más radical al recomendado, es decir, rechazando cualquier tipo de intervención en todos los casos. Asimismo, queda patente la falta de información registrada por este grupo de mujeres, al basar sus decisiones en principios no apoyados por la evidencia actual.

Por su parte, las mujeres con creencias delegadoras asumen un rol pasivo en el proceso del parto, encomendando todas las decisiones al personal sanitario. Del mismo modo, el principio de información se ve alterado y la decisión de la realización de intervenciones obstétricas pasa a manos únicamente de los profesionales.

En base a ello se formulan las siguientes hipótesis de investigación:

Hipótesis 1: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene efectos sobre sus creencias en relación al parto.

Hipótesis 1a: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo sobre sus creencias naturalistas en relación al parto.

Hipótesis 1b: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo sobre sus creencias delegadoras en relación al parto.

Hipótesis 1c: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto positivo sobre sus creencias humanizadas en relación al parto.

En otro orden de cosas, es factible esperar algún tipo de relación entre las creencias de las mujeres en relación al parto y los sentimientos experimentados por las mismas en la anticipación del mismo.

Como se ha detallado previamente, las mujeres con creencias humanizadas serán poseedoras de información en concordancia con la evidencia científica disponible proporcionada desde los ámbitos de salud. En base a ello, afrontarán sus partos con más tranquilidad al tener una actitud proactiva en los mismos e identificarlos como una experiencia fisiológica (Hurtado Murillo et al., 2008; Iniesta et al., 2007). Con todo, las mujeres enfrentarán el parto de forma más positiva cuanto mayor sea la información manejada del proceso y más capaces se sientan de participar. Por ello, se entiende que la confianza que aporta la humanización obstétrica a las gestantes se relaciona con emociones más positivas en la anticipación del momento del parto obteniéndose, así, una disminución de sus miedos y un aumento de su sensación de seguridad.

Por el contrario, en lo que respecta al resto de creencias estudiadas en esta investigación, la ausencia de información actualizada hará que las mujeres sientan menos control en el proceso, lo que dará lugar a mayores temores y emociones adversas cuando piensan en el mismo. De la misma forma, la delegación de las decisiones durante el parto conlleva una falta de seguridad en las mujeres, así como una actitud menos dinámica durante el proceso que se relacionará con mayores sentimientos de malestar durante el embarazo (García Carrascosa, 2010; Iniesta et al., 2007).

Esto lleva a plantear en este estudio las siguientes hipótesis de investigación:

Hipótesis 2: Las creencias de las embarazadas en relación al parto tienen efectos sobre las emociones negativas y positivas experimentadas en la anticipación del parto.

Hipótesis 2a: Las creencias naturalistas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2b: Las creencias naturalistas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2c: Las creencias delegadoras de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2d: Las creencias delegadoras de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2e: Las creencias humanizadas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2f: Las creencias humanizadas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

El embarazo es por sí mismo una situación que provoca cierto grado de estrés que puede afectar negativamente a la salud de las mujeres. Para dar una atención integral a las gestantes es fundamental considerar la parte clínica, pero también el soporte emocional (Chalmers et al., 2001). En base a ello, los profesionales de la salud han de indagar en los aspectos que más preocupan a las mujeres durante la gestación para tratar de asesorar y resolver sus dudas minimizando con ello las consecuencias de sus preocupaciones.

Por tanto, cabe esperar que el apoyo prestado por parte de los profesionales que atienden el embarazo mitigue los efectos del estrés durante el mismo, dando lugar a mayor seguridad y confianza en las gestantes (Brown &

Lumley, 1994; Chen et al., 2001; Ferreiro Losada et al., 2013; García Carrascosa, 2010; Goberna Tricas et al., 2008; Gracia Fuster et al., 1995; Harriott et al., 2005; Hodnett, 2002).

Por otra parte, si, de acuerdo a lo planteado en las hipótesis anteriores, el apoyo percibido por las mujeres influye en sus creencias ante el parto y estas, a su vez, juegan un papel importante en la anticipación de las emociones ante el mismo, el efecto del apoyo sobre las emociones bien podría estar reforzado por tales creencias. De esta forma, cuanto mayor sea el apoyo informacional y emocional percibido por las mujeres, mayor peso tendrán las creencias humanizadas en detrimento de las creencias naturalistas y delegadoras y, como consecuencia, las emociones ante el parto serán más positivas y menos negativas.

De tal perspectiva, se proponen las siguientes hipótesis de investigación:

Hipótesis 3: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene efectos sobre las emociones negativas y positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 3a: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo directo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto, así como indirecto por mediación de las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas.

Hipótesis 3b: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto positivo directo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto, así como indirecto por mediación de las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas.

En el contexto de las relaciones hipotetizadas previamente entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto, en esta tesis se propone también analizar el rol moderador de tres variables implicadas en la vivencia individual de cada mujer en su proceso de embarazo y parto: i) la existencia de experiencias previas de parto; ii) la situación de riesgo en el embarazo; y iii) la realización de un plan de parto.

En primer lugar, la paridad es uno de los factores que juegan un papel importante en la vivencia del proceso de parto. Es decir, los antecedentes de partos previos influyen en gran medida en la forma de afrontar el embarazo y parto actual (Camacaro Cuevas, 2000; Muñoz Selles et al., 2016).

Es lógico pensar que las mujeres que se enfrentan a su primer proceso de parto presentan más inquietudes y dudas que las gestantes que ya lo han vivido anteriormente. Sin embargo, según algunos autores, la experiencia de embarazos y partos previos hace que las mujeres demanden más información a los profesionales e influye en las elecciones del siguiente parto (Higuero Macias et al., 2013; Muñoz Selles et al., 2016). Es por ello que, desde los servicios de salud, el apoyo ofertado a las mujeres ha de ser similar para ambos grupos individualizando las necesidades de las mujeres y asesorándolas en relación a sus demandas.

Las mujeres con vivencias obstétricas previas valoran el parto con diferente criterio en función de cómo haya sido su experiencia anterior. Por tanto, la opinión en relación al parto va ligada al grado de satisfacción final en las vivencias previas. Aun así, aquellas mujeres que conocen el proceso del parto desde un ámbito más personal tienen un criterio más firme en relación a ciertos aspectos obstétricos y manifiestan ideas más claras en torno al proceso actual (Muñoz Selles et al., 2016). Es esperable, por tanto, que las mujeres con experiencias previas de parto tengan una ideología más acorde con las tendencias humanizadas, al tener un conocimiento más profundo del proceso de parto por presentar una vivencia en el pasado. De la misma forma, las creencias naturalistas y delegadoras serán menos populares en las multíparas, teniendo en cuenta que la experiencia les da más información acorde con la evidencia científica y las impulsa a ser decisoras activas en su proceso de parto.

En otro orden de cosas, el parto, entendido en nuestra cultura como proceso nuevo, puntual y desconocido, genera estrés en las embarazadas (Da Costa, 2000). Sin embargo, la presencia de experiencias obstétricas previas lleva a las mujeres a vivir su nuevo embarazo de forma diferente. Así, las vivencias pasadas y los mayores conocimientos acerca del proceso se relacionan con menos ansiedad y mejores formas de afrontar las nuevas situaciones de parto (Hurtado Murillo et al., 2008).

Bajo estas premisas, cobra especial interés en esta investigación estudiar las diferencias que puedan darse en las relaciones entre el apoyo percibido por las embarazadas, las creencias de cara al parto que presentan, y sus emociones anticipadas frente al mismo, en función de la presencia de experiencias obstétricas previas. En base a ello, se formulan las siguientes hipótesis de investigación:

Hipótesis 4: La existencia de experiencias previas de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.

Hipótesis 4a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin experiencias previas de parto.

Hipótesis 4b: Las mujeres con experiencias previas de parto tienen más creencias humanizadas, y menos creencias naturalistas y delegadoras que las mujeres sin experiencias previas de parto.

Hipótesis 4c: Las mujeres con experiencias previas de parto experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres sin experiencias previas de parto.

Hipótesis 4d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con experiencias previas de parto.

A priori, el embarazo por ser una situación fisiológica requiere una atención basada en cuidados enfocados al desarrollo natural del proceso. Sin embargo, ha de mantenerse una evaluación constante de los potenciales riesgos de la gestación ya que, en cualquier momento, pueden aparecer complicaciones que den lugar a cambios en el modo de tratar el embarazo (OMS, 1996). Así, la existencia de algún riesgo durante el mismo modifica la vivencia de la mujer al poder presentar características especiales en cuanto a su atención y finalización (MSSSI, 2014).

De un lado, el personal sanitario ha de proporcionar información adecuada y en consonancia con el estado de cada mujer asesorándolas de forma individualizada en función de la presencia o ausencia de riesgo obstétrico y de cómo afecte este a su futuro parto. En lo que respecta al soporte emocional, los profesionales han de establecer una relación empática con las mujeres tratando de entender sus preferencias y preocupaciones con respecto al embarazo y al

parto con independencia de la existencia o no de patología obstétrica (Herrera et al., 2006; OMS, 1996).

En relación con lo anterior, es de suponer que las mujeres con embarazos de riesgo percibirán el parto desde una perspectiva diferente a las gestantes sin riesgo. Así, las desviaciones de la normalidad durante el embarazo podrían llevar a las mujeres a tener creencias más delegadoras en la atención del parto, asumiendo un papel secundario en la toma de decisiones del proceso al entenderlo como una situación en la que puede hacerse necesario el intervencionismo obstétrico. Por su parte, cabe esperar que las mujeres con embarazos sin riesgo tengan tendencias más naturalistas y humanizadas acordes con la interpretación de su embarazo como un proceso fisiológico.

Por otro lado, los embarazos patológicos pueden dar lugar en las mujeres a más preocupación e intranquilidad en relación al resultado final del proceso, pudiendo vincular la presencia de riesgo con mayores posibilidades de secuelas nefastas para ellas o sus hijos (Cleeton, 2001; Melender, 2002).

En relación a los párrafos precedentes, se plantean las siguientes hipótesis de investigación:

Hipótesis 5: La presencia de riesgo en el embarazo modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.

Hipótesis 5a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin riesgo en el embarazo.

Hipótesis 5b: Las mujeres con embarazos sin riesgo tienen más creencias naturalistas y humanizadas, y menos creencias delegadoras que las mujeres con embarazos de riesgo.

Hipótesis 5c: Las mujeres con embarazos sin riesgo experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres con embarazos de riesgo.

Hipótesis 5d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con embarazos sin riesgo.

Desde los servicios de salud, mediante el apoyo emocional e informacional a las gestantes, puede promoverse un mayor compromiso con su maternidad, así como fomentar la elaboración de un plan de parto escrito. Sin embargo, es labor de las mujeres realizar una reflexión más profunda sobre el proceso de parto e implicarse en la toma de decisiones del mismo. Asimismo, es responsabilidad de las gestantes la confección de un plan de parto en el que exponer sus preferencias para aquellos procedimientos que ofrecen diferentes alternativas de actuación (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2009; Higuero Macias et al., 2013).

El perfil de la mujer que realiza un plan de parto es el de una embarazada bien informada, con creencias acordes a la actual evidencia científica y con predisposición a ser parte activa en su proceso de parto (Deering et al., 2006). Por ello, se entiende que las mujeres que elaboran un plan de parto durante la gestación son más propensas a tener ideas humanizadas, descartando las creencias naturalistas y delegadoras en base a la información y autonomía en la toma de decisiones de las que gozan.

Por otro lado, la elaboración de un plan de parto escrito otorga a las mujeres mayores sentimientos de tranquilidad y confianza relacionados con una mayor implicación y un conocimiento más profundo del proceso (Higuero Macias et al., 2013; Kuo et al., 2010).

Con todo, asumiendo que las mujeres que elaboran el documento realizan una crítica profunda en torno a los diversos cuidados que pueden ofertarse en el proceso del parto, se exponen las siguientes hipótesis de investigación:

Hipótesis 6: La elaboración de un plan de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.

Hipótesis 6a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin plan de parto.

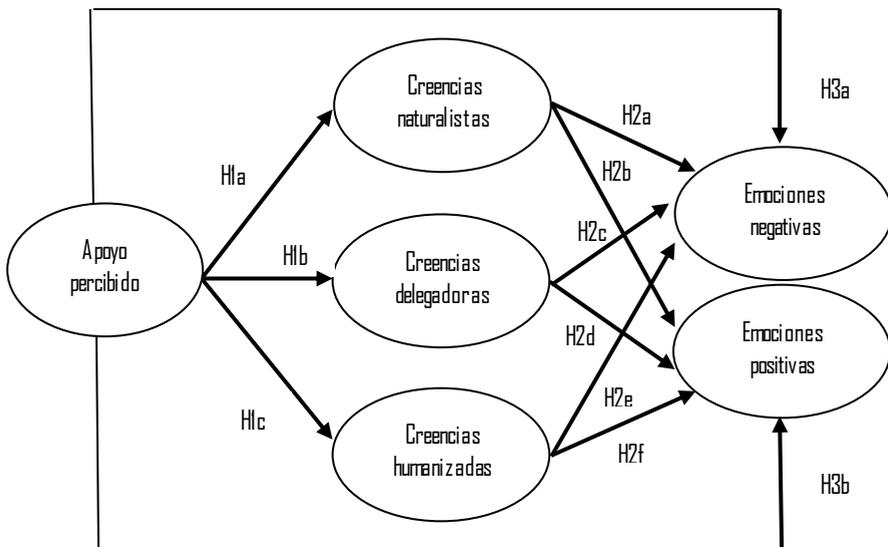
Hipótesis 6b: Las mujeres con plan de parto tienen más creencias humanizadas, y menos creencias naturalistas y delegadoras que las mujeres sin plan de parto.

Hipótesis 6c: Las mujeres con plan de parto experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres sin plan de parto.

Hipótesis 6d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con plan de parto.

La Figura 5 muestra las relaciones hipotetizadas entre las variables propuestas en esta investigación.

Figura 5. Modelo teórico e hipótesis de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Para cumplir con los objetivos de la investigación, se llevó a cabo un estudio de autoinforme con una muestra de embarazadas de la provincia de León. El tamaño poblacional fue estimado a partir del número total de partos

registrados en la capital de la provincia durante el año 2013, siendo estos los datos más recientes disponibles en el momento de realización de la encuesta y ascendiendo a 982 (INE, 2013).

A partir de dicha cifra, la muestra (n) fue calculada de acuerdo a la fórmula:

$$n = \frac{0.25N}{(\alpha / z)^2 (N - 1) + 0.25}$$

donde,

- N : tamaño de la población.
- α : probabilidad de error Tipo 1, asumiéndose un valor de .05 asociado a un nivel de confianza del 95%.
- z : valor del número de unidades de desviación estándar para una prueba de dos colas con una zona de rechazo igual a α (1.96 en este caso).
- 0.25: valor de p^2 que produce el máximo error estándar ($p = q = 0.5$).

Con todo, el tamaño requerido para garantizar la representatividad de la población fue de 277 mujeres, alcanzándose finalmente la cifra superior de 298 encuestadas. Estas fueron seleccionadas de entre las embarazadas atendidas en los centros de salud de Atención Primaria de la ciudad de León y sus áreas periurbanas, los cuales representan ocho del total de 25 centros de salud de la provincia, tal y como se recogen en la Tabla 10.

Dada la naturaleza del estudio, se utilizó como criterio de inclusión que las mujeres se encontraran a partir de la semana 22 de gestación buscándose, con ello, un nivel suficiente de progreso del embarazo y contacto con los profesionales de atención. Atendiendo a dicho criterio, se empleó un muestreo probabilístico por conglomerados, contactando con embarazadas asistentes a los cursos de preparación maternal de todos los centros de salud participantes en el estudio. A tal respecto, la selección de las encuestadas estuvo basada en el recurso a muestras de conveniencia a partir de la identificación de matronas dispuestas a prestar su colaboración en el estudio facilitando la recogida de datos. La Tabla 11 resume el número de participantes en el estudio en cada centro de salud. Cabe destacar que, si bien el número de encuestadas en cada

centro es diferente, la colaboración de las matronas de todos los servicios de salud fue similar, atendiendo por tanto dichas diferencias al número de asistentes a las clases convocadas.

Tabla 10. Centros de salud de la provincia de León.

Centros de salud de la provincia de León	Localidad	Centros de salud de la provincia de León	Localidad
Eras de Renueva	León	Ribera del Esla	Gradefes
La Palomera	León	La Magdalena	La Magdalena
Condesa	León	Mansilla de las Mulas	Mansilla de las Mulas
Crucero	León	Matalana de Torío	Matalana de Torío
José Aguado	León	Pinilla	San Andrés del Rabanedo
Astorga	Astorga	Cuenca del Bernesga	Pola de Gordón
Armunia	Armunia	Valencia de Don Juan	Valencia de Don Juan
Babia	San Emiliano	Sahagún de Campos	Sahagún de Campos
Bañeza	La Bañeza	Santa María del Páramo	Santa María del Páramo
Valderas	Valderas	Trobo del Camino	Trobo del Camino
Boñar	Boñar	La Cabrera	Truchas
Cistierna	Cistierna	Ribera del Orbigo	Benavides de Orbigo
Riaño	Riaño		

Nota: Los centros de salud que formaron parte del estudio aparecen sombreados en la Tabla.
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Número de mujeres y porcentaje según centro de salud.

Centro de salud	Nº de encuestadas	Porcentaje
Centro de salud José Aguado	127	42.6%
Centro de salud Armunia	27	9.1%
Centro de salud Pinilla	12	4%
Centro de salud Eras de Renueva	58	19.5%
Centro de salud Crucero	16	5.4%
Centro de salud Trobo del Camino	23	7.7%
Centro de salud Condesa	15	5%
Centro de salud la Palomera	20	6.7%

Fuente: Elaboración propia.

En relación a las características sociodemográficas de las encuestadas, la edad de las participantes estuvo comprendida entre los 17 y los 49 años, siendo la edad media de 33.64 años ($DT= 4.50$). Todas ellas se encontraban entre las semanas de gestación 24 y 40 en el momento de responder a la encuesta. La Tabla 12 resume las principales características relacionadas con la gestación de las mujeres que formaron parte del estudio.

Tabla 12. Características de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
Número de embarazos previos	Primíparas	231	77.5%
	Múltiparas	67	22.5%
Seguimiento del embarazo	Sanidad pública exclusiva	150	50.9%
	Sanidad pública y privada	145	49.1%
Riesgo en la gestación	Bajo riesgo	256	86.5%
	Alto riesgo	40	13.5%
Preferencia ante el profesional en la atención del parto	Matrona	232	78.1%
	Ginecólogo	176	59.3%
Medios para adquirir la mayor información acerca del embarazo y el parto	Servicios de salud	225	76%
	Familia y amigos	86	29.1%
	Internet, revistas y libros	119	40.2%
Presencia de plan de parto	Si	29	9.8%
	No	266	90.2%

Fuente: Elaboración propia.

Tal y como se desprende de los datos recogidos en la Tabla 12, la distribución de las mujeres en relación a la paridad fue dispar, predominando las embarazadas que se encontraban ante su primera experiencia de parto (77.5%). En relación al lugar de seguimiento del embarazo, solo la mitad de las mujeres encuestadas controlaron su embarazo en la sanidad pública de forma exclusiva.

Por otro lado, fueron mayoritarias las gestantes que declararon no presentar riesgo en la gestación actual (86.5%). Para establecer la presencia de riesgo, la encuesta propuso dos cuestiones teniendo en cuenta que el seguimiento del embarazo normal se realiza en los centros de salud y que las

gestaciones de riesgo se derivan a las consultas de fisiopatología fetal ubicadas en el Hospital de León. De un lado, se preguntó a las gestantes si presentaban riesgo en la gestación actual. De otro lado, se indagó en el lugar físico donde se estaba llevando a cabo el control del embarazo, y en el caso de que la respuesta fuera afirmativa para el centro hospitalario, se solicitó el motivo por el cual era así. Las respuestas de las mujeres fueron comparadas, con posterioridad, con los criterios establecidos en el *Protocolo de control del embarazo de bajo riesgo de León* (Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de León, 2014) para derivar las gestaciones a la consulta de alto riesgo.

En lo que respecta a la cuestión relacionada con la preferencia que presentaron las gestantes en cuanto a que profesional querían que les atendiera durante el momento del parto, la presencia de matronas fue valorada por un 78.1% de las encuestadas, mientras que la de ginecólogos por un 59.3%. Por otro lado, a pesar de que la recogida de datos se efectuó durante las clases de educación maternal, sólo el 76% de las mujeres participantes en el estudio admitieron haber recibido información importante acerca del embarazo y el parto a través de los servicios de salud, mientras que el 40.2% mencionó los medios de comunicación y el 29.1% señaló a familiares y amigos.

Por último, en lo que respecta a la presencia de plan de parto en la gestación actual, resulta llamativo que únicamente el 9.8% de las encuestada respondió afirmativamente a la pregunta, frente a un 90.2% que manifestó no haber realizado el documento.

4.3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Se llevó a cabo un estudio de autoinforme a partir de la muestra descrita en el apartado anterior, mediante la administración de un cuestionario integrado por varias escalas asociadas a las variables incluidas en la investigación. En este apartado describimos el procedimiento utilizado a tal respecto.

4.3.1. Construcción y administración del cuestionario

Siguiendo las recomendaciones de los expertos (Hinkin, 1995; Schwab, 1980), en el desarrollo de las escalas de medición de las variables de estudio se siguió una aproximación deductiva. Así, se buscó la definición operativa de los constructos teóricos a partir de una profunda revisión de la literatura especializada en el tema, que sirvió para identificar los indicadores específicos a incluir en el cuestionario.

En concreto, se siguieron las cinco fases descritas por Martínez (1995) para la construcción de escalas psicométricas: i) identificación de la finalidad del test; ii) especificación de las restricciones del instrumento; iii) identificación de conductas observables representativas del constructo; iv) preparación de los contenidos del test; y v) especificación del formato de los ítems.

En primer lugar, según Martínez (1995), la definición de la finalidad de un cuestionario proporciona el contexto desde el que acometer la tarea de su diseño, siendo esta inherente a la población a la que va destinada y a la potencial utilidad derivable de las puntuaciones obtenidas. En este caso, la composición de la muestra a partir de mujeres embarazadas con posibles diferencias obstétricas y el propósito asignado a la investigación en términos de identificar un modelo útil en la explicación de la relación existente entre el apoyo percibido y la manera de afrontar el parto de aquellas, proporcionaron el punto de referencia para el resto de decisiones tomadas en el proceso de construcción de las escalas.

En segundo lugar, el diseño de las escalas del cuestionario estuvo basado en la anticipación de posibles restricciones que pudiesen condicionar la recogida de datos. Así, dado que la información iba a ser recabada mediante administraciones colectivas de la encuesta en clases de preparación maternal programadas, pareció necesario tratar de acortar al máximo la longitud del cuestionario, así como el tiempo requerido para responderlo (Anastasi, 1976; Carmines & Zeller, 1979). Se trató, así, de minimizar el frecuente agotamiento y fatiga experimentados por los encuestados a causa del empleo de sondeos demasiado largos, y con ello, la probabilidad de obtener respuestas erróneas.

A continuación, se procedió a la revisión metódica de la literatura relevante para la identificación de indicadores representativos de cada constructo incluido en el estudio, así como a la especificación de los mismos en un conjunto de ítems asociados a la medición de cada variable (Martínez, 1995).

Por último, se decidió la configuración de los ítems y sus escalas de respuesta, tratándose de minimizar la probabilidad de ocurrencia de errores sistemáticos de medida (Bagozzi & Yi, 1991; Fiske, 1982). Para ello, y dado que las mediciones debían ser obtenidas de la misma fuente y en el mismo contexto temporal y espacial, se tomaron en consideración las recomendaciones generales de Podsakoff, MacKenzie, Lee y Podsakoff (2003).

En primer lugar, para garantizar la honestidad de las respuestas, se inició el cuestionario con un enunciado sobre el carácter confidencial y anónimo de la información proporcionada por los encuestados. Adicionalmente, se buscaron condiciones diferentes en la medición de las variables predictoras (apoyo percibido) y criterio (creencias y emociones), mediante el empleo de enunciados diferentes en las instrucciones de respuesta a cada una de ellas. Los ítems de las escalas fueron cuidadosamente redactados utilizándose enunciados simples y concisos, y evitándose el empleo de términos ambiguos y no familiares, así como de conceptos vagos y sintaxis complicadas (Tourangeau, Rips & Rasinski, 2000). Igualmente, salvo en el caso de la adopción de escalas de medición validadas en la literatura previa, se minimizó la presencia de ítems invertidos, dado que su empleo ha sido criticado por dar lugar a factores artificiales de respuesta, introducir errores sistemáticos y reducir la validez del cuestionario (Harvey, Billings & Nilan, 1985; Jackson, Wall, Martin & Davis, 1993; Schriesheim & Hill, 1981). Por tanto, los ítems fueron planteados en términos positivos, evitándose el empleo de negaciones y dobles negaciones. Finalmente, para la medición de niveles de acuerdo/desacuerdo o gradación de respuesta, las escalas empleadas adoptaron formatos tipo Likert con un número impar de 5 anclajes (Hinkin, 1995).

Una vez construida la versión inicial del instrumento, los ítems seleccionados fueron evaluados por tres expertos en el área, quienes determinaron la adecuación de los indicadores propuestos en la medición de las variables. Asimismo, se realizó una prueba pre-test con un reducido grupo de

gestantes, a quienes se consultó acerca de la comprensión y dificultad del contenido de las escalas.

La versión definitiva del cuestionario fue administrada al total de la muestra seleccionada en todos los centros de salud de la ciudad de León y sus cercanías, durante los meses de junio a diciembre de 2015. Para la realización de la investigación se solicitó permiso por escrito a la Gerencia de Atención Primaria de León. La petición justificaba los objetivos perseguidos con la tesis y la metodología a aplicar, además del carácter confidencial del estudio y la garantía del tratamiento de los datos de forma agregada y anónima. Asimismo, se adjuntó al escrito una copia del cuestionario que se pretendía administrar, y se invitó al organismo a consultar los resultados y conclusiones de la investigación una vez alcanzado su fin. Así pues, la Gerencia de Atención Primaria de León aprobó los términos descritos para la recopilación de datos de la presente investigación.

El procedimiento empleado en la recogida de datos partió del establecimiento de contactos telefónicos con las matronas responsables de las sesiones grupales impartidas en cada centro de salud objeto de estudio. Las profesionales contactadas por esta vía eran informadas acerca de los propósitos y detalles de la investigación, al tiempo que se les solicitaba permiso para administrar el cuestionario en alguna de sus clases con las mujeres objetivo.

En todos los casos fue obtenida una respuesta afirmativa de colaboración por lo que, en consecuencia, un investigador cualificado se desplazaba a cada centro concreto en la fecha y hora consensuadas con las matronas, con el propósito de llevar a cabo una aplicación colectiva de la encuesta a las asistentes a las clases programadas. Previamente a la administración del cuestionario, las embarazadas eran informadas sobre los objetivos de la investigación y el contenido de la encuesta, siendo requerida de forma verbal su participación voluntaria y anónima en el estudio. A continuación, el investigador procedía al reparto del cuestionario entre las mujeres dispuestas a colaborar, el cual era contestado por estas en soporte de lápiz y papel, siendo el tiempo medio de la aplicación colectiva de unos 15 minutos. En todo momento, el investigador permanecía presente en la sala a disposición de

cualquier duda o aclaración que pudiesen surgir entre las participantes durante la administración de la encuesta.

El procedimiento descrito fue repetido en diversas aplicaciones colectivas en clases preparto coincidiendo con la configuración de nuevos grupos, hasta completar el tamaño requerido de la muestra. Los cuestionarios devueltos eran revisados previamente a su codificación en una base de datos para su posterior tratamiento estadístico, prescindiéndose de todos aquellos que estaban incompletos o que evidenciaban tendencias de respuesta o puntuaciones extremas.

4.3.2. Escalas de medición de las variables

Como resultado del procedimiento descrito previamente, el Anexo recoge las escalas empleadas en la medición de las variables del estudio, que fueron agrupadas en cuatro partes del cuestionario en base a su naturaleza y posición predictiva en el modelo teórico: i) variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo (apartado A); ii) percepción de apoyo recibido en la atención al embarazo (apartado B); iii) emociones experimentadas en la anticipación del parto (apartado C); y iv) creencias relacionadas con la atención al parto (apartado D). A continuación, se detalla el contenido y formato de cada una de ellas.

4.3.2.1. Variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo

Una primera parte del cuestionario administrado estuvo dedicada a recabar información sociodemográfica y relacionada con el control del embarazo, con el propósito de describir la muestra del estudio.

En concreto, en primer lugar y para definir el perfil de la muestra y conocer sus antecedentes obstétricos, se preguntó a las embarazadas por su edad, semanas de gestación, número de partos previos y número de abortos previos.

Por otro lado, las mujeres respondieron a cuestiones relacionadas con el control del embarazo actual, tales como el lugar de seguimiento del embarazo (sanidad pública, sanidad privada o ambas) y factores de riesgo en la gestación actual (diabetes, hipertensión arterial, crecimiento intrauterino retardado, enfermedades maternas graves previas, embarazo gemelar, etc.).

Una tercera parte del apartado incluyó un grupo de variables cualitativas para conocer la atención recibida por las gestantes en cuanto a: profesionales implicados en la atención del embarazo actual (matrona, médico de familia, ginecólogo y otros), fuentes de información utilizadas por las mujeres acerca del embarazo y el parto (servicios de salud, familia y amigos, internet, revistas y libros, y otros), presencia o ausencia de plan de parto y preferencia personal en la atención al parto normal (matrona, ginecólogo y otros).

La Tabla 12 resume la distribución de las mujeres que formaron parte del estudio en el contexto de las principales características relacionadas con la gestación.

4.3.2.2. Apoyo percibido en la atención al embarazo

La segunda parte del cuestionario incluyó mediciones acerca de la percepción de las mujeres en torno a la atención recibida por parte de los servicios de salud, así como del grado de apoyo prestado.

Para ello, se presentó un listado de cinco enunciados relativos a apoyo emocional ("*me siento escuchada por los profesionales que me atienden*" y "*los profesionales que me atienden me animan y apoyan ante las preocupaciones que les planteo*") y apoyo informacional ("*los profesionales que atienden mi embarazo resuelven las dudas que les planteo*", "*los profesionales que atienden mi embarazo me aportan información sobre los aspectos importantes del embarazo y el parto, y enseñanzas para afrontarlo mejor*" y "*los profesionales que me atienden me proporcionan material que facilita mi preparación al parto*"). Para cada enunciado las mujeres debían indicar su grado de acuerdo en una escala Likert de 5 puntos (1 = "completamente en desacuerdo"; 5 = "completamente de acuerdo").

4.3.2.3. Emociones ante el parto

Con la intención de conocer las emociones positivas y negativas de las mujeres encuestadas ante su futura experiencia de parto, se utilizó una adaptación de la escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Se trata de un cuestionario surgido en 1970 para investigar los fenómenos de ansiedad en adultos sin alteraciones psiquiátricas. Su fin es evaluar el nivel de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1986). Por otro lado, es un cuestionario muy versátil que permite ser utilizado en diferentes contextos, encontrándose en la literatura precedentes de su aplicación en mujeres gestantes (Hurtado Murillo et al., 2008).

En lo que respecta a su estructura, la escala está formada por 40 ítems divididos en dos grupos, de los cuales una parte están redactados en forma positiva y otra en forma negativa, reflejando distintos tipos de emociones que es posible experimentar en una situación dada. La mitad de los ítems pertenecen a la subescala *Estado*, que evalúa el nivel de ansiedad en un determinado momento. El resto del inventario corresponde a la subescala *Rasgo*, que identifica como se siente la persona habitualmente, es decir, cuál es su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes (Perpiñá Galvañ, 2012).

Dado que uno de los propósitos de esta tesis es estudiar las emociones experimentadas por las mujeres en relación al parto, se utilizaron los 20 ítems del cuestionario correspondientes a la subescala *Estado*. En concreto las mujeres debían indicar como se sentían al pensar en el momento del parto, valorando su grado de identificación con cada una de las emociones de acuerdo a una escala Likert de 1 (*nada*) a 5 (*mucho*). Diez de los ítems mencionaban emociones negativas ("*estoy tensa*", "*me siento alterada*", "*estoy preocupada*", etc.) y los diez restantes enunciaban emociones positivas ("*me siento calmada*", "*tengo confianza en mí misma*", "*me siento alegre*", etc.). Cabe decir que, si bien la puntuación global de la escala STAI se obtiene a partir de la inversión de los ítems formulados en términos positivos, dada la fuerte carga emocional de la experiencia de parto en torno a emociones tanto de ansiedad como de sentimientos de bienestar, en esta investigación se estudió la posible multidimensionalidad del constructo, tal y como será explicado en el capítulo de resultados.

4.3.2.4. Creencias relacionadas con la atención al parto

Por último, la cuarta parte del cuestionario estuvo dedicada a recabar información sobre las creencias de las mujeres sobre diversas prácticas obstétricas relacionadas con el momento del parto.

Para ello, se presentó a las encuestadas un listado de trece afirmaciones en torno a diferentes actuaciones que pueden llevarse a cabo en la atención al parto normal: rotura artificial de la bolsa amniótica, administración de oxitocina durante el periodo de dilatación, administración de un enema antes del parto, rasurado del periné, ingesta de comida y bebida durante el parto, movimiento durante el periodo de dilatación, alivio del dolor durante el parto, posición durante el expulsivo, episiotomía, contacto piel con piel, lugar del parto, comienzo del parto, y cesárea.

Para cada enunciado, las mujeres debían elegir entre varias alternativas de respuesta relativas a posibles creencias sobre la forma más conveniente de llevar a cabo cada actuación, optando por la que mejor definiera su opinión de cara a su futuro parto. Las posibles respuestas surgieron, en primer lugar, de la revisión de los cambios históricos en la atención obstétrica, identificándose tres modelos de creencias principales, tal como ha sido planteado en las hipótesis de este trabajo: *modelo naturalista*, *modelo delegador* y *modelo humanizado*.

Como se ha descrito en capítulos previos, las creencias más acordes con los cuidados ofrecidos en la antigüedad en los que no había cabida para la aplicación de medios tecnológicos, dieron lugar al *modelo naturalista*. De la posterior atención hospitalaria caracterizada por la ausencia de autonomía en la toma de decisiones por parte de la mujer y por el incremento del intervencionismo obstétrico surgió el *modelo delegador*, caracterizado por creencias que depositan en los profesionales toda la responsabilidad en la toma de decisiones ante el parto. Por último, el *modelo humanizado* toma como referencia la asistencia obstétrica actual que proporciona más importancia a los aspectos emocionales de la asistencia al parto y fomenta el papel activo de las parturientas en su proceso.

Dado el carácter exploratorio de este estudio, y con el propósito de tener en cuenta otras posibles creencias de las embarazadas no recogidas en los

modelos anteriores, se ampliaron las posibles respuestas a otros dos modelos de creencias: *modelo intervencionista* y *modelo desinformado*. Estos surgieron en torno a dos ideas generales que marcan persistentemente la distinción en la forma de atención al parto: la autonomía en la toma de decisiones de la mujer embarazada, y la información aportada a las gestantes con el fin de empoderarlas.

Tabla 13. Opciones de respuesta para cada intervención obstétrica.

Naturalista	Delegador	Humanizado	Intervencionista	Desinformado
Amniorrexis artificial				
No, nunca	Delega	Solo si necesaria	Sí, siempre	NS/NC
Administración de oxitocina				
No, nunca	Delega	Solo si necesaria	Sí, siempre	NS/NC
Enema preparto				
No, es intervención	Delega	No, no está recomendado	Sí, siempre	NS/NC
Rasurado de periné				
No, es intervención	Delega	No, no está recomendado	Sí, siempre	NS/NC
Ingesta de líquidos y sólidos intraparto				
Sí, siempre	Delega	Sí, si son líquidos	No, nunca	NS/NC
Movimiento en la dilatación				
Libre, es lo natural	Delega	Libre, favorece el parto	No	NS/NC
Alivio del dolor				
Epidural nunca	Delega	Alternativas y/o epidural	Epidural	NS/NC
Posición en el expulsivo				
Natural	Delega	Cómoda y apropiada	Litotomía	NS/NC
Episiotomía				
Nunca	Delega	Solo si necesaria	Sí, siempre	NS/NC
Contacto piel con piel				
Siempre	Delega	Sí, siempre que sea posible	No, nunca	NS/NC
Lugar del parto				
Hogar	Delega	Alternativas	Hospital	NS/NC
Inducción del parto				
Nunca	Delega	Solo si necesaria	Sí	NS/NC
Cesárea				
Nunca	Delega	Solo si necesaria	Sí, siempre	NS/NC

Fuente: Elaboración propia.

En relación al primero, cabe esperar la posibilidad de que las mujeres asuman el modelo médico, no tanto desde una perspectiva delegadora como desde una posición de decisoras activas, considerando cualquier intervencionismo como la alternativa más deseable.

En segundo lugar, atendiendo al uso que las mujeres pueden hacer de la información proporcionada por parte de los profesionales sanitarios, el modelo desinformado refleja las creencias de aquellas mujeres que no han reflexionado sobre las prácticas obstétricas presentadas.

Para cada ítem las mujeres debían elegir entre cinco opciones de respuesta, correspondiendo con los cinco modelos de creencias descritos. La opción elegida era calificada con 1 y las restantes con 0. La Tabla 13 muestra la esencia de las cinco opciones de respuesta vinculadas con cada modelo de atención en relación a las trece prácticas obstétricas estudiadas.

4.4. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

A partir de la información recabada mediante el procedimiento descrito en los anteriores apartados, el modelo teórico del estudio (Figura 5) fue puesto a prueba mediante la combinación de análisis factoriales, correlacionales, descriptivos, comparativos y predictivos, llevados a cabo a través los paquetes estadísticos SPSS 23.0 y SmartPLS 2.0 (Ringle, Wende & Will, 2005).

En conjunto, las pruebas realizadas estuvieron dedicadas a comprobar la validez de medida y estructural del modelo y, con ello, el grado de cumplimiento de las hipótesis propuestas.

4.4.1. Procedimiento de validación del instrumento de medida y análisis preliminares

Los primeros análisis estadísticos llevados a cabo estuvieron dedicados a comprobar la fiabilidad y validez de las escalas empleadas en el estudio mediante diversas aplicaciones del programa SPSS 23.0, como precondiciones

para contrastaciones más detalladas sobre el alcance de las hipótesis del modelo. A continuación, se describe el procedimiento seguido en la contrastación preliminar de la fiabilidad y validez de las escalas de medición, cuyos resultados serán expuestos en el capítulo siguiente.

4.4.1.1. Fiabilidad de las escalas

La fiabilidad es una condición necesaria para que la medición sea válida (Peterson, 1994), reflejando la precisión con que un instrumento de medida arroja puntuaciones exentas de errores aleatorios (Kerlinger & Lee, 2000).

La estimación de la fiabilidad de una escala integrada por dos o más ítems se basa en la determinación de la asociación entre las calificaciones obtenidas en diferentes aplicaciones de la misma, es decir, en distintos individuos o momentos temporales, buscándose la consistencia de los resultados (Malhotra, 1997). Existen varios métodos para ello, siendo los más frecuentes la estabilidad test-retest, el empleo de formas alternativas de la misma medida, y la consistencia interna (Carmines & Zeller, 1979; Most & Zeidner, 1995; Nunnally & Bernstein, 1994; Sánchez & Sarabia, 1999).

La estabilidad test-retest consiste en estimar el mismo constructo en la misma persona en dos momentos diferentes. El empleo de formas alternativas de la misma medida permite medir el constructo mediante dos versiones alternativas de la prueba. Ambas son útiles en estudios longitudinales en los que el atributo a medir no cambia con el tiempo.

Por su naturaleza transversal, en este estudio se recurrió al método de la consistencia interna que permite evaluar la confiabilidad de una escala en la que se suman varias partidas para formar una puntuación total, de forma que cada ítem mide algún aspecto del constructo. En tal sentido, el análisis de la consistencia interna permite estimar la homogeneidad de los ítems de la medida, o el grado en que aquellos están correlacionados con la puntuación total. El índice más comúnmente aceptado a tal respecto es el coeficiente Alpha de Cronbach (α), basado en el promedio de los coeficientes de correlación de Pearson (r) entre todos los ítems de la escala si las puntuaciones de los mismos

están estandarizadas, o como promedio de las varianzas si no lo están (Cronbach, 1951). Los valores obtenidos por este procedimiento oscilan entre 0 y 1, considerándose aceptables coeficientes por encima de .70 (Nunnally, 1978) y recomendándose la eliminación de aquellos ítems que no contribuyan significativamente a dicho criterio.

4.4.1.2. Validez de las escalas

La validez se define como *“el grado en el cual las diferencias en las calificaciones observadas de la escala reflejan las diferencias reales entre los objetos con respecto de la característica que se mide”* (Malhotra, 1997, p. 298). Por tanto, se asocia al error sistemático, estando referida al grado en que un test *“mide lo que pretende medir”* (Carmines & Zeller, 1979; Kerlinger & Lee, 2000). Normalmente, se consideran cuatro tipos de validez para valorar hasta qué punto una escala permite dar cuenta del constructo para el que fue diseñada (Grajales, 1996; Sánchez y Sabaria, 1999): aparente, de contenido, de constructo (o interna) y de criterio (externa o nomológica).

En primer lugar, la validez aparente se refiere al grado en que una medida parece válida desde el punto de vista del encuestado (Grajales, 1996), pudiendo influir sobre la colaboración y motivación de este. Tal y como se ha explicado anteriormente, este tipo de validez fue contrastada en este estudio mediante el análisis de la adecuación de los ítems propuestos para medir el apoyo percibido, las creencias de las embarazadas y las emociones ante el parto, tanto desde el punto de vista de investigadores y expertos en el área como de las propias gestantes. En este último caso, se llevó a cabo un pre-test con un grupo de embarazadas a las que se preguntó sobre la dificultad y la comprensión del cuestionario, así como su importancia para cumplir los objetivos de la investigación.

En segundo lugar, la validez de contenido se refiere a la adecuación de la medida para evaluar el dominio de interés, reflejando la representatividad de los ítems seleccionados en relación al universo de todos los posibles y la exhaustividad del procedimiento seguido en la elaboración de la escala (DeVellis, 1991; Peter & Churchill, 1986). Por tanto, la validez de contenido se consigue a

partir de una especificación correcta del dominio, una generación de ítems que agote dicho dominio, y una purificación de la escala (Churchill, 1979).

La validez de contenido se considera un concepto cualitativo dependiente del juicio del investigador (Kerlinger & Lee, 2000), de modo que *"por sí sola no es una medida suficiente de la validez de la escala; no obstante, ayuda en la interpretación de sentido común de las cualificaciones"* (Malhotra, 1997, p. 306). A partir de estas consideraciones, en este estudio se basó la validez de contenido de las escalas en la revisión de la literatura sobre el tema y de otros instrumentos similares. Así, se desarrolló una definición teórica de los constructos empleada como guía en el desarrollo del cuestionario y los indicadores generados fueron posteriormente refinados desde la revisión de tres investigadores expertos en el área.

En tercer lugar, la validez de constructo o interna analiza la significación de las puntuaciones de los instrumentos de medida expresada en términos de los conceptos psicológicos asumidos en su estimación (Cronbach y Meehl, 1955). Ha sido aludida como *"el concepto unificador que integra las consideraciones de validez de contenido y de criterio en un marco común para probar hipótesis acerca de las relaciones teóricamente relevantes"* (Messick, 1980, p. 1015). Por tanto, busca garantizar la existencia de una dimensión que subyaga y dé significado a las puntuaciones de una escala cuando se emplean medidas con múltiples ítems, permitiendo hacer deducciones acerca de las conductas o atributos que pueden agruparse bajo la etiqueta de un constructo en particular (Kerlinger, 1979). Dado que es la más avanzada y difícil de determinar, su establecimiento implica tener en consideración otros dos subtipos de validez: convergente y discriminante.

La validez convergente se refiere al grado en que una medida está sustancialmente relacionada con otras estimaciones del mismo constructo y/o con otras variables con las que debería estar asociada por razones teóricas (Churchill, 1979). Por su parte, la validez discriminante alude al hecho de que la escala permita medir un concepto efectivamente diferente de otro. Por tanto, cada escala de un cuestionario que pretenda estimar puntuaciones en múltiples variables ha de representar una dimensión independiente, de forma que los ítems de escalas distintas deben correlacionar alto con el constructo que miden y bajo con otros constructos diferentes (Nunally, 1978). En suma, ambos tipos de

validez aluden a una faceta vinculada a la fiabilidad de las medidas, por cuanto que, a mayor fiabilidad, mayor validez de constructo.

El análisis factorial es el procedimiento más frecuentemente utilizado para la evaluación de la validez discriminante y convergente, complementado por la revisión de la fiabilidad y las correlaciones entre las dimensiones identificadas (Lanero, 2011; Liñán & Chen, 2009; Moriano, Palací & Morales, 2006; Pérez-Gil, Chacón & Moreno, 2000). Conceptualmente, el análisis factorial presenta dos modalidades diferentes, exploratoria y confirmatoria, que se corresponden, respectivamente, con las aproximaciones inductiva y deductiva en la definición de los constructos (Bollen, 1989; Pérez-Gil et al., 2000).

De un lado, el análisis factorial exploratorio es una técnica que, basada en los datos, intenta descubrir su estructura subyacente. Esta aproximación inductiva supone delimitar un número amplio de indicadores que supuestamente miden el dominio de interés para, seguidamente, buscar patrones de relación entre los mismos y definir las dimensiones conceptuales que representan. Por tanto, este enfoque trabaja desde las mediciones empíricas de los indicadores hacia la definición del constructo (Schmitt, 1995) y su utilidad reside en que permite la reducción de los datos y el refinamiento de los constructos (Ford, MacCallum & Tait, 1986), mediante la identificación del mínimo número posible de factores o componentes en los que agrupar los ítems de un cuestionario.

Por su parte, el análisis factorial confirmatorio o aproximación deductiva se conduce principalmente por teorías sustantivas y por expectativas, de modo que el constructo está insertado a priori en una teoría que dirige su propia definición, señalando los comportamientos que podrían considerarse indicadores del mismo. De manera inversa al procedimiento exploratorio, en la aproximación confirmatoria se parte de la valoración de la correspondencia entre las características del concepto planteado y los datos obtenidos sobre este a través de sus indicadores (Schmitt, 1995).

En esta investigación se adoptó una doble perspectiva exploratoria y confirmatoria en los análisis factoriales llevados a cabo (Lanero, 2011). De un lado, las diferentes escalas fueron creadas *ad hoc* para los propósitos de esta investigación, con lo que se empleó una técnica de análisis factorial exploratorio

con la intención de comprobar si la estructura de factores resultante coincidía o no con la teorizada en el modelo de partida. Posteriormente, y mediante el empleo de procedimientos de análisis estructurales basados en la técnica de mínimos cuadrados parciales, se procedió de modo confirmatorio para establecer el funcionamiento de los indicadores asociados a los factores obtenidos en la predicción de relaciones entre estos.

Para escalas de respuesta cuantitativas, el análisis factorial exploratorio llevado a cabo siguió tres fases sucesivas (Pallant, 2001): evaluación de la adecuación de los datos para el análisis factorial, extracción de factores y rotación de factores e interpretación.

Para valorar el nivel de adecuación de los datos se tuvo en cuenta el tamaño de la muestra empleada y el grado de asociación entre los ítems del cuestionario. Si bien no existe acuerdo unánime entre los expertos acerca del tamaño ideal que debe alcanzar una muestra, la recomendación es emplear el mayor número posible de observaciones, dentro de una razón entre individuos e ítems de entre 5 y 10 a 1 (Nunnally, 1978; Stevens, 1996; Tabachnick & Fidell, 1996). Por lo que respecta a la intensidad de las relaciones entre los ítems a incluir en el análisis, se recomienda la inspección de la matriz de correlaciones entre todos ellos, buscándose el predominio de coeficientes r por encima de .30 (Tabachnick y Fidell, 1996). Complementariamente, la adecuación de los datos para ser agrupados en factores viene avalada por el test de esfericidad de Barlett (1954), que debe resultar significativo a un nivel de $p < .05$, y por la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de la muestra (Kaiser, 1970, 1974), cuyos valores oscilan entre 0 y 1 y deben superar el umbral .60 para ser considerados aceptables (Tabachnick & Fidell, 1996).

Constatada la adecuación de los datos, la extracción de factores en el análisis exploratorio se basa en la determinación del mínimo número de combinaciones lineales entre ítems que son necesarias para explicar la mayor cantidad posible de varianza en el patrón de interrelaciones entre variables (Lanero, 2011). Para ello, suele emplearse la técnica de análisis de componentes principales, dada su simpleza matemática y potencial para establecer la robustez psicométrica de las medidas (Pallant, 2001; Stevens, 1996). Si bien dicha técnica proporciona una solución inicial sobre la estructura factorial de las dimensiones

analizadas, la determinación del número de componentes que mejor describen la estructura de constructos subyacente a los datos requiere a menudo de una tarea interpretativa por parte del investigador, a la vista de las evidencias extraídas de la teoría (Lanero, 2011).

A tal respecto, la decisión sobre el número de factores a extraer de los datos puede verse orientada por el criterio de Kaiser y el test de scree (Catell, 1966). El primero implica retener únicamente aquellos factores que lleven asociado un valor eigen superior a la unidad, estando referido dicho índice a la cantidad de varianza total explicada por el factor. Por su parte, el test de scree de Catell arroja un gráfico de sedimentación (*scree plot*) en el que aparece representado el tamaño de los valores eigen (eje Y) de cada factor posible (eje X), a través de una curva que se convierte en línea horizontal a medida que aumenta el número de factores (Lanero, 2011). En la inspección del gráfico, Catell (1966) recomienda retener los componentes que queden por debajo de dicho punto de inflexión, debido a que estos son los que explican una mayor proporción de la varianza total.

Finalmente, la tercera fase del análisis factorial exploratorio supone rotar los factores para obtener una distribución de los ítems entre los componentes identificados que resulte fácil de interpretar (Lanero, 2011). Para ello, procede revisar las cargas factoriales asociadas a cada indicador, las cuales representan la saturación de cada ítem en cada factor, adquiriendo valores de correlación ítem-costruceto de entre 0 y 1. Una de las técnicas de extracción de factores más frecuentemente empleada es la normalización Varimax, que permite minimizar el número de indicadores con cargas factoriales altas en cada factor (Tabachnick y Fidell, 1996). Como resultado de este procedimiento se obtiene una "*estructura simple*", que representa los factores identificados a partir de los datos y los ítems asociados a cada uno de ellos (Thurstone, 1947). A partir de dicha estructura, deben eliminarse aquellos ítems que denoten un mal funcionamiento, bien porque presenten cargas factoriales bajas o porque saturan alto en varios componentes. En concreto, algunos expertos recomiendan prescindir en análisis predictivos posteriores de todos aquellos indicadores con cargas factoriales por debajo del umbral de .50 (Barclay, Higgins & Thompson, 1995; Chin, 1998a).

En los últimos años, se ha desarrollado una adaptación del análisis de componentes principales para ítems categóricos (CATPCA, del inglés *CATegorical Principal Components Analysis*), que permite cuantificar simultáneamente las variables a la vez que reduce la dimensionalidad de los datos mediante un procedimiento de escalamiento óptimo. Así, mientras el análisis estándar de componentes principales asume relaciones lineales entre las variables numéricas, el análisis de componentes principales categórico permite escalar ítems nominales a diferentes niveles, cuantificando las variables de forma óptima en la dimensión especificada y permitiendo modelar relaciones no lineales.

Para ello, el procedimiento utiliza una función de discretización que categoriza de forma automática una variable con valores fraccionarios, agrupándolos en categorías con una distribución casi normal y convierte automáticamente los valores de las variables de cadena en enteros positivos (Meulman, Van der Kooij & Heiser, 2004). Los resultados de esta transformación pueden ser fácilmente representados en gráficos conjuntos de objetos y variables (Gower & Hand, 1996).

La interpretación del análisis de componentes principales categórico parte, por tanto, de la representación de personas y variables en un espacio multidimensional conjunto. Las variables de análisis son generalmente representadas como vectores asociados a determinadas cargas factoriales en cada dimensión, las cuales representan correlaciones entre las variables y los componentes principales. La longitud al cuadrado de los vectores obtenidos corresponde a la varianza explicada en cada caso, siendo equivalente a la suma de los cuadrados de las cargas factoriales en cada dimensión (Meulman et al., 2004).

Siguiendo el procedimiento descrito en los párrafos precedentes, la validez de constructo de las escalas empleadas para los propósitos de la presente investigación fue contrastada mediante la realización de tres análisis factoriales exploratorios, cada cual centrado en las variables de apoyo percibido (apartado B del Anexo) emociones anticipatorias ante el parto (apartado C del Anexo) y creencias en relación al parto (apartado D del Anexo). Dada la naturaleza cuantitativa de los ítems de medición empleados en los dos primeros casos, se

utilizó un procedimiento estándar de análisis de componentes principales. La estructura factorial de las creencias ante el parto fue estudiada mediante un procedimiento de análisis de componentes principales categórico, al estar aquellas estimadas mediante indicadores dicotómicos.

Los factores obtenidos en los análisis factoriales exploratorios fueron sometidos posteriormente a análisis de fiabilidad mediante el índice Alpha de Cronbach y análisis de correlación, buscándose evidencia acerca del nivel de asociación entre constructos. Asimismo, se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos complementarios, con el propósito de adquirir una impresión general de las creencias de las embarazadas en relación al parto y su posible asociación con el apoyo percibido y las emociones anticipatorias ante el parto.

Por último, la validez de criterio (también denominada externa o nomológica) remite a la consistencia entre las relaciones teóricas y empíricas entre variables, siendo considerada como la de mayor relevancia en la construcción de escalas de medida (Carmines & Zeller, 1979; Clark & Watson, 1995; Price, 1997). Por tanto, su utilidad es la de determinar si las mediciones tomadas de un constructo se comportan según lo esperado con respecto a otras dimensiones con las que aquel está teóricamente relacionado (Lanero, 2011).

La valoración de la validez de criterio de una medida implica tres pasos: especificar las relaciones teóricas entre conceptos, examinar las relaciones empíricas entre las medidas de dichos conceptos e interpretar la evidencia empírica en términos de relaciones entre variables (Cronbach & Meehl, 1955). En dicho proceso, es necesario distinguir entre validez de criterio predictiva y concurrente. La primera remite al grado en que las puntuaciones de una variable independiente o predictora (VI) permiten pronosticar medidas de otra variable dependiente o criterio (VD) tomadas posteriormente. Por su parte, la validez concurrente alude al grado en que las puntuaciones de las variables predictora y criterio están relacionadas cuando ambas son estimadas al mismo tiempo.

Puesto que en este trabajo los datos de todas las variables fueron tomados en el mismo momento temporal para cada participante, los análisis conducidos al respecto estuvieron destinados a analizar la validez concurrente del instrumento de medición a través de análisis de correlación, regresión y varianza, y técnicas de ecuaciones estructurales. Estas últimas proporcionan la

aproximación más precisa acerca de los vínculos predictivos entre un conjunto de variables, tal y como se detalla en el siguiente apartado.

4.4.2. Procedimiento de validación del modelo predictivo

Una vez conducidos los análisis preliminares explicados en los anteriores apartados, se procedió a analizar el alcance de la fiabilidad y validez del cuestionario en el contexto concreto de las relaciones hipotetizadas entre variables, así como el ajuste del modelo propuesto. Se empleó para ello una técnica de modelado de ecuaciones estructurales (MEE) basada en el método de mínimos cuadrados parciales (en inglés, *partial least squares* –PLS–) a través del programa estadístico SmartPLS 2.0 (Ringle et al., 2005).

Los MEE son considerados como la segunda generación de métodos de análisis de datos (Fornell, 1982). Representan uno de los desarrollos más recientes del análisis multivariante, permitiendo la modelización simultánea de relaciones entre múltiples variables dependientes e independientes (Gerbins & Anderson, 1998). A este respecto, las técnicas de modelado estructural se basan en la distinción entre dos tipos de variables (Lanero, 2011):

- *Variables latentes o factores*, referidas a constructos que no pueden ser medidos de forma objetiva y directa, debiendo ser inferidos a través de conductas observables que les representen. Las variables latentes son *exógenas* cuando no son explicadas por el efecto de ningún factor, pero actúan como variables independientes que afectan sobre los valores de otras variables latentes. Por el contrario, las variables latentes son consideradas *endógenas* cuando adoptan la forma de variables dependientes explicadas por otras variables latentes, sean exógenas o también endógenas.

- *Variables observadas o manifiestas*, referidas a conductas que pueden ser medidas directamente y sirven como indicadores de constructos latentes a los que representan teóricamente. Pueden adoptar la forma de indicadores reflexivos, cuando son desencadenados y reflejan una representación del constructo latente, o formativos, cuando causan la

construcción latente a partir de la representación sumativa de las distintas dimensiones que conforman esta (Campbell, 1960; Gerbins & Anderson, 1998; Thompson, Barclay & Higgins., 1995).

En términos resumidos, los MEE combinan procedimientos de análisis estadístico derivados de los principios del análisis factorial y de la regresión múltiple. Es decir, representan constructos teóricos abstractos a partir de múltiples variables medibles y examinan las relaciones de dependencia entre las mismas, para estimar simultáneamente un conjunto de predicciones interrelacionadas (Barclay et al., 1995; Cepeda & Roldán, 2004; Chin, 1998b; Fornell, 1982). En torno a dicho procedimiento, los MEE permiten estimar dos modelos en un análisis único (Lanero, 2011):

- El *modelo de medida* (modelo externo u *outer model*), que analiza las cargas factoriales de las variables observadas (indicadores o ítems) con relación a sus correspondientes variables latentes (constructos). De esta forma, se contrasta la fiabilidad y validez de las mediciones empleadas.
- El *modelo estructural* (modelo interno o *inner model*), que permite evaluar las relaciones de causalidad hipotetizadas entre un conjunto de variables latentes.

Dentro de la amplia variedad de técnicas de MEE que existen, se optó por el procedimiento PLS, que, a diferencia de otras técnicas basadas en el análisis de la covarianza (como LISREL, AMOS o EQS), se centra en predecir las variables latentes a partir de la varianza, mediante la estimación de mínimos cuadrados ordinarios (*ordinary least squares*, OLS) y análisis de componentes principales. La Tabla 14 resume las principales diferencias entre PLS y los métodos basados en el análisis de la covarianza (Cepeda & Roldán, 2004).

Comparando ambas aproximaciones metodológicas, PLS presenta la ventaja de adaptarse mejor a aplicaciones exploratorias, predictivas y de desarrollo de la teoría (Barclay et al., 1995; Cepeda & Roldán, 2004; Chin, Marcolin & Newsted, 2003; Wold, 1979), como ocurre en la presente investigación. Así, la técnica PLS fue diseñada para poder trabajar a nivel empírico sobre teorías que no están suficientemente asentadas o cuando existe escasa información disponible (Chin, 1998a; Wold, 1973, 1979, 1982, 1985),

permitiendo una "modelización flexible" (Wold, 1980) basada en la creación de relaciones predictivas lineales óptimas entre variables, sin realizar suposiciones a niveles de medida, distribuciones de los datos y tamaño muestral.

Tabla 14. Resumen comparativo entre PLS y los métodos basados en la covarianza.

Criterio	Métodos basados en la covarianza	PLS
Objetivo	Orientado a la estimación de parámetros	Orientado a la predicción
Enfoque	Basado en covarianzas	Basado en la varianza
Suposiciones	Habitualmente, distribución normal multivariada y observaciones independientes (paramétrica)	Especificación del predictor (no paramétrica)
Estimación de parámetros	Consistente	Consistente a medida que se incrementa el número de indicadores y aumenta la muestra (<i>consistency at large</i>)
Puntuación de las variables latentes	Indeterminada	Estimadas explícitamente
Relaciones epistémicas entre las variables latentes y sus medidas	Habitualmente, solo con indicadores reflectivos	Pueden ser modeladas tanto en forma reflectiva como formativa
Implicaciones	Óptimo para precisión de parámetros	Óptimo para precisión de predicción
Complejidad de modelos	Complejidad pequeña a moderada (e.g., menos de 100 indicadores)	Gran complejidad (e.g., 100 constructos y 1000 indicadores)
Tamaño de la muestra	Basada idealmente en el poder de análisis de un modelo específico. Recomendaciones mínimas entre 200 y 800 casos.	Análisis de poder basado en la proporción del modelo con el número mayor de predictores. Las recomendaciones mínimas están entre 30 y 100 casos

Fuente: Lanero (2011, p. 271), a partir de Cepeda y Roldán (2004).

La técnica PLS, al no basarse en las asunciones de los análisis paramétricos, puede ser empleada en muestras pequeñas (Barclay et al., 1995) o distribuciones no normales (Chin, 1998a; Falk & Miller, 1992; Thompson et al., 1995). Al mismo tiempo, se adapta a mediciones estimadas por cualquier tipo de escala nominal, ordinal, de razón o de intervalos, evitando problemas de indeterminación de factores o soluciones inadmisibles (Fornell & Bookstein, 1982; Wold, 1985).

Los siguientes apartados detallan el procedimiento empleado en la aplicación del programa SmartPLS 2.0 (Ringle et al., 2005) a los datos de la presente investigación. Particularmente, se explican cuatro fases que definen el procedimiento seguido: identificación del modelo, evaluación del ajuste del modelo de medida, evaluación del ajuste del modelo estructural y análisis de diferencias intergrupales.

4.4.2.1. Identificación del modelo

El paso inicial en cualquier estudio con PLS u otra técnica de MEE consiste en especificar el modelo de medida representativo de las relaciones entre indicadores observados y constructos latentes, así como el modelo estructural de relaciones entre variables latentes exógenas y endógenas (Barclay et al., 1995). Dicha tarea suele apoyarse en la representación visual de las variables observadas y latentes en forma de diagramas de paso o monogramas (Falk & Miller, 1992), similares al ilustrado en la Figura 6.

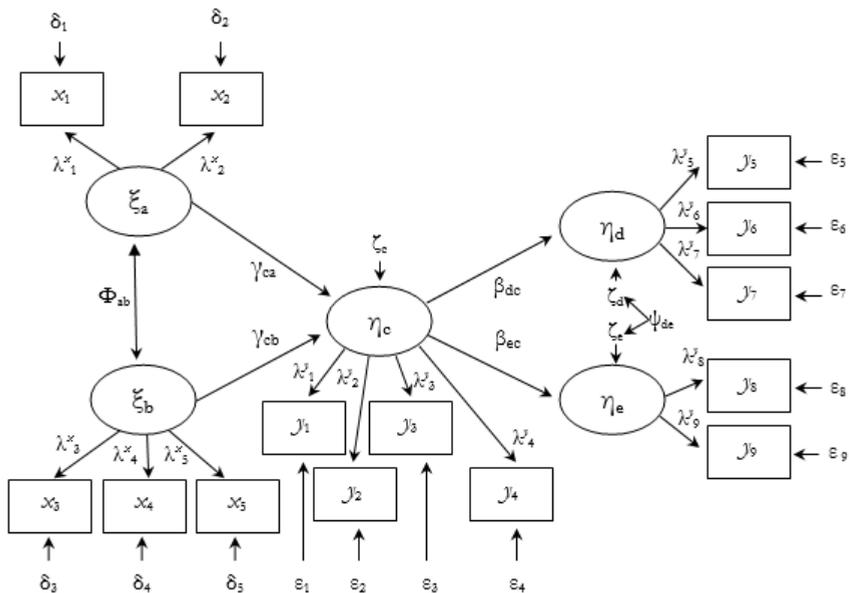
Como puede verse, las variables latentes exógenas y endógenas son representadas en el interior de elipses, mientras que las variables observadas o indicadores se simbolizan por medio de cuadros. Las flechas son empleadas para representar las relaciones entre variables observadas y latentes, así como entre variables latentes exógenas y endógenas, debiendo entenderse como vínculos predictivos de la varianza de la dimensión a la que apuntan (Chin, 1998a; Thompson et al., 1995).

El modelo estructural interno (*inner model*), que representa las relaciones hipotetizadas entre variables latentes exógenas y endógenas, incluye

los siguientes elementos del diagrama de paso (Barclay et al., 1995; Cepeda & Roldán, 2004; Falk & Miller, 1992; Gefen et al., 2000; Wold, 1985):

- Xi o Ksi (ξ): construcciones latentes exógenas.
- Eta (η): construcciones latentes endógenas.
- Gamma (γ): caminos *path* o flechas entre dos variables latentes ξ y η .
- Beta (β): caminos *path* o flechas de conexión entre dos variables latentes η .
- Phi (Φ): correlaciones entre dos variables exógenas.
- Zeta (ζ): errores de medida de las variables endógenas.
- Psi (ψ): correlaciones entre los errores de las variables endógenas.

Figura 6. Diagrama de paso teórico genérico con constructos y medidas.



* Las variables latentes son expresadas por medio de indicadores reflexivos.

Fuente: Lanero (2011, p. 274), a partir de Gefen, Straub, y Boudeau (2000).

El modelo de medida externo (*outer model*), que representa las relaciones entre variables observadas y latentes, se representa en monograma

por los siguientes elementos (Barclay et al., 1995; Cepeda & Roldán, 2004; Falk & Miller, 1992; Gefen et al., 2000; Wold, 1985):

- x e y : medidas de los constructos exógenos y endógenos, respectivamente.
- Lambda x (λ_x): carga factorial de la variable observada x y su variable latente exógena ξ .
- Delta (δ): error asociado a la variable x .
- Lambda y (λ_y): carga factorial de la variable observada y con respecto a su variable latente endógena η .
- Epsilon (ϵ): error asociado a la variable y .

Una vez identificado el modelo, los parámetros de medida y estructurales son estimados de forma iterativa mediante OLS simples y regresiones múltiples, calculando las variables latentes como combinaciones lineales exactas de sus indicadores (Barclay et al., 1995; Cepeda & Roldán, 2004). Si bien, en comparación con otros métodos de análisis basados en la covarianza, este procedimiento no proporciona medidas sólidas de bondad de ajuste (Chin, 1998a), existen dos técnicas no paramétricas de remuestreo que permiten examinar la estabilidad de las estimaciones obtenidas. Estas se conocen, respectivamente, como *bootstrap* y *jackknife*

La técnica *bootstrap* permite obtener n conjuntos de muestras de la base de datos total mediante un procedimiento de remuestreo con reemplazo, hasta que el número de casos iguala al conjunto muestral inicial (Chin, 1998b). Este procedimiento permite obtener n estimaciones de cada parámetro del modelo, ofreciendo el cálculo de sus respectivos errores estándares, así como un conjunto de valores t de Student con $n - 1$ grados de libertad, asociados a las cargas factoriales del modelo de medida y a las relaciones *path* del modelo estructural (Lanero, 2011).

Por su parte, *jackknife* es una técnica inferencial que permite testar la significación de las estimaciones de los parámetros a partir de datos en los que no se presupone una distribución normal (Chin, 1998b). En términos generales, su operatividad estadística consiste en omitir un caso en cada período para luego estimar los parámetros del modelo sobre los casos restantes y, a continuación, reconstruir o predecir los valores omitidos usando los parámetros reestimados

(Lanero, 2011). En suma, y al igual que la metodología *bootstrap*, la técnica *jackknife* permite estimar el sesgo y el error estándar de los parámetros (Efron & Tibshirani, 1993), así como obtener valores *t* de Student con $n - 1$ grados de libertad –siendo n el número de submuestras del procedimiento– que informan sobre la significación estadística de las estimaciones.

Aunque, en base al procedimiento descrito, los parámetros de medida y estructurales de un modelo PLS son estimados a la vez, la interpretación de los resultados debe realizarse en dos etapas sucesivas (Anderson & Gerbing, 1988; Barclay et al., 1995). En primer lugar, debe valorarse la fiabilidad y validez del modelo de medida (*outer model*) para determinar si los conceptos teóricos están siendo estimados correctamente a través de las variables observadas, en el contexto específico de las relaciones esperadas entre constructos latentes (Lanero, 2011). A continuación, la valoración del modelo estructural (*inner model*) permitirá evaluar el peso y la magnitud de las relaciones entre las distintas variables latentes, informando sobre el grado de cumplimiento de las hipótesis.

4.4.2.2. Procedimiento de evaluación del modelo de medida

Al margen de los esfuerzos preliminares de validación de las escalas de medida desde una aproximación exploratoria y correlacional, el modelado con PLS permite valorar la utilidad de las mismas en el contexto específico de las relaciones predictivas hipotetizadas entre variables latentes (Lanero, 2011). De esta forma, la evaluación del modelo de medida con PLS se plantea como una condición previa para el posterior análisis del modelo estructural de hipótesis (Anderson & Gerbing, 1988).

La evaluación del modelo de medida implica el análisis de tres aspectos: la fiabilidad individual de los ítems, la consistencia interna de las escalas, y la validez de constructo convergente y divergente (Cepeda & Roldán, 2004).

En primer lugar, la fiabilidad individual de los ítems se evalúa mediante la realización de un análisis factorial confirmatorio, que permite examinar las cargas factoriales estandarizadas (λ) o correlaciones simples de cada indicador

observado con su respectiva variable latente (Barclay et al., 1995). A este respecto, se considera el umbral de .50 como el mínimo aceptable que debe alcanzar una carga factorial para que un ítem pueda ser integrado en la medición de un constructo (Barclay et al., 1995; Chin, 1998a, 1998b). Complementariamente, el procedimiento *bootstrap* descrito anteriormente asigna un valor *t* de Student a cada carga factorial, que ha de ser significativo a un nivel de $p < .05$ para respaldar la decisión de incluir el indicador en la escala de medida.

En el contexto de los valores anteriores, la *comunalidad* refiere a la cantidad de varianza de una variable observada que es explicada por la latente, equivaliendo al cuadrado de la correlación entre la variable observada y la latente (λ^2). Se consideran aceptables valores superiores a .25 (Bollen, 1989).

En segundo lugar, el análisis de la consistencia interna o fiabilidad de las escalas remite al nivel de rigurosidad con el que varios indicadores miden la misma variable latente (Lanero, 2011). El análisis PLS permite evaluar dicha condición mediante dos indicadores: el coeficiente (α) y la fiabilidad compuesta ρ_c (Werts, Linn & Jöreskog, 1974).

Ambas ofrecen mediciones similares de consistencia interna, si bien algunos autores consideran que la fiabilidad compuesta ofrece un índice superior al utilizar las cargas de los ítems tal como se dan en el modelo causal hipotetizado (Fornell & Larcker, 1981). Frente a ello, que el índice Alpha de Cronbach presupone que cada indicador de un constructo contribuye de la misma forma, estando las cargas factoriales fijadas en la unidad (Barclay et al., 1995). En cualquier caso, la interpretación de ambos indicadores de consistencia interna es bastante similar, debiendo superar un valor mínimo de .70, que implica que el constructo explica al menos el 70% de la varianza total en los indicadores (Barclay et al., 1995; Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998; Nunnally, 1978; Nunnally & Bernstein, 1994).

Por último, para valorar la validez de constructo, el procedimiento PLS asume que los ítems que realmente miden la misma variable latente tendrán un ajuste significativo y estarán altamente correlacionados entre sí (Cepeda & Roldán, 2004). Desde este enfoque, la validez convergente es estimada a partir de la medida de la varianza extraída media o índice AVE (del inglés, *average*

variance extracted), relativa a la razón entre la cantidad de varianza que un constructo obtiene de sus indicadores y la cantidad de varianza debida al error de medida (Fornell & Lacker, 1981). Para ser aceptable, este índice debe ser superior a .50, de modo que se garantice que más del 50% de la varianza del constructo sea explicada por sus indicadores.

En cuando a la validez discriminante, debe verificarse que cada variable latente comparta más varianza con sus indicadores que con otros constructos del modelo (Barclay et al., 1995). Esta información puede extraerse de la inspección de la matriz de correlaciones entre las variables latentes, reemplazando la diagonal por la raíz cuadrada de los valores AVE, debiendo estos ser superiores al resto de índices r (Fornell & Larcker, 1981).

4.4.2.3. Procedimiento de evaluación del modelo estructural

Una vez verificada la fiabilidad y validez del modelo de medida, se utilizó el análisis PLS para estimar los parámetros de ajuste del modelo estructural en la muestra total, poniéndose a prueba, inicialmente, las tres primeras hipótesis de investigación referidas, respectivamente, al efecto del apoyo percibido sobre las creencias de las embarazadas (hipótesis 1), la relación entre las creencias y las emociones ante el parto (hipótesis 2), y los efectos directos e indirectos del apoyo sobre las emociones por mediación de las creencias (hipótesis 3).

El modelado PLS permite poner a prueba el cumplimiento de las hipótesis de partida y evaluar la validez predictiva del modelo, proporcionando respuesta a dos cuestiones fundamentales (Falk & Miller, 1992): i) ¿en qué medida las variables predictoras contribuyen a la varianza explicada de las variables endógenas?; y ii) ¿qué cantidad de la varianza de las variables endógenas es explicada por los constructos que las predicen? Para responder a estas cuestiones es necesario inspeccionar, respectivamente, los coeficientes *path* estandarizados (γ y β) y los estadísticos R^2 de ajuste del modelo.

Los coeficientes γ y β representan los pesos de regresión estandarizados que relacionan, respectivamente, constructos latentes exógenos

y endógenos y constructos latentes endógenos entre sí. A tal respecto, el procedimiento *bootstrap* asigna valores *t* de Student a los parámetros de regresión estimados, permitiendo la identificación de relaciones significativas de predicción entre variables (Lanero, 2011).

En la comprobación de los efectos indirectos recogidos en la hipótesis 3, se aplicó la lógica de Zhao, Lynch y Chen (2010), quienes diferencian entre cinco patrones: i) mediación complementaria, cuando existen efectos directos e indirectos en la misma dirección; ii) mediación competitiva, cuando existen efectos directos e indirectos en direcciones opuestas; iii) efectos indirectos únicos, cuando no existen efectos directos; iv) efectos directos únicos, cuando no existen efectos indirectos; y v) inexistencia de efectos directos e indirectos.

En el contexto de los coeficientes de regresión estandarizados, el procedimiento de análisis PLS asocia un índice R^2 a cada variable latente endógena, que indica la cantidad de varianza del constructo que es explicada por el modelo. Si bien no existe demasiado acuerdo en la literatura sobre el valor de R^2 que debe considerarse como aceptable, algunos autores señalan como criterio mínimo de ajuste el umbral de .10, lo que supone un 10% de varianza explicada en la correspondiente variable endógena (Cepeda & Roldán, 2004; Falk & Miller, 1992).

Complementariamente, los cambios en el índice R^2 entre varios modelos alternativos permiten determinar si la influencia de una variable latente particular sobre un constructo dependiente tiene un impacto sustantivo (Chin, 1998b). Dicho tamaño del efecto viene especificado por el estadístico f^2 , cuyos valores posibles oscilan entre 0 y 1. Los niveles de .02, .15, y .35 son considerados habitualmente como indicadores de tamaños de efecto pequeño, medio o grande, respectivamente.

El ajuste global del modelo en términos de relevancia predictiva suele evaluarse también mediante el test Stone-Geisser (Stone, 1974; Geisser, 1974), que realiza una estimación *jackknife* a través del estadístico Q^2 , perteneciente a la familia de los índices R^2 (Wold, 1982). En términos sencillos, el índice de Q^2 debe ser positivo, de modo que los valores negativos indican confusión o mal funcionamiento de las relaciones hipotetizadas entre variables. Por tanto, el

ajuste puede incrementarse si alguna predicción inestable es eliminada de la ecuación.

Además de los índices R^2 y Q^2 , la medida de tamaño global del efecto propuesta por Tennenhaus, Vinzi, Chatelin y Lauro (2005), *Goodness-of-Fit (GoF)*, se define como la media geométrica entre la comunalidad promedio y el índice R^2 promedio de los constructos endógenos. Los valores de dicha medida oscilan entre 0 y 1, considerándose los umbrales de 0.1, 0.25 y 0.36, respectivamente, como indicadores de efecto global pequeño, medio y elevado (Wetzels, Odekerden-Schrder & van Oppen, 2009).

4.4.2.4. Análisis de diferencias intergrupales

Una vez testados los modelos de medida y estructural con la muestra total, se llevó a cabo un análisis multigrupal para comprobar las posibles diferencias en las variables y las relaciones predictivas hipotetizadas en el estudio en función de las experiencias previas de parto de las mujeres (hipótesis 4), de su situación de riesgo en el embarazo (hipótesis 5) y de la elaboración de un plan de parto (hipótesis 6).

Las posibles diferencias intergrupales en las dimensiones de apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto fueron estudiadas mediante una serie de tres análisis multivariados de la varianza (MANOVA), llevados a cabo con el programa estadístico SPSS 23.0. Dicho procedimiento estadístico permite determinar el efecto de una o más variables independientes categóricas sobre un grupo de variables dependientes cuantitativas relacionadas entre sí.

Las variables independientes de cada MANOVA correspondieron, respectivamente, a las dimensiones de: i) experiencias previas de parto, con las dos categorías de embarazadas primíparas y múltiparas; ii) presencia de riesgo en el embarazo, con las dos posibilidades de embarazos con y sin riesgo; y iii) elaboración de plan de parto, diferenciándose entre mujeres con y sin plan de parto. Las variables dependientes estuvieron representadas, por su parte, por el apoyo percibido, las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas, y las emociones positivas y negativas ante el parto.

El efecto multivariado de las tres variables independientes sobre el agregado de las seis variables dependientes fue analizado, en cada caso, mediante la inspección de los estadísticos F y los valores Lambda (λ) de Wilks, de acuerdo a un nivel de significación de $p < .05$ (Tabachnick & Fidell, 1996). El tamaño del efecto vino indicado por el valor correspondiente al estadístico Eta cuadrado parcial (η^2), que informa sobre la proporción de la varianza conjunta de las puntuaciones en las variables dependientes explicada por el efecto de cada variable independiente.

Cuando el análisis evidencia la existencia de un efecto global de la variable independiente sobre el conjunto de variables dependientes, debe indagarse en las diferencias intergrupales que resultan estadísticamente significativas en cada dimensión concreta, de acuerdo al estadístico F resultante en cada caso. A este respecto, se recomienda emplear un nivel de significatividad restrictivo que permita reducir la probabilidad de error Tipo 1. Por ejemplo, el ajuste de Bonferroni recomienda dividir el valor de probabilidad de .05 entre el número total de variables dependientes analizadas (Tabachnick & Fidell, 1996). En este caso, al tratarse de un total de seis variables dependientes, el nivel empleado para considerar significativas las diferencias intergrupales en cada constructo fue de $p < .05/6 = .0083$.

Por último, la comparación intergrupala de las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto se basó en el análisis del modelo estructural con PLS en cada submuestra de mujeres primíparas y multíparas, en situación de riesgo y no riesgo, y con y sin elaboración de plan de parto, estudiándose, en cada caso, los coeficientes *path* e índices de ajuste del modelo obtenidos.

La división de la muestra total en submuestras homogéneas en base a un criterio preestablecido para comparar los efectos específicos de cada grupo implica la consideración de una variable moderadora categórica que, en línea con Baron y Kenny (1986), *"afecta a la dirección y/o a la fuerza de la relación entre una variable independiente o predictora y una variable dependiente o criterio"* (p. 1174). Siguiendo este concepto, los efectos de pertenencia a un grupo determinado son interpretados como moderadores de las relaciones entre variables identificadas en el modelo (Henseler, Ringle & Sinkovics, 2009).

Desde este encuadre, la evaluación de la significación de las diferencias en las relaciones entre variables en función de la pertenencia a un grupo determinado se infiere a partir de un procedimiento basado en el test t de Student, utilizando los errores estándar agrupados obtenidos a través de un remuestreo o *bootstrapping* (Chin, 2003).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

“El único viaje imposible es el que nunca empiezas”

Anthony Robbins

De acuerdo a la aproximación metodológica especificada en el capítulo previo, la validación de los modelos de medida y estructural hipotetizados se desarrolla a lo largo de las páginas de este capítulo.

Conforme a ello, se exponen los resultados de los contrastes ejecutados mediante métodos estadísticos de análisis factorial, análisis de correlación y descriptivos, MANOVA y análisis de ecuaciones estructurales basados en la técnica PLS.

5.1. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Para valorar la validez de constructo de las escalas empleadas en la medición de las variables del estudio se realizaron tres análisis factoriales exploratorios a través del programa SPSS 23.0. En la validación de las escalas de apoyo percibido y emociones ante el parto, se empleó la técnica de análisis de componentes principales, mientras que en el caso de las creencias ante el parto se utilizó el análisis de componentes principales categórico (CATPCA). Los siguientes apartados exponen los resultados obtenidos mediante esta aproximación metodológica.

5.1.1. Análisis de componentes principales

El primer análisis factorial exploratorio se enfocó al estudio de los cinco ítems empleados para la medición del grado de *apoyo percibido* a un doble nivel emocional e informacional (apartado B del Anexo).

Los datos resultaron adecuados para ser sometidos a factorización, ya que la revisión de la matriz reveló la totalidad de los valores r superiores a .30. De la misma forma, el índice de KMO de adecuación de la muestra alcanzó un valor de .88 y el test de esfericidad de Barlett se mostró significativo a un nivel de probabilidad de $p < .001$.

En lo que respecta a la extracción de factores, el análisis de componentes principales llevado a cabo arrojó una única dimensión con valor eigen superior a la unidad, la cual explicó el 85,85% de la varianza total acumulada. Por su parte, el gráfico de sedimentación confirmó el carácter unidimensional de la variable.

Las cargas factoriales ligadas a estos cinco ítems sobrepasaron con creces el mínimo requerido de .50 y saturaron en una sola dimensión, apoyando de este modo la validez convergente de la escala empleada, con una fiabilidad de $\alpha = .96$. La Tabla 15 muestra los resultados a este respecto.

Tabla 15. Estructura factorial de la variable de apoyo percibido.

Ítems	Apoyo percibido
2.1. Me siento escuchada por los profesionales que me atienden	.95
2.2. Los profesionales que atienden mi embarazo resuelven las dudas que les planteo	.94
2.3. Los profesionales que atienden mi embarazo me aportan información sobre los aspectos importantes del embarazo y el parto, y enseñanzas (pujos, respiraciones...) para afrontarlo mejor	.93
2.4. Los profesionales que me atienden me animan y apoyan ante las preocupaciones que les planteo	.93
2.5. Los profesionales que me atienden me proporcionan material (libros, folletos...) que facilitan mi preparación al parto	.88
α	.96
Var	85.85%

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, el segundo análisis estuvo dedicado a indagar en la estructura factorial de los 20 ítems propuestos para valorar las *emociones ante el parto* (apartado C del Anexo).

Los datos se mostraron adecuados para ser sometidos al proceso factorial, apreciándose un predominio de correlaciones r entre ítems superiores al mínimo de .30. El índice KMO de adecuación de la muestra alcanzó un valor de .91, superior al aceptable, y el test de esfericidad de Barlett se mostró también significativo a un nivel de $p < .001$.

En la extracción de factores, el análisis de componentes identificó tres dimensiones con valores eigen superiores a la unidad, que explicaron el 57.85% de la varianza total acumulada. Por su parte, el gráfico de sedimentación mostró un punto de inflexión entre los elementos tercero y cuarto, por lo que a priori se indagó en la estructura factorial de tres componentes mediante el método de rotación Varimax. De los 10 indicadores de emociones positivas, ocho presentaron cargas factoriales superiores al valor de .50 en la primera dimensión ("*me siento segura*", "*me siento cómoda (estoy a gusto)*", "*me siento confortable*", "*tengo confianza en mí misma*", "*estoy relajada*", "*me siento satisfecha*", "*me siento alegre*" y "*me siento bien*"), que permitió explicar el 22.30% de la varianza.

Los dos ítems positivos restantes ("*me siento calmada*" y "*me siento descansada*") presentaron cargas factoriales bajas en la dimensión, por lo que fueron excluidos de análisis posteriores.

Por lo que respecta a los indicadores de emociones negativas, seis de ellos convergieron en la segunda dimensión ("*estoy tensa*", "*me siento alterada*", "*estoy inquieta por posibles desgracias*", "*me siento angustiada*", "*me siento nerviosa*" y "*estoy preocupada*"), con cargas factoriales superiores a .50 y dando cuenta del 21.39% de la varianza. El tercer componente identificado estuvo conformado por los cuatro ítems negativos restantes ("*estoy contrariada*", "*estoy desasosegada*", "*me siento oprimida*" y "*me siento aturdida y sobreexcitada*"), explicando el 14.16% de la varianza. Dado que la conformación de esta tercera dimensión puede responder a la mayor ambigüedad de dichos ítems en el contexto global de la escala, se decidió prescindir de ellos en los siguientes análisis.

Con todo, se realizó un nuevo análisis de componentes principales con los 14 ítems seleccionados. En la extracción de factores, el análisis de componentes identificó dos dimensiones con valores eigen superiores a la unidad, que explicaron el 57.35% de la varianza total acumulada. Por su parte, el gráfico de sedimentación mostró un punto de inflexión entre los elementos segundo y tercero, por lo que se respetó la estructura factorial de dos componentes como la más adecuada. El método de normalización Varimax utilizado en la rotación de los factores confirmó, en términos generales, la correspondencia esperada entre indicadores y componentes respaldando la validez discriminante de los constructos de emociones positivas y negativas (Tabla 16).

Remitiendo a los resultados para cada dimensión en particular, la escala relacionada con emociones negativas quedó conformada finalmente por 6 ítems y se vinculó a una fiabilidad α de Cronbach de .86.

Por su parte, la variable relativa a emociones positivas quedó configurada por 8 ítems asociándose a una fiabilidad muy similar, alcanzando en este caso un valor de .87, de acuerdo al índice α de Cronbach.

Tabla 16. Estructura factorial de la variable de emociones ante el parto.

Ítems	Emociones negativas	Emociones positivas
3.12. Me siento nerviosa	.79	
3.17. Estoy preocupada	.79	
3.7. Estoy inquieta por posibles desgracias	.73	
3.3. Estoy tensa	.71	
3.6. Me siento alterada	.71	
3.9. Me siento angustiada	.71	
<hr/>		
3.20. Me siento bien		.84
3.19. Me siento alegre		.80
3.16. Me siento satisfecha		.78
3.11. Tengo confianza en mí misma		.72
3.10. Me siento confortable		.67
3.5. Me siento cómoda (estoy a gusto)		.62
3.2. Me siento segura		.58
3.15. Estoy relajada		.58
α	.86	.87
Var	27.70%	29.65%

Fuente: Elaboración propia.

5.1.2. Análisis de componentes principales categóricos

La estructura factorial de los ítems utilizados en la medición de las *creencias sobre las prácticas obstétricas en la atención al parto* fue estudiada mediante un procedimiento estadístico de análisis de componentes principales categóricos (CATPCA). De acuerdo al escalamiento llevado a cabo, todos los ítems permitieron transformaciones lineales, pudiendo ser interpretados como datos numéricos.

Se utilizó una solución de dos dimensiones que, en conjunto, explicaron el 11.71% de la varianza (Tabla 17). A pesar de que esta cifra es considerablemente baja, la inclusión de dimensiones adicionales no permitió mejorar los resultados, por lo que, dado el carácter exploratorio de este estudio,

se indagó en la estructura factorial arrojada por las dos dimensiones identificadas.

Tabla 17. Estructura factorial de la variable de creencias en relación al parto.

Ítems	Dimensión 1	Dimensión 2
4.1N. Amniorrexis artificial	-.35	.68
4.2N. Administración de oxitocina	-.39	.53
4.2D. Administración de oxitocina	.58	-.02
4.3N. Enema preparto	-.43	.63
4.4N. Rasurado del periné	-.33	.51
4.6D. Movimiento en la dilatación	.54	.19
4.7N. Alivio del dolor	-.23	.59
4.7H. Alivio del dolor	-.52	-.11
4.8.D. Posición en el expulsivo	.59	.11
4.9.N. Episiotomía	-.22	.65
4.9H. Episiotomía	-.60	-.31
4.9.D. Episiotomía	.62	.18
4.12D. Inducción del parto	.61	.20
4.13D. Cesárea	.60	.17
α	.87	.81
Var	6.78	4.93

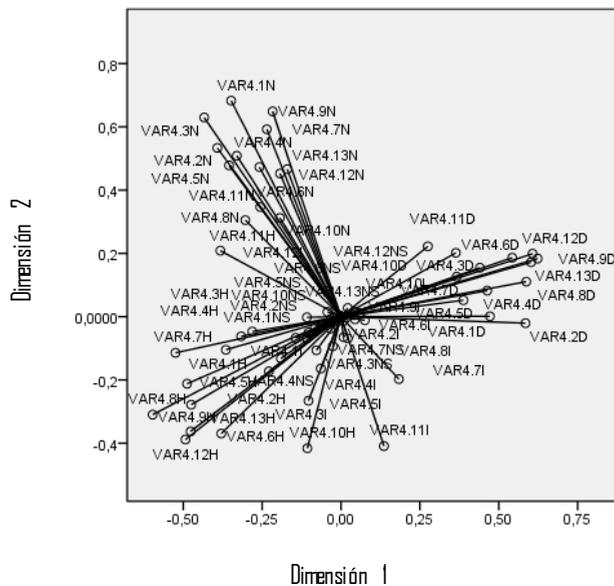
Fuente: Elaboración propia.

La primera de las dimensiones, asociada a un α de Cronbach de .87, permitió separar las creencias delegadoras de las humanizadas. En concreto, seis ítems del modelo delegador presentaron saturaciones superiores a .50, correspondiendo a las prácticas de administración de oxitocina, movimiento durante la fase de dilatación, posición en el expulsivo, episiotomía, inicio del parto y cesárea. Asimismo, dos ítems relacionados con el modelo humanizado presentaron saturaciones inferiores a -.50: alivio del dolor y episiotomía.

Por su parte, la segunda dimensión permitió diferenciar las creencias naturalistas del resto, asociándose a un α de Cronbach de .81. Seis indicadores obtuvieron saturaciones superiores a .50 en esta dimensión: amniorrexis artificial, administración de oxitocina, administración de enema, rasurado de periné, alivio del dolor y episiotomía.

El resto de ítems no obtuvieron significatividad estadística en el análisis. Por tanto, el procedimiento CATPCA respaldó la diferenciación hipotetizada entre creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas, en plena coherencia con la evolución histórica del abordaje del parto. Frente a ello, los modelos intervencionista y desinformado no obtuvieron respaldo para explicar las creencias de las embarazadas. Estos resultados se representan gráficamente en la Figura 7.

Figura 7. Saturaciones en componentes.



Fuente: Elaboración propia.

5.2. ANÁLISIS CORRELACIONALES Y DESCRIPTIVOS

Teniendo en cuenta las dimensiones factoriales surgidas en el apartado previo, la Tabla 18 recoge los coeficientes de correlación r entre las variables del

estudio, así como las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones alcanzadas en cada caso.

Tabla 18. Correlaciones, medias y desviaciones típicas (DT).

	1	2	3	4	5	6
1. Apoyo	1					
2. Emociones negativas	-.04	1				
3. Emociones positivas	.56**	-.36**	1			
4. Creencias naturalistas	-.05	-.09	.02	1		
5. Creencias delegadoras	.06	.06	.04	-.22**	1	
6. Creencias humanizadas	-.07	-.09	-.06	-.65**	.02	1
Media	3.95	2.88	3.62	.03	.44	.32
DT	1.13	.86	.65	.11	.32	.37

** $p < .01$.

Fuente: Elaboración propia.

En general, las variables de apoyo y emociones ante el parto (negativas y positivas) se asociaron entre sí en el sentido esperado, lo que supone una primera evidencia de la validez concurrente de las escalas de medida. De una parte, el apoyo percibido se relacionó favorablemente con las emociones positivas ante el parto ($r = .56$) y de forma negativa con las emociones adversas ($r = -.04$), si bien esta última correlación no resultó estadísticamente significativa. En lo que respecta a la correlación entre las dos dimensiones de emociones identificadas se apreció, de acuerdo a lo esperado, un índice de correlación negativa significativo entre las escalas de emociones positivas y negativas ($r = -.36$).

Por su parte, el constructo de creencias naturalistas obtuvo una correlación negativa significativa con los correspondientes a las creencias delegadoras ($r = -.22$) y humanizadas ($r = -.65$), las cuales no estuvieron significativamente correlacionadas entre sí. Asimismo, las correlaciones entre los tres modelos de creencias y las dimensiones de apoyo, emociones negativas y emociones positivas tampoco resultaron estadísticamente significativas, lo que apunta a un escaso cumplimiento de algunas de las hipótesis centrales del estudio.

Las puntuaciones medias obtenidas por las mujeres de la muestra en la variable de apoyo percibido fueron considerablemente altas, alcanzando un valor de 3.95 ($DT = 1.13$) en la escala Likert de cinco puntos utilizada. Asimismo, las encuestadas manifestaron emociones más positivas que negativas ante la anticipación del parto, con puntuaciones medias en tales escalas de 3.62 ($DT = 0.65$) y 2.88 ($DT = 0.86$), respectivamente.

Por lo que concierne a los modelos de creencias identificados, la puntuación media más alta correspondió al modelo delegador ($M = .44$; $DT = .32$), seguido por las creencias humanizadas ($M = .32$; $DT = .37$) y naturalistas ($M = .03$; $DT = .11$). En cualquier caso, las puntuaciones medias fueron considerablemente bajas en los tres constructos, lo que denota una escasa tendencia de las mujeres a manifestar creencias homogéneas dentro de un mismo modelo que abarque los distintos aspectos a considerar en relación al parto. Para profundizar más en este resultado desde una perspectiva descriptiva, la Tabla 19 resume los porcentajes registrados para las trece intervenciones obstétricas analizadas, de acuerdo a las posibilidades de respuesta dadas a las encuestadas en torno a los cinco modelos de creencias considerados inicialmente.

Tabla 19. Porcentajes de respuesta por práctica obstétrica.

	Modelo Naturalista	Modelo Delegador	Modelo Humanizado	Modelo Intervencionista	Modelo Desinformado
Amniorraxis artificial	1	67.4	10.3	3.4	17.6
Administración oxitocina	3.4	68.6	14.9	4.4	8.8
Administración enema	2.4	47.5	7.1	32.5	10.5
Rasurado del periné	3.1	50.7	8.8	22.4	15
Ingesta líquidos/sólidos	3.4	53.4	16.7	12.6	13.9
Movimiento en dilatación	9.3	30.7	46.9	4.1	9
Alivio del dolor	2.8	21	16.6	55.2	4.5
Posición en el expulsivo	12.9	43.7	22.7	9.5	11.2
Episiotomía	1	48.8	47.1	1	2.1
Contacto piel con piel	22.1	12.9	61.9	1.7	1.4
Lugar del parto	0.7	4.4	3.4	90.5	1
Inducción del parto	4.4	35.9	54.6	2.7	2.4
Cesárea	4.8	36.5	54.3	2	2.4

Fuente: Elaboración propia.

En términos generales, se apreció el predominio de creencias ajustadas al modelo delegador para muchas de las prácticas analizadas, especialmente en lo que concierne a la rotura artificial de la bolsa amniótica (67.4%), la administración de oxitocina (68.6%), la administración de enema (47.5%), el rasurado del periné (50.7%), la ingesta de comida y bebida durante el periodo de dilatación (53.4%), la posición durante el expulsivo (43.7%), y la realización de episiotomía (48.8%).

Siguieron en importancia las creencias relacionadas con el modelo humanizado, obteniendo estas los porcentajes más altos en relación al movimiento durante la dilatación (46.9%), el contacto piel con piel (61.9%), el inicio del parto (54.6%), y la cesárea (54.3%). Además, este modelo mantuvo porcentajes de respuesta bastante altos en las prácticas como la posición en el expulsivo (22.7%) y la realización de episiotomía (47.1%), siguiendo al modelo delegador.

Por otro lado, las mujeres manifestaron creencias bastante alejadas del modelo naturalista en todas las prácticas analizadas menos en el contacto piel con piel, donde el 22.1% de encuestadas reconocieron una preferencia por mantener un contacto inmediato con el recién nacido por considerarlo un acto natural.

Por su parte, el predominio de creencias ajustadas al modelo intervencionista se dio en prácticas como el alivio del dolor (55.2%) y el lugar del parto (90.5%). En cambio, fue el modelo menos popular en relación a las prácticas de movimiento durante la dilatación y la posición adoptada en la fase de expulsivo.

Las puntuaciones medias también fueron bajas para el modelo desinformado en prácticamente todas las intervenciones analizadas, salvo en el caso de la rotura artificial de la bolsa donde el predominio de creencias delegadoras convive con cierta desinformación al respecto en el 17.6% de las encuestadas.

5.3. ANÁLISIS PREDICTIVOS CON PLS

Tomando como referencia los resultados de los análisis de validación previos, el grado de cumplimiento de las hipótesis del modelo fue analizado a través de la técnica de modelado PLS, mediante el programa SmartPLS 2.0 (Ringle et al., 2005). Siguiendo el procedimiento descrito en el capítulo 4, se evaluó, en primer lugar, el modelo de medida (externo u *outer model*), como precondition para analizar el ajuste del modelo estructural (interno o *inner model*). Posteriormente, se realizaron las correspondientes comparaciones intergrupales entre mujeres embarazadas atendiendo a su experiencia de partos previos, situación de riesgo y realización de plan de parto. Los siguientes apartados describen los resultados de este procedimiento estadístico.

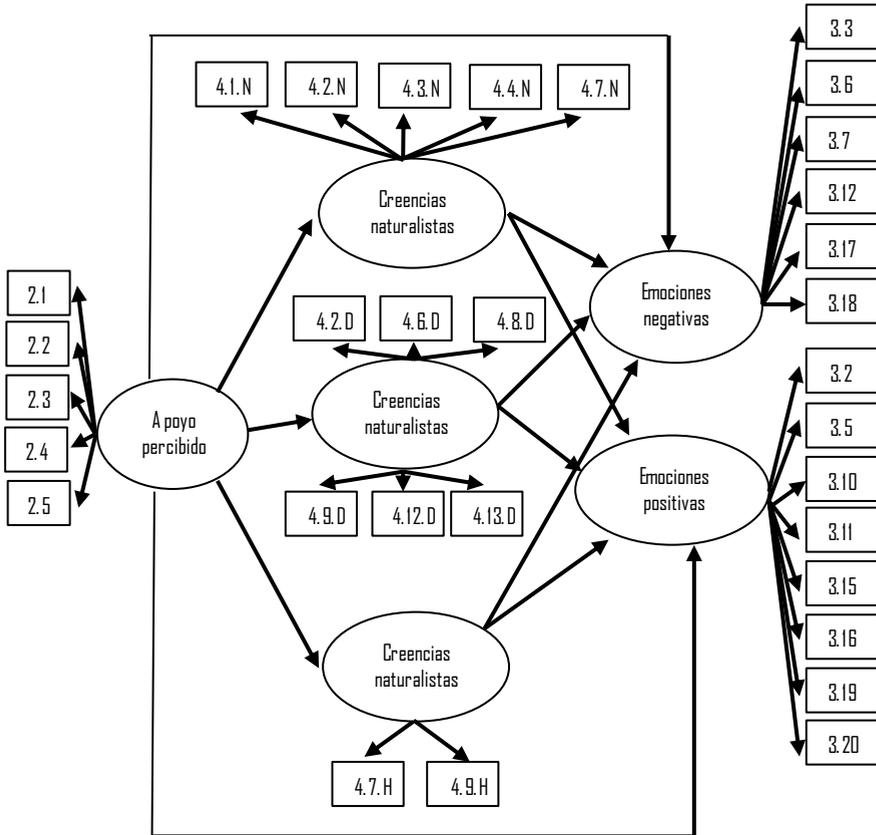
5.3.1. Evaluación del modelo de medida

La Figura 6, presentada en el capítulo previo, muestra el diagrama de paso del modelo de investigación sometido a análisis PLS en referencia a las relaciones hipotetizadas entre las variables latentes del estudio. El modelo incluyó una variable latente exógena (ξ), correspondiendo al apoyo percibido como predictor general del resto de constructos del modelo mediante caminos *path* γ . Por su parte, el conjunto de variables latentes endógenas (η) estuvo integrado por las tres variables de creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas, y las dos dimensiones de emociones positivas y negativas, todas ellas interrelacionadas mediante vínculos predictivos β . Igualmente, se asumió que todas las variables latentes llevaban asociado su correspondiente error de medida (ζ).

La Figura 8 explicita las variables observadas empleadas en la medición de dichos constructos latentes, correspondiendo aquellas a los ítems vinculados a cargas factoriales altas de acuerdo a los análisis factoriales exploratorios previamente llevados a cabo: apoyo percibido (cinco indicadores), emociones negativas (seis indicadores), emociones positivas (ocho indicadores), creencias naturalistas (seis indicadores), creencias delegadoras (seis indicadores) y creencias humanizadas (dos indicadores). Todas las variables observadas

tuvieron asociado el correspondiente error de medida (ϵ) y quedaron vinculadas a sus respectivos constructos latentes mediante cargas factoriales λ_{γ} .

Figura 8. Modelo teórico e hipótesis de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

Como complemento a la representación de la Figura 8, la Tabla 20 resume las hipótesis de investigación justificadas en el capítulo anterior y que serán puestas a prueba a través del modelado PLS.

Tabla 20. Resumen de las hipótesis de investigación.

Hipótesis 1: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene efectos sobre sus creencias en relación al parto.

Hipótesis 1a: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo sobre sus creencias naturalistas en relación al parto.

Hipótesis 1b: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo sobre sus creencias delegadoras en relación al parto.

Hipótesis 1c: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto positivo sobre sus creencias humanizadas en relación al parto.

Hipótesis 2: Las creencias de las embarazadas en relación al parto tienen efectos sobre las emociones negativas y positivas experimentadas en la anticipación del parto.

Hipótesis 2a: Las creencias naturalistas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2b: Las creencias naturalistas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2c: Las creencias delegadoras de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2d: Las creencias delegadoras de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2e: Las creencias humanizadas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 2f: Las creencias humanizadas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 3: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene efectos sobre las emociones negativas y positivas en la anticipación de la experiencia de parto.

Hipótesis 3a: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo directo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto, así como indirecto por mediación de las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas.

Hipótesis 3b: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto positivo directo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto, así como indirecto por mediación de las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas.

Continúa...

Continuación

Hipótesis 4: La existencia de experiencias previas de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.

Hipótesis 4a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin experiencias previas de parto.

Hipótesis 4b: Las mujeres con experiencias previas de parto tienen más creencias humanizadas y menos creencias naturalistas y delegadoras que las mujeres sin experiencias previas de parto.

Hipótesis 4c: Las mujeres con experiencias previas de parto experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres sin experiencias previas de parto.

Hipótesis 4d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con experiencias previas de parto.

Hipótesis 5: La presencia de riesgo en el embarazo modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.

Hipótesis 5a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin riesgo en el embarazo.

Hipótesis 5b: Las mujeres con embarazos sin riesgo tienen más creencias naturalistas y humanizadas, y menos creencias delegadoras que las mujeres con embarazos de riesgo.

Hipótesis 5c: Las mujeres con embarazos sin riesgo experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres con embarazos de riesgo.

Hipótesis 5d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con embarazos sin riesgo.

Hipótesis 6: La creación de un plan de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.

Hipótesis 6a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin plan de parto.

Hipótesis 6b: Las mujeres con plan de parto tienen más creencias humanizadas y menos creencias naturalistas y delegadoras que las mujeres sin plan de parto.

Hipótesis 6c: Las mujeres con plan de parto experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres sin plan de parto.

Hipótesis 6d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con plan de parto.

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 21 resume los resultados obtenidos en la evaluación del modelo de medida, proporcionando información acerca de la fiabilidad individual de los ítems, la consistencia interna de las escalas, y la validez de constructo convergente y discriminante.

En la mayoría de los casos, las cargas factoriales estandarizadas λ_j se situaron por encima de .50, estando asociadas a valores t de Student significativos ($p < .05$) de acuerdo a la técnica *bootstrap* aplicada con 500 submuestras de 200 casos cada una. Únicamente un indicador correspondiente al modelo de creencias naturalistas (4.9.N) obtuvo una carga factorial inferior a la necesaria y fue eliminado de posteriores análisis. De esta forma, los valores de comunalidad superaron el mínimo establecido de .25, de modo que los constructos latentes explicaron, en conjunto, entre el 25.2% (4.6.D) y el 91.2% (2.4) de la varianza en sus variables observadas, quedando constatada la fiabilidad individual de los indicadores seleccionados.

A su vez, la consistencia interna de las escalas estimada mediante los índices Alpha de Cronbach y de fiabilidad compuesta superó el umbral aceptable de .70 en todos los casos.

Asimismo, el índice AVE empleado en el análisis de la validez convergente adquirió valores aceptables superiores a .50 en todas las escalas, siendo explicada entre el 50% (emociones positivas y creencias delegadoras) y el 86% (apoyo percibido) de la varianza en cada caso.

Un último aspecto en la evaluación del modelo de medida de las dimensiones estudiadas estuvo centrado en la comprobación de la validez discriminante de las escalas, a través de la inspección de la matriz de correlaciones entre las variables latentes, reemplazando la diagonal por la raíz cuadrada de los valores AVE (Tabla 22). En términos generales, tales índices estuvieron por encima de los coeficientes de correlación entre los constructos latentes tomados dos a dos, no detectándose grandes problemas en la validez discriminante de las escalas.

Tabla 21. Parámetros de medida de las variables del estudio.

Ítem/escala	Carga factorial	Comunalidad	Error estándar	<i>t</i>	α	ρ_c	AVE
Apoio					.96	.97	.86
2.1.	.92***	.85	.02	53.51			
2.2.	.95***	.90	.01	75.03			
2.3.	.93***	.61	.02	55.96			
2.4.	.96***	.91	.01	88.46			
2.5.	.87***	.76	.03	32.11			
Emociones negativas					.73	.87	.55
3.3.	.64***	.41	.10	6.54			
3.6.	.80***	.64	.10	8.15			
3.7.	.80***	.64	.09	9.31			
3.12.	.72***	.52	.11	8.31			
3.17.	.75***	.57	.08	10.09			
3.9.	.71***	.51	.09	7.98			
Emociones positivas					.87	.89	.50
3.2.	.65***	.42	.11	6.02			
3.5.	.64***	.41	.11	5.58			
3.10.	.80***	.64	.13	6.12			
3.11.	.57***	.32	.13	4.56			
3.15.	.69***	.48	.11	6.36			
3.16.	.80***	.64	.11	7.12			
3.19.	.70***	.48	.11	6.10			
3.20.	.80***	.63	.12	6.93			
Creencias naturalistas					.80	.84	.52
4.1.N.	.59*	.35	.32	1.85			
4.2.N.	.62*	.38	.34	1.81			
4.3.N.	.79***	.63	.24	3.25			
4.4.N.	.87***	.76	.25	3.50			
4.7.N.	.68**	.47	.25	2.75			
Creencias delegadoras					.73	.78	.50
4.2.D.	.78**	.60	.28	2.78			
4.6.D.	.50**	.25	.19	2.69			
4.8.D.	.54**	.29	.19	2.84			
4.9.D.	.71***	.50	.18	3.85			
4.12.D.	.52**	.27	.28	2.47			
4.13.D.	.57**	.33	.21	2.77			
Creencias humanizadas					.72	.81	.68
4.7.H.	.87	.75	.15	5.67***			
4.9.H.	.77	.60	.15	5.11***			

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; (499 grados de libertad, prueba de una cola).

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 22. Matriz de correlaciones y raíz cuadrada de AVE.

	1	2	3	4	5	6
1. Apoyo	(.93)					
2. Emociones negativas	-.05	(.74)				
3. Emociones positivas	.16	-.40	(.71)			
4. Creencias naturalistas	-.07	-.17	.10	(.72)		
5. Creencias delegadoras	.10	.09	.11	-.22	(.71)	
6. Creencias humanizadas	-.09	-.12	-.10	.05	-.63	(.82)

* La raíz cuadrada de los valores AVE aparece para cada variable en la diagonal de la matriz.
Fuente: Elaboración propia.

5.3.2. Evaluación del modelo estructural

Una vez analizada la fiabilidad y validez del modelo de medida, el procedimiento PLS fue utilizado para poner a prueba las hipótesis 1, 2 y 3 en la muestra total de mujeres embarazadas. La Tabla 23 resume los coeficientes γ y β que relacionan el apoyo, las creencias y las emociones ante el parto, así como su significatividad estadística y el porcentaje de varianza explicada en cada caso.

La hipótesis 1, relativa al posible efecto negativo del apoyo percibido sobre las creencias naturalistas (hipótesis 1a) y delegadoras (hipótesis 1b), y positivo sobre las creencias humanizadas (hipótesis 1c), no fue sustentada por los resultados, al no resultar significativos los coeficientes correspondientes.

Tampoco se obtuvo apoyo estadístico para la hipótesis 2, que relacionaba las creencias de las mujeres ante el parto con las emociones negativas y positivas anticipadas.

Por lo que respecta a la hipótesis 3, no pudo confirmarse tampoco el efecto del apoyo percibido en la reducción de las emociones negativas (hipótesis 3a). Sí resultó significativo el efecto directo del apoyo sobre las emociones positivas ($\gamma = .16, p < .05$) explicando un 2.56% de la varianza y estando asociado a un tamaño del efecto $f^2 = .2$. En cualquier caso, no puede concluirse que tal efecto del apoyo sobre las emociones positivas esté mediado por las creencias,

al no haberse podido demostrar empíricamente la relación entre estas y las emociones. Por tanto, los resultados obtenidos proporcionan únicamente apoyo parcial a la hipótesis 3b.

Tabla 23. Efectos directos en la muestra total.

	Efectos directos			
	Coefficiente	Varianza explicada	Error estándar	t
Apoyo → C. naturalistas	-.07	0.49%	.12	0.58
Apoyo → C. delegadoras	.10	1.00%	.13	0.73
Apoyo → C. humanizadas	-.09	0.81%	.09	0.97
C. naturalistas → E. negativas	-.17	2.89%	.14	1.19
C. naturalistas → E. positivas	.14	1.40%	.17	0.82
C. delegadoras → E. negativas	-.02	0.12%	.13	0.18
C. delegadoras → E. positivas	.11	1.21%	.17	0.63
C. humanizadas → E. negativas	-.14	1.68%	.10	1.39
C. humanizadas → E. positivas	-.03	0.3%	.09	0.29
Apoyo → E. negativas	-.05	0.25%	.09	0.50
Apoyo → E. positivas	.16*	2.56%	.09	1.84

* $p < .05$; (499 grados de libertad, prueba de una cola).

Fuente. Elaboración propia.

Los índices R^2 recogidos en la Tabla 24 para valorar el ajuste del modelo en términos de predictibilidad total, estuvieron situados por debajo del mínimo recomendado de .10 en los cinco constructos endógenos analizados. Con todo, las relaciones hipotetizadas entre variables permitieron explicar un porcentaje muy bajo de las creencias y emociones de las embarazadas, lo que apunta a un pobre ajuste del modelo.

Igualmente, pese a que los índices Q^2 no fueron negativos para ninguna de las variables endógenas, alcanzaron valores considerablemente bajos, lo que apunta a un escaso ajuste global del modelo en términos de relevancia predictiva. En la línea de lo comentado, el índice GoF de tamaño global del efecto se situó en un valor de .12, que puede ser interpretado en términos de ajuste moderado del modelo propuesto.

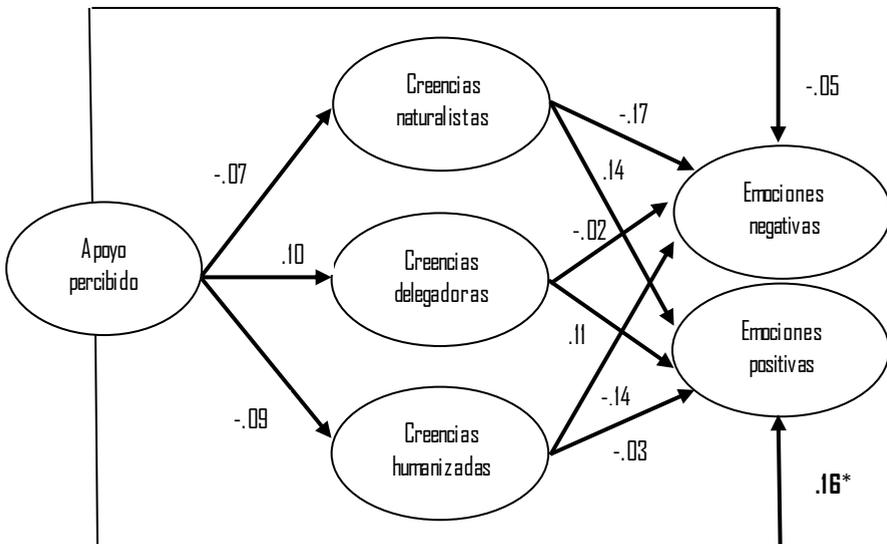
Tabla 24. Índices de ajuste global del modelo en la muestra total.

Variable	R^2	Q^2
Creencias naturalistas	.00	.01
Creencias delegadoras	.01	.01
Creencias humanizadas	.01	.01
Emociones negativas	.05	.02
Emociones positivas	.05	.02

Fuente: Elaboración propia.

La Figura 9 representa gráficamente los coeficientes obtenidos y su significatividad estadística. Asimismo, la Tabla 25 resume el planteamiento de las tres primeras hipótesis y su grado de cumplimiento a partir de los resultados obtenidos.

Figura 9. Representación del modelo empírico en la muestra total.



* $p < .05$.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 25. Cumplimiento de las hipótesis 1, 2 y 3.

Hipótesis 1: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tienen efectos sobre sus creencias en relación al parto.	
Hipótesis 1a: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo sobre sus creencias naturalistas en relación al parto.	Rechazada
Hipótesis 1b: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo sobre sus creencias delegadoras en relación al parto.	Rechazada
Hipótesis 1c: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto positivo sobre sus creencias humanizadas en relación al parto.	Rechazada
Hipótesis 2: Las creencias de las embarazadas en relación al parto tienen efectos sobre las emociones negativas y positivas experimentadas en la anticipación del parto.	
Hipótesis 2a: Las creencias naturalistas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.	Rechazada
Hipótesis 2b: Las creencias naturalistas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.	Rechazada
Hipótesis 2c: Las creencias delegadoras de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.	Rechazada
Hipótesis 2d: Las creencias delegadoras de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.	Rechazada
Hipótesis 2e: Las creencias humanizadas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto negativo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto.	Rechazada
Hipótesis 2f: Las creencias humanizadas de las embarazadas en relación al parto tienen un efecto positivo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto.	Rechazada
Hipótesis 3: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene efectos sobre las emociones negativas y positivas en la anticipación de la experiencia de parto.	
Hipótesis 3a: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto negativo directo sobre las emociones negativas en la anticipación de la experiencia de parto, así como indirecto por mediación de las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas.	Rechazada
Hipótesis 3b: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene un efecto positivo directo sobre las emociones positivas en la anticipación de la experiencia de parto, así como indirecto por mediación de las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas.	Apoyada parcialmente

Fuente: Elaboración propia.

5.3.3. Comparaciones intergrupales

Una vez testados los modelos de medida y estructural con la muestra total, se llevó a cabo una serie de tres análisis de diferencias intergrupales para poner a prueba las hipótesis 4, 5 y 6, relativas a la existencia de diferencias en el apoyo percibido, creencias y emociones de las embarazadas ante el parto, así como en las relaciones entre dichas variables en función de sus experiencias previas de parto, su situación de riesgo y la existencia de plan de parto. Los resultados de tales análisis multigrupales se detallan en los siguientes subapartados.

5.3.3.1. Comparación entre embarazadas en función de los partos previos

Una primera comparación intergrupar estuvo dedicada a analizar las posibles diferencias en el apoyo percibido, las creencias y las emociones ante el parto en función de las experiencias previas de las mujeres, así como el posible mejor funcionamiento del modelo predictivo en embarazadas multíparas (hipótesis 4).

Para ello, en primer lugar, se llevó a cabo un MANOVA, tomando como VI las experiencias previas de parto y como VDs las dimensiones de apoyo percibido, creencias naturalistas, creencias delegadoras, creencias humanizadas, emociones negativas y emociones positivas. Tal como se resume en la Tabla 26, los resultados no permitieron confirmar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre embarazadas primíparas y multíparas en el agregado de variables. Asimismo, cuando se analizaron las diferencias intergrupales para cada VD por separado, ninguna de ellas alcanzó significatividad estadística de acuerdo al criterio ajustado de Bonferroni de $p < .0083$ ($.05 / 6$ VDs). Estos resultados proporcionaron respaldo a la hipótesis 4a, relativa a la inexistencia de diferencias en el apoyo percibido por las mujeres en función de sus experiencias previas de parto. Frente a ello, las hipótesis 4b y 4c, que plantean más creencias humanizadas y emociones positivas, y menos creencias naturalistas y delegadoras y emociones negativas en las mujeres multíparas, fueron rechazadas.

Tabla 26. Resultados del MANOVA en función de las experiencias previas de parto.

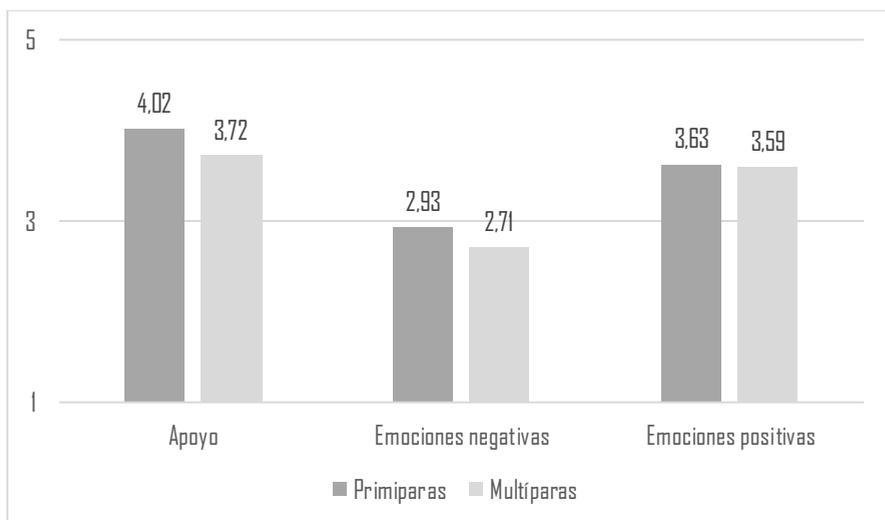
VD	Primíparas Media (DT)	Multíparas Media (DT)	λ de Wilks	Dif. conjuntas		Dif. individuales	
				F	η^2	F	η^2
Apoyo	4.02 (1.11)	3.72 (1.23)				3.42 (<i>ns</i>)	.01
C. naturalistas	0.02 (0.11)	0.04 (0.10)				1.50 (<i>ns</i>)	.01
C. delegadoras	0.46 (0.31)	0.40 (0.33)				1.64 (<i>ns</i>)	.01
C. humanizadas	0.31 (0.36)	0.36 (0.40)	.97	1.48 (<i>ns</i>)	.03	0.86 (<i>ns</i>)	.00
E. negativas	2.93 (0.84)	2.71 (0.88)				3.46 (<i>ns</i>)	.01
E. positivas	3.63 (0.65)	3.59 (0.66)				0.17 (<i>ns</i>)	.00

ns: no significativo

Fuente: Elaboración propia.

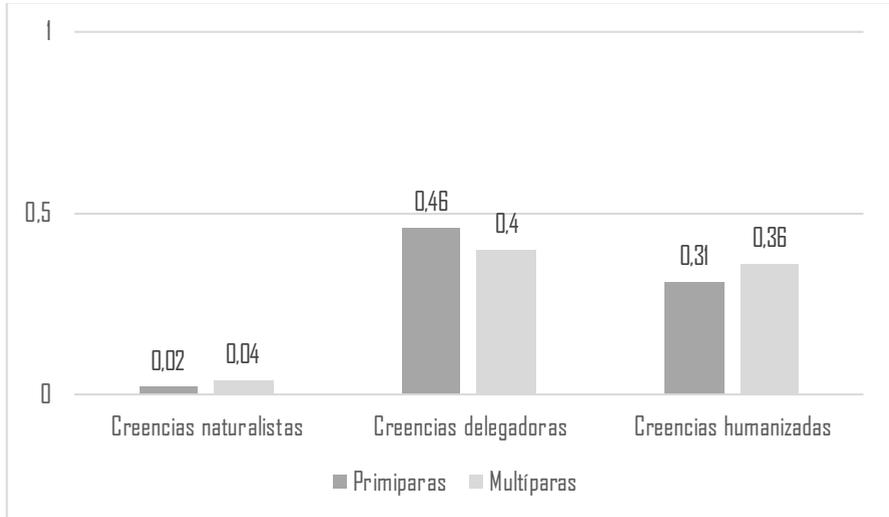
Las figuras 10 y 11 ilustran gráficamente esta inexistencia de diferencias a partir de la representación de las puntuaciones medias obtenidas por las embarazadas con y sin experiencias previas de parto en las seis variables objeto de estudio.

Figura 10. Diferencias intergrupales en las variables de apoyo y emociones en función de las experiencias previas de parto.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 11. Diferencias intergrupales en la variable de creencias en función de las experiencias previas de parto.



Fuente: Elaboración propia.

En términos generales, se constata la existencia de percepciones de apoyo altas en todas las mujeres, así como una mayor anticipación de emociones positivas en comparación con las negativas, que no parece estar causada por las experiencias previas de parto. Asimismo, tanto mujeres primíparas como múltiparas presentan una mayor incidencia de creencias delegadoras que humanizadas y una minoría de creencias naturalistas.

Por su parte, la hipótesis 4d plantea el mejor funcionamiento del modelo recogido en las hipótesis 1, 2 y 3 en mujeres múltiparas, esperándose en este caso relaciones más fuertes entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto. Para analizar este rol moderador de las experiencias previas de parto, se llevó a cabo una comparación intergrupala con PLS, a partir de la división de la muestra total en dos submuestras homogéneas de 231 mujeres primíparas y 67 múltiparas. Los resultados obtenidos en este análisis se recogen en la Tabla 27.

Tabla 27. Efectos directos en función de las experiencias previas de parto.

	Primíparas (<i>n</i> = 231)				Multíparas (<i>n</i> = 67)				Comp. Intergupal (<i>t</i>)
	Coef.	Varianza explicada	Error estándar	<i>t</i>	Coef.	Varianza explicada	Error estándar	<i>t</i>	
A apoyo → C. naturalistas	.03	0.09%	.06	0.52	-.23	5.29%	.17	1.37	0.07
A apoyo → C. delegadoras	.09	0.81%	.11	0.85	-.24	5.76%	.17	1.37	0.04
A apoyo → C. humanizadas	-.11	1.21%	.09	1.21	.18	3.24%	.16	1.14	0.58
C. naturalistas → E. negativas	-.07	0.49%	.10	0.62	-.41***	15.58%	.06	6.94	0.22
C. naturalistas → E. positivas	.01	0.01%	.14	0.06	.40***	14.80%	.06	6.67	0.18
C. delegadoras → E. negativas	.01	0.01%	.14	0.04	.14	3.36%	.16	0.88	0.21
C. delegadoras → E. positivas	.10	1.00%	.16	0.62	-.14	3.64%	.21	0.68	0.52
C. humanizadas → E. negativas	-.15	2.25%	.09	1.55	-.05	0.85%	.13	0.37	2.08
C. humanizadas → E. positivas	-.04	0.16%	.10	0.42	.07	1.33%	.14	0.53	0.91
A apoyo → E. negativas	-.05	0.25%	.09	0.60	-.18	2.16%	.10	1.80	0.42
A apoyo → E. positivas	.18**	3.24%	.07	2.48	.19*	2.66%	.09	2.11	0.31

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; (499 grados de libertad, prueba de una cola).

Fuente: Elaboración propia.

Comenzando por la relación esperada entre el apoyo percibido y las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas, los efectos directos no resultaron significativos en ninguna de las dos submuestras. Asimismo, las creencias delegadoras y humanizadas no se asociaron con la anticipación de emociones negativas y positivas. Por su parte, las creencias naturalistas tuvieron efectos significativos sobre las emociones únicamente en la muestra de mujeres multíparas, si bien en un sentido opuesto al esperado. Es decir, las creencias naturalistas se asociaron a una reducción de las emociones negativas ($\beta = -.41$, $p > .005$), explicando el 15.58% de la varianza de estas con un tamaño del efecto mediano de $f^2 = .18$. Asimismo, las creencias naturalistas conllevaron un aumento de las emociones positivas ($\beta = .40$, $p > .005$), asociándose a un 14.80% de la varianza con un tamaño del efecto mediano de $f^2 = .19$. En cualquier caso, de acuerdo a la comparación intergrupala mediante las pruebas *t* de Student, las

diferencias entre los coeficientes obtenidos en las muestras de mujeres primíparas y múltiparas no resultaron estadísticamente significativas, debiendo ser interpretadas con cierta reticencia en el contexto de los tamaños de las submuestras consideradas.

Por lo que respecta a la relación entre apoyo percibido y emociones, en ninguna de las dos submuestras pudo confirmarse un efecto directo o indirecto sobre las emociones negativas, mientras que en ambos casos se constató un efecto directo en el sentido esperado sobre las emociones positivas. En el caso de las embarazadas primíparas ($\gamma = .18, p < .01$) el efecto explicó el 3.24% de la varianza y se asoció a un tamaño del efecto $f^2 = .4$, que puede considerarse como elevado. En lo que respecta a las mujeres con experiencias previas de parto ($\gamma = .19, p < .05$) el efecto se relacionó con el 2.66% de la varianza, estando asociado a un tamaño del efecto reducido, de $f^2 = .04$. En cualquier caso, de acuerdo a las pruebas t de Student llevadas a cabo para comparar ambos coeficientes, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

La Tabla 28 recoge los índices R^2 y Q^2 para valorar el ajuste del modelo en cada submuestra en términos de predictibilidad total y relevancia predictiva. Comenzando por los índices R^2 , en la submuestra de mujeres primíparas, se situaron por debajo del mínimo recomendado de .10, al tiempo que los valores Q^2 obtuvieron valores negativos en cuatro de las cinco variables endógenas estudiadas, sugiriendo un mal funcionamiento del modelo. En la misma línea, el índice GoF de tamaño global del efecto fue moderado, situándose en .11.

Tabla 28. Índices de ajuste global en función de las experiencias previas de parto.

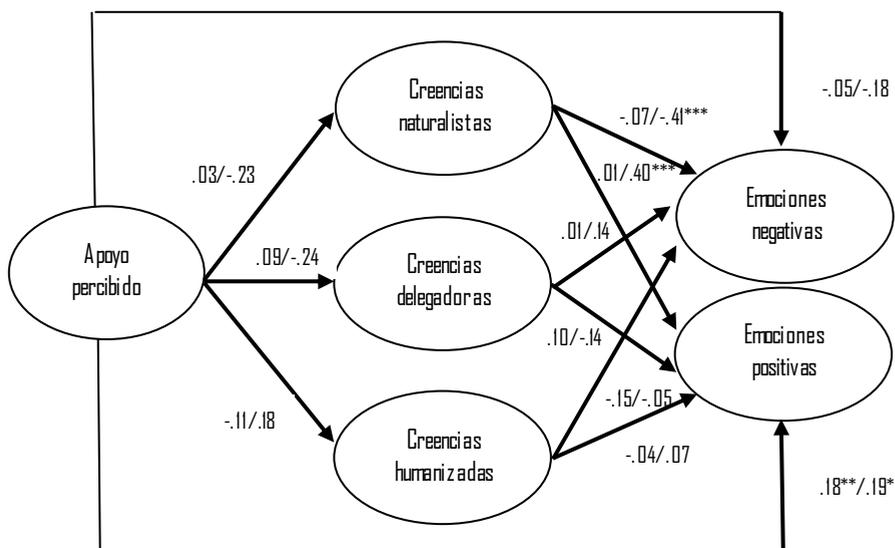
Variable	Primíparas		Múltiparas	
	R^2	Q^2	R^2	Q^2
Creencias naturalistas	.01	-.01	.06	.04
Creencias delegadoras	.01	-.01	.06	.01
Creencias humanizadas	.01	-.01	.03	-.01
Emociones negativas	.03	-.01	.22	.12
Emociones positivas	.06	.01	.23	.14

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a lo esperado, el ajuste del modelo fue superior en la submuestra de mujeres con experiencias previas de parto, obteniéndose valores de R^2 superiores a .10 en la explicación de las emociones ante el parto. En suma, las relaciones hipotetizadas permitieron explicar el 22% de la varianza en las emociones negativas y el 23% en las positivas. Asimismo, el índice Q^2 alcanzó valores positivos en la mayoría de las variables, especialmente en lo que se refiere a las emociones negativas ($Q^2 = .12$) y positivas ($Q^2 = .14$). El tamaño global del efecto fue bastante alto en esta submuestra, con un valor GoF de .25.

En su conjunto, los resultados comentados en los párrafos precedentes proporcionan apoyo parcial a la hipótesis 4d, pudiendo hablarse de un mejor funcionamiento global del modelo en mujeres con experiencias previas de parto, si bien las diferencias entre los efectos registrados en cada caso no resultaron significativas dadas las diferencias en los tamaños de ambas submuestras. La Figura 12 representa gráficamente los coeficientes obtenidos y su significatividad estadística en las dos submuestras consideradas. Asimismo, la Tabla 29 resume el planteamiento de la hipótesis 4 y su grado de cumplimiento.

Figura 12. Modelo empírico en función de las experiencias previas de parto.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 29. Cumplimiento de la hipótesis 4.

Hipótesis 4: La existencia de experiencias previas de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.	
Hipótesis 4a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin experiencias previas de parto.	Apoiada
Hipótesis 4b: Las mujeres con experiencias previas de parto tienen más creencias humanizadas, y menos creencias naturalistas y delegadoras que las mujeres sin experiencias previas de parto.	Rechazada
Hipótesis 4c: Las mujeres con experiencias previas de parto experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres sin experiencias previas de parto.	Rechazada
Hipótesis 4d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con experiencias previas de parto.	Apoiada parcialmente

Fuente: Elaboración propia.

5.3.3.2. Comparación entre embarazadas en función del riesgo en el embarazo

La segunda comparación intergrupai estuvo dedicada a analizar las diferencias en el apoyo percibido, las creencias y las emociones ante el parto en función de la presencia de riesgo en el embarazo, así como el posible mejor funcionamiento del modelo predictivo en embarazadas sin riesgo (hipótesis 5).

De nuevo, se llevó a cabo, en primer lugar, un MANOVA, tomando como VI la presencia de riesgo en el embarazo y como VDs las dimensiones de apoyo percibido, creencias naturalistas, creencias delegadoras, creencias humanizadas, emociones negativas y emociones positivas. Tal como se resume en la Tabla 30, los resultados no permitieron confirmar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre embarazadas con y sin riesgo en el agregado de variables. Asimismo, cuando se analizaron las diferencias intergrupales para cada VD por separado, ninguna de ellas alcanzó significatividad estadística de acuerdo al criterio ajustado de Bonferroni de $p < .0083$ (.05 / 6 VDs).

Tabla 30. Resultados del MANOVA en función de la presencia de riesgo en el embarazo.

VD	Con riesgo Media (<i>DT</i>)	Sin riesgo Media (<i>DT</i>)	λ de Wilks	Dif. conjuntas		Dif. individuales	
				F	η^2	F	η^2
Apoyo	4.17 (0.82)	3.91 (1.18)				1.79 (<i>ns</i>)	.01
C. naturalistas	0.03 (0.16)	0.02 (0.10)				0.17 (<i>ns</i>)	.00
C. delegadoras	0.50 (0.33)	0.43 (0.31)				1.65 (<i>ns</i>)	.01
C. humanizadas	0.28 (0.38)	0.33 (0.37)	.98	1.19 (<i>ns</i>)	.02	0.54 (<i>ns</i>)	.00
E. negativas	3.10 (0.73)	2.85 (0.87)				2.96 (<i>ns</i>)	.01
E. positivas	3.62 (0.52)	3.61 (0.67)				0.01 (<i>ns</i>)	.00

ns: no significativo.

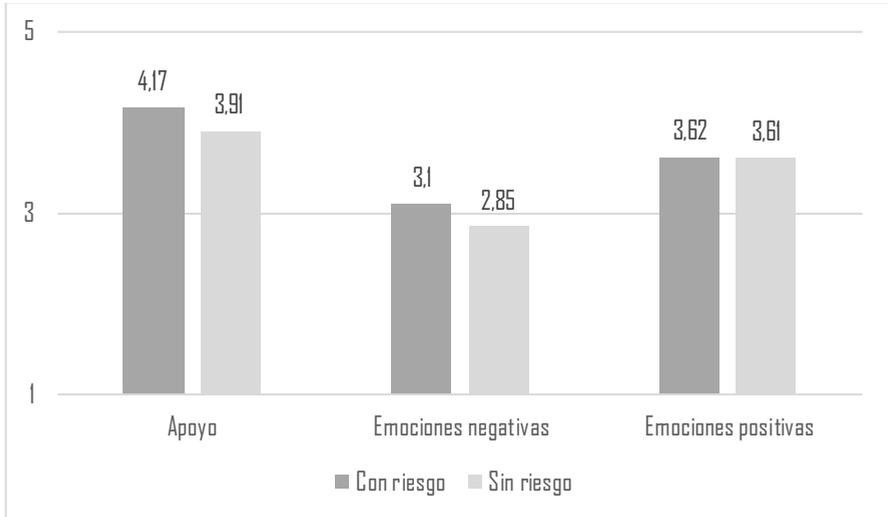
Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados proporcionaron respaldo a la hipótesis 5a, relativa a la inexistencia de diferencias en el apoyo percibido por las mujeres en función de la presencia de riesgo en el embarazo. Frente a ello, las hipótesis 5b y 5c, que plantean más creencias naturalistas, creencias humanizadas y emociones positivas, y menos creencias delegadoras y emociones negativas en las mujeres con embarazos sin riesgo, fueron rechazadas.

Las figuras 13 y 14 ilustran gráficamente esta ausencia de diferencias a partir de la representación de las puntuaciones medias obtenidas por las embarazadas con y sin riesgo en el embarazo en las seis variables objeto de estudio. En términos generales, se constata la existencia de percepciones de apoyo altas en todas las mujeres con independencia del riesgo en el embarazo. Asimismo, las emociones positivas predominan sobre las negativas en todos los casos, si bien estas son ligeramente experimentadas en mayor medida en el caso de las mujeres con riesgo en el embarazo.

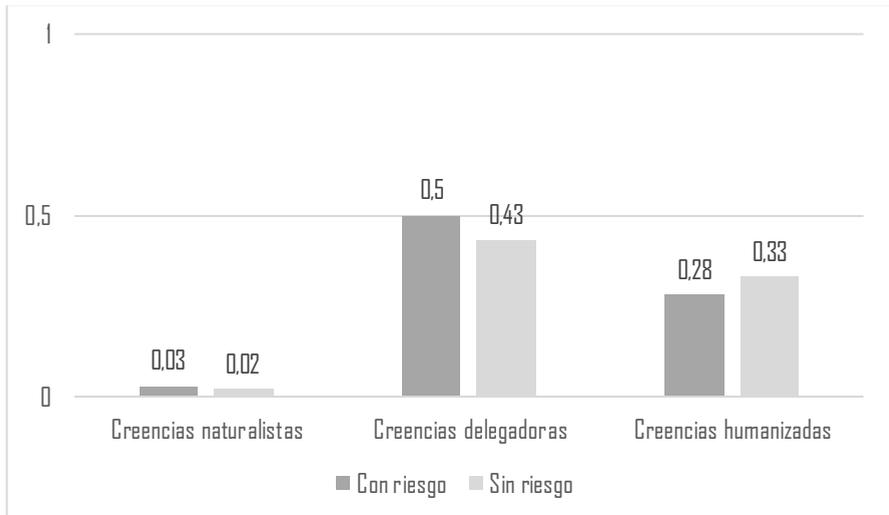
Por lo que respecta a las creencias ante el parto, se constata, de nuevo, un predominio de creencias delegadoras frente a las humanizadas y naturalistas en todas las mujeres. En cualquier caso, y a pesar de que las diferencias entre medias no alcanzaron significatividad estadística en el MANOVA, cabe comentar que las mujeres en situación de riesgo presentaron creencias ligeramente más delegadoras que las embarazadas del grupo de no riesgo, las cuales, a su vez, tendieron a presentar opiniones más humanizadas.

Figura 13. Diferencias intergrupales en las variables de apoyo y emociones en función del riesgo en el embarazo.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 14. Diferencias intergrupales en la variable de creencias en función del riesgo en el embarazo.



Fuente: Elaboración propia.

La hipótesis 5d plantea el mejor funcionamiento del modelo recogido en las hipótesis 1, 2 y 3 en mujeres sin riesgo en el embarazo, esperándose en este caso relaciones más fuertes entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto. Para analizar este rol moderador de la presencia de riesgo en el embarazo, se llevó a cabo una comparación intergrupual con PLS, a partir de la división de la muestra total en dos submuestras homogéneas de 256 mujeres sin riesgo y 40 con riesgo. Dos mujeres que no respondieron adecuadamente a la pregunta sobre riesgo en el embarazo incluida en el cuestionario fueron excluidas del análisis al no poder ser ubicadas en ninguno de los dos grupos. Los resultados obtenidos en este análisis se recogen en la Tabla 31.

Tabla 31. Efectos directos en función de la presencia de riesgo en el embarazo.

	Con riesgo (<i>n</i> = 40)				Sin riesgo (<i>n</i> = 256)				Comp. Intergupal (t)
	Coef.	Varianza explicada	Error estándar	t	Coef.	Varianza explicada	Error estándar	t	
A poyo → C. naturalistas	-.17***	2.89%	.04	3.89	-.05	0.25%	.12	0.39	1.65
A poyo → C. delegadoras	.25	6.25%	.24	1.03	.08	0.64%	.14	0.57	0.04
A poyo → C. humanizadas	-.25***	6.25%	.07	3.38	-.08	0.64%	.09	0.84	1.55
C. naturalistas → E. negativas	.29***	6.67%	.07	4.11	-.21*	4.41%	.10	2.14	0.42
C. naturalistas → E. positivas	-.32***	14.08%	.09	3.41	.17	2.89%	.11	1.50	0.63
C. delegadoras → E. negativas	.38*	11.40%	.20	1.90	.01	0.07%	.13	0.03	3.59
C. delegadoras → E. positivas	.20	2.80%	.16	1.23	-.12	0.96%	.19	0.65	0.12
C. humanizada → E. negativas	-.04	1.16%	.12	0.36	-.08	0.80%	.09	0.86	0.78
C. humanizada → E. positivas	.30***	3.30%	.09	3.46	-.13	0.91%	.09	1.41	0.63
A poyo → E. negativas	-.15	1.50%	.10	1.55	-.07	0.35%	.09	0.73	0.34
A poyo → E. positivas	.30**	9.90%	.10	3.05	.14*	1.82%	.07	1.99	0.63

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; (499 grados de libertad, prueba de una cola).

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, el efecto del apoyo percibido sobre las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas no resultó significativo en la muestra

de mujeres sin riesgo en el embarazo. En el caso del grupo de riesgo, se observó, de acuerdo a lo planteado en la hipótesis 1, un efecto negativo del apoyo sobre las creencias naturalistas ($\gamma = -.17, p < .001$), con un tamaño del efecto reducido, de $f^2 = .03$, que explicó el 2.89% de la varianza. Asimismo, el apoyo percibido tuvo un efecto significativo sobre las creencias humanizadas, si bien en el sentido opuesto al esperado ($\gamma = -.25, p < .001$). Es decir, en el caso de las embarazadas en situación de riesgo, las percepciones de apoyo se asociaron a una reducción de las creencias humanizadas, explicando este efecto el 6.25% de la varianza con un tamaño del efecto reducido, de $f^2 = .06$. El apoyo percibido no tuvo ningún efecto sobre las creencias delegadoras de las embarazadas de riesgo. Asimismo, las pruebas *t* de Student llevadas a cabo para comparar los efectos del apoyo sobre los tres tipos de creencias entre los dos grupos de mujeres con y sin riesgo no resultaron estadísticamente significativas. Por tanto, los resultados apuntados deben ser interpretados con cierta cautela en el contexto de los tamaños de las submuestras consideradas.

Por lo que respecta a la relación entre creencias y emociones ante el parto, el modelo funcionó de manera considerablemente diferente en cada submuestra. En la línea de lo inicialmente hipotetizado, para el grupo de embarazadas con riesgo, las creencias naturalistas tuvieron un efecto positivo sobre las emociones negativas ($\beta = .29, p < .001, f^2 = .06$) y un efecto negativo sobre las emociones positivas ($\beta = -.32, p < .001, f^2 = .09$), explicando, respectivamente, el 6.67% y 14.08% de la varianza en dichas variables. En el caso de las embarazadas sin riesgo, las creencias naturalistas no se asociaron con las emociones positivas mientras que, en contra de lo esperado, tuvieron un efecto negativo sobre las emociones negativas ($\beta = -.21, p < .05, f^2 = .05$), explicando el 4.41% de la varianza.

Las creencias delegadoras únicamente tuvieron un efecto positivo sobre las emociones negativas en el caso de las embarazadas de riesgo ($\beta = .38, p < .05, f^2 = .06$), explicando el 11.40% de la varianza. Tales creencias no se relacionaron con las emociones negativas de las embarazadas sin riesgo ni con las emociones positivas en ninguno de los dos grupos.

Por su parte, las creencias humanizadas tuvieron un efecto positivo sobre las emociones positivas en la muestra de embarazadas con riesgo ($\beta = .30, p < .001, f^2 = .06$), explicando el 3.30% de la varianza. Tal efecto no se produjo en

la muestra de embarazadas sin riesgo, al mismo tiempo que las creencias humanizadas no estuvieron relacionadas con las emociones negativas en ninguna de las dos submuestras.

Asimismo, de acuerdo a las pruebas *t* de Student llevadas a cabo para comparar los coeficientes entre creencias y emociones ante el parto en las submuestras de embarazadas con y sin riesgo, ninguna de las diferencias resultó estadísticamente significativa.

Por lo que respecta a la relación entre el apoyo y las emociones, el efecto directo sobre las emociones negativas no resultó significativo en ninguna de las dos submuestras. Por el contrario, el apoyo percibido tuvo un efecto positivo sobre las emociones positivas tanto en las mujeres con riesgo ($\gamma = .30, p < .01, f^2 = .10$) como en las mujeres sin riesgo en el embarazo ($\gamma = .14, p < .05, f^2 = .01$), explicando, respectivamente el 9.90 % y 1.82% de la varianza. En el caso de las mujeres sin riesgo, esta relación entre el apoyo y las emociones positivas ha de entenderse como únicamente directa, al no haberse observado ningún efecto del apoyo percibido sobre las creencias. En cambio, en el grupo de riesgo, se indagó en el posible rol mediador de las creencias naturalistas y humanizadas, al haberse comprobado previamente la relación entre estas tanto con el apoyo como con las emociones positivas. El análisis llevado a cabo permitió constatar un doble efecto del apoyo sobre las emociones positivas tanto directo como indirecto por mediación complementaria de las creencias naturalistas ($\beta = .05, p < .01$). El papel mediador de las creencias humanizadas no resultó significativo. En cualquier caso, la comparación intergrupala entre los coeficientes obtenidos en ambas submuestras no resultó estadísticamente significativo.

La Tabla 32 recoge los índices R^2 y Q^2 para valorar el ajuste del modelo en cada submuestra en términos de predictibilidad total y relevancia predictiva. Los índices R^2 se situaron por debajo del mínimo recomendado de .10 en la submuestra de mujeres sin riesgo en el embarazo, mientras que superaron dicho valor en el grupo de las embarazadas con riesgo para las variables de emociones negativas y positivas, explicando, respectivamente, el 21% y 30% de la varianza. Los valores Q^2 obtuvieron puntuaciones positivas para todas las variables endógenas estudiadas en las dos submuestras, a pesar de que fueron ligeramente superiores en el grupo de embarazadas con riesgo, lo que sugiere un mejor funcionamiento del modelo en dicha submuestra. Respalda la misma

idea, el índice *GoF* de tamaño global del efecto fue de .24 en la submuestra de embarazadas con riesgo y de .12 en la submuestra de mujeres con embarazos sin riesgo.

Tabla 32. Índices de ajuste global en función del riesgo en el embarazo.

Variable	Con riesgo		Sin riesgo	
	<i>R</i> ²	<i>Q</i> ²	<i>R</i> ²	<i>Q</i> ²
Creencias naturalistas	.03	.03	.01	.01
Creencias delegadoras	.06	.02	.01	.01
Creencias humanizadas	.06	.04	.01	.01
Emociones negativas	.21	.06	.06	.03
Emociones positivas	.30	.10	.07	.04

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 33. Cumplimiento de la hipótesis 5.

Hipótesis 5: La presencia de riesgo en el embarazo modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.	
Hipótesis 5a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin riesgo en el embarazo.	Apoyada
Hipótesis 5b: Las mujeres con embarazos sin riesgo tienen más creencias naturalistas y humanizadas, y menos creencias delegadoras que las mujeres con embarazos de riesgo.	Rechazada
Hipótesis 5c: Las mujeres con embarazos sin riesgo experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres con embarazos de riesgo.	Rechazada
Hipótesis 5d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con embarazos sin riesgo.	Rechazada

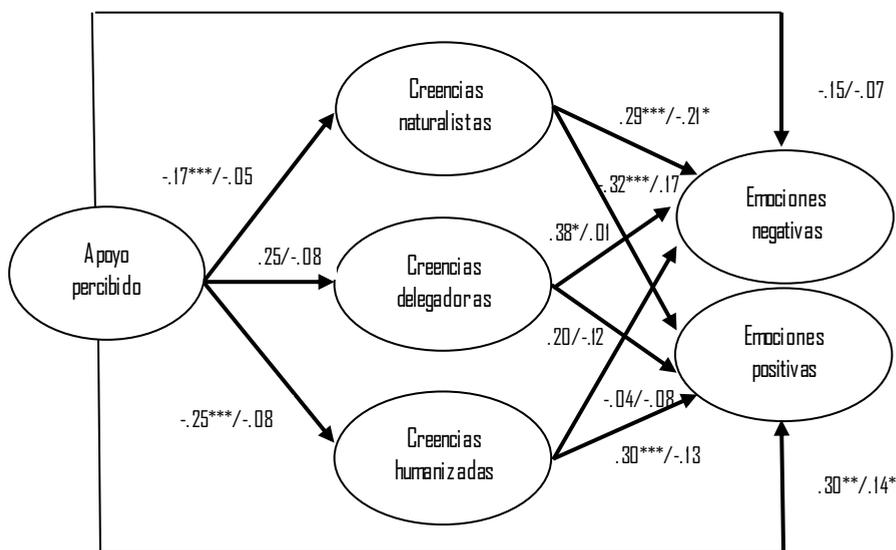
Fuente: Elaboración propia.

En su conjunto, los resultados comentados en los párrafos precedentes no proporcionan apoyo a la hipótesis 5d, pudiendo hablarse de un mejor funcionamiento global del modelo en mujeres con embarazos con riesgo, si bien las diferencias entre los efectos registrados en cada caso no resultaron

significativas dadas las diferencias en los tamaños de ambas submuestras. La Tabla 33 resume el planteamiento de la hipótesis 5 y su grado de cumplimiento.

La Figura 15 representa gráficamente los coeficientes obtenidos y su significatividad estadística en las dos submuestras consideradas.

Figura 15. Modelo empírico en función del riesgo en el embarazo.



Fuente: Elaboración propia.

5.3.3.3. Comparación entre embarazadas en función de la elaboración de plan de parto

Una tercera comparación intergrupar estuvo dedicada a analizar las diferencias en el apoyo percibido, las creencias y las emociones ante el parto en función de la elaboración de un plan de parto escrito, así como el posible mejor funcionamiento del modelo predictivo en embarazadas con plan de parto (hipótesis 6).

El MANOVA realizado tomó como VI la elaboración de un plan de parto durante el embarazo y como VDs las dimensiones de apoyo percibido, creencias naturalistas, creencias delegadoras, creencias humanizadas, emociones negativas y emociones positivas. Tal como se resume en la Tabla 34, los resultados no permitieron confirmar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre embarazadas con y sin plan de parto en el agregado de variables. De la misma forma, cuando se analizaron las diferencias intergrupales para cada VD por separado, ninguna de ellas alcanzó significatividad estadística de acuerdo al criterio ajustado de Bonferroni de $p < .0083$ (.05 / 6 VDs).

Tabla 34. Resultados del MANOVA en función de la elaboración de plan de parto.

VD	Con plan Media (DT)	Sin plan Media (DT)	λ de Wilks	Dif. conjuntas		Dif. individuales	
				F	η^2	F	η^2
Apoyo	4.01 (1.16)	3.94 (1.13)				0.32 (ns)	.00
C. naturalistas	0.04 (0.19)	0.10 (0.10)				1.01 (ns)	.00
C. delegadoras	0.48 (0.36)	0.44 (0.31)	.98	1.15 (ns)	.02	0.39 (ns)	.00
C. humanizadas	0.37 (0.36)	0.32 (0.37)				0.51 (ns)	.00
E. negativas	2.64 (0.80)	2.89 (0.85)				2.28 (ns)	.01
E. positivas	3.70 (0.63)	3.61 (0.66)				0.45 (ns)	.00

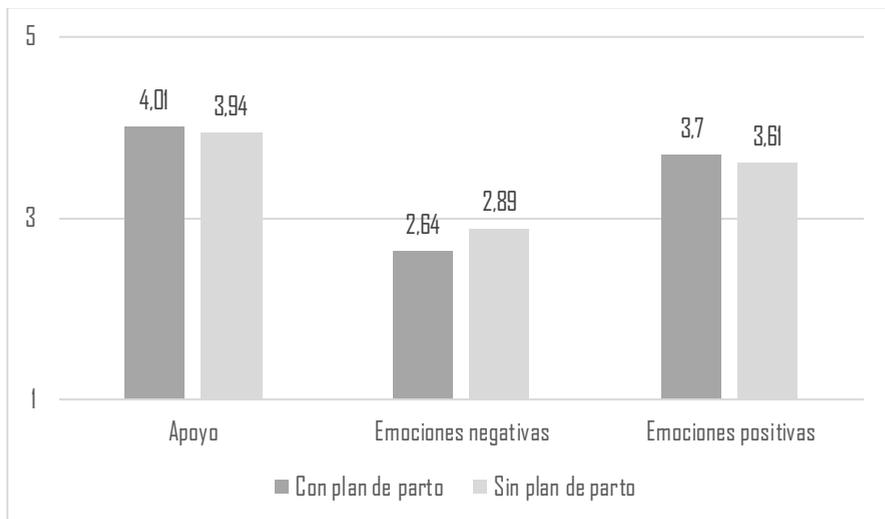
ns: no significativo.

Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados proporcionaron respaldo a la hipótesis 6a, que hace referencia a la inexistencia de diferencias en el apoyo percibido por las mujeres en función de la elaboración o no de plan de parto. Sin embargo, las hipótesis 6b y 6c, que plantean más creencias humanizadas y emociones positivas, y menos creencias naturalistas, creencias delegadoras y emociones negativas en las mujeres con plan de parto, fueron rechazadas.

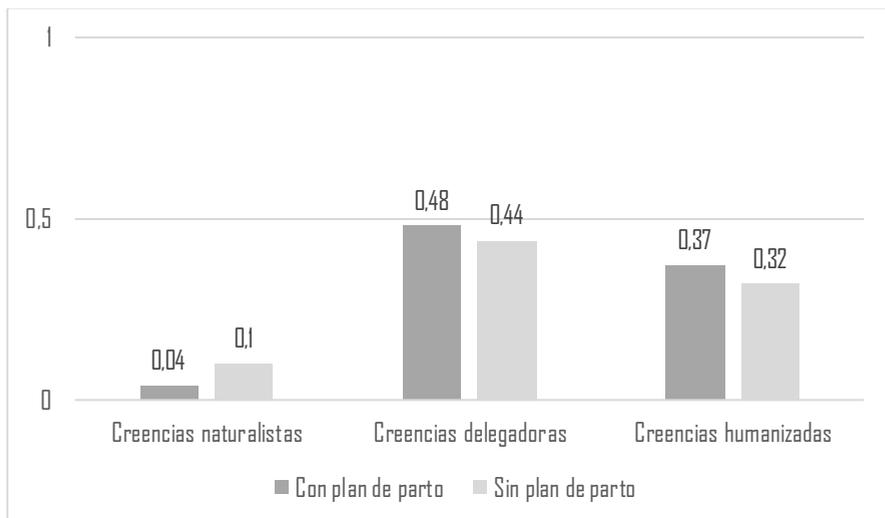
Las figuras 16 y 17 ilustran gráficamente esta inexistencia de diferencias a partir de la representación de las puntuaciones medias obtenidas por las embarazadas con y sin plan de parto en las seis variables objeto de estudio.

Figura 16. Diferencias intergrupales en las variables de apoyo y emociones en función de la elaboración de plan de parto.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 17. Diferencias intergrupales en la variable de creencias en función de la elaboración de plan de parto.



Fuente: Elaboración propia.

En términos generales, se constata la existencia de percepciones de apoyo altas en todas las mujeres con independencia de la elaboración de plan de parto en el embarazo. Asimismo, en todos los casos las emociones positivas predominan sobre las negativas, si bien en el caso de las mujeres con plan de parto son algo superiores.

En lo que respecta a las creencias ante el parto, se constata, de nuevo, un predominio de creencias delegadoras y humanizadas frente a las naturalistas en todas las mujeres. En cualquier caso, y a pesar de que las diferencias entre medias no alcanzaron significatividad estadística en el MANOVA, cabe comentar que las mujeres con plan de parto presentaron creencias ligeramente más humanizadas y, paradójicamente, delegadoras que las embarazadas sin plan de parto, las cuales, a su vez, tendieron a presentar opiniones más naturalistas que las anteriores.

La hipótesis 6d plantea que la elaboración de un plan de parto durante el embarazo tiene un papel moderador en el modelo perfilado por las hipótesis 1, 2 y 3, de modo que aquellas que cuentan con plan de parto presentarán relaciones más intensas entre sus percepciones de apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto. Para analizar esta hipótesis, se llevó a cabo una nueva comparación intergrupar con PLS, a partir de la división de la muestra total en dos submuestras homogéneas de 29 mujeres con plan de parto y 266 sin plan de parto. Tres mujeres que no respondieron adecuadamente a pregunta del cuestionario relativa a la elaboración de un plan de parto durante el embarazo, fueron excluidas del análisis al no poder ser ubicadas en ninguno de los dos grupos. Los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 35.

En primer lugar, el efecto del apoyo percibido sobre las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas no resultó significativo en la muestra de mujeres sin plan de parto. En el caso del grupo con plan de parto, se observó, en contra de lo planteado en la hipótesis 1, un efecto positivo del apoyo sobre las creencias naturalistas ($\gamma = .14, p < .01, f^2 = .02$) y negativo sobre las creencias humanizadas ($\gamma = -.18, p < .05, f^2 = .03$), explicando, respectivamente, el 1.96% y 3.24% de la varianza con tamaños de efecto considerablemente pequeños. Por su parte, el apoyo no tuvo ningún efecto sobre las creencias delegadoras de las embarazadas con plan de parto. Asimismo, las pruebas *t* de Student llevadas a

cabo para comparar los efectos del apoyo sobre los tres tipos de creencias entre los dos grupos de mujeres con y sin plan de parto no resultaron estadísticamente significativas. Por tanto, los resultados apuntados deben ser interpretados con cierta precaución en el contexto de los tamaños de las submuestras consideradas.

Tabla 35. Efectos directos en función de la elaboración de plan de parto.

	Con plan de parto (<i>n</i> = 29)				Sin plan de parto (<i>n</i> = 266)				Comp. Intergupal (λ)
	Coef.	Varianza explicada	Error estándar	<i>t</i>	Coef.	Varianza explicada	Error estándar	<i>t</i>	
A apoyo → C. naturalistas	.14**	1.96%	.05	2.77	-.11	1.21%	.10	1.05	0.29
A apoyo → C. delegadoras	-.16	2.56%	.13	1.25	.09	0.81%	.14	0.62	1.10
A apoyo → C. humanizadas	-.18*	3.24%	.08	2.23	-.09	0.81%	.10	0.88	0.90
C. naturalistas → E. negativas	-.36***	4.18%	.09	4.05	-.17	3.06%	.17	1.03	0.89
C. naturalistas → E. positivas	.39***	13.26%	.08	4.66	.09	0.81%	.19	0.49	1.05
C. delegadoras → E. negativas	-.72***	20.88%	.08	9.48	.07	0.84%	.13	0.53	3.85
C. delegadoras → E. positivas	.44***	9.24%	.07	6.22	-.09	0.45%	.17	0.56	1.27
C. humanizada → E. negativas	-.63***	11.34%	.08	7.86	-.05	0.5%	.10	0.56	4.23
C. humanizada → E. positivas	.10*	2.70%	.06	1.65	-.10	0.5%	.10	0.99	0.13
A apoyo → E. negativas	-.28**	3.08%	.10	2.82	-.06	0.18%	.09	0.65	2.01
A apoyo → E. positivas	.52***	25.48%	.06	8.23	.13*	1.56%	.08	1.73	1.14

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; (499 grados de libertad, prueba de una cola).

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la relación entre creencias y emociones ante el parto, ninguno de los efectos estudiados resultó significativo en la muestra de embarazadas sin plan de parto. En el grupo de mujeres con plan de parto se dio el efecto negativo esperado de las creencias humanizadas sobre las emociones negativas ($\beta = -.63$, $p < .001$, $f^2 = .36$), y positivo sobre las emociones positivas ($\beta = .10$, $p < .05$, $f^2 = .05$), explicando el 11.34% y 2.70% de la varianza en dichas variables. Por su parte, las creencias naturalistas y delegadoras tuvieron efectos

directos significativos sobre las emociones, si bien en un sentido opuesto al esperado. Es decir, las creencias naturalistas y delegadoras ($\beta = -.38, p < .001, f^2 = .15$) y delegadoras ($\beta = -.72, p < .001, f^2 = .44$) estuvieron asociadas a una reducción de las emociones negativas, explicando, respectivamente, el 4.18% y 20.88% de la varianza en las mismas. Asimismo, tanto las creencias naturalistas ($\beta = .39, p < .001, f^2 = .20$) como las delegadoras ($\beta = .44, p < .001, f^2 = .18$) se asociaron a un aumento de las emociones positivas, siendo explicada, en cada caso, el 13.26% y 9.24% de la varianza.

De acuerdo a las pruebas *t* de Student llevadas a cabo para comparar los coeficientes entre creencias y emociones ante el parto en las submuestras de embarazadas con y sin plan de parto, ninguna de las diferencias resultó estadísticamente significativa.

Por lo que respecta a la relación entre el apoyo y las emociones, el efecto directo sobre las emociones negativas resultó significativo únicamente en la muestra de embarazadas con plan de parto ($\gamma = -.28, p < .01, f^2 = .08$), explicando el 3.08% de la varianza. Por su parte, el apoyo percibido tuvo un efecto directo positivo significativo sobre las emociones positivas tanto en la muestra de mujeres con plan de parto ($\gamma = .52, p < .001, f^2 = .35$), como en la de mujeres sin plan de parto ($\gamma = .13, p < .05, f^2 = .01$), siendo explicado el 25.48% y 1.56% de la varianza, respectivamente. En cualquier caso, la comparación intergrupala entre los coeficientes obtenidos en ambas submuestras no resultó estadísticamente significativa.

En el caso de las mujeres sin plan de parto, la relación comentada entre el apoyo y las emociones positivas ha de entenderse como únicamente directa, al no haberse observado ningún efecto del apoyo percibido sobre las creencias ni ninguna relación entre estas y las emociones. En cambio, en el grupo de mujeres que habían elaborado un plan de parto se indagó en el posible rol mediador de las creencias naturalistas y humanizadas, al haberse comprobado previamente la relación entre estas tanto con el apoyo como con las emociones negativas y positivas. El análisis llevado a cabo permitió constatar un doble efecto del apoyo sobre las emociones negativas tanto directo como indirecto por mediación complementaria de las creencias naturalistas ($\beta = -.28, p < .01$) y humanizadas ($\beta = -.28, p < .05$). Asimismo, el efecto del apoyo percibido sobre las emociones

positivas se produjo tanto directamente como por mediación complementaria de las creencias naturalistas ($\beta = .52, p < .01$).

La Tabla 36 recoge los índices R^2 y Q^2 para valorar el ajuste del modelo en cada submuestra en términos de predictibilidad total y relevancia predictiva. Comenzando por los índices R^2 , en la submuestra de mujeres sin plan de parto, se situaron por debajo del mínimo recomendado de .10, al tiempo que los valores Q^2 obtuvieron valores negativos en tres de las cinco variables endógenas estudiadas, sugiriendo un mal funcionamiento del modelo. En la misma línea, el índice GoF de tamaño global del efecto fue moderado, situándose en .11.

Tabla 36. Índices de ajuste global en función de la elaboración de plan de parto.

Variable	Con plan de parto		Sin plan de parto	
	R^2	Q^2	R^2	Q^2
Creencias naturalistas	.02	.01	.01	.01
Creencias delegadoras	.03	.01	.01	-.01
Creencias humanizadas	.03	-.01	.01	-.01
Emociones negativas	.39	.10	.05	-.01
Emociones positivas	.45	.16	.03	.01

Fuente: Elaboración propia.

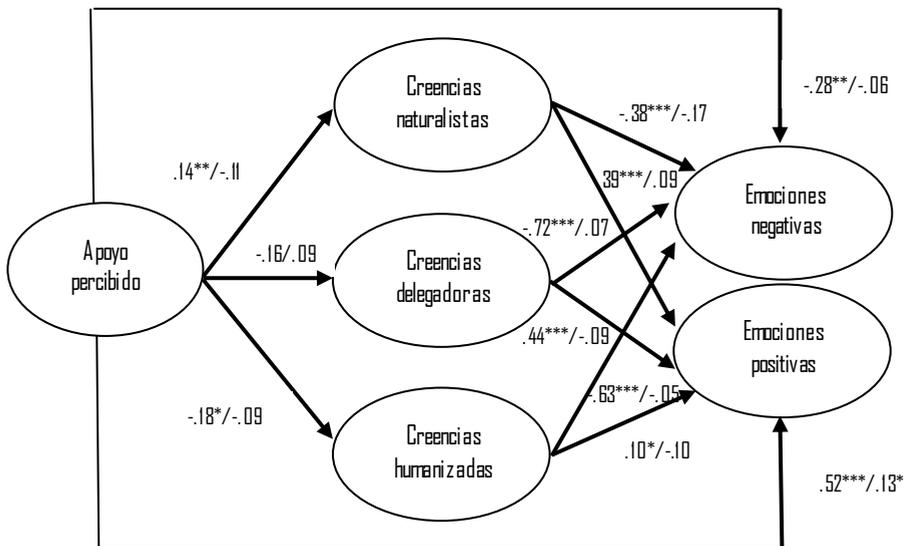
De acuerdo a lo esperado, el ajuste del modelo fue superior en la submuestra de mujeres con plan de parto, obteniéndose valores de R^2 superiores a .10 en la explicación de las emociones ante el parto. Las relaciones hipotetizadas permitieron explicar un elevado 39% de la varianza en las emociones negativas y el 45% en las positivas. Asimismo, el índice Q^2 alcanzó valores positivos en la mayoría de las variables, especialmente en lo que se refiere a las emociones negativas ($Q^2 = .10$) y positivas ($Q^2 = .16$). Igualmente, el tamaño global del efecto fue bastante alto en esta submuestra, arrojando un valor GoF de .34.

Tabla 37. Cumplimiento de la hipótesis 6.

Hipótesis 6: La creación de un plan de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto.	
Hipótesis 6a: No existen diferencias en el apoyo percibido por mujeres con y sin plan de parto.	Aprobada
Hipótesis 6b: Las mujeres con plan de parto tienen más creencias humanizadas, y menos creencias naturalistas y delegadoras que las mujeres sin plan de parto.	Rechazada
Hipótesis 6c: Las mujeres con plan de parto experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas que las mujeres sin plan de parto.	Rechazada
Hipótesis 6d: Las relaciones hipotetizadas entre apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto (hipótesis 1, 2 y 3) serán más fuertes en mujeres con plan de parto.	Aprobada parcialmente

Fuente: Elaboración propia.

Figura 18. Modelo empírico en función de la elaboración de plan de parto.



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados comentados proporcionan únicamente apoyo parcial a la hipótesis 6d, pudiendo hablarse de un mejor funcionamiento global del modelo en mujeres con plan de parto, si bien algunas de las relaciones entre variables se produjeron en el sentido opuesto al esperado. Asimismo, las diferencias de los efectos entre variables registrados en cada submuestra no resultaron significativas, dadas las desigualdades en los tamaños de ambos grupos. La Tabla 37 resume el planteamiento de la hipótesis 6 y su grado de cumplimiento.

La Figura 18 representa gráficamente los coeficientes obtenidos y su significatividad estadística en las dos submuestras consideradas

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

“Estudia las frases que parecen ciertas y ponlas en duda”

David Riesman

De acuerdo a la estructura pautada para el desarrollo de la presente investigación, la parte final de este trabajo pretende mostrar las aportaciones más significativas en relación con los objetivos marcados inicialmente, a través de la recapitulación de los resultados obtenidos.

A continuación, se exponen las principales conclusiones vinculadas a la validación empírica del modelo propuesto en los capítulos previos, así como sus implicaciones prácticas. Posteriormente, se recogen las limitaciones del procedimiento metodológico empleado y se proponen las líneas de investigación que el estudio deja abiertas para el futuro.

6.1. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES

La presente tesis doctoral se ha centrado en el estudio de las creencias de las mujeres embarazadas en torno a diversas prácticas obstétricas, y de cómo se relacionan estas con sus percepciones del apoyo prestado por parte de los profesionales sanitarios y con sus emociones ante el parto.

Como punto de partida, se analizaron las creencias de las embarazadas en torno a cinco modelos diferenciados: naturalista, delegador, humanizado, intervencionista y desinformado. En términos generales, se apreció un claro predominio de creencias delegadoras para las prácticas relacionadas con la amniorrexis artificial, administración de oxitocina, administración de enema, rasurado del periné, ingesta de líquidos y sólidos, posición en el expulsivo y episiotomía. Asimismo, las creencias intervencionistas fueron frecuentes en cuestiones relacionadas con el alivio del dolor y la decisión del lugar del parto. Estos resultados sugieren que aún hoy en día, las embarazadas no han incorporado demasiada autonomía en su toma de decisiones ante el parto, de modo que tienden a delegar en los profesionales o a considerar como idóneas determinadas prácticas intervencionistas. Todo ello es más coherente con un modelo medicalizado de atención al parto que con la perspectiva humanizadora defendida por las autoridades sanitarias. Aun así, se aprecia una mayor presencia de creencias humanizadas en relación a las prácticas obstétricas que tienen que ver con el movimiento durante la dilatación, el contacto piel con piel, la inducción del parto y la cesárea. Esto sugiere que ya se están dando pasos significativos hacia una mayor formación de las mujeres basada en evidencias científicas, que las capacite para tomar decisiones autónomas y fundamentadas en ciertos aspectos del parto.

En línea con lo anterior, los resultados de esta investigación apoyan la existencia de tres constructos principales definitorios de las creencias de las embarazadas en torno a los modelos *naturalista*, *delegador* y *humanizado*. En cualquier caso, tales modelos no abarcan todas las prácticas obstétricas estudiadas, de modo que se aprecia la coexistencia de opiniones de diversa índole que apuntan a la convivencia de creencias más delegadoras con otras más naturalistas y humanizadas.

El *modelo naturalista* quedó definido por creencias vinculadas a la amniorrexis artificial, la administración de oxitocina, la administración de enema preparto, el rasurado del periné y el alivio del dolor.

El *modelo delegador* se vinculó a creencias relacionadas con la administración de oxitocina, el movimiento durante la dilatación, la posición en el expulsivo, la episiotomía, la inducción del parto y la cesárea.

El *modelo humanizado* quedó definido por solo dos índices: el alivio del dolor y la episiotomía.

A la vista de tales resultados y de acuerdo a los principios que rigen el modelo de humanización en el parto imperante en la actualidad, la configuración de un modelo explicativo de las opiniones de las mujeres embarazadas ante el parto tomó como referencia en la presente investigación los tres constructos de creencias identificados, así como las dimensiones de apoyo percibido y emociones negativas y positivas en la anticipación del proceso de parto, siendo esperadas influencias directas e indirectas entre todas ellas.

A continuación, se exponen las hipótesis planteadas en la presente investigación en el contexto de los resultados obtenidos del análisis de los datos, así como las conclusiones derivadas en cada caso.

6.1.1. Apoyo percibido y creencias ante el parto

Hipótesis 1: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene efectos sobre sus creencias en relación al parto

Para explicar las creencias de las embarazadas, este trabajo tomó como referencia la función de los profesionales de la salud de proporcionar a las mujeres ayuda y sostén emocional y promover los pilares de la atención humanizada, basando sus conocimientos en la evidencia científica (Biurrun Garrido & Goberna Tricas, 2013; Hodnett et al., 2008; Kuo, 2005). En lo que respecta al apoyo informacional, los profesionales obstétricos deben estar formados e informados

sobre la mejor praxis obstétrica disponible para así asesorar, instruir y empoderar a las mujeres en la misma (Magnone Aleman, 2010). Por su parte, el soporte emocional conlleva el establecimiento de una buena relación entre ambas partes, constituyendo un clima de confianza que aporta a las mujeres mayor sensación de seguridad, refuerza sus conocimientos previos y respalda sus decisiones (Martins et al., 2012).

En estos términos, cabría esperar que el apoyo informacional y emocional aportado por los profesionales sanitarios influiría en las opiniones de las mujeres en relación a la asistencia obstétrica. En este sentido, se ha visto que cuando la atención aportada por los sanitarios se basa en las recomendaciones pautadas en la actualidad, las mujeres optan por tendencias más humanizadas en relación al parto. Con todo, el apoyo se relaciona con mujeres más informadas y autónomas, y que toman decisiones acordes con la evidencia científica actual (Alonso & Gerard, 2009).

Por ello, se hipotetizó la existencia de una relación directa entre las variables de apoyo percibido y creencias ante el parto, siendo previsto, a través de la literatura consultada, un vínculo en términos positivos entre el apoyo y las creencias humanizadas y, por el contrario, una relación negativa entre el apoyo y las creencias naturalistas y delegadoras (Wagner, 2000). No obstante, tales premisas no fueron sustentadas por los resultados obtenidos en este trabajo, de forma que, si bien las percepciones de apoyo declaradas por las encuestadas fueron considerablemente altas, no hubo relación entre las mismas y sus creencias en torno al parto como era esperado.

Tales resultados pueden ser explicados por un doble motivo. En primer lugar, los cambios acontecidos a lo largo de la historia en la atención al parto han ido variando las necesidades de las mujeres. Asimismo, para tomar en consideración dichas demandas, se ha modificado la forma de cuidado y educación prestada durante el embarazo (Molina Salmerón et al., 1996; MSSSI, 2014). Es por ello que los objetivos perseguidos en la educación durante la gestación han sido diferentes en función del momento histórico consultado. De esta forma, con los años se pasó de la búsqueda de partos no medicalizados a la atención hospitalaria de los mismos, donde primaba el alivio del dolor y la tecnificación del proceso, así como una mayor implicación de los obstetras.

Actualmente, los esfuerzos se han dirigido al desarrollo de la autoconfianza de las mujeres y a su empoderamiento (Álvarez Holgado et al., 2016). Por ello, puede ser razonable pensar que el apoyo aportado por los profesionales podría no estar en consonancia con lo que dicta la evidencia científica actual en torno a los principios de la humanización obstétrica. Así, profesionales que hayan adquirido su formación en el pasado donde prevalecía otra forma de atención al parto y no hayan renovado sus conocimientos al respecto, podrían estar alterando las opiniones de las mujeres. Todo ello, con independencia de que el apoyo percibido por las gestantes sea satisfactorio para las mismas.

Por otro lado, puede entenderse que, aun prestando a las mujeres un apoyo emocional e informacional adecuado y actualizado, son estas las que no interiorizan las enseñanzas en sus embarazos y partos. En este sentido, a pesar de los intentos de humanización de la atención obstétrica por parte de los profesionales, las mujeres podrían no compartir las instrucciones adquiridas, o no desear el rol protagónico que se les ofrece en el proceso.

6.1.2. Creencias ante el parto y emociones en la anticipación del parto

Hipótesis 2: Las creencias de las embarazadas en relación al parto tienen efectos sobre las emociones negativas y positivas experimentadas en la anticipación del parto

Esta investigación se centró también en estudiar la posible relación entre las creencias de las mujeres y sus emociones en la anticipación del parto. Así, de acuerdo a la literatura previa, las mujeres con tendencias humanizadas ante el parto disfrutaban de información acorde con la evidencia científica actual proporcionada desde los ámbitos de salud y reconocen el parto como el proceso fisiológico que es, se sienten capaces de participar en su desarrollo, y lo afrontan con mayor tranquilidad (Hurtado Murillo et al., 2008; Iniesta et al., 2007). En conjunto, la confianza que aporta la humanización obstétrica a las gestantes se relaciona con emociones más positivas en la anticipación del momento del parto, obteniéndose, además, una disminución de sus miedos. De la misma forma, la carencia de información o autonomía durante el parto conlleva una falta de

seguridad en las mujeres que supone mayores sentimientos de malestar durante el embarazo (García Carrascosa, 2010; Iniesta et al., 2007).

De manera coherente a estas ideas establecidas en investigaciones previas, se hipotetizó en esta tesis, que la presencia de creencias humanizadas conlleva sentimientos ante el parto más positivos y menos negativos. Por el contrario, las creencias naturalistas y delegadoras en las de las embarazadas disminuirán las emociones positivas y aumentarán las negativas en la anticipación de la experiencia de parto.

Sin embargo, los resultados del presente trabajo apuntaron más bien hacia una cierta independencia entre las creencias y las emociones de las embarazadas, de modo que el tipo de creencia adoptada por las mujeres encuestadas no estuvo relacionado en ningún sentido con sus emociones negativas y positivas ante el parto. A tal respecto, puede concluirse que las mujeres presentan emociones negativas y positivas similares, indistintamente de sus opiniones ante las diversas prácticas obstétricas que puedan llevarse a cabo en el proceso de parto.

La interpretación de tales resultados puede explicarse con el argumento de que las embarazadas focalizan sus temores ante el parto principalmente en las posibles secuelas propias o de sus hijos, y en el dolor (Cleeton, 2001; Melender, 2002). Ambos motivos generadores de estrés durante el embarazo son independientes de las creencias ante el parto que tenga cada mujer. De este modo, el miedo a un mal resultado obstétrico, si bien puede paliarse con la formación preparto, es un sentimiento comprensible durante el embarazo. Es decir, las emociones que experimentan las mujeres podrían estar más vinculadas con el resultado obstétrico que con las técnicas como tal aplicadas en el parto. Por su parte, el temor al dolor durante el parto tiene un componente cultural, que en nuestro medio está fuertemente arraigado (García Carrascosa, 2010). Conseguir despojar a las mujeres de este miedo es un cometido que precisa de grandes esfuerzos por parte de la sociedad y que no puede ser logrado de un día para otro.

6.1.3. Apoyo percibido y emociones en la anticipación del parto

Hipótesis 3: El apoyo percibido por parte de las embarazadas tiene efectos sobre las emociones negativas y positivas en la anticipación de la experiencia de parto

Reuniendo las dos hipótesis propuestas anteriormente, esta tesis planteó también que el apoyo percibido por las gestantes influye sobre sus emociones anticipadas ante el parto. Así, se estableció una relación directa entre ambas variables apuntando la influencia en términos negativos entre el apoyo y las emociones negativas, y un vínculo positivo entre el apoyo y las emociones positivas. En este sentido, en la actualidad es bien conocida la influencia del apoyo social sobre el estrés. Dado que el embarazo en sí mismo provoca en las mujeres cierto grado de ansiedad que puede desembocar en consecuencias negativas en la salud física y mental, el apoyo proporcionado durante el mismo se hace indispensable para proteger y reducir los efectos del estrés (Gracia Fuster et al., 1995).

Por otra parte, se hipotetizó además la existencia de una relación indirecta entre las dos variables mediada por las creencias ante el parto. Tal y como se ha mencionado en los párrafos previos, la literatura respalda la idea de que el apoyo percibido por las mujeres influye en sus creencias ante el parto y estas, a su vez, afectan a la anticipación de las emociones ante el mismo (García Carrascosa, 2010; Hurtado Murillo et al., 2008; Iniesta et al., 2007). De esta forma, se esperaba que cuanto mayor fuera el apoyo informativo y emocional percibido por las mujeres, mayor peso tendrían las creencias humanizadas en detrimento de las creencias naturalistas y delegadoras, resultando emociones ante el parto más positivas y menos negativas.

No obstante, en el contexto de los resultados comentados en los párrafos previos, únicamente pudo confirmarse, en este trabajo, una relación directa entre el apoyo percibido por las mujeres embarazadas y sus emociones positivas ante el parto. Sin embargo, no se pudo demostrar el efecto atenuante del apoyo sobre las emociones negativas, en contra de lo hipotetizado. La explicación de tal patrón de resultados puede ser remitida al argumento de que, a pesar de que el apoyo prestado a las mujeres es considerado por las mismas con alta estima, puede no

estar siendo lo suficientemente adecuado o completo para conseguir disminuir sus miedos ante el proceso de parto.

La relación indirecta entre las variables de apoyo y emociones mediada a través de las creencias ante el parto no pudo comprobarse, al no haberse podido demostrar empíricamente la relación entre los tres grupos de variables en las hipótesis previas. De un lado, la falta de influencia del apoyo prestado sobre las creencias de las mujeres apunta a un fallo en la aplicación o recepción del mismo. De otro lado, los miedos inherentes al embarazo no se ven influidos por las creencias de las mujeres en relación a las diversas técnicas aplicadas en el parto. En conjunto, surge la idea de que es posible que aplicando mayor y más profunda información a las mujeres durante el embarazo puedan inculcarse tendencias más humanizadas que además ayuden a reducir sus miedos.

6.1.4. Experiencias previas, riesgo en el embarazo y plan de parto

Hipótesis 4: La existencia de experiencias previas de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto

Hipótesis 5: La presencia de riesgo en el embarazo modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto

Hipótesis 6: La elaboración de un plan de parto modera las relaciones entre apoyo percibido, creencias y emociones experimentadas ante el parto

Tras analizar las relaciones previamente descritas entre las variables de apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto, esta investigación se propuso indagar en el rol moderador de tres factores implicados en la vivencia individual de cada mujer en su proceso de embarazo y parto: las experiencias previas de parto, la situación de riesgo en el embarazo y la realización de un plan de parto. Cada uno de ellos influye en gran medida en la forma de afrontar la vivencia del proceso de parto (Deering et al., 2006; MSSSI, 2014; Muñoz Selles et al., 2016). Para ello, se agrupó la muestra, en cada caso, en dos categorías, en función de la presencia o ausencia de cada uno de los parámetros a estudiar, analizándose en cada submuestra homogénea las relaciones previamente

hipotetizadas entre las variables de apoyo percibido, creencias y emociones ante el parto.

A tal respecto, cabe precisar que los profesionales de la salud deben proporcionar sustento emocional a todas las mujeres por igual. Sin embargo, si bien la información ofertada debe ser adecuada y actualizada, su contenido será individualizado y acorde con las necesidades de cada gestante (Herrera et al., 2006; OMS, 1996). En este sentido, no precisarán las mismas recomendaciones ni tendrán las mismas dudas las mujeres con y sin experiencias de parto previas, con embarazos de bajo y alto riesgo, o que tengan plan de parto o no. Sin embargo, cabe esperar que la particularización de los cuidados en función de las necesidades propias de cada mujer dará lugar a una percepción de apoyo adecuada por parte de las mismas. Por ello, en este trabajo se hipotetizó que la apreciación del apoyo por parte de las embarazadas sería similar en los seis grupos analizados. Los resultados proporcionaron respaldo a dicha hipótesis, de forma que no se encontraron diferencias en las percepciones de apoyo de las mujeres con independencia de la paridad, el riesgo presente en el embarazo o la existencia de plan de parto.

En el contexto de las creencias ante el parto, cabe argumentar que la presencia de experiencias previas, la ausencia de riesgo en el embarazo actual y la realización de un plan de parto se relacionan con opiniones tendentes a la humanización obstétrica. En primer lugar, las mujeres que conocen el proceso del parto desde un ámbito más personal tienen un criterio más firme y conocimientos más profundos en relación a ciertos aspectos obstétricos, y manifiestan por tanto ideas más claras en torno al proceso actual (Muñoz Selles et al., 2016). En segundo lugar, los embarazos de bajo riesgo son percibidos por las mujeres con un criterio acorde a la fisiología del proceso. Por el contrario, el diagnóstico de patología durante la gestación puede derivar en diversas intervenciones obstétricas necesarias, por lo que cabe suponer que las mujeres, en este caso, percibirán el parto desde un enfoque diferente a las gestantes sin riesgo (MSSSI, 2014). Por último, las mujeres que elaboran un plan de parto durante la gestación poseen conocimientos acerca de la evidencia científica actual y predisposición para formar parte activa en su proceso de parto (Deering et al., 2006).

Sin embargo, y a pesar de la evidencia que avala estas premisas, las hipótesis previas no tuvieron cumplimiento en este estudio. Así, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las creencias naturalistas, delegadoras y humanizadas de las mujeres en función de sus experiencias de partos previos, situación de riesgo o realización de plan de parto. Al mismo tiempo, en los seis grupos analizados prevalecieron las creencias delegadoras, seguidas por las humanizadas y finalmente por las naturalistas. De tales hallazgos se desprende la conclusión de que las mujeres, en general, mantienen un rol pasivo en sus partos, delegando las decisiones en los profesionales. En cualquier caso, al valorar las puntuaciones medias obtenidas por cada submuestra de mujeres, se observó que las creencias humanizadas son ligeramente superiores en mujeres con partos previos, con embarazos de bajo riesgo obstétrico y que habían realizado plan de parto. Si bien las diferencias intergrupales pueden no haber alcanzado significatividad estadística debido al reducido tamaño de alguna de las submuestras analizadas, tales resultados apuntan en cierto modo al cumplimiento de la premisa planteada en relación al efecto de los tres factores estudiados en la ideología humanizada.

Por último, se investigó la influencia de las experiencias previas, el riesgo en el embarazo y la presencia de plan de parto en las emociones negativas y positivas anticipadas ante el parto. La vivencia de dar a luz se interpreta en nuestro medio como un proceso desconocido y, por tanto, generador de estrés en las mujeres (Da Costa, 2000). La presencia de experiencias obstétricas previas se relaciona con mayores niveles de formación al respecto que dan lugar a menos ansiedad y mejores formas de afrontar la nueva situación (Hurtado Murillo et al., 2008). Por otro lado, los embarazos de riesgo pueden dar lugar a más preocupación en las mujeres por las mayores posibilidades de resultados adversos para ellas o sus hijos (Cleeton, 2001; Melender, 2002). Por su parte, la elaboración de un plan de parto escrito se relaciona con mayores conocimientos e implicación en el proceso, que desembocan en niveles más altos de tranquilidad y confianza en sí mismas (Higuero Macias et al., 2013; Kuo et al., 2010).

De acuerdo a lo postulado, cabría esperar que las mujeres con experiencias previas de parto, las embarazadas de bajo riesgo obstétrico y las que realizan plan de parto escrito presenten más emociones positivas y menos negativas que las mujeres de los tres grupos restantes. Sin embargo,

prevalecieron las emociones positivas sobre las negativas en todas las mujeres encuestadas, siendo muy similares las valoraciones de todos los grupos en lo que respecta a las emociones positivas. Por su parte, a pesar de que las diferencias intergrupales no resultaron estadísticamente significativas, las emociones negativas fueron ligeramente superiores en los grupos de mujeres primíparas, con embarazos de alto riesgo y que no habían elaborado plan de parto.

Con todo, puede concluirse que, si bien la anticipación del parto en términos positivos es independiente de la experiencia, el riesgo obstétrico y la presencia de plan de parto, se advierte una ligera reducción de los niveles de ansiedad relacionados con el proceso en los casos de mujeres con partos previos, con embarazos de bajo riesgo y que han elaborado un plan de parto escrito, apuntando cierta base la hipótesis planteada. De nuevo, la baja representatividad estadística de algunas submuestras podría ser la responsable de esta escasa significatividad del resultado.

Partiendo del planteamiento de las hipótesis precedentes, la investigación propuso un mejor ajuste del modelo planteado para explicar las relaciones entre apoyo, creencias y emociones en las mujeres con experiencias de parto previas, sin riesgo en el embarazo y con plan de parto. Sin embargo, únicamente fue así en el caso de las mujeres múltiparas y que habían elaborado plan de parto. Por su parte, en las submuestras de mujeres divididas en función del riesgo obstétrico, el ajuste del modelo fue superior en las embarazadas de alto riesgo en contra de lo esperado.

En lo que respecta a las experiencias previas de parto, en primer lugar, se esperaba que el apoyo percibido por las mujeres conllevara a más tendencias humanizadas y menos naturalistas y delegadoras en las mujeres múltiparas que en las primíparas. La base de tal argumento fue que las experiencias previas de parto hacen que las mujeres estén más informadas y que tengan una base de conocimientos más sólida, así como que entiendan el parto desde un punto de vista más fisiológico (Muñoz Selles et al., 2016). No obstante, no se encontraron relaciones entre ambas variables en ninguna de las dos submuestras. Una posible explicación a este patrón de resultados puede tener que ver con el tipo de experiencia previa vivido por las mujeres, ya que puede esperarse que valoren el parto con diferente criterio en función de cómo haya sido su proceso anterior. Al

no haber profundizado en los pormenores de la vivencia del parto previo, se desconoce cómo ha influido el mismo en la opinión de las mujeres. Por ejemplo, la experiencia previa de un parto intervenido y delegado que finalmente haya culminado de forma satisfactoria para la mujer, puede consolidar sus opiniones en esa dirección alejándolas de las creencias humanizadas esperadas.

Por otro lado, se hipotetizó que la reducción de las emociones negativas y el aumento de las positivas a partir de las creencias humanizadas, así como el aumento de las emociones negativas y la reducción de las positivas en el caso de la presencia de opiniones naturalistas y delegadoras, sería superior en las mujeres con experiencias previas de parto. Tal conjetura estuvo basada en estudios que argumentan que las vivencias pasadas y los mayores conocimientos acerca del proceso se relacionan con menos ansiedad y mejores formas de afrontar las nuevas situaciones de parto (Hurtado Murillo et al., 2008). Sin embargo, los resultados únicamente encontraron relación entre las creencias naturalistas y las emociones ante el parto en las mujeres multíparas, si bien en contra de lo esperado. De nuevo, la falta de indagación en las experiencias previas ha dado lugar a cierto desconcierto en los hallazgos encontrados. No obstante, podría conjeturarse que las mujeres que apuntan dichos resultados, pueden haber tenido un parto previo no intervenido y vivenciado de forma positiva, por lo que relacionan el modelo naturalista como la forma de atención al parto que reduce sus niveles de ansiedad y aumenta sus emociones positivas.

Por último, en lo que respecta a la influencia directa del apoyo percibido sobre las emociones ante el parto, e indirecta mediada por las creencias, se esperaba que las relaciones presumidas en el modelo descrito en este estudio fueran más fuertes en las mujeres con experiencias previas de parto. En este sentido, únicamente se comprobó un efecto directo en la dirección esperada sobre las emociones positivas que fue similar en ambos grupos. Se constata, de nuevo, que la alta consideración que declaran las mujeres en cuanto al apoyo percibido aumenta sus emociones positivas, pero no reduce sus miedos, con independencia de la presencia de experiencias previas de parto.

El riesgo obstétrico fue otro de los factores que se barajó como posible moderador de las relaciones entre las variables estudiadas en esta tesis. En primer lugar, se hipotetizó que el apoyo prestado por los profesionales durante el

embarazo aumentaría las creencias humanizadas, y disminuiría las naturalistas y delegadoras, en mayor medida, en el grupo de gestantes sin riesgo obstétrico. Sin embargo, en dicha submuestra no se halló relación entre dichas variables. Por su parte, en el grupo de mujeres con embarazos de alto riesgo se encontró que el apoyo redujo tanto las creencias naturalistas como las humanizadas. Estos hechos pueden encontrar una explicación en el razonamiento de que cuando no hay riesgo en la gestación, el apoyo percibido no afecta a las creencias de las mujeres, por las posibles razones que han sido argumentadas previamente. Sin embargo, la presencia de riesgo obstétrico podría suponer una particularidad asociada a un cambio de la vivencia de la mujer, al entender su proceso con características especiales en cuanto a su atención y finalización (MSSSI, 2014). Esto conllevaría un alejamiento de las formas de atención naturalistas y humanizadas.

Por otra parte, los vínculos entre las variables de creencias y emociones ante el parto expuestas en el modelo de investigación también fueron analizadas en relación al riesgo en la gestación. Así, en contra de lo esperado, en las mujeres con embarazos de bajo riesgo, las creencias naturalistas disminuyeron sus emociones negativas ante el parto. Tales resultados pueden estar debidos al entendimiento del proceso de parto como una función fisiológica por parte de aquellas mujeres con embarazos normales, lo que se traduce en una vivencia del mismo de una forma más calmada y menos estresante. En lo que respecta a las mujeres con embarazos de alto riesgo, las creencias naturalistas y delegadoras aumentaron las emociones negativas ante el parto. De ello se deduce, en contra de lo esperado, que las creencias alejadas de la humanización del parto conllevan un aumento de los sentimientos estresantes solo en mujeres con embarazos de riesgo. Asimismo, las emociones positivas se vieron reducidas con las creencias naturalistas y aumentadas con las humanizadas únicamente en esta submuestra. Por tanto, aun sabiendo que el riesgo obstétrico puede colocar a las mujeres en una posición controvertida ante las mayores posibilidades de intervencionismo obstétrico, es precisamente en estos casos en los que las tendencias humanizadas ante el parto aportan mayores niveles de emociones positivas.

Por último, era de esperar que el apoyo percibido influyera sobre las emociones ante el parto en mayor medida en las gestantes con embarazos de bajo riesgo en base al mayor grado de sentimientos de preocupación e intranquilidad vinculados a la presencia de riesgo obstétrico (Cleeton, 2001; Melender, 2002). Sin

embargo, la relación directa entre ambas variables fue similar en las dos submuestras. El apoyo no se relacionó en ningún caso con las emociones negativas, pero sí con las positivas en las mujeres con y sin riesgo. Una vez más, el apoyo, a pesar de ser valorado como eficaz, aumenta sus sentimientos positivos, pero no consigue reducir sus miedos ante el parto, lo que hace pensar que las preocupaciones de las embarazadas no se atenúan con la información prestada por los profesionales.

El último factor que se analizó en este estudio dividió la muestra en dos grupos de mujeres en función de si habían elaborado o no un plan de parto escrito. Las mujeres que realizan un plan de parto generalmente son gestantes bien informadas y, por tanto, con creencias humanizadas y predisposición a ser parte activa en su proceso de parto (Deering et al., 2006). De ahí, se supuso que las relaciones hipotetizadas entre apoyo, creencias y emociones serían más fuertes en aquellas mujeres que habían elaborado un plan de parto. De hecho, mientras que tales variables apenas aparecieron asociadas entre sí en el grupo de mujeres sin plan de parto, si lo hicieron en las gestantes con plan de parto.

Sin embargo, en contra de lo esperado, en gestantes con plan de parto, el apoyo aumentó las creencias naturalistas y redujo las humanizadas. De nuevo estos resultados ponen en entredicho el apoyo prestado por los profesionales, ya que la orientación de las mujeres, supuestamente más informadas, es hacia tendencias más naturalistas y menos humanizadas.

Por otro lado, no resultan sorprendentes los resultados obtenidos en la relación entre las creencias y las emociones ante el parto en el grupo de mujeres con plan de parto. Así, independientemente del tipo de creencia adoptada, las emociones positivas se vieron incrementadas y las negativas disminuidas. A pesar de que dichos hallazgos se encuentran en contra de lo supuesto a priori en este estudio, es asumible que las mujeres que han elaborado un plan de parto escrito manifiestan opiniones claras y firmes, con independencia del tipo de creencias que tengan, que les aportan mayor tranquilidad y menores niveles de estrés.

En otro orden de cosas, el apoyo aumentó las emociones positivas en ambas submuestras, pero solo disminuyó las emociones negativas en las mujeres sin plan de parto. Este dato puede explicarse en cuánto que algunos estudios plantean que la realización de un plan de parto conlleva una serie de expectativas

que corren el riesgo de no ser cumplidas en el proceso de parto, lo que provocaría que no se vieran reducidos los sentimientos negativos en las mujeres que los elaboran (Tumblin & Simkin, 2001). Por otro lado, a pesar de que las mujeres que no elaboran el documento tienen, en principio, menos conocimientos sobre los recursos existentes, podrían sentirse más apoyadas durante el embarazo al no sentir la necesidad de demandar tanta información, y ello repercutir en una reducción de sus emociones negativas ante el proceso del parto (Higuero Macias et al., 2013; Hollins Martin, 2008).

En conjunto, a pesar de que los datos aportan indicios en la línea establecida en el modelo hipotetizado en esta tesis, cabe precisar que, al realizar las respectivas comparaciones intergrupales del modelo entre submuestras de mujeres atendiendo a sus experiencias de partos previos, situación de riesgo y realización de plan de parto, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas en ninguno de los casos. Este mal funcionamiento del modelo podría ser explicado por el reducido tamaño muestral de algunos de los grupos estudiados, quedando la interpretación de los resultados anteriores a expensas de nuevas investigaciones que alcancen una mayor representatividad muestral, tal y como será debatido en los siguientes apartados.

6.2. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Pese a la escasa solidez obtenida en el respaldo del planteamiento de un modelo que relacione el apoyo percibido por las embarazadas y sus creencias y emociones ante el parto, cabe reseñar ciertas aportaciones del presente trabajo en el avance hacia propuestas prácticas en la asistencia obstétrica.

En términos generales, los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que, a pesar del fuerte respaldo del que goza el paradigma de la humanización en el mundo científico y profesional, su calado social es aún muy limitado. De esta forma, se aprecia que las mujeres embarazadas no han interiorizado su rol protagónico y autónomo ante el parto, tendiendo a delegar muchas decisiones en los profesionales sanitarios.

Por tanto, este estudio puede servir para hacer una profunda reflexión sobre la educación aportada por los servicios de salud, y cambiar las formas de atención que pueden estar alterando los objetivos perseguidos en la humanización del parto. Asimismo, mediante una correcta autocrítica podrían incluirse más elementos necesarios para inculcar valores tendentes a prácticas más humanizadas en el parto.

Además, podrían establecerse unos criterios uniformes en el modo de suministrar la educación maternal con el fin de aplicar una formación más homogénea a las embarazadas. Por ello, una vez marcadas las pautas comunes a aplicar, sería interesante establecer grupos de discusión que reúnan a todos los profesionales implicados en la atención obstétrica para lograr un patrón de educación común, siempre basado en principios humanizados. Se lograría, con ello, proporcionar a las mujeres información actualizada y científica que les aporte una visión del parto en términos más fisiológicos.

Por otra parte, para favorecer la autonomía en la toma de decisiones ante diversas prácticas obstétricas que pueden aplicarse durante el parto, sería interesante adoptar una perspectiva más práctica en la educación maternal. Por ejemplo, el planteamiento de supuestos prácticos relacionados con diversos procedimientos obstétricos que lleven a las mujeres a reflexionar individual o grupalmente sobre la mejor decisión y sus consecuencias para ellas mismas o para sus hijos, podría capacitarlas para asumir un rol más autónomo e informado que les ayude a afrontar mejor el parto.

Por último, cabe resaltar el papel que otras instancias externas a los servicios públicos de salud podrían desempeñar a la hora de fomentar una visión más humanizada del parto en las embarazadas. Dado que muchas mujeres recurren de manera espontánea a grupos formales e informales de apoyo al embarazo, al parto y a la crianza, y que muchos de ellos podrían no estar proporcionando una información fundamentada en argumentos científicos, cabría recomendar una mayor interacción entre los profesionales sanitarios y estas comunidades para empoderar a las mujeres de una manera más adecuada y coherente con la perspectiva humanizada.

6.3. LIMITACIONES Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

El alcance de los resultados obtenidos en este trabajo, así como el escaso cumplimiento de un buen número de las hipótesis planteadas, deben ser interpretados a la luz de ciertas limitaciones teóricas y metodológicas que abren la puerta a nuevos estudios en este campo.

Una primera debilidad del modelo de investigación se debe a la propia novedad del marco teórico empleado en la evaluación de la relación entre el apoyo percibido por las embarazadas y sus creencias y emociones ante el parto. En este sentido, y a pesar de que el paradigma de la humanización en el parto supone la corriente de referencia en la actualidad, su aplicación a estudios con gestantes no ha suscitado demasiado interés hasta el momento. Por tanto, el escaso desarrollo teórico de las principales variables de este estudio condiciona el alcance de sus conclusiones a nuevas investigaciones que traten de replicar los resultados obtenidos en otras muestras o que refinen la definición y medición de los constructos y relaciones aquí propuestos.

Asimismo, debe puntualizarse que la mayoría de las escalas empleadas para la medición de las variables del modelo fueron adaptadas o creadas *ad hoc* para los propósitos del presente trabajo, siendo necesaria su validación en el futuro para la contrastación de su utilidad para los fines que le han sido asignados en esta investigación. En relación a esta cuestión, cabe apuntar que, aunque los análisis preliminares de fiabilidad y validez respaldaron la utilidad del cuestionario desarrollado, a la hora de poner a prueba las hipótesis fue necesario someter el modelo de medida a una considerable depuración de indicadores, de modo que muchas variables centrales fueron estimadas mediante un número muy reducido de ítems. Especialmente preocupante es el caso del modelo de creencias humanizadas, que fueron finalmente medidas con únicamente dos indicadores.

Por otro lado, pese a la utilidad del diseño del estudio comparativo-transversal empleado para la comprensión de las opiniones y emociones ante el parto manifestadas por las embarazadas, así como sus relaciones con el apoyo que perciben por parte de los profesionales, nuevos análisis son requeridos para dar cuenta de la evolución de dichas relaciones. Así, estudios transversales realizados en el momento actual posiblemente arrojaran resultados diferentes

debido a los movimientos sociales sobrevenidos con posterioridad a la recogida de datos de esta investigación. En la actualidad, asociaciones y grupos de mujeres de la ciudad de León se han unido para demandar un trato más respetuoso y humanizado de la atención al parto, expresando sus opiniones a través de redes sociales y medios de comunicación. Asimismo, sería interesante plantear esta investigación desde un enfoque longitudinal, de forma que las valoraciones de las mujeres pudieran recogerse también después del parto, comparando sus opiniones previas con sus juicios en el postparto.

La falta de la relación hipotetizada a priori entre las variables de apoyo percibido y creencias humanizadas ante el parto, puede ser debida al déficit de profundidad de las cuestiones presentadas. Así, en el futuro puede ampliarse esta parte de la encuesta con preguntas más concretas acerca de las enseñanzas aportadas por los profesionales en relación a las diversas prácticas obstétricas analizadas en el estudio. Asimismo, paralelamente se pueden administrar cuestionarios a los profesionales que acompañan a las gestantes en los que se incluyan preguntas acerca de la docencia suministrada, para comparar sus repuestas con las de las mujeres.

Otra limitación del estudio llevado a cabo se refiere al nivel de representatividad logrado en la muestra empleada. En relación a esta cuestión, y pese a que no ha de pasar desapercibido el esfuerzo invertido en la selección de las participantes en la investigación a partir de un procedimiento de muestreo probabilístico por conglomerados que permitió asegurar una composición muestral basada en la distribución real de las embarazadas por centros de salud en la ciudad de León, la complejidad entrañada por el procedimiento metodológico de recogida de datos derivó finalmente en el recurso a muestras de conveniencia, a partir de la disponibilidad práctica de matronas y mujeres asistentes a las clases de educación maternal dispuestas a colaborar voluntariamente en la investigación. En esta línea, el primer obstáculo responde al carácter de voluntariedad de asistencia a las charlas, de modo que las mujeres que no asistieron a ellas en el periodo de la recogida de datos no formaron parte del estudio, lo que puede dar lugar a un sesgo en los resultados. Un segundo inconveniente tuvo que ver con la aplicación de la encuesta sin tener en cuenta el número de sesiones a las que habían acudido las participantes. Por último, la división de la muestra en dos subgrupos en función de la experiencia previa, el

riesgo en el embarazo y la presencia de plan de parto resultó irregular, lo que puede estar relacionado con la no significatividad obtenida en los resultados alcanzados. De forma paralela a las puntualizaciones expuestas previamente, se encontró una brecha en el análisis de la muestra cuando fue dividida en función de las experiencias previas de parto. Así, sería interesante indagar en la vivencia de los procesos de parto previos como punto de partida para el estudio de las opiniones sobre las diversas prácticas obstétricas y las emociones ante el parto actual.

En suma, futuros intentos deberían estar destinados a procurar una mayor precisión mediante la selección aleatoria de individuos representativos, captados en otros ámbitos diferentes a la preparación maternal y con un avance gestacional superior con el fin de asegurar un nivel de formación óptimo, lográndose por esta vía un mayor alcance de los resultados obtenidos.

Finalmente, en relación a la metodología de análisis de datos utilizada, es necesario puntualizar que las técnicas de modelado mediante ecuaciones estructurales son útiles para evaluar la consistencia entre ciertos resultados empíricos y un modelo teórico de hipótesis, pero no permiten confirmar la existencia de una única representación posible de la realidad a partir de los datos disponibles (Lanero, 2011). Por tanto, los resultados aquí discutidos deben entenderse en términos de relaciones estadísticamente significativas entre variables, no implicando efectos de causalidad entre las mismas. Con todo, se plantea el avance hacia otros estudios de tipo experimental o longitudinal que permitan establecer conclusiones fundamentadas en contextos más próximos a la realidad y aislar el potencial efecto perturbador de otras variables implicadas en la formación de creencias en mujeres embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Cordero, M.J., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M.J., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A. y González Mendoza, J.L. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 920-926.
- Alemny Anchel, M.J. (2014). *Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, España.
- Alonso, C. y Gerard, T. (2009). El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil. En G. Freyer-muth y P. Sesia (Coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura* (pp. 95-100). México: Ciesas.
- Álvarez Holgado, P., Gilart Cantizano, P., Palomo Gómeziercey, R., Vázquez Lara, J.M. y Rodríguez Díaz, L. (2016). Efectos de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna. *Matronas hoy*, 4(1), 6-10.
- American Academy of Pediatrics y American College Obstetricians and Gynecologists. (2007). *Guidelines for perinatal care (6th ed)*. USA: Elk Grove Village.
- Anastasi, A. (1976). *Psychological testing (4ª ed.)*. Nueva York: Macmillan.
- Anderson, J. y Gerbing, D. (1988). Structural equation modelling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 285-309.
- Antacle, A., Aymat Rodríguez, A., Avila, N., Bazán, J., Heredia, V., Llapur Acosta, M.F., ... Vanni, L. (2006). Maternidad centrada en la familia: ¿las madres son actrices protagónicas o de reparto? *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3(1), 25-31.
- Aposta, Y., Bellovi, C. y Serra, M. (1993). Grado de satisfacción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en una unidad de braquiterapia. *Enfermería Clínica*, 3(3), 96-101.
- Araujo Mota, R., Guedes de Melo Martins, C. y Meira Veras, R. (2006). The role of health professionals in policies regarding hospital humanization. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330.
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M.E., Nicolás Viguera, M.D., Bas Peña, E., Morales López, R. y Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Bagozzi, R.P. y Yi, Y. (1991). Multitrait-multimethod matrices in consumer research. *Journal of Consumer Research*, 17, 426-439.
- Bailey, J.M., Crane, P. y Nugent, C.E. (2008). Childbirth education and birth plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(3), 497-509.
- Bajo, J., Martínez-Astorquiza, T. y Melchor, J.C. (2011). Organización de la asistencia obstétrica. En J.M. Bajo Arenas (Coord.), *Recomendaciones para la organización de un servicio de Obstetricia y Ginecología* (pp. 79-104). Madrid: Equium.
- Bajo Arenas, J.M. (2008). Parto no intervenido. *Mi ginecóloga. Salud integral de la mujer. Asesoramiento científico Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 3.

- Balaguer Santamaría, A. y González de Dios, J. (2013). Parto domiciliario: seguro para algunas madres pero, ¿también para los recién nacidos? *Evidencias en pediatría*, 9(3).
- Barbosa, G.P., Giffin, K., Angulo-Tuesta A., Gama, A.S., Chor, D., D'Orsi E. y Gonçalves Vaz dos Reis, A.C. (2003) Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1611-1620.
- Barclay, D., Higgins, C. y Thompson, R. (1995). The Partial Least Squares (PLS) approach to causal modelling: Personal computer adoption and use as an illustration. *Technology Studies*, 2, 285-309.
- Barlett, M.S. (1954). A note on the multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16(series B), 296-298.
- Baron, R.M., y Kenny, D.A. (1986). The Moderator–mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barrón, A., Lozano, P. y Chacón F. (1988). Autoayuda y apoyo social. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 137-152). Sevilla: EUDEMA.
- Basevi, V. y Lavender, T. (2008). Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Bastani, F., Hidarnia, A., Montgomery, K.S., Aghilar Vafaei, M.E. y Kazemnejad, A. (2006). Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? A randomized controlled trial. *Journal Perinatal and Neonatal Nursing*, 21(2), 138-146.
- Becerro de Bengoa, C. (1992). *Educación maternal y beta-endorfinas en plasma materno durante el parto*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, España.
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W. y Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 205.
- Bernitz, S., Dian, P., Rolland, R., Sandvik, L. y Blix, E. (2014). Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*, 30(3), 364-370.
- Berral Gutiérrez, M.A. y Burgos Sánchez, J.A. (2006). La episiotomía en el primer parto aumenta la severidad del trauma perineal en el segundo. *Evidentia*, 3(8).
- Biurrun Garrido, A. y Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas profesión*, 14(2), 62-66.
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P. y Mayerhofer, K. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 115(19-20), 720-723.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. Nueva York: Wiley.
- Borrueal, A. (2006). El parto en casa: ¿tiene sentido en el siglo XXI? Morbilidad comparada con el hospitalario. La acción del médico en el parto. *Medicina naturista*, 10, 611-616.

- Bowers, B.B. (2002). Mothers' experiences of labour support: exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 742-752.
- Bravo, P., Uribe, C., y Contreras, M. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una Mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184.
- Brown, S. y Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21(1), 4-13.
- Byrne, J.P., Crowther, C.A. y Moss, J.R. (2000). A randomised controlled trial comparing birthing centre care with delivery suite care in Adelaide, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 40(3), 268-274.
- Cabrera Sanz, M.T. (2001). Acompañamiento en el parto. *Matronas profesión*, 2(extra), 9-11.
- Calais Germain, B. y Vives Parés, N. (2010). *Parir el movimiento. Las moviidades de la pelvis en el parto*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Camacaro Cuevas, M. (2000). *La experiencia del Parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Aragua: Publicaciones COCH-UC.
- Camacho Castillo, R. (1975). Aspectos psicológicos del embarazo, parto y la anestesia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 24(1), 4-10.
- Camacho Morell, F., García Barba, I., López Simó, A. y Abarca Cañada, E. (2016). Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia). *Matronas Hoy*, 4(1), 11-16.
- Camargo, A.M. y Bernis, C. (2013). Variación temporal de los resultados del embarazo en España (1980-2007) según el lugar de nacimiento. *Antropo*, 29, 109-123.
- Campbell, D.T. (1960). Recommendations for APA test standars regarding construct, trait, or discriminant validity. *American Psychologist*, 15, 253-267.
- Caravaca, E., Martínez, M., Casajoana, M. y Lorente, I. (2009). Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. "Revisión de la evidencia científica". *Matronas profesión*, 10(1), 10-13.
- Carmines, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Newbury Park, CA: Sage.
- Carraro, T.E., Knobel, R., Frello, A. T., Gregório, V.R.P., Grütner, D.I., Radünz, V. y Könzgen Meincke, S.M. (2008). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puerperas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 502-509.
- Carrasco Rico, S. y Iglesias Diz, M. (1993). Consulta prenatal. Guía de asistencia prenatal. En E. Fabre Gonzalez (Ed.), *Manual de asistencia al embarazo normal*. Zaragoza: Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Carreras, I. (2005). Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. *Evidentia*, 2(6).
- Carrolli, G. y Belizan, J. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Catalán Morera, M. (2006). El placer y el dolor en el parto. *Medicina Naturista*, 10, 578-588.

- Catell, R.B. (1966). The scree test for number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1,245-276.
- Cepeda, G., y Roldán, J.L. (2004). Aplicando en la práctica la técnica PLS en la Administración de Empresas. *XIV Congreso Nacional ACEDE*(versión electrónica). Murcia, España.
- Cerdán Jiménez, M.D., Carballo Aliseda, M.D., Gómez Fernández, M.A., Heredia Prim, F., Salgado Poveda, I. y Cayuela Font, E. (2017). Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano. *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* 2(1), 42-56.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. y Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202-207.
- Chen, C.H., Wang, S.Y. y Chang, M.Y. (2001). Women's perception of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: a study in Taiwan. *Birth*, 28(3), 180-185.
- Chin, W.W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. En A. George (Ed.), *Modern Methods for Business Research* (pp. 295-336). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates. (a)
- Chin, W.W. (1998). Issues and opinion on structural equation modeling. *MIS Quarterly*, 22(1), 7-16. (b)
- Chin, W.W., Marcolin, B.L., y Newsted, P.R. (2003). A partial least squares latent variable modeling approach for measuring interaction effects: Results from a Monte Carlo simulation study and an electronic mail emotion/adoption study. *Information Systems Research*, 14,189-217.
- Christiaens, W. y Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(26).
- Churchill, G.A.Jr. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16, 64-73.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Cleeton, E.R. (2001). Attitudes and beliefs about childbirth among college students: result of an educational intervention. *Birth*, 28(3), 192-201.
- Cluett, E.R. y Burns, E. (2009). Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database Systematic Review*, 2.
- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (2010). *Guía de asistencia del parto en casa*. Barcelona: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona.
- Compte, C., Magret, A., Sabench, C., Sánchez, J., Redondo, J., Cano, A.,... Suñer Soler, R. (2015). Modelo de atención del parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas profesión*, 18(2), 54-60.

- Conde Fernández, F. (2011). *Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. Discurso leído en el acto de su recepción como Académico Numerario por Dr. D. Fernando Conde Fernández, Lanzarote. Recuperado de: <http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf>. [acceso el 28 de febrero de 2017].
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2009). *Plan de parto y nacimiento*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Cosvoski Alexandre, A.M. y Martins, M. (2009). A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 324-331.
- Couto, G.R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 190-198.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cronbach, L.J. y Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological test. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- Da Costa, D.M. (2000). *A prospective study in the influence of stress, social support and coping on birth outcomes and depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum*. (Tesis Doctoral). Universidad de Montreal, Departamento de Psicología, Canadá.
- Danforth, D.N. (1990). *Obstetrics and Gynecology (Danforth's Obstetrics and Gynecology)*. New York: Harper and Row.
- Davies, E y Cleary, P.D. (2005). Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Quality & Safety in Health Care*, 14, 428-432.
- Dávila Expósito, A., Gregori Arias, R., Sebastia Calvo, M.A., Ferret López, L., Bravo Remírez, I., Telletxea Vertiz, M.E. y Hernández Gómez, A. (2009). Influencia de las bebidas isotónicas en el bienestar fetal, neonatal y materno. *Matronas profesión*, 10(3), 11-15.
- Davis, D.L. y Walker, K. (2010). Case-loading midwifery in New Zealand: making space for childbirth. *Midwifery*, 26(6), 603-608.
- De Jonge, A., Van der Goes, B., Ravelli, A.C.J., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., ... Buitendijk, S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116, 1177-1184.
- De la Torre Palomo, M.T. (2006). El nacimiento domiciliario planificado para mujeres embarazadas seleccionadas no es desaconsejable. *Evidentia*, 3(7).
- De la Torre Palomo, M.T. (2011). La atención al parto no hospitalario. Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. *Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto*. A Coruña: Universidad de Coruña. Recuperado de: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9089/CC119-art4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [acceso el 1 de abril de 2016].
- De Molina Fernández, I. y Muñoz Sellés, E. (2010). El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas profesión*, 1(2), 53-57.
- Deering, S.H., Heller, J., McGaha, K., Heaton, J. y Satin, A.J. (2006). Patients presenting with birth plans in a military tertiary care hospital: a descriptive study of plans and outcomes. *Military Medicine*, 171(8), 778-780.

- Defensor del Pueblo (2006) *Informe anual 2006*. Recuperado de: <https://comercaugtmadrid.files.wordpress.com/2014/10/informe-defensor-del-pueblo-sanidad.pdf>. [acceso el 28 de febrero de 2017].
- DeLee, J.B. (1920). The prophylactic forceps operation. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 1, 24-44.
- Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya (2007). *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*. Barcelona: Dirección General de Salud Pública.
- Departamento de Salud de Reino Unido (1993). *Changing childbirth (vol. 1)*. Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Dick Read, G. (1944). *Childbirth without fear*. Pan Books Ltd: New York.
- Dickinson, J.E., Paech, M.J., McDonald S.J. y Evans, S.F. (2003). Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 43(6), 463-468.
- DiPietro, J.A., Hilton, S.C., Hawkins, M., Costigan, K.A. y Pressman, E.K. (2002). Maternal stress and affect influence neurobehavioral development. *Development Psychology*, 38(5), 659-668.
- Dueñas Díez, J.L., Bailón Muñoz, E., Dotor Gracia, M.I., Granados García, C., Rodríguez Gómez, R.M. y Rufo Romero, A. (2005). *Embarazo, parto y puerperia: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Efron, B. y Tibshirani, R.J. (1993). *An Introduction to the bootstrap. Monographs on statistics and applied probability, Nº 57*. Nueva York: Chapman and Hall.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1973). *Brujas parteras y enfermeras. Una historia de las sanadoras*. Barcelona: La sal.
- Enkin, M., Keirse, H., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. y Hofmeyr, J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
- Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., ... Hofmeyr, J. (1995). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. New York: Oxford University Press.
- Equipo Educuer (2014). Mapa del parto en casa en España. *Informe Educuer. Observatorio del parto en casa en España, 6*. Recuperado de: <http://www.educuer.es/partocas/a06Mapa2013.pdf>.
- Eriksson, C., Jansson, L. y Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240-248.
- Fajardo Flores, C. (2013). Historia de las matronas desde sus orígenes hasta nuestros días. [Blog]. *Enfermería Avanza*. Recuperado de: <http://enfeps.blogspot.com.es/2013/04/historia-de-las-matronas-des-de-sus.html>. [acceso el 28 de febrero de 2017].
- Falk, R.F. y Miller, N.B. (1992). *A Primer for Soft Modeling*. Akron, Ohio: The University of Akron.
- Farabeuf, L.H. y Varnier, E. (1925). *Introducción al estudio clínico y a la práctica de los partos*. Barcelona: Pubul.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (1992). Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. *International Journal of Gynecologic and Obstetrics*, 38(Suppl), 79-80.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J. y Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21(1), 23-35.
- Fernández, M.A., Fernández, R., Pavón, I. y López, L. (2003). La calidad percibida por el usuario, su relación con la información y la presencia de acompañante en una unidad de paritorios. *Matronas profesión*, 4(13), 29-34.
- Fernández del Castillo, I. (2003). La asistencia al parto: tecnología versus naturaleza. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística*, 71, 59-66.
- Fernández y Fernández Arroyo, M., Muñoz San Roque, I. y Torres Lucas, J. (2014). Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas profesión*, 15(1), 20-26.
- Ferrado, M. (2010). El parto en casa causa el doble de muertes de bebés que en el hospital. *Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá*, 29(3), 98-99.
- Ferreiro Losada, M.T., Díaz Sanisidro, E., Martínez Romero, M.D., Rial Boubeta, A., Varela Mallou, A. y Clavería Fontán, A. (2013) Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de calidad asistencial*, 28(5), 291-299.
- Fiske, D.W. (1982). Convergent-discriminant validation in measurements and research strategies. En D. Brinbing y L.H. Kidder (Eds.), *Forms of validity in research* (pp. 77-92). San Francisco: Jossey-Bass.
- Róez Alarcón, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17, 107-126.
- Ford, J.K., MacCallum, R.C., y Tait, M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review and analysis. *Personnel Psychology*, 39, 291-314.
- Fornell, C. (1982). A second generation of multivariate analysis: An overview. En C. Fornell (Ed.), *A second generation of multivariate analysis* (V ol. 1, pp. 1-21). Nueva York: Praeger Publishers.
- Fornell, C. y Bookstein, F.L. (1982). A comparative analysis of two structural equation models: Lisrel and PLS applied to market data. En C. Fornell (Ed.), *A Second Generation of Multivariate Analysis* (V ol. 1, pp. 289-324). Nueva York: Praeger Publishers.
- Fornell, C. y Larcker, D.F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Gagnon, A. J. y Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 18(3).
- Gallardo Díez, Y. y Sánchez Perruca, M.I. (2007). Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. *Matronas profesión*, 8(1), 5-11.

- Gálvez Toro, A. y Herrera Cabrerizo, B. (2004). Sustitución de una política sistemática de episiotomía por una selectiva: es coste efectivo este cambio. *Evidentia*, 1(1).
- García Carrascosa, L. (2010). El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. Recuperado de: http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf. [acceso el 10 de marzo de 2017].
- García Díaz, L., Zapardiel, I. y Castro Gavilán, D. (2007) Estimulación del parto. Indicaciones, técnicas y resultados de la inducción del parto. Maduración cervical. En J.M. Bajo Arenas, J.C. Melchor Marcos y L.T. Mercé (Eds.), *Fundamentos de Obstetricia (SEGD)* (pp. 235-239). Madrid. Grupo ENE.
- García Hernández, J. A. y Méndez Bauer, C. (1993). Identificación del embarazo de alto riesgo. En E. Fabre Gonzalez (Ed.), *Manual de asistencia al embarazo normal*. Zaragoza: Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Garratt, A. M., Bjaerntnes, D. A., Krogstad, U. y Gulbrandsen, P. (2005). The out patient experiences questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *Quality & Safety in Health Care*, 14, 433-437.
- Gary Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. y Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia*. México: McGraw Hill.
- Gefen, D., Straub, D.W. y Boudreau, M. (2000). Structural equation modeling techniques and regression: Guidelines for research practice. *Communications of Association for Information System*, 4(7), 2-78.
- Geisser, S. (1974). A Predictive Approach to the Random Effect Model. *Biometrika*, 61(1), 101-107.
- Generalitat Valenciana (2002). *Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para profesionales sanitarios*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
- Gerbins, D. y Anderson, J.C. (1998). An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25, 186-192.
- Gibbins, J. y Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Gil, A. (2009). Humanización del parto y nacimiento. En Freyermuth, G. y Sesia, P. (Coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura* (pp. 101-107). México: Ciesas.
- Gil, B. (2000) Manifestaciones emocionales de los padres en el nacimiento de su hijo. *Matronas profesión*, 1(2), 37-43.
- Goberna Tricas, J. (2009). *Dones i procreació. Ètica de les practiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Departamento de Filosofía Teórica y Práctica, España.
- Goberna Tricas, J., Palacio Tauste, A., Banús Giménez, M.R., Linares Sancho, S. y Salas Casas, D. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas profesión*, 9(1), 5-10.
- Gómez López, M.E., Morales Carmona, F., Aldana Calva, E. & Gaviño Gaviño, F. (2008). Estado emocional de la mujer en relación con el parto o cesárea. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 78(7), 365-372.
- González de Dios, J. y Buñuel Álvarez, J.C. (2010). El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. *Evidencias en Pediatría*, 6(3), 58-59.

- González Merlo, J., Laila Vicens, J. M., Fabre González, E., y González Bosquet, E. (2006). *Obstetricia*. Barcelona: Elsevier Masson.
- González Salgado, S. (2011). *La atención al parto hospitalario. Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*. Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto, A Coruña. Recuperado de: <http://ruc.udc.es/bitstream/2183/9091/1/CC119-art3.pdf>. [acceso el 1 de abril de 2016].
- González Sanz, J.D. (2007). Parto, sexualidad e inconsciente. *Diálogos*, 7(150), 24-26.
- Goodman, P., Mackey, M. y Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction: issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 212-219.
- Goonewardene, M., Rameez, M.F.M., Kaluarachchi, A. y Perera, H. (2011). *Recomendaciones de la OMS para la inducción del trabajo de parto: Comentario de la BSR*. Ginebra: La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/induction/guidelines_goonewardeneme_com/es/.
- Gottvall, K., Allebeck, P. y Ekéus, C. (2007). Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(10), 1.266-1272.
- Gower, J.C. y Hand, D.J. (1996). *Biplots*. London: Chapman & Hall.
- Gracia Fuster, E., Herrero Olaiola, J. y Musitu Ochoa, G. (1995). *El apoyo social*. Lleida: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Grajales, T. (1996). *Conceptos básicos para la investigación social*. Nuevo León, México: Publicaciones Universidad de Montemorelos.
- Green, J.M. y Baston, H.A. (2003). Feeling in Control during Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*, 30(4), 235-247.
- Gregory, K.D., Clarck, T., Johnson, B.S., Timothy, B.F.A., Johnson, R.B. y Entman, S.S. (2005). The content of prenatal care: Update 2005. *Women's Health Issues*, 18(4), 198-215.
- Groom, M.S., Paterson-Brown, S. y Fisk, N.M. (2002). Temporal and geographical variation in UK obstetricians' personal preference regarding mode of delivery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(2), 185-188.
- Gülmezoglu, A.M., Crowther, C.A. y Middleton, P. (2007). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Gupta, J.K. y Hofmeyr, G.J. (2003). Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Systematic Review*, 3.
- Gupta, J.K. y Nikodem, C. (2000). Maternal posture in labor. *European Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology*, 92(2), 273-277.
- Gutman, Y. y Tabak, N. (2011). The intention of delivery room staff to encourage the presence of husbands/partners at cesarean sections. *Nursing Research and Practice*, 192649.
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I., y Mårtensson, L.B. (2011). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: An integrative review. *Midwifery*, 28, 380-390.

- Hair, J.F.J., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis (5ª ed.)*. Londres: Prentice Hall International.
- Harriott, E.M., Williams, T.V. y Peterson, M.R. (2005) Childbearing in U.S. military hospitals: Dimensions of care affecting women's perceptions of quality and satisfaction. *Birth*, 32(1), 4-10.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J. y Lohr, K. (2005). Outcomes of routine episiotomy. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2141-2148.
- Harvey, R.J., Billings, R.S. y Nilan, K.J. (1985). Confirmatory factor analysis of the job diagnostic survey: Good news and bad news. *Journal of Applied Psychology*, 70, 461-468.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. y Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4.
- Hauck, Y., Fenwick, J. y Downie, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235-247.
- Henseler, J., Ringle, C.M. y Sinkovics, R.R. (2009). The use of Partial Least Squares path Modeling in International Marketing. *Advances in International Market*, 20, 277-319.
- Herrera, B., Gálvez, A., Carreras, I. y Strivens, H. (2006). Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas profesión*, 7(1), 27-33.
- Herrera, B., Martínez, A.L. y Rey Márquez, M.D. (1999). Termorregulación neonatal y contacto precoz madre-hijo tras el parto. *Index de Enfermería*, 24-25, 14-18.
- Higuero Macías, J.C., Crespillo García, E., Mérida Téllez, J.M., Martín Martínez, S.R., Pérez Trueba, E. y Mañón Di Leo, J.C. (2013). Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas profesión*, 14(3-4), 84-91.
- Hinkin, T.R. (1995). A review of scale development practices in the study of organizations. *Journal of Management*, 21, 967-988.
- Hirschkorna, K.A. y Bourgeault, I.L. (2007). Actions speak louder than words: mainstream health providers' definitions and behaviour regarding complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies Clinical Practice*, 13, 29-37.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 186(5), 160-172.
- Hodnett, E.D., Downe, S. y Walsh, D. (2012). Centros de atención al parto convencionales versus alternativos. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 8.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. y Salaka, C. (2008). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Hollins Martin, C.J. (2008). Birth planning for midwives and mothers. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 583-587.

- Hundley, V., Cruickshank, F., Lang, G., Glazener, C., Milne, J.M., Turner, M., Mollisn, J. y Donaldson, C. (1994). Midwife manager delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ*, *309*, 1400-1404.
- Hurtado Murillo, F., Donat, F., Escrivá, P. y Poveda, C. (2008) La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, *66*, 32-45.
- Hutton, E.K, Reitsma, A.H y Kaufman, K. (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*, *36*, 180-189.
- Ibáñez, M.B. (2004). Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de la salud que le atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas profesión*, *5*(16), 25-31.
- Ibáñez, L.P. y Fabre, E. (2007). Consulta preconcepcional. En J.M. Bajo Arenas, J.C. Melchor Marcos y L.T. Mercé (Eds.), *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)* (pp. 235-239). Madrid. Grupo ENE.
- Iglesias Casás, S., Conde García, M. y González Salgado, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión*, *10*(2); 5-11.
- Iniesta, S., Goghen, I. y Bajo, J. (2007). Educación maternal: evolución y fundamentos. Trabajo corporal. Técnicas de respiración y relajación. Grupos de postparto. En J.M. Bajo Arenas, J.C. Melchor Marcos y L.T. Mercé (Eds.), *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)* (pp. 333-338). Madrid. Grupo ENE.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado de: <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e301/parto/a2014/&file=pcaxis>
- Istvan, J. (1986). Stress anxiety and birth outcomes: A critical review of the evidence. *Psychological Bulletin*, *100*, 331-348.
- Jackson, P.R., Wall, T.D., Martin, R. y Davis, K. (1993). New measures of job control, cognitive demand, and production responsibility. *Journal of Applied Psychology*, *78*, 753-762.
- Johnson, T.R., Callister, L.C., Freeborn, D.S., Beckstrand, R.L. y Huender, K. (2007). Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *American Journal of Maternal Child Nursing*, *32*(3), 170-177.
- Johnson, K. y Daviss, B.A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *British Medical Journal*, *330*.
- Jonsson, M., Norden-Lindeberg, S., Ostlund, I. y Hanson, U. (2008). Acidemia at birth, related to obstetric characteristics and to oxytocin use, during the last two hours of labor. *Acta Obstetricia y Gynecologica Escandinávica*, *87*(7), 745-750.
- Jordán Montés, J.F. (2006). Arte rupestre en Las Bojadillas (Nerpio, Albacete) y en el Campo de San Juan (Moratalla, Murcia) – mitos y ritos en el arte rupestre levantino-. *Cuaderns de Prehistòria i Arqueologia de Castelló*, *25*, 21-52.
- Kabakian Khasholian, T., Campbell, D., Shediak Rizkallah, M. y Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Social Science & Medicine*, *5*(1), 103-113.

- Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kerlinger, F.N. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2000). *Foundations of behavioral research (4ª ed.)*. Fort Worth, TX: Harcourt College Publishers.
- King, M.O., Pettigrew, A.C. y Reed, F.C. (2000). Complementary, alternative, integrative: have nurses kept pace with their clients? *Dermatology Nursing*, 12(1), 41-50.
- Kitzinger, S. (2002). *Nacer en casa*. Barcelona: RBA libros.
- Komura, H. y Luiza, A. (2004). Casa de parto: simbología y principios de asistencia. *Revista Brasileira de Enfermería*, 57(5), 534-546.
- Kuo, S.C. (2005). Humanized childbirth. *Hu Li Za Zhi The journal of nursing*, 52(3), 21-28.
- Kuo, S.C., Lin, K.C., Hsu, C.H., Yang, C.C., Chang, M.Y., Tsao, C.M. y Lin, L.C. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814.
- Lacquemyn, Y.F., Hankows, A., Martins, G. (2001). Remish obstetricians towards childbirth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 22(4), 386-389.
- Lally, J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. y Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6(7).
- Lanero, A. (2011). Factores sociocognitivos en el desarrollo de la iniciativa emprendedora en la educación superior universitaria. (Tesis Doctoral) Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Sección Departamental de Psicología Social, España.
- Leap, N. y Anderson, T. (2008). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. En S. Downe (Ed), *Normal childbirth. Evidence and debate*. Londres: Elsevier.
- Leboyer, F. (1977). *Por un nacimiento sin violencia*. México: Daimon.
- Lederman, E., Lederman, R.P., Work Jr, B.A. y McCann, D.S. (1981). Maternal psychological and psysilogic correlates of fetal-newborn health states. *American Journal f Obstetrics and Gynecology*, 139(8), 956-958.
- Levinson, G. y Shnider, M. (1979). Catecholamines: The effect of maternal fear and its treatment on uterine function and circulation. *Birth and The Family Journal*, 6, 167-174.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, 4-5.
- Lino Morgado, C.M., Costa Pacheco, C.O., Simões Belém, C.M. y Correia Nogueira, M.F. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*, 21(2), 17-27.

- Liñán, F. y Chen, Y. (2009). Development and cross-cultural application of a specific instrument to measure entrepreneurial intentions. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 33, 593-617.
- López, G. y Jiménez, M. (2009). Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. *Matronas profesión*, 18(2), 12-15.
- López Freire, D., Melchor Marcos, J.C. y Serra Zantop, B. (2007). Conducción del embarazo normal: consulta prenatal. Concepto de riesgo elevado y su detección. Exploración en los últimos meses: situación, actitud, presentación y posición fetales. Nomenclatura obstétrica. En J.M. Bajo Arenas, J.C. Melchor Marcos y L.T. Mercé (Eds.), *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)* (pp. 317-326). Madrid. Grupo ENE.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(2), 295-303.
- Lydon-Rochelle, M.T., Holt, V.L. y Martin, D.P. (2001). Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(3), 232-240.
- Maceira Rozas, M.C., Salgado Barreira, A. y A tienza Merino, G. (2007). *La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática*. Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Magnone Alemán, N. (2010). *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*. IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo. Recuperado de: http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf. [acceso el 1 de abril de 2016].
- Maldonado Durán, M., Saucedo García, J.M. y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14.
- Malhotra, N.K. (1997). *Investigación de Mercados. Un enfoque práctico*. México: Prentice-Hall.
- Mallén Pérez, L., Juvé Udina, M.E., Roe Justiniano, M.T. y Domènech Farrarons, A. (2015). Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas profesión*, 18(2), 61-67.
- Mallén Pérez, L., Terré Rull, C. y Palacio Riera, M. (2015). Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. *Matronas profesión*, 18(3), 108-113.
- Manrique Tejedor, J., Fernández Cuesta, A.I., Echevarría Amado-Loriga, P., Figuerol Calderó, M.I., Teixidó Badia, J. y Barranco Moreno, M.P. (2014). Historia de la profesión de matrona. *Ágora de Enfermería*, 18(1), 26-28bis.
- Márquez García, A., Pozo Muñoz, F., Sierra Ruiz, M., Sierra Huerta, R., Aguado Taberné, C. y Jaramillo Martín, I. (2001). Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal. *Medicina de familia*, 2(3), 239-243.
- Martell, L.K. (2003). Postpartum women's perceptions of the hospital environment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(4), 478-485.
- Martin Muñoz, B. (2010). ¿Qué aspectos del cuidado con los más valorados por las mujeres durante el trabajo de parto y expulsivo? *Evidentia*, 7(29).
- Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

- Martínez Borde, M.B., Villa Gómez, P.M., Martínez Huerta, M.S., Vilches Barbero, E., Tobar López, A.I. y Álvarez Barreiro, S. (2014). Influencia de los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Matronas Hoy*, 22(2), 8-16.
- Martínez Escoriza, J.C. (2010). Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital? *Evidencias en pediatría*, 8(46).
- Martínez Galiano, J.M. (2009). Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas profesión*, 10(4), 20-26.
- Martínez Galiano, J.M. y Delgado Rodríguez, M. (2014). Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*, 15(4), 137-141.
- Martins, C.A., Almeida, N.A.M. y de Mattos, D.V. (2012). Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. *Enfermería Global*, 11(27), 306-311.
- Mas Pons, R., Barona Vilar, C., Carreguí Vilar, S., Ibañez Gil, N., Margaix Fontestad, L. y Escrivà Aguir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 236-242.
- Mayberry, L.J., Clemens, D. y De, A. (2002). Epidural analgesia side effects, co-interventions and care of women during childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 81-93.
- Melender, H.L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Melo, J.K.F., Davim, R.M.B. y Silva, R.A.R. (2015). Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. *Revista de Pesquisa. Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3197-3205.
- Mendelson, C. (1946). The aspiration of the stomach contents into the lungs during obstetrics anesthesia. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 52, 191-205.
- Messick, S. (1980). Test validity and ethics of assessment. *American Psychologist*, 35, 1012-1027.
- Meulman, J.J., Van der Kooij, A.J. y Heiser, W.J. (2004). Principal components analysis with nonlinear optimal scaling transformations for ordinal and nominal data. En D. Kaplan (ed.), *Handbook of Quantitative Methods in the Social Sciences*, (pp. 49-70). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Meyvis, I., Van Rompaey, B., Goormans, K., Truijien, S., Lambers, S., Mestdagh, E. y Mistiaen, W. (2012). Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*, 39(2), 115-120.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. (a)

- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Cuidados desde el nacimiento*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social. (b)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (a)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Plan de Parto y Nacimiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (b)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia*. Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Misago, C. y Kendall, C. (2001). From culture of dehumanization of childbirth to childbirth as a transformative experience: changes in five municipalities in north-east Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 73(Suplemento 1), 67-72.
- Molina Salmerón, M., Martínez García, A. M., Martínez García, F.J., Gutiérrez Luque, E., Sáez Blázquez, R. y Escribano Alfaro, P.M. (1996). Impacto de la educación maternal: vivencia subjetiva materna y evolución del parto. *Publicación de la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete*, 6, 20-29.
- Moore, E.R., Anderson, G.C. y Bergman, N. (2007). Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Moriano, J.A., Palaci, F.J. y Morales, J.F. (2006). Adaptation and validation of the entrepreneurial self-efficacy scale in Spain. *Revista de Psicología Social*, 21, 51-64.
- Morlans Lanau, M. (2011). El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante. *REDUCA. Enfermería, fisioterapia y Podología*, 3(3), 179-206.
- Most, R.B. y Zeidner, M. (1995). Constructing personality and intelligence instruments: Methods and instruments. En D.H. Saklofse & M. Zeidner (Eds.), *International handbook of personality and intelligence* (pp. 475-503). Nueva York: Plenum Press.
- Muñoz Selles, E. y Goberna Tricas, J. (2012). Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. *Matronas profesión*, 13(2), 50-54.
- Muñoz Selles, E., Goberna Tricas, J. y Delgado Hito, P. (2016). La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. *Matronas Profesión*, 17(2), 51-58.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2007). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory (3ª ed.)*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Núñez, P. (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas profesión*, 15(2), 43-49.
- O'Driscoll, K., Foley, M. y MacDonald, D. (1984). Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. *Obstetric and Gynecology*, 63(4), 485-490.
- Odent, M. (1990). *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala ediciones.
- Olsen, D. y Clausen, J.A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth (Review). *Cochrane database of systematic reviews*, 9.
- Olsen, D. y Jewel, M.D. (2008). El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital. En *La biblioteca Cochrane plus*, 2.
- Olza, I. (2003). Aspectos psicosociales del parto por cesárea. *Midwifery Today*, 8.
- Orellana, M.H. (s.f.) La actitud de la mujer frente al embarazo. Recuperado de: <http://www.clinicabendana.com/wp-content/uploads/2012/03/BIog-Actitud-de-la-mujer-frente-al-embarazo.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*, 2, 436-437.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicas*. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Who recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo del parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orozco Sáenz, F.A. (2009). La matrona a través de la Historia. *Cuidados de Enfermería*, 2. Recuperado de: http://www.cuidadosdeenfermeria.com/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=78. [acceso el 14 de marzo de 2016].
- Ortega, R., Sánchez, G., García, A. y Sánchez, M. (2001). ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? *Revista ROL de Enfermería*, 24(4), 290-299.
- Oudshoorn, C. (2005). The art of midwifery, past, present and future. *MIDIRS Midwifery Digest*, 15(4), 461-468.
- Page, L. (2001). The humanization of birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suplemento 1), 55-58.
- Page, L., Beake, S., Vail, A., McCourt, C. y Hewison, J. (2001) Clinical outcomes of one-to-one midwifery practice. *British Journal of Midwifery*, 9, 700-709.

- Page, L. y McCandlish, R. (2006). *The New Midwifery. Science and Sensitivity in Practice*. Filadelfia: Churchill Livingstone-Elsevier.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS*. Berkshire, UK: Open University Press.
- Pariante, C. (2010). ¿Qué es un parto natural? *Asociación el parto es nuestro*. Recuperado de: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/05/29/%C2%BF-que-es-un-parto-natural> [acceso el 28 de febrero de 2017].
- Pérez-Gil, J.A., Chacón, S. y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: El uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12, 442-446.
- Perpiñá Galvañ, J. (2012). *Adaptación de una versión corta de la subescala estado del "State-Trait Anxiety Inventory" de Spielberger (STA) en pacientes españoles conectados a ventilación mecánica invasiva*. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería, España.
- Perry, C., Quinn, L. y Nelson, J.L. (2002). Birth plans and professional autonomy. *Hastings Center Report*, 32(2), 12-13.
- Peter, J.P. y Churchill, G.A. (1986). Relationship among research design choices and psychometric properties of rating scales: A meta-analysis. *Journal of Marketing Research*, 23, 1-10.
- Peterson, R.A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21, 381-91.
- Piercey, J., Page, L., McCourt, C. (2001). *Evaluation of one-to-one midwifery practice second court study/midwives responses*. Londres: Hammersmith Hospitals NHS Trust-Thames Valley University.
- Pina, F., Martínez, M.E., Rojas, P., Campos, M. y Rodríguez, M.S. (1994). Laplanificación y la educación maternal favorecen el desarrollo del parto. *Enfermería Clínica*, 4(5), 209-215.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Lee, J. y Podsakoff, N.P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *The Journal of Applied Psychology*, 88, 879-903.
- Pomeroy R.H. (1918). Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, 78, 211-220.
- Price, J.L. (1997). Handbook of organizational measurement. *International Journal of Manpower*, 18, 305-558.
- Public Health Service. Department of Health and Human Services (1989). *Caring for our future: the content of prenatal care. A report of the Public Health Service Expert Panel on the content of prenatal care*. Washington, DC: Public Health Service, Department of Health and Human Services.
- Pujadas Ríos, X., Oviedo Rodríguez, R., Montero Torres, F. y Pineda, J.F. (2011). Humanización del parto en la medicina de excelencia. *Medisur*, 35(5), 55-57.
- Ramírez Peláez, H. y Rodríguez Gallego, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*, 19(4), 1-6.

- Rangel da Silva, L., De Souza Serrano, N. y Moreira Christoffel, M. (2006). La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencias. *Enfermería Global*, 5(2).
- Revez, L., Gaitán, H.G. y Cuervo, L.G. (2008). Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Reyes Hoyos, L.M. (2004). *Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, enero-diciembre 2002*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Perú.
- Rezende, L.S., Alves, V.H., Lessa, H.F. y Andrade, D.M.C. (2012). The experience and perception on the home birth in the voice of women. *Journal of Nursing UFPE on line*, 6(9), 2119-2126.
- Ringle, C.M., Wende, S. y Will, A. (2005). *SmartPLS 2.0 (beta)*. Hamburg: University of Hamburg.
- Rodrigáñez Bustos, C. (2010). *Pariremos con placer: Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Murcia: Madreselva.
- Rodrigo, I., Viñes, J.J. y Guillén-Grima, F. (2009). Análisis de la calidad de la información proporcionada a los pacientes por parte de unidades clínicas especializadas ambulatorias mediante análisis por modelos multinivel. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(2), 183-197.
- Rodrigues, B.C. y Cardelli, A.A.M. (2012). Analysis of a humanization proposal to the childbirth. *Acta Scientiarum*, 34(2), 171-176.
- Rodríguez, C. (2009). Reconociendo la maternidad: elegir ser madre, elegir saciar las necesidades de las criaturas. En C. Bernis, P.R. López y P. Montero (Ed.), *Determinantes Biológicas, Psicológicas y Sociales de la Maternidad en el Siglo XXI: Mitos y Realidades* (pp. 353-370). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rodríguez Martínez, F., Gisbert, A.J., Celda Moret, M.A., Muñoz Izquierdo, A. y Martínez Molina, A. (2015). Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el Consorcio Hospital General de Valencia (año 2013). *Matronas hoy*, 3(1), 15-21.
- Román Oliver, J., Espinaco Garrido, M.J. y Espinaco Garrido, F.J. (2007). Opinión de las mujeres sobre los cuidados del parto en hospitales públicos. *Revista científica hygia de Enfermería*, 6(3), 5-12.
- Rothman, B.K. (1982). *In labor: women and power in the birthplace*. New York: Norton.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists y Royal College of Paediatrics and Child Health (2007). *Safer Childbirth. Minimum Standards for the Organisation and Delivery of Care in Labour*. Londres: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Ruiz Vélez-Frías, C. (1955). *El parto sin dolor*. Tenerife: Ob Stare.
- Ryding, E.L., Wijma, B., Wijma, K. y Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Sadler, L.C., Davison, T y McCowan, L.M. (2001). Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 28(4), 225-235.

- Saisto, T., Kaaja, R., Yliorkala, O. y Halmesmäki, E. (2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*, 93(2), 123-127.
- Saisto, T., Salmela Aro, K., Nurmi, J.E. y Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez, M. y Sarabia, F.J. (1999). Validez y fiabilidad de escalas. En F.J. Sarabia (Coord.), *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas* (pp. 363-393). Madrid: Pirámide.
- Sánchez, M.A. y Ariza, M.N. (1985). Importancia de la educación maternal. *Enfermería Científica*, 43, 9-14.
- Santiago Vasco, M. y Béjar Poveda, C. (2015). Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas profesión*, 16(3), 90-95.
- Santos, O.M. y Siebert, E.R. (2001). The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1), 73-79.
- Sapkota, S., Kobayashi, T. y Takase, M. (2012). Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in nepal. *Midwifery*, 28(1), 45-51.
- Saunders, D., Boulton, M., Chapple, J., Ratcliffe, J. y Levtan, J. (2000). *Evaluation of the Edgware Birth Centre*. Londres: Barnet Health Authority.
- Saz Peiró, P., Tejero Lainez, M.C. y Ortiz Lucas, M. (2008). Asistencia al parto en casa. *Medicina Naturista*, 2(1), 13-32.
- Schaefer, G., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. (1982). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- Schmitt, F.F. (1995). *Truth: A primer*. Boulder, Colorado: Westviw Press.
- Schriesheim, C.A. y Hill, K. (1981). Controlling questionnaire acquiescence response bias by item reversal: The effect on validity. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1101-1114.
- Schwab, D.P. (1980). Construct validity in organization capital perspective. En B.M. Staw y L.L. Cummings (Eds.), *Research In Organizational Behavior* (Vol. 2, pp. 3-43). Greenwich, CT: JAI Press.
- Serrano Monzó, I. (s.f.) *Apuntes históricos de la Profesión de Matrona. A propósito de la exposición de: "matronas y mujeres en la Historia"*. Conferencia de la Asociación Navarra de Matronas, Pamplona. Recuperado de: <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf>. [acceso el 1 de abril de 2016].
- Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León (2012). *Protocolo de inducción del parto*. León: Complejo Asistencial Universitario de León.
- Servicio de Obstetricia y Ginecología. Grupo de trabajo del Proyecto de Asistencia al parto normal con mínima intervención (parto natural) (2007). *Proyecto de Asistencia al parto normal con mínima intervención (parto natural). Anexo a la Vía Clínica del parto*. Santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de León (2014). *Protocolo de seguimiento de embarazo de bajo riesgo. Área sanitaria de León*. León: Complejo Asistencial Universitario de León.

- Servicio de Obstetricia y Ginecología y Servicio de Anestesiología y Reanimación del Complejo Asistencial Universitario de León (2013). *Guía de actuación parto normal en mujer sana*. León: Complejo Asistencial Universitario de León.
- Sleutel, M. y Golden, S. (2006). Fasting in labor: relic or requirement. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28(5), 507-512.
- Smith, R.P. (2006). *Netter: Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer*. 1 ed. Barcelona: Masson.
- Smulders, B. y Croon, M. (2009). *Parto seguro. Una guía completa*. Barcelona: ediciones medici.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). Documento de Consenso SEGO: Asistencia al parto. Recuperado de: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_doc_consenso_asistencia_parto_normal.pdf. [acceso el 10 de marzo de 2017].
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Recuperado de: http://http://www.sego.es/Content/ pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf. [acceso el 1 de abril de 2016].
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2010). Control prenatal del embarazo normal. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia*. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidient_articulo=90020736&pidient_usuario=0&contactid=6pidient_revista=151&ty=96&accion=L&origen=zona_delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v54n06a90020736pdf001.pdf. [acceso el 1 de abril de 2016].
- Soong, B. y Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth*, 32(3), 164-169.
- Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Da Costa, M. y Araneda, H. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 7(2), 98-103.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA ediciones.
- Standley, K., Soule, B. y Copans, S.A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, 22-26.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences (3ª ed.)*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Stone, M. (1974). Cross-validators choice and assessment of statistical predictions. *Journal of the Royal Statistical Society*, 36, 111-133.
- Tabachnick, B.G. y Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics (3ª ed.)*. Nueva York: Harper Collins.
- Teate, A., Leap, N., Rising, S.S. y Homer, C.S. (2011). Women's experiences of group antenatal care in Australia: the Centering Pregnancy Pilot Study. *Midwifery*, 27(2), 138-145.
- Tenenhaus, M., Vinzi, V.E., Chatelin, Y.M. y Lauro, C. (2005). PLS path modeling. *Computational Statistics & Data Analysis*, 48(1), 159-205.

- Tessier España, E., Camaño Gutiérrez, I., García Burguillo, A., Hernández García, J.M., Vellido, Coteló, R., De la Hera Lázaro, C. y Oliver Pérez, M.R. (2013). Cesárea humanizada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(2), 73-78.
- Thompson, R.D., Barclay, D.W. y Higgins, C.A. (1995). The Partial Least Squares approach to causal modeling: Personal computer adoption and use as an illustration. *Technology Studies: Special Issue Research Methodology*, 2, 284-324.
- Thurstone, L.L. (1947). *Multiple factor analysis*. Chicago: Chicago University Press.
- Toochill, J., Soong, B. y Renary, V. (2008) Intervenciones para la cetosis durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En La *Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Torres Gutiérrez, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 284-297.
- Tourangeau, R., Rips, L.J. y Rasinski, K. (2000). *The psychology of survey response*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tranmer, J.E., Hodnett, E.D., Hannah, M.E. y Stevens, B.J. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 34(3), 319-328.
- Turnblin, A. y Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28(1), 52-56.
- Uribe, C., Rivera, M.S., Contreras, A., Bravo, P. & Cornejo, M. (2007). Significado del bienestar materno en la experiencia del parto. *Horizonte de enfermería*, 18(1), 89-100.
- Vila Candel, R., Mateu Ciscar, C., Bellvis Vázquez, E., Planells López, E., Requena Marín, M. y Gómez Sánchez, M.J. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas profesión*, 18(1), 28-36.
- Vivanco Montes, M.L. (2009). Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *REDUCA. Enfermería, Fisioterapia y Podología*, 1(2), 275-299.
- Wagner, M. (1998). Midwifery in the Industrialized World. *Journal of Society Obstetric and Gynecology Canada*, 20(13), 1225-1234.
- Wagner, M. (2000). *El nacimiento del nuevo milenio*. 1º Congreso internacional de Parto y Nacimiento en casa. Jerez. Recuperado de: https://www.elpartoestruero.es/sites/default/files/public/documentos/parto/parto%20medicalizado/O.-%20E1%20nacimiento%20de%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf [acceso el 28 de febrero de 2017].
- Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006. La necesidad de humanizar el parto. *Medicina Naturista*, 10, 298-310.
- Wagner, M. (2007). Global midwifery traditional and official and humanization of birth. *Midwifery Today*, 7(83): 55-57.

- Wandenstrom, U. (1999). Effects of birth centre care on fathers' satisfaction with care, experience of birth, and adaptation to fatherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 357-368.
- Wax, J.R., Lucas, F.L., Lamont, M., Pinette, M.G., Cartin, A. y Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(8), 203-243.
- Wax, J.R., Pinette, M.G. y Cartin, A. (2010). Home versus hospital birth-process and outcome. *Obstetric and Gynecology Survey*, 65(2), 132-140.
- Wei, S.Q., Luo, Z.C., Qi, H.P., Xu, H. y Fraser, W.D. (2010). High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(4), 296-304
- Wei, S.Q., Luo, Z.C., Xu, H. y Fraser, W.D. (2009). The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 114(3), 641-649.
- Wei, S.Q., Wo, B.L., Xu, H., Luo, Z.C., Roy, C. y Fraser, W.D. (2009). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Systematic Review*, 2.
- Werts, C.E., Linn, R.L. y Jöreskog, K.G. (1974). Interclass reliability estimates: Testing structural assumptions. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 25-33.
- Wetzels, M., Odekerken-Schroder, G. y van Oppen, C. (2009). Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS Quarterly*, 33(1), 177-196.
- Whitford, H.M. y Hillan, E.M. (1998). Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, 14(4), 248-253.
- Wills, T.A. (1982). Nonespecific factors in helping relationship. En T.A. Wills (Ed.), *Basic processes in helping relationships*. New York: Academic Press.
- Wills, T.A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Wold, H. (1973). Nonlinear iterative Partial Least Squares (NIPALS) modeling: Some current developments. En P. R. Krishnaiah (Ed.), *Multivariate Analysis: II. Proceedings of an International Symposium on Multivariate Analysis* (pp. 383-407). Nueva York: Academic Press.
- Wold, H. (1979). *Model construction and evaluation when theoretical knowledge is scarce: An example of the use of Partial Least Squares* (Cahiers du Département D' Économétrie). Geneva, Suiza: faculté des Sciences Économiques et Sociales, Université de Genève.
- Wold, H. (1980). Soft modeling: Intermediate between traditional model building and data analysis. *Mathematical Statistics*, 6, 333-346.
- Wold, H. (1982). Systems under indirect observation using PLS. En C. Fornell (Ed.), *A Second Generation of Multivariate Analysis* (pp. 325-347). Nueva York: Praeger Publishers.
- Wold, H. (1985). Systems analysis by Partial Least Squares. En P. Nijkamp, H. Leitner, & N. Wrigley (Ed.), *Measuring the unmeasurable* (pp. 221-251). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

- Zhao, H., Seibert, C. y Hills, C. (2005). The mediating role of self-efficacy in the development of entrepreneurial intentions. *Journal of Applied Psychology, 90*, 1265-1272.
- Zimmermann, J.B., Gomes, C.M., Tavares, F.S.P., Peixoto, I.G., Melo, P.C.V. y Rezende, D.F. (2009) Complicações puerperais associadas à via de parto. *Revista Médica de Minas Gerais, 15*(2), 109-116.

ANEXO

CUESTIONARIO EMPLEADO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

A) Variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo

Datos identificativos

Edad

Semanas de gestación

¿Has tenido algún parto? En caso afirmativo, ¿cuántos?

¿Has tenido algún aborto? En caso afirmativo, ¿en qué trimestre?

Seguimiento del embarazo actual

¿Dónde está siendo llevado a cabo el seguimiento de tu embarazo?

- *Sanidad pública*
- *Sanidad privada*
- *Ambas*

En el presente embarazo, ¿presentas algún riesgo?

¿Estás siendo atendida en las consultas de fisiopatología fetal del Hospital de León? En caso afirmativo, ¿por qué?

Atención recibida

¿Qué profesionales te han atendido durante tu embarazo actual y cuántos controles has tenido con cada uno de ellos?

- *Matrona*
- *Médico de familia*
- *Ginecólogo*
- *Otros (fisioterapeuta, doula...)*

¿A través de que medio dirías que has obtenido la mayor parte de la información que tienes actualmente acerca del embarazo y el parto?

- *Servicios de Salud*
- *Familia y amigos*
- *Internet, revistas, libros...*
- *Otros*

¿Tienes plan de parto?

En el caso de que tu parto sea normal, ¿qué profesional te gustaría que te atendiera?

- *Matrona*
- *Ginecólogo*
- *Otros*

B) Percepción de la atención y apoyo recibidos en la atención al embarazo

Se presentan una serie de afirmaciones relativas al grado de apoyo que has recibido por parte de los profesionales que atienden tu embarazo actual. Puntúa cada frase en función del grado de desacuerdo o acuerdo de 1 a 5.

	Desacuerdo		Acuerdo		
2.1. Me siento escuchada por los profesionales que me atienden	1	2	3	4	5
2.2. Los profesionales que atienden mi embarazo resuelven las dudas que les planteo	1	2	3	4	5
2.3. Los profesionales que atienden mi embarazo me aportan información sobre los aspectos importantes del embarazo y el parto, y enseñanzas (pujos, respiraciones...) para afrontarlo mejor	1	2	3	4	5
2.4. Los profesionales que me atienden me animan y apoyan ante las preocupaciones que les planteo	1	2	3	4	5
2.5. Los profesionales que me atienden me proporcionan material (libros, folletos...) que facilitan mi preparación al parto	1	2	3	4	5

C) Emociones ante el parto

Para cada uno de los siguientes enunciados indica cómo te sientes cuando piensas en el momento del parto de acuerdo a una escala de 1 a 5.

	Nada			Mucho	
3.1. Me siento calmada	1	2	3	4	5
3.2. Me siento segura	1	2	3	4	5
3.3. Estoy tensa	1	2	3	4	5
3.4. Estoy contrariada	1	2	3	4	5
3.5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	1	2	3	4	5
3.6. Me siento alterada	1	2	3	4	5
3.7. Estoy inquieta por posibles desgracias	1	2	3	4	5
3.8. Me siento descansada	1	2	3	4	5
3.9. Me siento angustiada	1	2	3	4	5
3.10. Me siento confortable	1	2	3	4	5
3.11. Tengo confianza en mí misma	1	2	3	4	5
3.12. Me siento nerviosa	1	2	3	4	5
3.13. Estoy desasosegada	1	2	3	4	5
3.14. Me siento oprimida	1	2	3	4	5
3.15. Estoy relajada	1	2	3	4	5
3.16. Me siento satisfecha	1	2	3	4	5
3.17. Estoy preocupada	1	2	3	4	5
3.18. Me siento aturdida y sobreexcitada	1	2	3	4	5
3.19. Me siento alegre	1	2	3	4	5
3.20. Me siento bien	1	2	3	4	5

D) Creencias relacionadas con la atención al parto

Se presentan una serie de afirmaciones relativas a diferentes actuaciones que pueden llevarse a cabo en la atención al parto normal. En cada caso, selecciona la alternativa que mejor se adapte a tu opinión pensando en tu futuro parto. Señala únicamente una de las opciones.

1. En relación a la rotura artificial de la bolsa amniótica:

- 4.1.N. No quiero que los profesionales que atiendan mi parto me rompan la bolsa porque no deseo ninguna intervención en mi parto
- 4.1.H. Me gustaría que solo me rompieran la bolsa cuando la dilatación se estanque o no progrese mi parto
- 4.1.I. Deseo que me rompan la bolsa porque aumenta las contracciones y mi parto será más rápido
- 4.1.D. Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
- 4.1.Ds. No me lo he planteado

2. En relación a la administración de oxitocina durante el periodo de dilatación:

- 4.2.N. No quiero que me administren oxitocina porque no deseo ninguna intervención en mi parto
- 4.2.H. Me gustaría que solo me administrara oxitocina cuando la dilatación se estanque o no progrese mi parto
- 4.2.I. Deseo que me administren oxitocina porque aumenta las contracciones y mi parto será más rápido
- 4.2.D. Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
- 4.2.Ds. No me lo he planteado

3. En relación a la administración de un enema antes del parto:

- 4.3.N. No quiero que me pongan un enema porque no deseo ninguna intervención en mi parto
- 4.3.H. No quiero que me pongan un enema porque no es necesario ni beneficioso
- 4.3.I. Me gustaría que me administraran un enema para evitar expulsar heces cuando tenga que empujar
- 4.3.D. Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
- 4.3.Ds. No me lo he planteado

4. En relación al rasurado del periné:

4.4.N.	No quiero que me rasuren porque no deseo ninguna intervención en mi parto
4.4.H.	No quiero que me rasuren porque no es necesario ni beneficioso
4.4.I.	Me gustaría que me que me rasuraran para disminuir el riesgo de infecciones
4.4.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.4.Ds.	No me lo he planteado

5. En relación a comer y beber durante el parto:

4.5.N.	Pienso que es posible comer y beber lo que quiera durante el parto
4.5.H.	Opino que se pueden beber líquidos, pero no comer durante el parto
4.5.I.	Considero que no se debe comer ni beber nada durante el parto
4.5.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.5.Ds.	No me lo he planteado

6. En relación a moverme y caminar durante el periodo de dilatación del parto:

4.6.N.	Me gustaría poder moverme libremente y caminar durante la dilatación porque es lo más natural en los mamíferos
4.6.H.	Me gustaría poder moverme libremente y caminar durante la dilatación porque favorece el proceso del parto
4.6.I.	Deseo permanecer acostada en la cama durante el parto
4.6.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.6.Ds.	No me lo he planteado

7. En relación al alivio del dolor durante mi parto:

7.1.N.	No deseo que me pongan la epidural porque no quiero ninguna intervención en mi parto
4.7.H.	Me gustaría probar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor antes de decidir que me pongan la epidural o no, porque conozco sus complicaciones
4.7.I.	Deseo que me pongan la epidural porque es el método más eficaz
4.7.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.7.Ds.	No me lo he planteado

8. En relación a la posición durante el nacimiento de mi hijo/a:

4.8.N.	Considero que se debe adoptar la posición más natural posible
4.8.H.	Creo que se deben considerar varias posturas (cucillas, a 4 patas, de pie...) y adoptar la que resulte más apropiada en ese momento
4.8.I.	Solo contemplo la posibilidad de parir tumbada boca arriba
4.8.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.8.Ds.	No me lo he planteado

9. En relación a la episiotomía (corte en el periné):

4.9.N.	No quiero que me hagan una episiotomía porque no deseo ninguna intervención en mi parto
4.9.H.	No me gustaría que me hicieran una episiotomía a no ser que fuera estrictamente necesario
4.9.I.	Deseo que me hagan una episiotomía para que el momento del nacimiento de mi hijo sea más rápido
4.9.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.9.Ds.	No me lo he planteado

10. En relación al contacto piel con piel:

4.10.N.	Deseo hacer CPP con mi hijo inmediatamente después de nacer porque es lo más natural y yo quiero que nos separen en ningún caso
4.10.H.	Me gustaría hacer CPP con mi hijo siempre que sea posible porque conozco sus beneficios
4.10.I.	Me gustaría que vigilaran a mi hijo durante los primeros minutos de vida en una unidad de neonatos y me lo entregaran cuando estuviera aseado y vestido
4.10.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.10.Ds.	No me lo he planteado

11. En relación al lugar del parto:

4.11.N.	Me gustaría dar a luz en mi casa
4.11.H.	He considerado diversas opciones como parir en casa, en el hospital o en una casa de partos
4.11.I.	Deseo parir en el hospital
4.11.D.	Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
4.11.Ds.	No me lo he planteado

12. En relación al inicio del parto:

-
- 4.12.N. Deseo que mi parto comience de forma espontánea y no quiero que me lo provoquen porque no deseo ninguna intervención en mi parto
-
- 4.12.H. Me gustaría que mi parto comience de forma espontánea y no quiero que me lo induzcan mientras sea posible
-
- 4.12.I. No me importaría que me provocaran el parto en la fecha que yo elija
-
- 4.12.D. Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
-
- 4.12.Ds. No me lo he planteado
-

13. En relación a la cesárea:

-
- 4.13.N. En principio, solo contemplo la opción de un parto vaginal porque es lo más natural
-
- 4.13.H. Siempre que sea posible, prefiero tener un parto vaginal a que me realicen una cesárea ya que conozco sus complicaciones
-
- 4.13.I. Encuentro que una cesárea tiene más ventajas que un parto vaginal
-
- 4.13.D. Creo que debe ser el profesional quien decida cómo actuar en este caso
-
- 4.13.Ds. No me lo he planteado
-

