

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: Parto y Modelos culturales: Una
revisión sistemática.**

Alumno: Baglietto Ramos, María de la O.

Tutor: Soler Torro, Jose Manuel.

**Master Universitario de Investigación en Atención
Primaria Curso: 2019-2020**

RESUMEN

Objetivo: Proporcionar información actual y ampliada sobre el trabajo de parto con relación a los cuidados de enfermería y los aspectos culturales.

Metodología: Se ha realizado una revisión y análisis de la literatura existente en cinco bases de datos: Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scopus y Dialnet. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en español e inglés) y de antigüedad de publicación (menores de 10 años de publicación). Los descriptores empleados para la realización de la búsqueda fueron: "parto", "enfermería transcultural", "matrona", "doulas", "modelos de enfermería", "transcultural nursing", "parturition" "midwife" y "nursing models". Los operadores booleanos empleados fueron "AND" y "OR". De un total de 276 artículos iniciales, fueron seleccionados 21 finalmente. **Conclusiones:** Los cuidados transculturales repercuten positivamente en la calidad asistencial de los cuidados ofrecidos a las gestantes por los profesionales de salud durante el parto. Existe una amplia variabilidad respecto a creencias y valores de cada gestante. Por ello, se requiere la formación específica por parte de Enfermería y otros profesionales de salud en el marco teórico de la diversidad y transculturalidad aportado por Madeleine Leininger.

ABSTRACT:

Objective: To provide current and expanded information on labor in relation to nursing care and cultural aspects. **Methodology:** A review and analysis of the existing literature has been carried out in five databases: Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scopus and Dialnet. A filter of language (works published in Spanish and English) and publication age (less than 10 years of publication) was applied. The descriptors used to carry out the search were: "childbirth", "cross-cultural nursing", "midwife", "doulas", "nursing models", "transcultural nursing", "parturition" "midwife" and "nursing models". The Boolean operators used were "AND" and "OR". From a total of 276 initial articles, 21 were finally selected. **Conclusions:** Cross-cultural care has a positive impact on the quality of care provided to pregnant women by health professionals during childbirth. There is a wide variability regarding beliefs and values depending on the culture of each pregnant woman. Therefore, specific training is required by Nursing and other health professionals in the theoretical framework of diversity and transculturality provided by Madeleine Leininger.

Palabras clave (DeCS): Parto; Enfermería transcultural; Cultura; Matrona; Doulas, sistemas de cuidados.

Keywords (MeSH): Parturition; Cross cultural nursing; Culture; Midwifery; Doulas, Care systems.

INDICE

1. Pregunta de investigación.....	3
2. Pregunta de investigación en formato PICO.....	3
3. Antecedentes y estado actual del tema.....	3
4. Justificación.....	8
5. Hipótesis.....	9
6. Objetivos.....	9
7. Material y método.....	10
8. Discusión.....	14
9. Conclusiones.....	18
10. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	19
11. Estrategia de la búsqueda bibliográfica.....	19
12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.....	19
13. Limitaciones y posibles sesgos	20
14. Posibles problemas éticos.....	20
15. Modelo de consentimiento informado.....	20
16. Ley de protección de datos.....	20
17. Personal que participará en el estudio y cual es su responsabilidad...	20
18. Instalaciones, instrumentación si fuera necesario.....	21
19. Presupuesto.....	21
20. Bibliografía.....	21
21. Anexos.....	24

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cómo perciben las gestantes la asistencia sanitaria ofrecida por los profesionales de enfermería en relación con los cuidados recibidos durante el proceso de parto?

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN EN FORMATO PICO.

Población	Mujeres gestantes durante el trabajo de parto.
Intervención	Asistencia sanitaria ofrecida por profesionales de enfermería
Comparación	Cuidados de enfermería individualizados a cada paciente desde un punto de vista holístico y transcultural. Cuidados de enfermería generalizados y protocolizados.
Resultados	Mejora de la calidad de los cuidados. Mejora de la asistencia sanitaria. Aumento del confort y seguridad de las gestantes. Satisfacción asistencia sanitaria recibida.

Tabla 1: Pregunta de investigación en formato PICO. Fuente: Elaboración propia.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La cultura a lo largo de la historia y en diferentes disciplinas (antropología, sociología, la psicología social...) ha ido evolucionando como concepto y ha sido definida por diversos autores en multitud de modalidades diferentes. La primera vez que se brindó este término fue en 1871 por el antropólogo Edward Burnett Tylor, definiendo esta como “aquel conjunto de conocimientos, creencias, arte, leyes morales, costumbres y cualquier tipo de destrezas o hábitos que las personas adquieren cuando forman parte de una sociedad”. (Brunner, 2011).

A lo largo de las generaciones, se ha dado una convivencia entre diferentes culturas en la sociedad debido principalmente a la permuta de varios inputs: el fenómeno de globalización, la coexistencia de diversos grupos étnicos en un mismo país o región, las diferencias entre y dentro de los mismos núcleos sociales, el aumento en el flujo migratorio y factores de índole personal como : la clase social, educación, género, idioma, edad, religión y estructura familiar,

etc. dando lugar a la diversidad cultural existente hoy en día. (Murcia & López, 2015).

Todos estos factores han contribuido a un proceso de cambio constante, el cual se ha reflejado en varios contextos, pero de una forma especial en el campo de Ciencias de la salud, particularmente en el ámbito de la enfermería. Si relativizamos lo mencionado anteriormente con su vertiente cultural, podemos afirmar que la globalización es un continuo de entradas y salidas debido a la permuta constante entre diferentes poblaciones y sociedades. (López, 2010). Edmundo Granda (2009) recomienda que para poder comprender este fenómeno de una forma generalizada cada persona debe de sumergirse en el proceso de la globalización sin perder la propia identidad cultural de su país de origen.

Una de las repercusiones más significativas que ha tenido la influencia de la cultura en el campo de ciencias de la salud ha sido la adquisición del término “competencia cultural”, ya que, menciona como un individuo hace suya la habilidad de decidir, hacer conciencia y emitir un juicio de lo que es más o menos saludable para su salud. (González, 2013). Esto se considera especialmente relevante ya que la cultura modela las vivencias del proceso continuum salud-enfermedad de la persona. (Spector, 2012).

El profesional de la enfermería es el protagonista de la interacción entre el paciente los servicios de salud y el contexto en el que se encuentre, por lo que se ha de nutrir de otras disciplinas como la antropología, la sociología y la psicología social para poder comprender mejor las creencias, prácticas y problemas de salud de estas personas procedentes de otras culturas, y así poder garantizar cuidados holísticos e individualizados con la máxima calidad. (Ibarra & Siles, 2006). Por lo que es de obligado cumplimiento para este colectivo, saber garantizar dichos cuidados, reconociendo al paciente como fuente de saber, con una historia, y una posición en lo general y en lo particular creando un sentido de interdependencia entre los saberes profesionales y los no profesionales y poniendo de manifiesto una auténtica interrelación humana, fomentando la salud y creando metas comunes entre profesional sanitario y paciente. (Khondker, 2013).

De este modo, la acción de cuidar adquiere una dimensión interactiva basada en significados, conocimientos y valores procedentes tanto del receptor de cuidados (paciente) como del emisor de cuidados (profesional de salud). Por lo que, de una forma más efectiva, en el proceso de atención de enfermería se puede individualizar el rol de cada paciente manteniendo la identidad cultural de este sin anular las diferentes a la propia, con un biofeedback positivo para ambos, con nuevas pertenencias, siendo capaces de ver el mundo con los ojos del otro. (García Navarro, 2015).

La Enfermería Transcultural nace cuando la disciplina enfermera utiliza el enfoque cultural para aproximarse a las necesidades de salud de los pacientes, convirtiéndose en un área formal de estudio que supone cuidar al otro desde el reconocimiento de sus necesidades, de su individualidad y originalidad. (Vásquez & Muñoz, 2007).

Madeleine Leininger introduce el término cultura en enfermería cuando funda, en los años 50, el campo de la enfermería transcultural. Posteriormente, en los años 60, define la Enfermería Transcultural como "el conjunto de convicciones, expresiones, valores y modos de vida de un grupo específico de la sociedad que son aprendidas y compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando en sus formas de conducta".

Leininger creó a su vez, la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales, los cuales tienen su base en que las personas pueden informar y guiar a los profesionales de salud y recibir de este modo, la atención sanitaria que necesitan de ellos. (Torres Jiménez *et al.*, 2018). Es inviable homogeneizar los cuidados dado que no todos los cuidados son lícitos para las diferentes culturas ni para todos los contextos si se tiene en cuenta que cada individuo y cada colectivo tienen sus propias creencias, valores, prácticas y tradiciones. (Leininger, 2005).

El nacimiento y la maternidad se inscriben en la cultura como uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una persona. La experiencia del parto es importante en la vida de la mujer y a través de ella, para la vida del conjunto de la población (Alba *et al.*, 2011). La mayoría de las culturas consideran el momento del parto como la fecha inicial de la nueva vida y siempre ha tenido una gran repercusión antropológica a nivel social y familiar siendo clave en el desarrollo del vínculo emocional entre madre e hijo. Así pues, el modo en

el que se lleva a cabo la reproducción social permite conocer el tipo de sociedad y las relaciones en la misma. (Castaño-Molina, 2014).

La maternidad está rodeada de creencias, prácticas tradicionales y mitos que se unen formando nociones culturales. Tales nociones son costumbres tradicionales que se heredan de generación en generación con el objetivo de favorecer la salud tanto de la madre como de su hijo. (Muñoz-Henríquez & Pardo-Torres, 2016). El parto desde los inicios de la historia pese a tratarse de un proceso fisiológico ha precisado de cuidados y atenciones (Biurrun Garrido, 2018) por lo que es tan determinante la influencia de la cultura en este proceso, que existen teorías específicas para comprender y estudiar este fenómeno como el de la enfermera Ramona Mercer (1986) “Adopción del rol materno”.

En su teoría del Rol Materno, Mercer establece un proceso interactivo y evolutivo en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de lo que implica el rol maternal, adquiriendo competencias de realización de cuidados en la diana madre-hijo. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del macrosistema y el microsistema (Mercer, 1991). Estos subsistemas establecen una relación e intercambio permanente para la regulación del sistema en su totalidad. Así, el macrosistema según Mercer se refiere a los prototipos generales que existen en una cultura o los contenidos culturales que se transmiten, determinando la adopción del rol materno y el microsistema serían los factores relacionados con los valores culturales y sociales de la propia gestante. Por esto, para comprender la forma de adopción del rol materno al utilizar esta teoría, uno de los factores a tener en cuenta son las creencias y valores culturales en el sistema en el cual se encuentra madre e hijo. (Mercer, 1991).

Al comparar las teorías de Leininger y de Mercer, a pesar de abordar diferentes fenómenos de la enfermería, Mercer, al plantear la existencia de un microsistema, hace referencia a un concepto de Leininger, (el contexto ambiental) el cual es definido por esta última como la totalidad de un evento, o experiencia particularmente significativa las expresiones humanas, interpretaciones sociales en ambientes físicos, ecológicos, culturales y sociopolíticos, recalando y reafirmando la importancia y la influencia de la cultura durante todo el proceso de gestación.

Algunos estudios (Castro & Rosero, 2011) ponen de manifiesto las diferencias culturales entre las actitudes y comportamientos en torno al parto. Sin embargo, aunque existen algunas variaciones y rasgos comunes en determinados colectivos, no es posible realizar generalizaciones: la variabilidad individual es una premisa fundamental (Luque Fernández *et al.*, 2005).

La atención sanitaria al parto ha ido modificándose durante el transcurso de la historia. A partir del siglo XVII el parto era atendido por las parteras tradicionales o doulas. Sus obligaciones consistían en preparar de forma adecuada a la mujer para el parto y comunicarse con el resto del equipo interviniente para brindar un abordaje multidisciplinar (Rodríguez & Durán, 2016). El Siglo XVIII se caracterizó por la relevancia que se le otorgó a la figura del médico y al uso del fórceps obstétrico. Las mujeres en aquella época eran consideradas poco aptas para la utilización de instrumentos y dominio de conocimientos técnicos. Al inicio del Siglo XIX la asistencia al parto se continuó desarrollando en ámbito privado y poco a poco empezaron a surgir excepciones a esta norma. Las figuras de los médicos o cirujanos cobraban cada vez más protagonismo en la asistencia al parto debido a la medicalización de este proceso. La asistencia al parto en un hospital no era lo habitual ya que era considerado un signo de pobreza, de soledad incluso de exclusión social. (Goberna, 2009).

Por otra parte, las funciones de las comadronas seguían siendo las de atender correctamente a las mujeres en el parto, además de aliviarles el dolor, aconsejarles sobre su vida sexual, o incluso llevar a cabo prácticas abortivas. (Silin, 2010).

En el siglo XX se produce una auténtica revolución biomédica (como el descubrimiento de la gammaglobulina anti-d y la ecografía) lo que se tradujo en la mejora de los indicadores de salud materno infantil y la institucionalización del proceso de parto, pasando de partos domiciliarios a partos hospitalarios. (Macías *et al.*, 2018).

Actualmente, en el trabajo de parto la atención sanitaria la asume el médico obstetra, el enfermero, la matrona o partera, siendo las funciones actuales de las parteras tradicionales: acompañar y dar apoyo a la mujer en el trabajo de parto y/o los días posteriores al nacimiento (Rodríguez & Durán, 2016).

Desde finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud apuesta por un parto humanizado, sin dejar de lado la vigilancia médica, insta a los estados a

revisar la tecnología aplicada a los partos, apoyándose en el principio bioético de autonomía, manteniendo a la parturienta y a su acompañante en un ambiente relajado. Sin embargo, en occidente la atención al parto sigue caracterizándose altos niveles de medicalización e indistintamente por profesionales sanitarios de ambos sexos. (Biurrun, 2018).

4. JUSTIFICACIÓN.

En los últimos años, debido a la globalización y al incremento de la migración, se ha producido una variación demográfica con la consecuente diversidad cultural repercutiendo sobre la sociedad en diferentes ámbitos: social, sanitario, político, económico, etc. España se ha convertido en un país receptor de población inmigrante procedente de otros países, donde una parte importante, la conforman mujeres jóvenes en edad fértil, por lo que la atención al parto se convierte al mismo tiempo en una demanda y en una necesidad de carácter prioritario. La calidad de los cuidados ofrecidos a este colectivo puede verse comprometida por diferentes factores (religiosas, barreras lingüísticas, culturales, sociales) dado que la gestación y el proceso de parto constituyen fenómenos bio-culturales donde se reflejan valores, sentimientos y creencias. En el sistema sanitario español, los profesionales sanitarios que atienden a este colectivo pueden presentar actitudes etnocéntricas y desconocimiento de las tradiciones socioculturales de este colectivo reflejándose en la consecuente disminución de la calidad de los mismos. Por lo tanto, nos encontramos ante un ambiente biomédico, en el cual reducimos la autonomía de las gestantes y de sus familias (Guiraldo-Gartner et al., 2016).

El excesivo tecnicismo de la medicina occidental aborda el parto solamente desde sus aspectos fisiológicos. En este sentido, el proceso de nacimiento se ha incluido más en el ámbito de la medicina especializada tratando a la gestante más como una mujer enferma que requiere asistencia médica (Biurrun, 2018). Se ha puesto mayor énfasis en evitar y curar la enfermedad y se ha prestado poca atención a las diversas variables del entorno en el cual se desarrolla la vida de los individuos (García Jordá, 2010). Por todo esto, los aspectos culturales, juegan un papel importante en la percepción y aceptación de los servicios sanitarios con las mujeres de otros países, dependiendo de dónde procedan sus

necesidades sanitarias variarán, por lo que requerimos conocer su cultura para poder garantizar unos cuidados asistenciales de calidad por parte de la enfermería.

Conocer como las gestantes se cuidan y cómo lo hacen con sus hijos desde su lógica cultural, permite a la Enfermería integrar un cúmulo de conocimientos valiosos y además propiciar cuidados de calidad a este grupo poblacional de gran importancia en las distintas sociedades. (Luque Fernández *et al.*, 2005).

Desde este enfoque, los cuidados culturales responden ante este contexto ya que consideran la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, en la cual se incluye la estructura social, la visión del mundo, expresiones lingüísticas, valores culturales y sistemas de cuidado profesional (Prieto & Ruiz, 2013).

5. HIPÓTESIS.

Las experiencias culturales de las gestantes durante el trabajo de parto responden adecuadamente al modelo teórico transcultural de Madeleine Leininger en base a la bibliografía existente.

6. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar información actual y ampliada sobre el trabajo de parto en relación con los cuidados de enfermería y los aspectos culturales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los aspectos más relevantes durante el trabajo de parto en las diferentes etnias y contextos culturales relacionándolo con los cuidados de enfermería.
2. Integrar los diferentes parámetros y conceptos identificados durante la atención parto acerca de los factores socioculturales que influyen durante el mismo.

7. MATERIAL Y MÉTODO.

Este proyecto parte de la perspectiva interpretativa-cualitativa que pretende “examinar fenómenos de los que se sabe poco o nada, o fenómenos que se han definido y conceptualizado de manera diferente” (Salamanca-Castro,2013). Dicho requisito lo cumple el presente trabajo, dada la escasez de artículos científicos existentes que relacionan los aspectos culturales con el trabajo de parto y que éstos a su vez son considerados por la disciplina enfermera.

El diseño que se ha empleado para este proyecto es una revisión sistemática de tipo cualitativo, dado que con el mismo se pretende proporcionar un conocimiento general, analizando, revisando y examinando la información existente mediante un proceso sistemático y bien delimitado que pueda ser reproducible por otros investigadores. (Guiraos-Gori et al., 2008)

Las revisiones sistemáticas son investigaciones científicas en las cuales la unidad de análisis son los estudios originales primarios. Constituyen una herramienta esencial para sintetizar la información científica disponible, incrementar la validez de las conclusiones de estudios individuales e identificar áreas de incertidumbre donde sea necesario realizar investigación. Además, son imprescindibles para la práctica de enfermería basada en la evidencia y una herramienta fundamental en la toma de decisiones en materia de salud. (Ferreira *et al.*, 2011).

Las revisiones sistemáticas sintetizan los resultados de investigaciones primarias mediante estrategias que limitan el sesgo y el error aleatorio. Estas estrategias incluyen:

- La búsqueda sistemática y exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes.
- La selección, mediante criterios de selección reproducibles, de los artículos que serán incluidos finalmente en la revisión.
- La descripción del diseño y la ejecución de los estudios originales, la síntesis de los datos obtenidos y la interpretación de los resultados.

Las diferentes etapas que se han llevado a cabo en esta revisión, según Ferreira (2011) han sido:

1. Definición de la pregunta de interés relacionada con el tema de estudio y los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.
2. Localización y selección de los estudios relevantes.
3. Extracción de datos de los estudios primarios.
4. Análisis y presentación de los resultados.
5. Interpretación de los resultados.

1. Definición precisa del tema de estudio: Las necesidades de cuidados que requieren las mujeres durante el desarrollo del parto desde una perspectiva holística y transcultural ha sido el tema central de este proyecto. Para ello, se ha realizado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo perciben las gestantes la asistencia sanitaria ofrecida por los profesionales de enfermería en relación con los cuidados recibidos durante el trabajo de parto?

Los criterios de inclusión utilizados han sido:

- Artículos obtenidos directamente de los descriptores empleados en los cuales se pueden identificar aspectos culturales en la atención al parto.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Acceso completo a las publicaciones.
- Artículos publicados en idiomas inglés o español.
- Artículos relacionados con el trabajo de parto y su concepción intercultural dentro del rol enfermero.

Los criterios de exclusión utilizados han sido:

- Artículos relacionados con el cuidado en torno a la gestación y el posparto.
- Los sujetos de estudio no fuesen mujeres.
- Artículos relacionados con el parto o embarazo desde una perspectiva fisiológica y/o clínica.

2. *Localización y selección de los estudios relevantes:* Para la realización de este trabajo, se han seguido los criterios y checklist recomendados por la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). La declaración PRISMA proporciona una explicación detallada de ciertos aspectos clave sobre la metodología y la conducción de revisiones sistemáticas (terminología, formulación de la pregunta de investigación, identificación de los estudios y extracción de los datos, calidad de los estudios, riesgo de sesgo, cuándo combinar datos, metanálisis, y análisis de la consistencia y sesgo de publicación selectiva de estudios o resultados), Incorporando varios aspectos conceptuales y metodológicos novedosos relacionados con la metodología de las revisiones sistemáticas que han emergido en los últimos años, periodo en el que ha habido una importante producción de revisiones y de investigación sobre éstas. La búsqueda bibliográfica realizada, se centralizó en cinco bases de datos: Pubmed, Web of Science, Scopus, Dialnet y Google Scholar. Para afinar la búsqueda, se emplearon los siguientes descriptores booleanos: parturition, culture, transcultural nursing, doulas, midwifery and system care. Todos ellos se encuentran incluidos en la Medical Subject Headings (MeSH) perteneciente a la U.S. National Library of Medicine. Los operadores booleanos utilizados fueron “AND” y “OR”. Se utilizaron los criterios de selección descritos anteriormente.
3. *Extracción de los datos de los estudios primarios:* Se realiza un análisis de los documentos, en el cual se extrae la información más relevante de los mismos. En la Tabla 1 se representa las diferentes búsquedas bibliográficas

electrónicas que se han realizado en las diferentes bases de datos para dicha revisión, junto al empleo de descriptores booleanos para afinar la búsqueda.

BASE DE DATOS	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	NºS ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS SEGÚN CRIT. INCLUSIÓN	ARTICULOS SEGÚN CRIT. INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
PUBMED	• ("Parturition"[Mesh]) AND "Models Nursing"[Mesh])	4	3	0
	• (((("Parturition"[Mesh]) AND "Culture"[Mesh]) AND "Midwifery"[Mesh]) OR "Doulas"[Mesh]))	337	32	4
	• ("Parturition"[Mesh]) AND "Transcultural Nursing"[Mesh]	16	13	3
WOS	• "Parturition" AND "Culture" AND "Midwifery OR Doulas"	67	19	3
	• "Parturition" AND "Models nursing"	2	2	0
	• "Parturition" AND "Transcultural nursing"	12	10	2
SCOPUS	• "Parturition" AND "Transcultural nursing"	11	9	2
	• "Parturition" AND "Culture" AND "Midwifery" OR "Doulas"	77	16	3
	• "Parturition" AND "Models nursing"	10	8	0
DIALNET	• Parto y Cultura y Matrona.	22	19	1
	• Parto y Enfermería Transcultural	14	11	2
	• Doulas.	54	21	1
	• Parto y Modelos de enfermería.	398	42	3
GOOGLE SCHOLAR	• Parto y Cultura y Matrona.	107	11	2
	• Parto y Enfermería Transcultural.	198	52	3
	• Parto y Modelos de enfermería.	57	8	0
	• Parto y Modelos de enfermería.			

Tabla 2: Bases de datos consultadas. Fuente: Elaboración propia.

4. Análisis y presentación de los resultados: En base al estudio y análisis de la información obtenida tras la revisión, se ha seleccionado la información más relevante para el objeto de estudio. Para poder llevar a cabo dicha selección nos hemos familiarizado con la multiculturalidad en el trabajo de parto y se han realizado dos evaluaciones. Después de extraer todos los artículos, en una primera evaluación se analizó la pertinencia de los artículos teniendo en cuenta el "Abstract", y el contexto sociocultural tras comprobar que respondían a los criterios de inclusión. Con ello se seleccionó el material más relevante y se eliminaron artículos que no aportaban información de calidad o que no estaban relacionados con el tema de estudio. En la segunda evaluación, se procedió a extraer los datos que podrían ser utilizados, teniendo en cuenta los criterios de exclusión. Finalmente, se obtuvo un total de 276 artículos en las bases de datos electrónicas. De ellos, sólo 21 fueron finalmente seleccionados tras aplicar los criterios de exclusión y que fueran relevantes y significativos para la revisión, sin

tener en cuenta los manuales, libros, protocolos, guías de cuidados de reconocimiento nacional y/o internacional incluidos u tras eliminar duplicados.

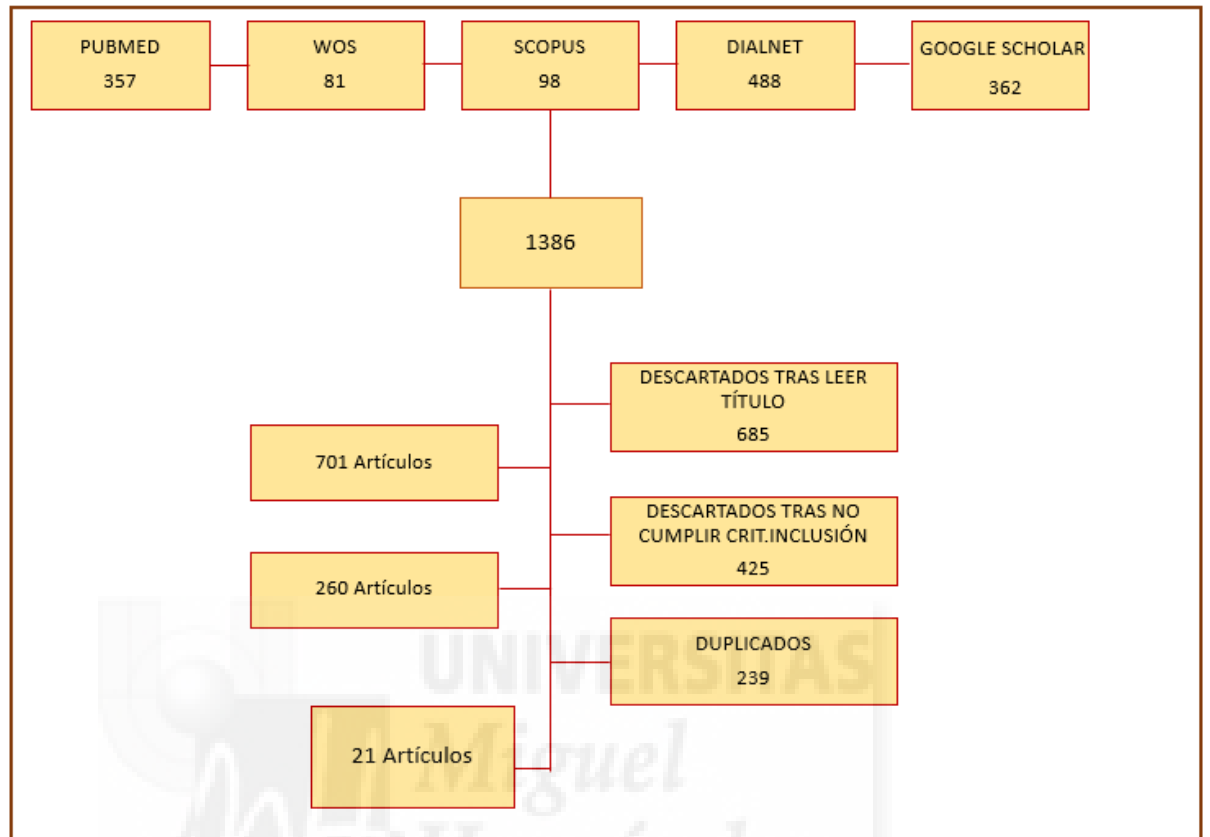


Figura 1. Diagrama de flujo de información. Fuente: Elaboración propia

5. Interpretación de los resultados: Esta fase tendría lugar en la fase ejecutoria del proyecto. En esta fase, también se contemplaría una vez realizada la ejecución del mismo, la difusión de los resultados con la consiguiente preparación y envío de artículos realizados a revistas científicas de prestigio.

8. DISCUSIÓN.

Durante los últimos años hasta la actualidad, se ha producido un crecimiento exponencial del número de estudios centrados en conocer y profundizar sobre las demandas y satisfacción de las necesidades en materia de salud de las gestantes, con el objetivo de orientar políticas de salud y ofrecer una adecuada asistencia dentro del sistema sanitario.

Dado los diversos estudios mencionados anteriormente, que han analizado aquellos factores que han influido negativamente durante el trabajo de parto de mujeres procedentes de otros países, se ha llegado a la conclusión que es fundamental para el profesional de enfermería establecer unas adecuadas pautas de comunicación evitando cualquier tipo de idea preconcebida o estereotipo sobre el colectivo al que atiende. Dado que los cuidados que ofrecen estos profesionales deben contemplar las preferencias, deseos, necesidades y expectativas de las gestantes, los profesionales deberán observar escuchar y preguntar aquello que desconocen de su cultura, así se procederá a la individualización de dichos cuidados. La exclusión de los aspectos culturales y preferencias de la parturienta en la atención hospitalaria supone la estandarización de los cuidados (Lazsa Vásquez, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 realizó un encuentro en Brasil donde surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que dio inicio al proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado (Prohuna, 2014). La OMS y comunidades científicas han tenido estos factores en cuenta y han modificado los protocolos referentes al parto aceptando la premisa de realizar solo las intervenciones que sean estrictamente necesarias y favorecer el parto natural siempre que sea posible. (Giraldo-Garnet et al., 2016).

La OMS defiende que la mujer sea protagonista de su embarazo y parto, de su propio proceso, que se respeten sus tiempos, donde le brinden toda la información necesaria y todas las opciones disponibles a su alcance para que tengan completa libertad de elección.

Las investigaciones aportadas por Medina & Mayca (2006) y Guiraldo-Garnet (2016), las gestantes nativas o inmigrantes que no acuden a las instituciones sanitarias es debido a que tales instituciones no están adecuadas a sus costumbres, presentan códigos culturales diferentes y diferentes factores como: la inflexibilidad de la posición ginecológica para la atención al parto, la vergüenza de mostrar sus genitales externos, el miedo la episiotomía, la eliminación de placenta y no poder contar con el apoyo de sus familiares durante el parto. Las gestantes que no han recibido una información y una formación apropiada para el parto presentan menor tolerancia al dolor y control de la situación. (Grupo de Trabajo sobre el Parto Normal, 2010). Las mujeres extranjeras residentes en

España reconocen que en ocasiones la asistencia ofrecida no es acorde a sus creencias y valores culturales. (Pina y Almansa, 2014).

A continuación, en la siguiente tabla, se sintetiza un breve análisis de las principales variables identificadas durante el parto que influyen en la calidad de la asistencia sanitaria recibida por parte de las gestantes. (Muñoz-Henríquez & Pardo-Torres, 2016; Lazsa Vázquez, 2015; Castaño Molina, 2014; Medina & Mayca, 2006).

VARIABLE	MODO	DÓNDE SE OBSERVA
ACOMPañAMIENTO DURANTE EL PARTO	Contexto Familiar	Países en vías de desarrollo Países desarrollados
	Participación de la "partera"	Comunidades nativas y africanas Zonas rurales en países de vías de desarrollo
	Participación de profesionales sanitarios especializados	Países desarrollados (95%) Países en vías de desarrollo (30%)
TIPO DE ASISTENCIA	A domicilio	Países en vías de desarrollo
	Hospitalaria	Países desarrollados (90%)
ALIVIO DEL DOLOR	Infusiones calientes a base de plantas medicinales	Comunidades nativas peruanas (70%)
	Petición de anestesia (epidural) antes de iniciar el parto	Mujeres latinoamericanas y procedentes de Europa del Este
	Escaso umbral del dolor	Comunidad islámica y asiática Mujeres con un nivel sociocultural bajo

PERCEPCIÓN DEL DOLOR	Umbral del dolor dentro de parámetros habituales	Países europeos
PERCEPCIÓN CALIDAD DE LOS CUIDADOS	Alto grado de intersensibilidad	Mujeres inmigrantes
DEMOSTRACIÓN DEL DOLOR	Ausencia de sonidos y/o gestos	Mujeres de procedencia latinoamericana
	Exaltación del dolor	Mujeres procedentes de Europa del Este y de África

VARIABLE	MODO	DÓNDE SE OBSERVA
ALUMBRAMIENTO	Espontáneo o fisiológico	Países desarrollados y subdesarrollados
	Inducido	Países desarrollados (10%)
TIPO DE PARTO	Parto vía vaginal	Preferencia, independientemente de la cultura
	Cesárea	Países desarrollados (30%, de las cuales 80% no eran como último recurso)
PERCEPCIÓN DE LA ASISTENCIA RECIBIDA	Maltrato verbal	Atendidas en un hospital (11%)
	Maltrato físico	Atendidas en un hospital (7%)
PARTICIPANTES EN LA ASISTENCIA	Femenina	Preferencia
RELACIÓN EMOCIONAL CON EL RECIÉN NACIDO	Vínculo tardío con el recién nacido dada la alta tasa de natalidad en sus países	Mujeres de procedencia asiática y latinoamericanas

Tabla 3. Variables durante el trabajo de parto. Fuente: Elaboración propia.

Considerar los valores de la mujer, sus creencias y sentimientos, respetando su dignidad y autonomía durante el parto empodera a las mujeres y humaniza los cuidados. (Johannsen, 2016).

Los cuidados transculturales, holísticos e individualizados, es un desafío actual para los profesionales sanitarios dado que se requiere de una formación especializada en dicho ámbito. Esta formación requiere de unos conocimientos y unas competencias en multiculturalidad para poder brindar dichos cuidados independientemente de la etnia, religión, raza, sexo o edad de las pacientes.

De este modo se podrán conseguir “partos respetados” tanto a la mujer, familia y recién nacido, respetando las opiniones y necesidades de la mujer, adoptando las medidas que sean beneficiosas, evitando prácticas intervencionistas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana. (Vela, 2015).

9. CONCLUSIONES.

Las conclusiones preliminares obtenidas durante la realización de este proyecto son:

1. El Modelo de Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger, debe ser la base fundamental de los modelos de cuidados de enfermería, en los que los enfermeros y enfermeras deben basar su práctica asistencial.
2. El profesional de enfermería debe reconocer y cubrir las necesidades de salud de cada gestante de forma individualizada y única, no ofrecer cuidados transculturales a categorías de la sociedad en función de sus aspectos socioculturales.
3. Las prácticas de cuidado durante el trabajo de parto deben contemplar las preferencias culturales de las parturientas (rituales, valores y creencias) y estar basados en una visión holística.

4. Es necesario la formación especializada en multiculturalidad de los profesionales de salud (profesionales de enfermería, especialistas obstétrico-ginecológicos y resto del equipo multidisciplinar interviniente).

5. Es necesario incidir en esta línea de investigación, debido que llevará consigo un aumento del grado de evidencia existente respecto a la multiculturalidad en la asistencia al parto.

10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.

1. Incluir la formación en multiculturalidad dentro de los programas formativos de los profesionales de ciencias de la salud.

2. Promocionar diferentes formas de abordaje en la metodología incorporando el conocimiento transcultural de las gestantes a la investigación actual.

3. Conocer y mejorar las prácticas de cuidado de quienes ofrecen asistencia sanitaria sean profesionales o no.

11. ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

Este apartado está incluido y se encuentra detallado en el apartado 7. Material y Método, debido al tipo de estudio realizado y características del mismo.

12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA.

La realización del proyecto final de máster ha durado 6 meses, comprendiendo un intervalo temporal desde Enero de 2020 hasta Julio de 2020. Durante este periodo, se han realizado diferentes partes de entrega de carácter mensual acorde a las fechas establecidas por la normativa del máster. El tutor, ha revisado los partes de entrega y realizado las correcciones oportunas, así como la supervisión de la entrega de los nuevos borradores por parte de la alumna. Durante este tiempo, se han establecido diferentes tutorías de carácter online y vía email para la orientación del proyecto y resolución de las dudas planteadas. El plan de trabajo que se ha seguido se ejemplifica en la siguiente tabla:

CONTENIDO	FECHA DE ENTREGA
Asignación de temas.	10/01/2020
Entrega de bibliografía seleccionada.	30/01/2020
Entrega de objetivos y antecedentes.	02/03/2020
Entrega de material y método.	01/04/2020
Entrega TFM revisión completa.	08/05/2020
Entrega TFM y presentación.	19/05/2020
Defensa TFM.	04/07/2020

Tabla 4. Plan de trabajo detallado. Fuente: elaboración propia

13.LIMITACIONES Y POSIBLES SEGSOS.

-La posible evasiva de los profesionales de salud a la incorporación de nuevas metodologías como parte de los sistemas de cuidados.

-La falta de la valoración metodológica de los estudios, así como el correspondiente análisis que se realizaría en la fase de ejecución de este proyecto.

14.POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS.

Este apartado no es aplicable al estudio realizado debido a las características del mismo.

15.MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SI LO HUBIERA.

Este apartado no es aplicable al estudio realizado debido a las características del mismo.

16.PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUAL ES SU RESPONSABILIDAD.

El personal que participará en el estudio será la autora de este proyecto realizando la adecuada búsqueda bibliográfica y analizando la correspondiente calidad metodológica de los estudios. No obstante, para el análisis de la calidad

metodológica de los estudios (análisis de la consistencia individual, metodología, extracción y combinación de datos) participará personal del Departamento de Investigación de la Universidad debido a la formación específica requerida para su ejecución.

17. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN SI FUERA NECESARIO.

Los recursos necesarios para la ejecución de este proyecto serán los recursos electrónicos bibliográficos mencionados anteriormente y toda aquella bibliografía en formato papel u online que aporte la adecuada evidencia científica necesaria al estudio.

18. PRESUPUESTO.

Este apartado no es aplicable al estudio realizado debido a las características del mismo.

19. BIBLIOGRAFÍA.

- ✚ Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. (2011). Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
- ✚ Biurrun Garrido A. (2018). La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y autocontrol. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- ✚ Brunner, L.S., Bare, B., Smeltzer, S. & Smith, D. (2011). Soins infirmiers en médecine et chirurgie 1: Généralités. Vol. 1. Santé. Groupe de Boeck.
- ✚ Castaño Molina M. A. (2014), El parto como construcción cultural de las mujeres abarcaneras, 1945-1950. Málaga, España: Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica de la Universidad de Málaga.
- ✚ Castro Martín, T. & Rosero-Bixby, L. (2011). Maternidades y fronteras. La fecundidad de las mujeres inmigrantes en España. Revista Internacional de Sociología 69.M1, 105-138.

- ✚ Ferreira González I., Urrutia G., y Alonso Coello P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*. (64) 688-696.
- ✚ García-Navarro, E. B., & Gualda, E. (2015). Transcultural Care and Family Strategies to Deal with Dependency: The Phenomenon of Foreign Caregivers. *Aquichán*, 14(4).
- ✚ Giraldo-Gartnet, V., Muñoz-Rondón, C., Buitrago-Echverri, M. T., y Abadía-Barrero, E. (2016). Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44, 3, 224-239.
- ✚ Goberna-Tricas J. (2009). Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. [tesi doctoral]. Universitat de Barcelona.
- ✚ Granda, E. (2009). La salud y la vida. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud. *9redes.rediris.es*, (7), 3. 1-34.
- ✚ Guirao-Goris, J. A., Olmedo Salas, A., y Ferrer Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1, 1, 6
- ✚ Ibarra Mendoza, X., & Siles González, J. (2006). Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados*, año 20, 129-135.
- ✚ Johansen J. (2016). Popularizando nuevas tendencias o redescubriendo antiguas prácticas. *Banco Interamericano de Desarrollo en Ecuador*.
- ✚ Khondker, H. H. (2013). Globalization, Glocalization, or Global Studies: What's in a Name? *Globalizations*, 10(4), 527-531.
- ✚ Lazsa Vázquez, C. (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas Rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41, 3, 487-496
- ✚ Leininger, M. (2007). Teoría de los cuidados culturales. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. Philadelphia: Mosby, 472-98.
- ✚ López, L. (2010). Los Saberes Culturales en Salud en un Mundo Glocalizado. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 81-83

- ✚ Luque Fernández, M. A., y Oliver Reche, M. I. (2005), Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 9-13.
- ✚ Macias Seda, J., y Gómez Salgado, J. (2010), *Fundamentos de la Enfermería Obstetricia-Ginecología* (2ª ed). Madrid, España: FUDEN.
- ✚ Medina, A., y Mayca, J. (2006). Embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23, 1, 22-32.
- ✚ Mercer, R, 1991. Modelo de adopción del rol maternal. (modificado de Mercer, R, T. [1991]. *Maternal role: Models and consequences*.
- ✚ Moher, D., Shamseer L., Clarke M., Ghersi D., Liberati A., Petticrew M., Shelleke P., Stewart L, and PRISMA Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta analysis protocols. *Systematic reviews* 2015.4-1.
- ✚ Murcia, A., & López L., (2015). La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: una metasíntesis cualitativa. *Revista Latino-Am. Enfermagem* 2016;24: e2718 DOI: 10.1590/1518-8345.1052.2718.
- ✚ Muñoz-Henríquez, M., y Pardo-Torres, M. P. (2016). Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla. *Aquichan*, 16, 1, 43-55.
- ✚ OMS | Mortalidad materna. (2017). Who.int. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
- ✚ Pina Roche, F., y Almansa Martínez, P. (2014). *Mujer y cuidados: retos en salud* (1ª ed, pp. 135-151).
- ✚ Prieto, B. M., y Ruiz, C. H. (2013). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*, 13, 1, 7-16.
- ✚ Rodríguez, B. y Durán, K. (2016). Performance of doulas in the care of the woman and her family during the gestational period, delivery and postpartum in Costa Rica. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 1-21.
- ✚ Salamanca Castro, A. (2013), *El Aeiou de la investigación en enfermería* (1ª ed.). Madrid: FUDEN.

- ✚ Silin, J. (2010). De mujeres, matronas, doulas y partos. En II Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres. Buenos Aires.
- ✚ Spector, Rachel E. (2012). Valoración de la herencia cultural. Cultura de los Cuidados, año V, nº9, 71-81.
- ✚ Vásquez, Martha Lucía, Muñoz de Rodríguez, L.,(2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia Médica, 38, 98-104.
- ✚ Vela, G. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención al parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima-Perú.

20. ANEXOS.

No constan anexos adjuntos.

