

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
Experiencia materna en el contacto piel con piel en cesáreas

Autora: Rita María Méndez Sanabria

Tutor: Nicolás Fernández García

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Sede La Palma

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Junio 2023

Resumen:

La cesárea es la intervención quirúrgica en la que se hace una abertura en la zona baja del vientre de la madre para extraer al bebé. El modelo asistencial actual y la tecnificación de la atención al nacimiento han supuesto la deshumanización del parto por cesárea por parte de los profesionales sanitarios. Actualmente, se están llevando a cabo técnicas para cambiar esta situación no humanizada. Una de ellas es el contacto piel con piel. El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido cubierto solamente con un gorro o paños calientes sobre el pecho y abdomen desnudo de su madre. Esto se realiza inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida, aprovechando el estado de alerta tranquila del niño. Esta técnica reduce el nivel de estrés en la madre, facilita el desarrollo del vínculo afectivo, el éxito de la lactancia materna y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Sin embargo, en la mayoría de los hospitales se separa a la madre y al recién nacido el tiempo que dura la recuperación tras la cesárea, lo que puede prolongarse varias horas.

Este proyecto tiene como objetivo conocer la experiencia materna en el contacto piel con piel tras haber dado a luz por cesárea. Para lograr este objetivo se utilizará una metodología cualitativa, que permitirá recopilar información detallada sobre las experiencias y percepciones de las madres sobre el contacto piel con piel tras la cesárea. Además, se espera que este proyecto tenga una duración máxima de un año. La ejecución de este estudio aportaría a las familias una mayor conciencia sobre la importancia del contacto piel con piel después de una cesárea y los beneficios que puede tener tanto para la madre como para el recién nacido. Asimismo, podría ayudar a los profesionales de la salud a comprender las necesidades y preferencias de las madres en relación al contacto piel con piel, lo que podría llevar a una atención personalizada y efectiva.

Palabras clave: cesárea, método madre-canguro, recién nacido, madre, experiencia, enfermería, investigación cualitativa.

Abstract:

A Caesarean section is a surgical intervention in which an opening is made in the lower part of a mother's abdomen to extract her baby. The current care model and the technification of birth care have led to the dehumanization of Caesarean section by health professionals. Currently, techniques are being carried out to change this dehumanized situation. One of them is skin-to-skin contact. Skin-to-skin contact consists of placing a newborn covered only with a hat or hot cloths on his or her mother's bare chest and abdomen. This is done immediately after the childbirth, even before cutting the umbilical cord, so as to keep the baby in that position for as long as possible during his or her first hour of life, taking advantage of the child's state of calm alertness. This technique reduces the mother's stress level, it facilitates the development of the bonding, the success of breastfeeding and the adaptation of the newborn to the extrauterine life. However, in most hospitals, mothers and newborns are separated during the recovery time after the Caesarean section, which can take several hours.

The objective of this project is to know maternal experiences of skin-to-skin contact after giving birth by Caesarean section. To achieve this objective, a qualitative methodology will be carried out, which will allow to gather detailed information on mothers' experiences and perceptions, about skin-to-skin contact after Caesarean section. In addition, this project is expected to last a year at most. The implementation of this study would provide families with a greater awareness of the importance of skin-to-skin contact after a Caesarean section and benefits it can have for both mothers and newborns. Likewise, it could help health professionals to understand mothers' needs and preferences in relation to skin-to-skin contact, which could lead to a personalized and effective care.

Key words: Caesarean section, kangaroo-mother care method, newborn, mother, experience, nursing, qualitative research.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AEPED: Asociación Española de Pediatría.

BIREME: Biblioteca Regional de Medicina.

CHUC: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

CPP: Contacto piel con piel.

DECS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

DPP: Depresión postparto.

HULP: Hospital Universitario de La Palma.

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia.

MESH: Medical Subject Headings.

NLM: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RN: Recién nacido.

SCS: Servicio Canario de la Salud.

TFG: Trabajo Fin de Grado.

Índice

1. Introducción y Marco Teórico.....	1
1.1. El parto.....	1
1.1.1. Breve historia de la atención al parto humano.....	3
1.1.2. Tipos de parto	4
1.2. Definición del concepto de cesárea.....	4
1.2.1. Historia de la cesárea.....	5
1.2.2. Indicación de la cesárea.....	5
1.3. Definición del contacto piel con piel.....	6
1.3.1. Antecedentes del contacto piel con piel.....	7
1.3.2. Indicación del contacto piel con piel.....	8
1.3.3. Beneficios del contacto piel con piel tras la cesárea.....	8
1.3.4. Contraindicaciones del contacto piel con piel en la cesárea.....	9
2. Justificación.....	11
3. Revisión de la literatura.....	13
4. Objetivos del proyecto.....	17
4.1. Objetivo general.....	17
4.2. Objetivos específicos.....	17
5. Metodología.....	18
5.1. Herramientas para la recolección de datos.....	20
5.2. Análisis e interpretación de datos.....	21
5.3. Calidad de los resultados.....	22
5.4. Muestreo.....	23
5.4.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	25
5.5. Limitaciones en investigación cualitativa.....	25
6. Cuestiones éticas.....	27
7. Recursos y presupuesto.....	28
8. Cronograma.....	29
9. Bibliografía.....	30
10. Anexos.....	39
10.1. Anexo 1. Etapas del proceso de parto.....	39
10.2. Anexo 2. Tipos de incisión uterina para cesárea.....	40
10.3. Anexo 3. Clasificación de Robson.....	41
10.4. Anexo 4. Preguntas tipo para la entrevista semiestructurada.....	42
10.5. Anexo 5. Consentimiento informado.....	43

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.

Este documento se corresponde con un proyecto de investigación sobre un tema de actualidad, del que hay poca indagación realizada, como es el contacto piel con piel (CPP) del recién nacido (RN) con su madre tras el nacimiento por cesárea.

En la actualidad, después del nacimiento del bebé tras la cesárea, se ha convertido en habitual la separación física de la madre y su bebé, colocando al bebé en una cuna de calor e iniciando la lactancia materna y el vínculo afectivo madre-hijo con posterioridad a la hora de vida. Esta separación provoca estrés en el RN, causando numerosos problemas y complicaciones que requieren intervenciones adicionales para preservar su salud ⁽¹⁾. Por ello, el contacto piel con piel es una de las actividades que ha empezado a tomar relevancia en la atención al parto, introduciéndose poco a poco en las cesáreas. En las unidades maternas de los hospitales españoles, el acto de separar a la madre de su hijo es usual después de la cesárea, aunque la madre esté consciente y orientada y que el recién nacido sea un niño sano y a término ⁽²⁾. Esto ha demostrado ser una situación violenta para la salud emocional de la madre, que es desprendida de su recién nacido y provoca una pérdida de beneficios fisiológicos para ambos ⁽²⁾.

El presente Trabajo Fin de Grado (TFG) tratará en primer lugar la definición de conceptos clave sobre este tema. En segundo lugar, se expondrá la justificación de este proyecto seguida de una revisión bibliográfica. Se ha decidido elaborar un proyecto en vez de un estudio con resultados debido a que la ejecución conlleva una serie de permisos de comités éticos, muestreo y análisis de resultados que necesitan de una duración mayor al tiempo disponible para la entrega del TFG. A continuación, se mostrarán los objetivos del proyecto, la metodología y las herramientas a utilizar. Además, se expondrá el muestreo, las cuestiones éticas, los recursos y presupuesto necesarios para la ejecución de dicho proyecto. Finalmente, se mostrará el cronograma, las correspondientes referencias bibliográficas y los anexos complementarios al documento.

1.1. El parto.

El parto humano es un proceso fisiológico natural mediante el cual una mujer gestante da a luz al recién nacido ⁽³⁾. Durante el parto, el feto es expulsado desde el útero materno a través del canal de parto hasta llegar al exterior del cuerpo de la madre ⁽⁴⁾.

Este acontecimiento implica la coordinación de diversos sistemas del cuerpo de la mujer, incluyendo el sistema hormonal, el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el sistema muscular. Asimismo, puede estar influenciado por factores psicológicos y socio-culturales, y puede variar en duración e intensidad de una mujer a otra ⁽⁵⁾. El trabajo o proceso de parto eutócico se compone de 3 etapas, recogidas en el Anexo 1 ^(5,6):

Período de dilatación.	<p>Dos fases: inicial o latente, y activa.</p> <p><u>Fase inicial o latente</u>: tiene una duración media de 8 horas en primíparas y 5 horas en embarazos posteriores. Existen contracciones irregulares al principio que se van volviendo cada vez más fuertes y rítmicas, el cérvix se hace más delgado y se dilata aproximadamente hasta 4 cm.</p> <p><u>Fase activa</u>: tiene una duración media de 5 a 7 horas en primíparas y de 2 a 4 horas en embarazos posteriores, el cérvix se dilata por completo (10 cm), el bebé va descendiendo por la pelvis de la mujer y aparece la necesidad de empujar.</p>
Período de expulsión.	<p>Tiene una duración aproximada de 2 horas en primíparas y de 1 hora en embarazos posteriores.</p> <p>La mujer siente presión en el recto a medida que la cabeza del bebé desciende a través de la vagina. Finalmente, con los pujos maternos, el bebé es expulsado del cuerpo de su madre.</p>
Período de alumbramiento.	<p>En esta fase se libera la placenta, entre 30 y 60 minutos tras el expulsivo. La placenta se separa de la pared del útero y sale por el canal del parto, por sí sola o puede requerir la ayuda del profesional mediante suave tracción.</p>

Tabla 1. Etapas del proceso de parto. Artal, R. (2021) ⁽⁵⁾

1.1.1. Breve historia de la atención al parto humano.

La obstetricia, campo de la medicina actual que se especializa en la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio ⁽⁷⁾, tiene sus orígenes en la prehistoria, donde la atención del parto sólo estaba presenciada por mujeres. Asimismo, según la mitología griega, esta acción también era para las diosas y no para los dioses ⁽⁸⁾. Sin embargo, en la mitología griega se permitía que los hombres participaran cortando el cordón umbilical ⁽⁹⁾.

Durante el período comprendido entre el 6000 y el 1200 a.C. en Egipto, las mujeres recibían atención exclusivamente de otras mujeres durante el parto, el cual se llevaba a cabo en posiciones en cuclillas sobre el suelo o ladrillos ⁽⁹⁾. El papiro de la época menciona varios estimulantes del parto, como la sal, la cebolla, el aceite, la menta, el incienso, el vino, las cáscaras de escarabajo y tortuga, que eran considerados efectivos en ese momento. Además de lo nombrado, el documento incluía recomendaciones para la lactancia materna ⁽⁸⁾. Durante la época antigua de Grecia y, posteriormente en Roma, se observaron evidencias claras de que la práctica de cesárea *post mortem* ya existía, llegando a ser obligatoria en el año 715 a.C. entre los romanos. Esta práctica exigía que se extrajera el feto de toda mujer que falleciera durante su embarazo o parto ⁽⁹⁾.

En Roma, entre los años 130-150 d.C., cuando las parteras necesitaban asistencia, los médicos limitaban su acción a la amputación de los fetos dentro del útero o a su extracción utilizando herramientas como pinzas, ganchos y cuchillos ⁽⁸⁾. Sorano de Éfeso (150 d.C.), considerado el padre de la Ginecología y Obstetricia, escribió sobre el parto en su obra titulada "Sobre las enfermedades de las mujeres". Esta obra fue utilizada durante más de 15 siglos como guía para el parto. Como primer obstetra reconocido de la historia, Sorano describió varias maniobras para la atención del parto, como la corrección de la posición del feto ⁽⁸⁾. Además, abordó temas como las distocias y la protección del periné durante el parto. A pesar de que Sorano realizó una de las primeras disecciones completas del útero, su rechazo a esta práctica por considerarla ineficaz probablemente obstaculizó el desarrollo de la Obstetricia ⁽⁸⁾.

En el Siglo XV, el lugar de referencia para la maternidad europea fue el Hotel Dieu de París. En este contexto, Ambrosio Paré, cirujano francés que destacó en el campo de la obstetricia ⁽¹⁰⁾, fue considerado un guía y maestro excepcional para las comadronas de la época. Su aporte a la Obstetricia fue significativo, especialmente en lo que respecta a la versión podálica y la extracción en nalgas ⁽⁸⁾. El año 1650 es considerado una fecha importante debido a que los cirujanos fueron autorizados para entrar en la sala de partos del Hotel Dieu de París, lo que les permitió participar activamente en la práctica de la obstetricia ⁽⁸⁾. Este hecho marcó el inicio de la participación de los hombres en esta disciplina médica. Posteriormente, esta práctica se extendió a España ⁽⁸⁾.

La introducción de la anestesia en medicina supuso un gran avance en la ginecología y obstetricia ⁽¹¹⁾. En 1847, Sir James Young Simpson, médico obstetra escocés que dedicó gran parte de su vida a probar alternativas que alivien el dolor físico relacionado con el trabajo de parto ⁽¹²⁾, logró con éxito el uso del éter para aliviar el dolor durante el parto. Al año siguiente, descubrió que el cloroformo podía utilizarse como analgésico en este tipo de procedimientos ⁽¹¹⁾. En 1921, Fidel Pagés Miravé, médico militar español, inventó la anestesia epidural torácica y lumbar, tan utilizada hoy en día en obstetricia ⁽¹³⁾.

1.1.2. Tipos de parto.

Según la forma en la que se produce la expulsión del feto, por lo general, el parto se puede clasificar en 3 tipos principales: parto vaginal, parto instrumental y cesárea ⁽¹⁴⁾.

En el parto vaginal, el bebé es expulsado del útero de la madre a través del canal de parto, que está formado por la vagina y el cuello uterino dilatado. Sin embargo, en el parto instrumental, se utilizan herramientas médicas para ayudar a extraer al bebé del canal de parto. Estas herramientas pueden ser fórceps o ventosas obstétricas ⁽¹⁵⁾. El parto instrumental se utiliza cuando el parto vaginal se vuelve difícil o cuando hay complicaciones que impiden que el bebé sea expulsado por sí solo ⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, se habla de parto eutócico cuando el parto se desarrolla de manera normal y sin complicaciones ⁽¹⁶⁾. En el parto eutócico, el bebé es expulsado del útero a través del canal de parto de la madre en un período de tiempo razonable ⁽¹⁷⁾.

Asimismo, en este tipo de parto, el trabajo de parto comienza naturalmente, se progresa adecuadamente y se completa sin la necesidad de intervenciones médicas adicionales ⁽¹⁷⁾. Por otro lado, se habla de parto distócico cuando el trabajo de parto no progresa adecuadamente o se presenta alguna complicación que dificulta la expulsión del bebé del canal de parto y termina requiriendo ayuda externa ⁽¹⁶⁾.

1.2. Definición del concepto de cesárea.

La cesárea es una intervención quirúrgica de cirugía mayor que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales y ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Esta técnica consiste en la apertura del útero para ejecutar la extracción del feto. Se debe realizar una incisión que atraviesa la piel, el tejido subcutáneo, la fascia y el músculo para poder llegar al útero ⁽¹⁸⁾.

La palabra cesárea viene del término latino *secare*, que significa cortar ⁽¹⁹⁾. Si ninguno de los nacimientos de los hijos se ha efectuado por vía vaginal, la mujer se considera médicamente nulípara ⁽²⁰⁾.

1.2.1. Historia de la cesárea.

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de la historia. Se remonta a 800 años a.C con la “Lex Regia”. Esta fue promulgada por el rey de Roma Numa Pompilio en el año 715 a.C ⁽²¹⁾. Más tarde, los romanos dictaron un decreto “Lex Cesare” o Ley del César por la que los fetos deberían ser sacados de los cuerpos de sus madres para ser enterrados por separado. Años más tarde esta ley fue denominada “Lex Caesarea”. Hasta el siglo XVI la operación cesárea se practicó únicamente en la madre muerta puesto que, en la mujer viva, resultaba inadmisibles por razones éticas ⁽²²⁾.

En abril de 1610, Jeremias Trautmann, cirujano de la corte de Wurtemberg, antiguo Estado localizado en el suroeste de la actual Alemania, realizó la primera cesárea en una mujer viva. Sin embargo, la hemorragia derivada de la incisión uterina aumentaba la muerte post-parto ⁽²²⁾. En 1876, Eduardo Porro, obstetra y ginecólogo italiano marcó un hito histórico realizando la primera cesárea con histerectomía en paciente viva. Este hecho supuso una disminución de la mortalidad materna por hemorragia e infección. En 1907, el ginecólogo Fritz Frank ideó la cesárea extraperitoneal para intentar reducir la mortalidad materna por sepsis. En 1912, Arnold Johannes Wilhelm Krönig físico y obstetra alemán, sugirió que la incisión uterina se hiciera en sentido longitudinal, debido a que notó una disminución en la pérdida de sangre, una reducción del riesgo de peritonitis y una mejor cicatrización. Actualmente, se conoce esta técnica como la técnica Krönig, la cual ha sido ampliamente utilizada en la cirugía de cesárea y ha sido comparada con otras técnicas de incisión uterina, como la técnica de Kerr (Anexo 2) ⁽²³⁾. Munro Kerr, cirujano y profesor de partería en la Universidad de Glasgow, diseñó en 1933 la técnica de histerotomía segmentaria transversa baja o la técnica Kerr, universalmente aceptada en la actualidad. Asimismo, Kerr fue el primer galardonado con la Medalla Blair Bell de obstetricia y ginecología en reconocimiento a sus contribuciones en este campo ⁽²⁴⁾.

1.2.2. Indicación de la cesárea.

La indicación para realizar una cesárea depende de la evaluación de un profesional de la salud, generalmente un obstetra o un ginecólogo, teniendo en cuenta las necesidades y la situación específica de cada mujer ⁽²⁵⁾. Algunas de las situaciones en las que se puede considerar la realización de una cesárea son la distocia, problemas en el ritmo cardíaco del bebé durante el trabajo de parto,

problemas médicos maternos y el desprendimiento prematuro de la placenta, que puede aumentar el riesgo de hemorragia y de sufrimiento fetal ⁽²⁵⁾. Además, se puede indicar una cesárea cuando existen anomalías fetales que hacen que el parto vaginal sea de riesgo o imposible y, si existe una historia previa de cesárea, especialmente si se ha realizado una cesárea clásica o en incisión vertical ⁽⁶⁰⁾. Asimismo, también se podría realizar una cesárea por elección materna, ya que existen casos en los que la mujer prefiere la cesárea a pesar de que el parto vaginal podría ser una opción segura y factible ^(25, 26).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS): *“Aunque puede salvar vidas, la cesárea a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo. Una nueva declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca la importancia de enfocarse en las necesidades de cada paciente y desalienta centrar la atención en intentar alcanzar una tasa determinada”* ⁽²⁷⁾.

La OPS y la OMS proponen la adopción de la clasificación de Robson como un sistema de comparación y el análisis de las tasas de cesáreas internacionalmente aplicable ⁽²⁷⁾. Este sistema de clasificación produce una mejoría de la calidad de la atención obstétrica y una reducción de la variabilidad en el uso de la cesárea, mejorando así la salud materna y neonatal ⁽²⁸⁾. Por lo tanto, al tener un sistema de clasificación común, se pueden comparar las tasas de cesáreas entre diferentes hospitales y países, pudiéndose establecer objetivos de calidad para reducir las tasas de cesáreas innecesarias. El sistema de clasificación de Robson fue propuesto por el doctor Michael Robson en el año 2001 ⁽²⁸⁾. Este sistema está basado en parámetros bien definidos. Clasifica a todas las mujeres admitidas para parto en uno de diez grupos basados en características que son fácilmente identificables, como la edad gestacional, cesárea previa, presentación fetal, embarazo con feto único o múltiple, las cicatrices uterinas anteriores y la cantidad de horas del trabajo de parto. La utilización de este sistema facilitaría la comparación y el análisis de las tasas de cesáreas en todos los países y las regiones (Anexo 3) ^(27, 29).

1.3. Definición del contacto piel con piel.

El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido cubierto solamente con un gorro o paños calientes sobre el pecho y abdomen desnudo de su madre ⁽³⁰⁾. Mediante el CPP se consigue que la madre o también la pareja de esta sea la fuente principal de calor del RN, lo que le reporta una serie de beneficios ⁽³⁰⁾.

Las dos primeras horas después del nacimiento son importantes puesto que el RN está en una fase de alerta tranquila. Esto es debido a la descarga de noradrenalina durante el parto. Realizar el CPP en este período de tiempo facilita el reconocimiento temprano del olor materno, estableciéndose así el vínculo materno-neonatal y la adaptación al ambiente postnatal ⁽³¹⁾. El ambiente postnatal es el entorno en el que se encuentra el recién nacido después del parto, incluyendo las condiciones físicas, sociales y emocionales que rodean al bebé y a su madre o cuidador durante las primeras horas, días o semanas después del nacimiento ⁽¹⁾.

Según Alba Romero (2013), tras nacer, cuando se le realiza el CPP al RN, este pasa por nueve fases de comportamiento: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión del pecho y sueño, lo que da lugar a principios de óptima autorregulación ⁽³²⁾. Sin embargo, las etapas descritas son una conclusión propia de la autora y estas pueden variar de un recién nacido a otro.

El CPP se puede clasificar en 3 tipos, como se resume en la Tabla 2:

CPP al nacimiento.	Primer minuto después del nacimiento.
CPP precoz.	Primeros 30 minutos después del nacimiento.
CPP temprano.	Primera hora.

Tabla 2. Clasificación del contacto piel con piel. Romero, A. (2013) ⁽³²⁾

Después del nacimiento, se debe facilitar el contacto piel con piel siempre que el estado del RN y la madre lo permita. Si el estado materno no lo permite, puede realizarse contacto piel con piel con la persona de elección de la madre ⁽³³⁾.

1.3.1. Antecedentes del contacto piel con piel.

Durante siglos, esta técnica se realizó sin tener evidencia científica de sus efectos. Sin embargo, fue habitual en las distintas culturas como forma natural de protección al recién nacido ⁽³⁴⁾. Posteriormente, en estudios realizados con mamíferos, se demostró que las conductas innatas necesarias para la supervivencia de los neonatos dependen del hábitat ⁽³⁴⁾. Es por ello que, es necesario el mantenimiento eficaz del medio materno después del nacimiento para promover las conductas innatas del neonato y de la madre, que conducen a la supervivencia ⁽³¹⁾. El CPP se empezó

a realizar a partir del siglo XXI en los hospitales españoles ya que, hasta entonces, se le retiraba el bebé a la madre y no se le devolvía hasta que era secado, valorado y vestido. Esta práctica diverge de la historia evolutiva, donde la supervivencia del neonato dependía del contacto materno íntimo y prácticamente continuo. A través de estímulos sensoriales como el calor, el olor y el tacto, el CPP es un potente estimulante vagal ⁽³⁵⁾.

1.3.2. Indicación del contacto piel con piel.

El CPP se recomienda a todas las madres y RN, en todos los tipos de parto, en la cesárea y en cualquiera de los métodos de lactancia elegidos inmediatamente después del nacimiento ⁽³¹⁾. Todo esto siempre que la madre esté estable, consciente y sea capaz de responder a las necesidades del bebé y éste esté en condiciones fisiológicamente adecuadas. El CPP se debe realizar tan pronto como sea posible después del nacimiento. No obstante, en bebés prematuros o con bajo peso al nacer, es necesario una atención adicional antes de poder realizar el contacto piel con piel de manera segura. En estos casos, se debe esperar a que el bebé esté lo suficientemente estable para el contacto piel con piel.

En las cesáreas, para poder iniciar el CPP en el quirófano se debe tener en cuenta la implicación de todo el equipo sanitario. Según el protocolo “Atención de la madre y el recién nacido durante el puerperio” del Servicio Canario de la Salud (SCS), se recomienda que el contacto entre la madre y el RN se mantenga al menos 50 minutos y que se prolongue hasta los 120 minutos ⁽³⁶⁾.

1.3.3. Beneficios del contacto piel con piel tras la cesárea.

La influencia del CPP ha sido comprobada mediante diversas investigaciones y se puede afirmar que esta técnica brinda múltiples beneficios, no únicamente al bebé en el período adaptativo a la vida extrauterina, sino que también proporciona innumerables beneficios adaptativos a la madre promoviendo un periodo puerperal, inmediato y tardío mucho más beneficioso, incidiendo en aspectos emocionales y psicológicos ⁽³⁷⁾.

En la madre, el CPP es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna ⁽³⁵⁾. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas, que proporciona calor al recién nacido. Es posible que la oxitocina estimule las conductas de crianza durante las primeras horas después del nacimiento. Los resultados del contacto piel a piel para las madres indican un mejor vínculo o apego, un mayor sentido de control y autoperfeccionamiento, y, por tanto, una mayor confianza ⁽³⁸⁾. Por otro lado, el trastorno del ánimo más común en el puerperio es la depresión postparto (DPP). La DPP es la existencia de síntomas depresivos en mujeres,

generalmente en las cuatro semanas posteriores al parto. Este trastorno presenta una serie de consecuencias importantes tanto para la madre como para el hijo ⁽³⁹⁾. La prevalencia mundial de DPP oscila entre el 10 y el 15% e incluso hasta el 30% ⁽⁴⁰⁾. Un estudio realizado aplicando el CPP en puérperas con DPP mostró que el grupo experimental con el que se realizó el CPP tenía una cifra de DPP menor que el grupo que tenía a sus bebés en incubadoras. Por lo tanto, se considera que realizar el CPP previene el riesgo de padecer DPP reduciendo la ansiedad, disforia, sentimientos de culpa, dificultad de concentración e ideación suicida ⁽³⁷⁾. Es por ello que, el contacto piel con piel entre madre e hijo de al menos 1 hora ininterrumpida, puede constituirse como una estrategia de intervención temprana sobre factores de riesgo modificables en la DPP. Este hecho contribuye a mejorar la calidad de vida de las madres y sus hijos y, por ende, la salud de las familias ⁽⁴¹⁾.

En cuanto al efecto en el recién nacido, el CPP disminuye los niveles de estrés por la disminución de cortisol en sangre. También, el CPP facilita la regulación térmica reduciendo el consumo energético. Esto provoca que disminuya el riesgo de hipoglucemia y exista una mejoría de la adaptación metabólica. Además, tiene un efecto favorable en el proceso de vinculación madre-recién nacido. Por otra parte, reduce el tiempo de llanto del bebé ⁽³¹⁾. Después del nacimiento, cuando el recién nacido entra en contacto piel con piel con su madre, utiliza el sentido del olfato para localizar el pezón y muestra una mayor sensibilidad a las señales olfativas durante las primeras horas. Asimismo, tiene la capacidad de “recordar” sensaciones olfativas, de manera que pueden reconocer el olor corporal materno, al parecer por impulsos bioquímicos que se inician en el útero a través del líquido amniótico ⁽⁴²⁾.

Por último, existe un período de reconocimiento sensible que prepara a las madres y a los recién nacidos para que desarrollen pautas de interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo ⁽⁴³⁾. Además, se ha visto cómo los recién nacidos que pasan más de 50 minutos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, presentan hasta ocho veces más probabilidades de lactar de forma espontánea ⁽³⁸⁾.

1.3.4. Contraindicaciones del contacto piel con piel en la cesárea.

En colaboración de los profesionales sanitarios, el CPP se puede realizar también en cesáreas programadas. Sin embargo, si el estado físico de la madre no permite realizar el CPP en el mismo quirófano, éste se puede continuar con la persona de elección de la madre, y una vez terminada la cesárea, la madre se pasará a la sala de reanimación postquirúrgica y anestesia, donde se llevará a cabo el contacto piel con piel lo antes posible ⁽³¹⁾.

El trabajo de enfermería en el servicio de paritorio en el CPP es un procedimiento novedoso en todas las maternidades españolas. Bajo las directrices de la estrategia de atención al parto del Ministerio de Sanidad y Política Social, se va implantando poco a poco en los distintos centros sanitarios. No obstante, el procedimiento aún es desconocido para algunos profesionales, o no es bien conocido por otros tantos, con lo cual no es bien aceptado en la dinámica habitual y rutinaria de algunos centros y maternidades ⁽⁴⁴⁾.

2. JUSTIFICACIÓN.

Se ha elegido este tema como proyecto de investigación para conocer la experiencia materna en el CPP tras la cesárea, debido a la poca información, descrita por las propias madres, disponible sobre el tema.

Esta investigación intenta contestar a la siguiente pregunta de investigación: “¿cómo describen las madres su experiencia en el contacto piel con piel tras la cesárea?”.

Aunque se ha mencionado que el contacto piel con piel después del parto es una práctica recomendada, la experiencia materna en este proceso, especialmente en mujeres que han dado a luz por cesárea, no ha sido suficientemente explorada.

Como se ha mencionado, el contacto piel con piel inmediato es beneficioso tanto para la madre como para el bebé. Sin embargo, las mujeres que han dado a luz por cesárea pueden enfrentar diferentes desafíos para llevar a cabo esta práctica debido a las condiciones del procedimiento quirúrgico. Es por ello que es importante entender cómo las madres experimentan el contacto piel con piel después de una cesárea, ya que puede tener un impacto significativo en su salud emocional y bienestar postparto. Además, al comprender la experiencia materna en este proceso, se pueden identificar las barreras que las mujeres pueden enfrentar al intentar llevar a cabo esta práctica y se pueden proporcionar recomendaciones específicas para abordarlas.

Enfermería ejerce una labor esencial en el contacto piel con piel. Esto es debido a que es la encargada de garantizar que la práctica se lleve a cabo de manera segura y efectiva. Los profesionales de enfermería son los responsables de educar a las familias sobre los beneficios del contacto piel con piel, así como de proporcionar apoyo y orientación durante la práctica. Asimismo, enfermería detecta cualquier problema de salud que pueda desarrollarse durante el contacto piel con piel y tomar medidas para garantizar la seguridad del recién nacido y la madre. Por lo tanto, el estudio de la experiencia materna e indirectamente, la labor de enfermería en el contacto piel con piel, es un tema relevante para la salud materna e infantil, y su investigación puede ayudar a mejorar la práctica clínica y la atención a la salud de los recién nacidos y sus madres.

Puesto que, se quiere conocer el tema en profundidad desde el punto de vista materno, se ha decidido que la metodología a seguir sea del tipo cualitativa. Esta está basada en la observación de comportamientos naturales, discursos y respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados ⁽⁴⁵⁾.

Como fin último, el presente TFG puede contribuir a la mejora de la atención al nacimiento, ofreciendo información y recomendaciones basadas en la perspectiva de la madre sobre el contacto piel con piel después de una cesárea, y fomentando futuras investigaciones sobre este tema. Por otro lado, este estudio puede servir de referencia a los profesionales de la salud que trabajan con mujeres que han dado a luz por cesárea, ayudando a mejorar la atención y el bienestar de las madres y sus bebés.

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura publicada en los últimos 10 años, en las bases de datos PubMed, Dialnet, Elsevier, PuntoQ, SciELO y Google Académico empleando los siguientes descriptores:

DeCS	MeSH
Cesárea	Cesarean section
Método Madre-Canguro	Kangaroo-Mother Care Method
Recién nacido	Newborn
Madre	Mother
Experiencia	Experience
Enfermería	Nursing
Investigación Cualitativa	Qualitative Research

El descriptor contacto piel con piel no aparece como tal en la base de datos de los Descriptores en Ciencias de la Salud. Sin embargo, el más parecido es el Método Madre-Canguro, (Kangaroo-Mother Care Method en inglés).

Los descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings) son sistemas de indexación de términos médicos utilizados para clasificar y organizar la información en las bases de datos bibliográficas relacionadas con la salud ⁽⁴⁶⁾. DeCS es el vocabulario desarrollado por la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) de la OPS. Este sistema está compuesto por una lista de términos en español, portugués e inglés, y está diseñado para ser utilizado en la indización de artículos de investigación en ciencias de la salud ⁽⁴⁷⁾. Por otro lado, MeSH es un sistema de clasificación de términos médicos desarrollado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM). MeSH se utiliza ampliamente en la indización de artículos de investigación y otros recursos bibliográficos relacionados con la salud en todo el mundo ⁽⁴⁶⁾. Ambos sistemas de indexación son herramientas para la recuperación de información en el ámbito de la salud, ya que permiten a los usuarios encontrar rápidamente la información relevante para su investigación ⁽⁴⁷⁾. Los términos que se utilizan en estos sistemas de indexación están organizados en una estructura jerárquica y pueden ser utilizados para buscar información en una amplia gama de recursos bibliográficos relacionados con la salud.

Las diferentes búsquedas bibliográficas arrojaron una serie de resultados que confirman los beneficios del contacto piel con piel en la experiencia materna. Diversos estudios demostraron que el contacto piel con piel mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del recién nacido, promueve la lactancia materna y fortalece el vínculo madre-hijo. Además, el contacto piel con piel puede reducir el dolor y el estrés en la madre, favorecer la recuperación postparto y mejorar su satisfacción con la experiencia del parto.

También, se examinaron los diferentes factores que pueden influir en la experiencia materna del contacto piel con piel, como la actitud de los profesionales de la salud, la duración del contacto piel con piel, el momento de inicio y la presencia del padre. Asimismo, se analizaron las barreras y limitaciones para la realización del contacto piel con piel en determinados contextos y se propusieron estrategias para su implementación efectiva. La revisión bibliográfica destaca la importancia del contacto piel con piel en la experiencia materna y resalta los múltiples beneficios que puede aportar a la salud y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

Para investigar los beneficios del contacto piel con piel en el parto, las autoras Camila Lucchini, Francisca Márquez y Claudia Uribe realizaron una revisión bibliográfica sistemática. Según estas autoras, en su artículo "Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre" ⁽³⁴⁾, el contacto piel con piel de la madre con el recién nacido en el parto tiene diversos beneficios para la madre y el recién nacido. Estos beneficios son la regulación de la temperatura corporal, el fomento de la lactancia materna, el desarrollo neurológico, el vínculo madre-hijo, el crecimiento infantil y la reducción de la estancia hospitalaria. Además, los profesionales de la salud consideran este método una opción segura y viable para implementar.

Asimismo, se sostuvo según el informe de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN), publicado en 2011 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ⁽⁴²⁾, que nada más nacer se debe mantener contacto piel con piel entre la madre y su hijo. Ello facilitará el inicio precoz de la lactancia materna, que sucederá habitualmente de manera espontánea en la primera hora de vida, y el aprendizaje del agarre al pecho.

Por otra parte, la autora del artículo "Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término" ⁽³²⁾, Alba Romero, empleando una metodología de revisión bibliográfica sistemática, sostuvo que el CPP durante la cesárea es un hecho apoyado en numerosas guías internacionales. Además, concluyó que el CPP en cesáreas, mejorará la percepción de la madre hacia su parto, ayudando a que de esta forma el nacimiento se viva como una experiencia más grata.

Empleando una metodología cuantitativa, se publicó en 2017 el artículo “Experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacimiento”, que sostuvo que es necesario promover la práctica del CPP inmediatamente después de la cesárea. Esto es debido a los numerosos beneficios que aporta esta técnica al nacimiento. Además, se deben identificar y eliminar las barreras que impiden realizar el CPP inmediatamente después de la cesárea, puesto que la investigación ha demostrado que el aumento de las tasas de cesárea se ha acompañado de una disminución de las tasas de lactancia. Para la gran mayoría de madres, el CPP es una experiencia feliz y muy satisfactoria ⁽²⁾.

Según un artículo publicado por los autores Moore, Bergman, Anderson y Medley ⁽³³⁾, las mujeres que dan a luz por cesárea pueden beneficiarse del contacto piel a piel temprano, ya que más mujeres amamantan con éxito y siguen amamantando entre uno y cuatro meses. Para este estudio, los autores emplearon una metodología de revisión bibliográfica sistemática.

En el año 2015, se publicó un estudio que sostuvo que es importante realizar también el contacto piel con piel con el padre tras la cesárea, puesto que proporciona múltiples beneficios tanto al recién nacido como a ambos padres. Mediante una revisión bibliográfica sistemática, se demostró que el CPP del RN con su padre resulta el lugar idóneo para que esté el neonato hasta que la madre se encuentre en condiciones de realizarlo en el caso de que no pudiese inmediatamente tras la cesárea ⁽⁴⁸⁾.

Un artículo publicado en 2017 por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEPED), expuso que la transición del recién nacido con la madre a la sala de reanimación después de la cirugía también puede resultar problemática, ya que los profesionales encargados del cuidado de la madre a menudo carecen de formación en lactancia y pueden considerar que la vigilancia del niño representa un riesgo y una carga de trabajo ⁽⁴⁹⁾.

Se empleó una metodología de revisión bibliográfica sistemática para respaldar la propuesta que establece este comité de la AEPED para poner en marcha el CPP en la cesárea es concienciar a los profesionales de la salud sobre la relevancia de este momento, comprendiendo la necesidad de evitar la separación y de aprovechar el período de alerta sensitiva del recién nacido. En este sentido, es posible realizar el contacto piel con piel en el quirófano durante la cesárea o en la sala de reanimación postanestésica, siempre que las condiciones de la madre y del bebé lo permitan y se cuente con la colaboración y formación adecuadas del personal encargado de realizarlo.

Según un artículo publicado por el Hospital Universitario de Jerez, la práctica del CPP tras la cesárea favorece el desarrollo de un comportamiento protector en la madre y contribuye a aumentar la sensación de capacidad para cuidar a su bebé. ⁽⁵⁰⁾.

En 2021, se publicó el artículo “Beneficios del contacto piel con piel en cesáreas. Revisión bibliográfica”, que sostiene que debido al gran número de beneficios obtenidos y al escaso número de limitaciones, la realización del contacto piel con piel durante las cesáreas se considera una práctica viable y segura que puede implementarse de forma efectiva ⁽⁵¹⁾. Se empleó una metodología de revisión bibliográfica sistemática para respaldar esta afirmación, donde se revisaron y analizaron los estudios más recientes sobre el tema para llegar a esta conclusión.

Finalmente, Marta Costa, Paula Lalaguna y Nuria Díaz, autoras del artículo “Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación”, establecieron que la implementación de un protocolo consensuado entre los diferentes servicios involucrados permite establecer el contacto piel con piel como un procedimiento habitual en la atención posquirúrgica, con el objetivo de crear un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, sin obviar el hecho de que se trata de una cirugía mayor. Para ello, resulta fundamental la implicación y formación del personal sanitario encargado de llevar a cabo esta práctica ⁽⁵²⁾.

Numerosos artículos de los nombrados anteriormente son revisiones bibliográficas sistemáticas e investigaciones cuantitativas. Al existir pocos estudios con metodología cualitativa se considera que este proyecto con metodología cualitativa es el más adecuado para conocer la experiencia materna en el contacto piel con piel en cesáreas.

4. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

4.1. Objetivo general:

- Conocer la experiencia materna en el contacto piel con piel tras haber dado a luz por cesárea.

4.2. Objetivos específicos:

- Comprobar los beneficios del contacto piel con piel tras las cesáreas en la mujer.
- Determinar las principales dificultades para llevar a cabo el contacto piel con piel.
- Conocer la intervención de los profesionales de enfermería en el contacto piel con piel.
- Fundamentar la implementación de protocolos hospitalarios del contacto piel con piel en cesáreas.

5. METODOLOGÍA.

Según el problema encontrado, la pregunta que pretende contestar el estudio, y los objetivos propuestos, la metodología que mejor se adapta para satisfacer todo ello es la metodología cualitativa, de corte fenomenológico, porque se pretende estudiar el fenómeno de la experiencia materna del CPP. En investigación cualitativa, se entiende por fenómeno al aspecto de la realidad social que se desea estudiar y comprender en profundidad ⁽⁵³⁾. Estos fenómenos pueden ser las experiencias de las personas, las interacciones sociales, las prácticas culturales, las estructuras sociales, los valores y creencias, entre otros. La comprensión y análisis detallado de los fenómenos son esenciales para la obtención de resultados significativos ⁽⁵³⁾.

La investigación cualitativa se define como aquella que se centra en comprender la calidad de las actividades, medios, asuntos, instrumentos, las experiencias y percepciones humanas, mediante la recopilación y el análisis de datos no numéricos. Asimismo, intenta analizar exhaustivamente un asunto en particular ⁽⁴⁵⁾.

Este tipo de investigación quiere conocer el proceso en que se da el asunto o problema. A diferencia de los estudios descriptivos, correlacionales o experimentales, que buscan determinar la relación de causa y efectos entre dos o más variables ⁽⁴⁵⁾. Además, la investigación cualitativa explora temas pocos conocidos para obtener una comprensión profunda y amplia de las perspectivas y experiencias de los participantes.

En 1996, Norman E. Wallen y Jack R. Fraenkel, investigadores y autores de varios libros y artículos en el campo de la investigación, presentaron 5 características básicas de la investigación cualitativa. Estas se describen en la Tabla 3 ⁽⁴⁵⁾:

1	El ambiente natural y el contexto que se da el asunto o problema es la fuente directa y primaria, y la labor del investigador constituye ser el instrumento clave en la investigación.
2	La recolección de los datos es mayormente verbal que cuantitativa.
3	Los investigadores enfatizan tanto en los procesos como en los resultados.
4	El análisis de los datos se da de modo inductivo.
5	Se quiere conocer cómo piensan los sujetos en una investigación y qué significado poseen sus perspectivas en el asunto que se investiga.

Tabla 3. La investigación cualitativa. Norman, E. Fraenkel, J. (1996) ⁽⁴⁵⁾

Un elemento fundamental en la metodología cualitativa es el entrevistador. Este es el encargado de realizar las entrevistas a los participantes del estudio, siguiendo un protocolo preestablecido, con el fin de obtener información relevante y de calidad sobre el fenómeno de estudio ⁽⁵⁴⁾. El entrevistador debe ser capaz de establecer una buena relación con los participantes, hacer preguntas pertinentes y profundizar en las respuestas, mantener la confidencialidad y el respeto por los participantes, y registrar y documentar adecuadamente la información obtenida ⁽⁵⁴⁾.

Otro elemento es el revisor. En la investigación cualitativa, este se encarga de revisar y analizar los datos recolectados en el estudio ⁽⁵⁵⁾. Ayuda a verificar la calidad de los datos, comprobar la consistencia y la validez de los resultados, identificar posibles errores y discrepancias, y analizar los datos en función de los objetivos del estudio y de las preguntas de investigación ⁽⁵⁵⁾. El revisor debe tener habilidades y conocimientos en el análisis de datos, así como en el uso de herramientas y técnicas estadísticas y de software especializado ⁽⁵⁵⁾.

Este proyecto tendrá lugar en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias. Para la realización del proyecto se contará con la investigadora principal, que se ubicará en el Hospital Universitario de La Palma (HULP). Esta se encargará de captar a las mujeres que hayan dado a luz por cesárea, informarlas del estudio y si finalmente aceptan participar, entrevistarlas. De la misma forma, podrá reunir a las mujeres interesadas en participar en el estudio y realizar grupos focales.

5.1. Herramientas para la recolección de datos.

Para llevar a cabo la recolección de datos para el estudio se realizará una entrevista a mujeres que hayan dado a luz por cesárea (Anexo 4). La entrevista es aquella conversación que se propone con un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Asimismo, es el instrumento clave en la investigación cualitativa para recabar datos ⁽⁵⁶⁾.

La entrevista se puede clasificar en 3 tipos:

Entrevista estructurada o enfocada	Preguntas fijadas de antemano. Determinado orden. Contiene un conjunto de categorías para que el entrevistado elija. Alta objetividad y confiabilidad. Falta de flexibilidad. Menor profundidad en el análisis.
Entrevista semiestructurada	Grado mayor de flexibilidad que la estructurada. Preguntas planeadas que pueden ajustarse a los entrevistados. Posibilidad de adaptación a los sujetos, motivar al interlocutor y aclarar términos.
Entrevista no estructurada	Informal. Flexible. Se adapta a los sujetos y las condiciones. Libertad de respuesta. Desviación del plan original. Presenta lagunas de la información.

Tabla 4. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Díaz, L. Torruco, U. Martínez, M. Varela, M. (2013) ⁽⁵⁶⁾

La entrevista elegida para llevar a cabo el proyecto será la entrevista semiestructurada. Se ha procedido a la elección de esta puesto que, se considera la entrevista más adecuada para realizar el estudio. Las participantes podrán tener un mayor grado de flexibilidad a la hora de exponer la experiencia personal y una posibilidad de adaptación a la entrevista.

Además de la entrevista, se podrían utilizar grupos focales como una herramienta más para llevar a cabo el estudio. Los grupos focales son un método de discusión que facilitan el diálogo entre los participantes sobre un tema específico que ha sido experimentado y compartido a través de experiencias comunes ⁽⁵⁷⁾. En este espacio, se recaba información cualitativa sobre los pensamientos, sentimientos y experiencias de un grupo de individuos. Asimismo, es una forma de entrevista grupal en la que el investigador y los participantes interactúan para intercambiar percepciones e ideas ⁽⁵⁸⁾.

Por otro lado, en el grupo focal se produce una negociación en torno a cuestiones construidas colectivamente y, los participantes, intercambian ideas que pueden ser confirmadas o cuestionadas por otros miembros del grupo ⁽⁵⁷⁾. Aunque no se busca llegar a un consenso, la técnica del grupo focal permite a los participantes mantener sus opiniones iniciales, cambiarlas o adoptar nuevas ideas basadas en las reflexiones del grupo ⁽⁵⁸⁾. Además, una de las ventajas de esta técnica es que permite acceder a una gran cantidad de información sobre un fenómeno, ya que las diferentes perspectivas presentadas por los participantes desencadenan la elaboración de percepciones que pueden haber estado latentes ⁽⁵⁷⁾.

Los expertos en investigación cualitativa consideran que la aplicación de los grupos focales aporta beneficios a los investigadores, puesto que les permite adoptar una postura crítica y dialéctica al fomentar el inicio de una discusión abierta y constructiva sobre temas específicos ⁽⁵⁸⁾.

5.2. Análisis e interpretación de datos.

El análisis e interpretación de datos cualitativos implica la exploración y comprensión detallada de los datos recopilados en la investigación cualitativa ⁽⁵⁹⁾. A diferencia del análisis cuantitativo que se enfoca en medir y cuantificar fenómenos, el análisis cualitativo se enfoca en describir y comprender la complejidad de las perspectivas y experiencias humanas ^(59, 60). A continuación, se presentan algunos pasos clave en el análisis e interpretación de datos cualitativos y que se deberá llevar a cabo en la ejecución de este proyecto ⁽⁶⁰⁾:

- **Transcripción y organización de los datos:** en primer lugar, se transcriben las grabaciones de las entrevistas o las observaciones.
- **Codificación:** es el proceso de identificar patrones y temas en los datos. Puede ser inductiva, es decir, que surge de los datos, o deductiva, es decir, que se basa en una teoría o marco conceptual previamente establecido.
- **Categorización y agrupación:** después de la codificación, se agrupan los códigos en categorías más amplias y se identifican los temas principales. La categorización y agrupación

de los datos ayuda a identificar patrones y a comprender mejor la experiencia de los participantes.

- Análisis temático: implica la identificación de los temas y patrones clave que emergen de los datos. Puede implicar la identificación de conceptos, narrativas y metáforas que se repiten en los datos.
- Interpretación: implica la identificación de los significados y las implicaciones de los temas y patrones identificados en los datos.
- Verificación: implica la revisión y la validación de los hallazgos por parte de otros investigadores o los propios participantes en el estudio. Puede mejorar la validez y la confiabilidad de los hallazgos.

El análisis e interpretación de datos cualitativos es un proceso iterativo y reflexivo que puede requerir ajustes a medida que se avanza en el análisis ⁽⁶⁰⁾. En resumen, el análisis e interpretación de datos cualitativos implica un proceso riguroso y sistemático de codificación, categorización, análisis temático, interpretación y verificación de los datos. El análisis cualitativo permite descubrir patrones, temas y conceptos clave en los datos y proporciona una comprensión más profunda de las perspectivas y experiencias de los participantes en el estudio ⁽⁶⁰⁾.

Los softwares para el análisis de datos cualitativos son herramientas informáticas diseñadas específicamente para ayudar en la organización, gestión, codificación y análisis de datos cualitativos ⁽⁶¹⁾. Existen varios softwares para el análisis de datos cualitativos, entre ellos están el Nvivo, ATLAS.ti y MAXQDA. Estos softwares, facilitan el proceso de análisis cualitativo al proporcionar una estructura y herramientas específicas para trabajar con datos no estructurados. También, ayudan a los investigadores a identificar patrones, temas emergentes y construir una comprensión más profunda de los fenómenos estudiados ⁽⁶¹⁾. En la fase de análisis del estudio, se utilizará uno de estos tipos de softwares.

5.3. Calidad de los resultados.

La investigación cualitativa en ciencias de la salud se caracteriza por su enfoque en comprender la experiencia humana, por lo que la calidad de la investigación depende de la rigurosidad y la coherencia en la interpretación de los datos recopilados ^(62, 63). A continuación, se presentan algunos métodos que se utilizan para asegurar la calidad de la investigación cualitativa en ciencias de la salud y que aplicaremos a nuestro proyecto ^(62, 63):

- Muestreo teórico: implica la selección cuidadosa de los participantes de acuerdo con su relevancia para el tema de investigación y la teoría subyacente. Asimismo, asegura la representatividad de las perspectivas y experiencias relevantes para la investigación.
- Triangulación de datos: implica el uso de múltiples fuentes de datos y técnicas de recolección de datos para obtener una comprensión más completa de los fenómenos. Puede incluir la combinación de entrevistas, observaciones y análisis de documentos.
- Análisis de datos iterativo: implica una revisión continua y una evaluación reflexiva de los datos y las categorías emergentes.
- Validación por pares: implica que dos o más investigadores revisen y evalúen los datos y las interpretaciones. Puede mejorar la validez de la investigación y reducir el sesgo del investigador. Para este proyecto tendremos la figura del revisor.
- Reflexividad del investigador: implica la consideración crítica del papel del investigador en la investigación y la identificación y el control de los sesgos y prejuicios personales. Puede mejorar la validez y la coherencia de la investigación.
- Transferibilidad: implica la descripción completa de los participantes, los contextos y los métodos utilizados en la investigación para permitir que los resultados sean transferibles a otros contextos. Puede mejorar la aplicabilidad de la investigación, pero en ningún caso se pretende generalizar los resultados a toda la población.

5.4. Muestreo.

El muestreo en el proceso cualitativo es un grupo de personas, comunidades, eventos y sucesos sobre el cual se recolectan los datos ⁽⁶⁴⁾.

En los estudios de enfoque cualitativo, el tamaño de la muestra no se considera importante desde una perspectiva probabilística. A diferencia de los estudios cuantitativos, el objetivo no es generalizar los resultados a una población más amplia, sino profundizar en la comprensión del fenómeno de estudio a través de una exploración detallada y exhaustiva de las experiencias y percepciones de los participantes ⁽⁶⁴⁾. Por tanto, en la investigación cualitativa se valora la calidad de la información obtenida por encima de la cantidad de participantes, puesto que lo relevante es contar con la aportación de personas, organizaciones y hechos, entre otros, que puedan responder a las preguntas de investigación planteadas y, con ello, tener una comprensión más profunda del fenómeno en cuestión ⁽⁶⁵⁾. Todo ello sin perder ninguna rigurosidad científica.

En el año 2010, Hernández, Fernández y Baptista hicieron referencia en su libro “Metodología de la investigación”, una serie de clases de muestras que se utilizan con frecuencia en

la investigación cualitativa ⁽⁶⁶⁾. Sin embargo, no son exclusivas de este tipo de investigación. A continuación, se detallan las siguientes clases de muestras ^(66, 67):

- Muestra intencional o selectiva: elegida deliberadamente en función de ciertas características que se consideran relevantes para el estudio. Se utiliza cuando se desea profundizar en un tema específico o cuando se busca representatividad de ciertas poblaciones o grupos.
- Muestra “bola de nieve”: se selecciona a través de contactos de los participantes iniciales. Es decir, los primeros participantes reclutados ayudan a identificar a otros posibles participantes que puedan ser útiles para el estudio.
- Muestra teórica o saturada: utilizada en estudios cualitativos que tienen como objetivo la construcción de teorías a partir de los datos recopilados.
- Muestra aleatoria estratificada: se selecciona de manera aleatoria, asegurando que se incluyan participantes de distintas características o estratos.
- Muestra intencional equilibrada: busca incluir a participantes con diferentes características en proporciones similares para asegurar la representatividad de cada grupo.

Debido a que el objetivo de este estudio es conocer la experiencia materna en el contacto piel con piel tras haber dado a luz por cesárea, se utilizará una técnica de muestreo no probabilístico, en este caso, un muestreo intencionado, donde la investigadora seleccionará a las mujeres participantes. El momento en que se abordará a las mujeres para participar en el estudio es fundamental para garantizar que la información recopilada sea lo más objetiva y representativa posible de su experiencia en el contacto piel con piel después de una cesárea.

Es por ello que, se ha decidido que el momento para entrevistar a las mujeres sea previo al alta hospitalaria, después de haber pasado al menos 48 horas desde la intervención quirúrgica. Este plazo de tiempo se ha establecido para permitir que la mujer se recupere de la intervención y pueda tener una perspectiva más clara y realista sobre su experiencia en el contacto piel con piel con su bebé. Se debe tener en cuenta que después de una cesárea que, la mujer puede experimentar dolor, incomodidad y molestias relacionadas con la intervención quirúrgica. Por lo tanto, el hecho de que se haya establecido un tiempo mínimo de 48 horas para abordar a las mujeres, permite que la mujer se sienta más cómoda y pueda proporcionar información más precisa y objetiva.

También, podría utilizarse el muestreo denominado “bola de nieve” ⁽⁶⁶⁾, ya que el estudio avanzará gracias a que las participantes puedan animar a participar a otras mujeres allegadas a ellas que cumplan los criterios de inclusión. Sin embargo, el uso de la técnica de "bola de nieve" puede tener algunas limitaciones, como la posibilidad de sesgo de selección y la dificultad para controlar la representatividad de la muestra. Se estima que para este estudio no habrá problema en encontrar

muestra suficiente hasta llegar a la saturación de datos. Se entiende por saturación de datos al punto en el que se han recopilado suficientes datos que permiten alcanzar una comprensión completa del tema de investigación y se han agotado todas las posibles perspectivas y opiniones ⁽⁶⁷⁾.

5.4.1. Criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión:** mujeres mayores de edad que hayan dado a luz por cesárea en el HULP y que hayan realizado el contacto piel con piel. Además, deben participar voluntariamente en el estudio y tener capacidad de rellenar el consentimiento informado por escrito.
- **Criterios de exclusión:** mujeres del HULP que hayan dado a luz por vía vaginal. También, quedarán excluidas las mujeres que no deseen participar, con barrera idiomática o que no tengan capacidad para prestar su consentimiento informado.

5.5. Limitaciones en investigación cualitativa.

Las restricciones o desafíos que pueden afectar la calidad y validez de los resultados obtenidos son las limitaciones en investigación cualitativa ⁽⁶⁸⁾. Algunas limitaciones comunes en investigación cualitativa, y que tendremos en cuenta a la hora de ejecutar este proyecto, son las siguientes:

- **Sesgo del investigador:** los investigadores pueden tener sus propias perspectivas, creencias y sesgos, lo que puede influir en la selección de participantes, el proceso de recopilación y análisis de datos, así como en la interpretación de los resultados.
- **Tamaño y representatividad de la muestra:** la investigación cualitativa, a menudo, utiliza muestras pequeñas y no pretende lograr representatividad estadística. Por lo tanto, los hallazgos pueden no ser generalizables a una población más amplia, lo que limita relativamente la aplicabilidad de los resultados.
- **Falta de objetividad:** la investigación cualitativa está influenciada por la subjetividad de los investigadores y los participantes. La interpretación de los datos y la construcción de significados pueden variar entre los diferentes investigadores, lo que puede afectar la validez y confiabilidad de los resultados.
- **Influencia del contexto:** los resultados de la investigación cualitativa pueden estar influidos por el contexto específico en el que se recopilaron los datos. Esto puede limitar la aplicabilidad de los resultados a otros contextos o situaciones.

- Tiempo y recursos limitados: la investigación cualitativa puede requerir una inversión significativa de tiempo y recursos. La recopilación y el análisis de datos cualitativos pueden ser procesos lentos y detallados, lo que puede limitar la capacidad de investigar grandes muestras o múltiples variables.
- Falta de estandarización: la naturaleza flexible y abierta de la investigación cualitativa puede dificultar la replicación exacta de los estudios. La falta de estandarización en los procedimientos y técnicas utilizadas puede plantear desafíos en términos de validación y comparabilidad de los resultados.

6. CUESTIONES ÉTICAS.

En este estudio se respetarán los principios éticos fundamentales de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, propios de la profesión. El ámbito de actuación para la realización de las entrevistas corresponderá a la isla de La Palma. Para ello, se pedirá permiso al comité de Ética e Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), comité de referencia del HULP. Además, se pedirá permiso al comité ético de la Gerencia del Hospital Universitario de La Palma.

Por otra parte, se solicitará a las participantes el consentimiento informado por escrito (Anexo 5). Asimismo, para garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales de las usuarias, se respetará el anonimato, tal y como se establece en la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Además, los derechos y la seguridad de las participantes serán protegidos mediante la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, que regula la investigación en el ámbito de la biomedicina y la salud, estableciendo los principios éticos y científicos que deben regir la investigación biomédica en España, y establece los procedimientos y requisitos necesarios para la realización de dicha investigación.

7. RECURSOS Y PRESUPUESTO.

Con el fin de establecer una planificación rigurosa y transparente para el desarrollo de todas las actividades necesarias y, garantizar la óptima gestión de los recursos disponibles, se expondrán los recursos y presupuestos necesarios para la realización del proyecto de investigación:

CONCEPTOS	Unidad	Cantidad/mes	Euro/mes	Total de meses	Total de euros
<u>Gastos de contratación:</u>					2.000
- Entrevistador	1	1	500	3	1.500
- Revisor	1	1	500	1	500
<u>Gastos varios:</u>					368,15
- Bolígrafos	6		2		12
- Folios	1		3,95		3,95
- Impresora EPSON XP-255	1		70,22		70,22
- Tóner de tinta negra	1		15,99		31,98
- Ordenador	1		250		250
TOTAL:					2.368,15 €

8. CRONOGRAMA.

La realización del proyecto se estima en 1 año. Las tareas se distribuyen en la siguiente tabla:

	2022		2023										
Meses	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.
Actividades													
Decisión del tema de investigación, enfoque del proyecto, búsqueda bibliográfica													
Redacción de objetivos y problema													
Aprobación de permisos													
Contratación de entrevistador													
Realización de entrevistas													
Análisis de datos													
Redacción													
Envío para publicación													

9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Rivera L. Etapa postnatal [Internet]. Referencia Laboratorio Clínico. 2021 [Consultado el 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.labreferencia.com/etapa-postnatal-etapas-de-vida/>
2. García May PK, Canul Euan AA. Experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacimiento [Internet]. Science Direct. Perinatología y Reproducción Humana Volumen 31, Número 4, Diciembre 2017, Páginas 197-201 Elsevier; [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533718300128>
3. Villar Varela MT. El parto: normal, de riesgo y de urgencia. En: Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. Enfermería de la mujer. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 165-86.
4. Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. Parto [Internet]. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina; [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/childbirth.html>
5. Artal Mittelmark R. Trabajo de Parto [Internet]. Manual MSD. Manuales MSD; 2021. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>
6. NIH. ¿Cuáles son las etapas del trabajo de parto? [Internet]. National Institute of Child Health and Human Development. U.S. Department of Health and Human Services; 2019. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/labor-delivery/informacion/etapas>
7. Instituto Nacional del Cáncer. Obstetricia y ginecología [Internet]. NIH. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/obstetricia-y-ginecologia>
8. Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia [Internet]. ScienceDirect. Elsevier; 2014. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706327>
9. Torija Espinosa L. Parto: Mecanismo, clínica y atención [Internet]. Google Libros. México: Editorial El Manual Moderno; 2017. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xkuVDOAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=parto+h+umano&ots=RGsCl_9h4J&sig=gj_pxRwCM154AxqKF0zP9RAiLXM#v=onepage&q&f=false

10. Vaquero C, Del Río, L, San Norberto, E. Ambrosio Paré. Aportaciones a la cirugía [Internet]. Dialnet. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6597879>
11. Astudillo Cuenca V, Navarrete Hidrovo P, Cornejo Mendoza G, Astudillo Cuenca V. Tendencias actuales en la anestesia obstétrica [Internet]. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383495>
12. Dunn P. Sir James Young Simpson (1811–1870) y la anestesia obstétrica [Internet]. ADC Fetal & Neonatal Edition. BMJ Publishing Group; 2002. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://fn.bmj.com/content/86/3/F207.short>
13. López Álvarez S, Río Fernández S, Casas Reza P. Historia de la anestesia epidural: Fidel Pagés Miravé [Internet]. Revista de la sociedad española multidisciplinar del dolor. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.mpainjournal.com/historia-de-la-anestesia-epidural-fidel-pages-mirave77#:~:text=Historia%20de%20la%20anestesia%20epidural%3A%20Fidel%20Pag%C3%A9s%20Mirav%C3%A9&text=Fidel%20Pag%C3%A9s%20Mirav%C3%A9%20\(1886%2D1923,se%20trata%20del%20eterno%20olvidado](https://www.mpainjournal.com/historia-de-la-anestesia-epidural-fidel-pages-mirave77#:~:text=Historia%20de%20la%20anestesia%20epidural%3A%20Fidel%20Pag%C3%A9s%20Mirav%C3%A9&text=Fidel%20Pag%C3%A9s%20Mirav%C3%A9%20(1886%2D1923,se%20trata%20del%20eterno%20olvidado)
14. Tipos de Parto [Internet]. Clínica las Condes. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/parto-tipos-y-formas-de-dar-a-luz>
15. Moldenhauer J. Parto vaginal instrumentado [Internet]. Manual MSD. Manuales MSD; 2021. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/parto-vaginal-instrumentado>
16. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica [Internet]. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol7n1pag27-33.pdf>
17. Rubio Romero JA, Ruiz Parra AI, Martínez F, Muñoz Restrepo J, Muñoz LA, Arévalo Rodríguez I, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. [Internet]. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 2013. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342013000400003

18. Mayo Clinic. Cesárea [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022 [Consultado el 14 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655>
19. Briceño A. Clasificación de cesáreas según El Modelo de Robson, Unidad Obstétrica, Hospital General San Felipe [Internet]. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Consultado el 14 de febrero de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v70n1/es_2463-0225-rcog-70-01-00019.pdf
20. Arana J. El laboratorio del lenguaje. Medicablogs [Internet]; 2006 [Consultado el 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2006/11/22/dudas-razonablesparto-y-cesarea/>
21. Lugones Botell M. La cesárea en la historia [Internet]. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2000, Editorial Ciencias Médicas; [Consultado el 16 de febrero de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100009
22. Arencibia Jorge R. Operación Cesárea: Recuento Histórico [Internet]. Revista de Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina; [Consultado el 17 de marzo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000200006
23. Nieto T, Cañete ML, Valero FJ, Melchor Marcos JC. La cesárea. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2007; (92): 793 – 807.
24. Dunn PM. Professor Munro Kerr (1868–1960) of Glasgow and caesarean delivery [Internet]. ADC Fetal & Neonatal Edition. BMJ Publishing Group; 2008 [Consultado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://fn.bmj.com/content/93/2/F167>
25. Calvo Pérez A, Cabeza Vengoechea P, Campillo Artero C, Agüera Ortiz J. Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica. [Internet]. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Elsevier; 2007. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-idoneidad-indicaciones-cesarea-una-aplicacion-13110652>
26. Artal Mittelmark R. Evaluación de la paciente obstétrica. [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica>

27. Mitchell C. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2015 [Consultado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646%3A2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
28. Aguilar Redondo R, Manrique Fuentes G, Aisa Denaroso LM, Delgado Martínez L, González Acosta V, Aceituno Velasco L. Uso de la Clasificación de Robson en un hospital comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas [Internet]. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Consultado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000200003
29. OPS/ OMS. Clasificación de Robson, manual de aplicación [Internet]. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320303esp.pdf>
30. Sanchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E, Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009; 71(4):349–361.
31. Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto [Internet]. Index de Enfermería. Fundación Index; [Consultado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017
32. Romero, A. Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término, Elsevier. [Consultado el 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281813701185>
33. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Consultado el 7 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants
34. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre [Internet]. Index de Enfermería. Fundación Index. [Consultado el 7 de abril de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007

35. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Análisis sobre los efectos del contacto piel con piel tras el nacimiento [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [Consultado el 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/efectos-contacto-piel-con-piel-nacimiento/>
36. Servicio Canario de la Salud. Atención de la madre y el recién nacido/a durante el puerperio. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva [Internet]. Servicio Canario de la Salud. [Consultado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e29a0513-7286-11ea-870d-13c8969bb0c7/Purperio.pdf>
37. Torres J, Palencia D, Sánchez DM. Primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. Colombia Médica. 2006; 37: 96-101
38. Gómez Papí, A. G., Baiges Nogués, M. T., Batiste Fernández, M. T., Marca Gutiérrez, M. M., Jurado, A. N., Monasterolo, R. C. Método Canguro en sala de partos en recién nacidos a término [Internet]. Medicina fetal y neonatología. Anales españoles de pediatría. [Consultado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-6-12.pdf>
39. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Vista de depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de enfermería. [Internet]. Enfermería Cuidándote. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645/4951>
40. Franco Antonio, C, Santano Mogena, E, Chimento Díaz, S. Un ensayo controlado aleatorio que evalúa el efecto de una breve intervención motivacional para promover la lactancia materna en la depresión posparto. [Internet]. Informe científico 12, 373. 2022. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04338-w>
41. Depresión perinatal [Internet]. National Institute of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
42. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia [Internet]. Ministerio de Sanidad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>

43. Contacto piel con piel precoz [Internet]. Hospital Universitario del Henares. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/henares/sites/henares/files/inline-files/CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20PRECOZ.pdf>
44. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
45. Vera Vélez L. La investigación cualitativa [Internet]. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: https://trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera_investigacion_cualitativa_pdf.pdf
46. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Acerca del DeCS/MeSH [Internet]. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/sobre-decs/>
47. Guía para utilización del nuevo portal del DeCS/MeSH [Internet]. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/wp-content/uploads/2020/09/GuiaEN.pdf>
48. Reyes López, J, Lázaro Belda M, Pérez Molliner A, Cervera Puig C. Contacto piel con piel madre-madre, Dialnet. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. [Consultado el 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123099>
49. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. [Internet]. AEPED. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf
50. Junta de Andalucía. Contacto piel con piel durante las cesáreas [Internet]. Hospital Universitario de Jerez. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://agsjerez.es/wp-content/uploads/2021/04/CONTACTO-PIEL-PIEL-CESAREAS.pdf>
51. Martín Victorio A, Escamilla Cardeñosa M, García Jiménez E. Beneficios del contacto piel con piel en cesáreas. Revisión Bibliográfica. [Internet]. Dialnet. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8135180>

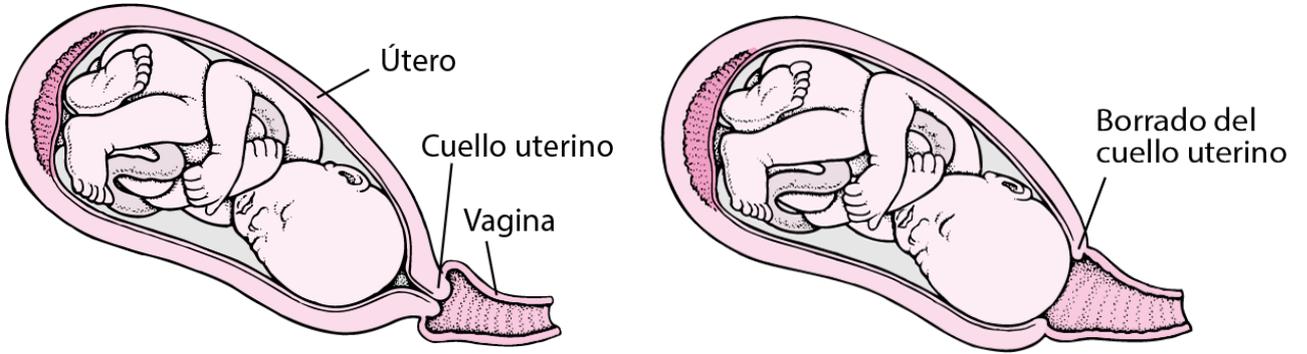
52. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez N. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. [Internet]. Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad; 2020. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201902006/>
53. Arroyo Gonçalves C. Modos de investigar los fenómenos sociales [Internet]. Punto Cero. Scielo. [Consultado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762006000100004
54. Rojas Betancur HM. Métodos y enfoques en la investigación cualitativa [Internet]. ResearchGate. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Hector-Mauricio-Betancur/publication/268347325_Metodos_y_enfoques_en_la_investigacion_cualitativa/links/569fe28908ae2c638eb7cbfe/Metodos-y-enfoques-en-la-investigacion-cualitativa.pdf
55. Universitat Autònoma de Barcelona. Revisión de expertos [Internet]. UAB. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.uab.cat/web/comunicacion-cientifica/publicar/revision-de-expertos-1345824813877.html#:~:text=La%20figura%20del%20revisor&text=Tiene%20que%20aportar%20informaci%C3%B3n%20sobre,opini%C3%B3n%20sobre%20el%20m%C3%A9todo%20utilizado>
56. Díaz Bravo L, Torruco García U, Martínez Hernández M, Varela Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico [Internet]. Investigación en educación médica. Scielo. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009#:~:text=La%20entrevista%20es%20una%20t%C3%A9cnica,al%20simple%20hecho%20de%20conversar.&text=Es%20un%20instrumento%20t%C3%A9cnico%20que%20adapta%20la%20forma%20de%20un%20di%C3%A1logo%20coloquial
57. Silveira Donaduzzi D, Colomé Beck C, Heck Weiller T, Nunes M, Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa [Internet]. Index de Enfermería. Fundación Index. Scielo; 2015. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100016
58. Hamui Sutton A, Varela Ruiz M. La técnica de grupos focales [Internet]. Investigación en Educación Médica. Elsevier; 2013. [Consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-la-tecnica-grupos-focales-S2007505713726838>

59. Vilchez González N. Desarrollo de la investigación. [Internet]. Universitat Rovira I Virgili. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8929/Elprocesodeensenanza.pdf>
60. Urbano Gómez P. Análisis de datos cualitativos [Internet]. FEDUMAR. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/fedumar/article/view/1122/1064>
61. Revuelta Domínguez F. Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación [Internet]. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: https://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_04/n4_art_revuelta_sanchez.htm
62. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. [Internet]. Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009
63. Tejero González J. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. [Internet]. Universidad de Castilla La Mancha. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28525/TECNICAS-INVESTIGACION%20LIBRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Angulo López E. Política fiscal y estrategia como factor de desarrollo de la mediana empresa comercial Sinaloense. Un estudio de caso [Internet]. Edumed.net. 2011. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/eal/seleccion_muestra.html#:~:text=La%20muestra%20en%20el%20proceso,562
65. Martín Crespo MC, Salamanca Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa [Internet]. Nure Investigación. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/plwllumuj/ebaLECTS/praktikak/muestreo.pdf>
66. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
67. Martínez Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias [Internet]. Ciencia y Salud Colectiva. Scielo; 2012. [Consultado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?lang=es>

68. Avello Martínez R, Rodríguez Monteagudo M, Rodríguez Monteagudo P, Sosa López D, Companioni Turiño B, Rodríguez Cubela R. ¿Por qué enunciar las limitaciones del estudio? [Internet]. Scielo. [Consultado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100010#:~:text=Muchos%20piensan%20que%20las%20limitaciones,al%20proceso%20de%20investigaci%C3%B3n%20desarrollado

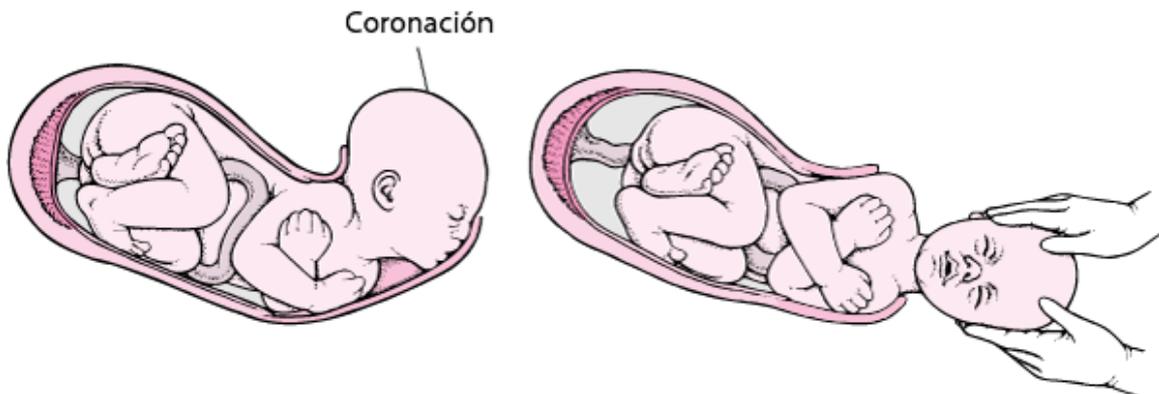
10. ANEXOS.

10.1. Anexo 1. Etapas del proceso de parto ^(5,6).

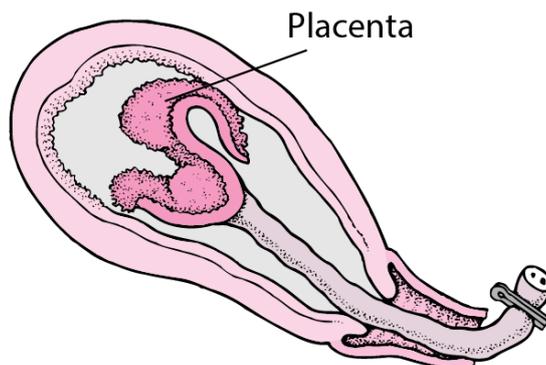


Período de dilatación o trabajo de parto. Fase inicial.

Fase activa.

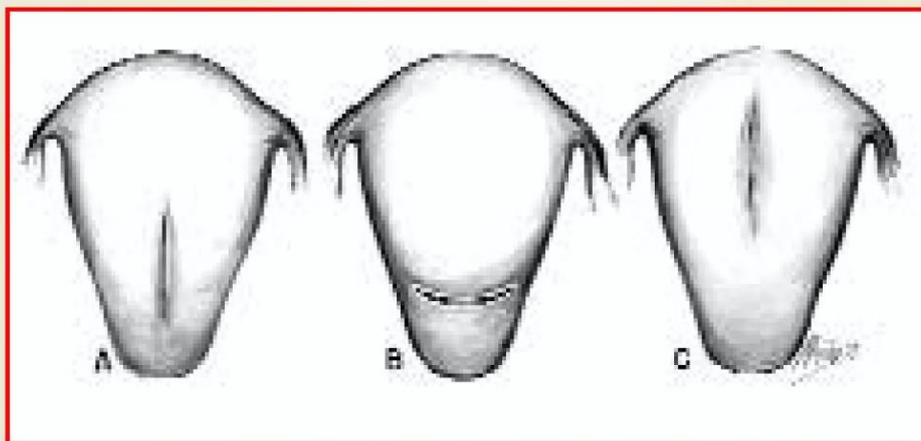


Período de expulsión.



Período de alumbramiento.

10.2. Anexo 2. Tipos de incisión uterina para cesárea ⁽²³⁾.



Tipos de incisión uterina para cesárea.

A: segmentaria longitudinal de Krönig.

B: segmentaria transversal de Kerr.

C: corporal o clásica.

10.3. Anexo 3. Clasificación de Robson ⁽²⁹⁾.



10.4. Anexo 4. Preguntas tipo para la entrevista semiestructurada.

1	¿Qué beneficios considera que le aportó el contacto piel con piel a su bebé y usted?
2	¿Cree que el contacto piel con piel ayudó a establecer la lactancia materna con su bebé?
3	¿Considera que el contacto piel con piel ayudó a establecer un buen vínculo entre usted y su bebé?
4	Si tuviera que nombrar alguna dificultad para llevar a cabo el contacto piel con piel tras la cesárea, ¿cuál sería?
5	Antes del embarazo, ¿qué había oído hablar sobre este método?
6	¿Pensó que por dar a luz por cesárea no podría desempeñar el contacto piel con piel con su bebé?
7	¿Qué opina sobre el nivel de información recibida sobre el contacto piel con piel y los beneficios de realizar dicha técnica?
8	¿Considera que es necesario fundamentar la implementación de protocolos hospitalarios de contacto piel con piel en cesáreas?
9	¿Cómo contribuyó el personal de enfermería para que usted se sintiese cómoda realizando el contacto piel con piel?
10	¿Cómo consideras que es de importante el papel de enfermería en el contacto piel con piel?

10.5. Anexo 5. Consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPANTE

Estimada mamá:

Nos gustaría felicitarla por el nacimiento de su criatura y destacar que entendemos que el período postparto puede ser un momento muy emotivo y ajetreado para las nuevas madres. Por ello, agradecemos enormemente su tiempo y disposición para participar en este estudio. Su experiencia y perspectiva son de gran valor para el avance del cuidado que ofrecemos. El objetivo principal de este estudio es conocer la experiencia materna en el contacto piel con piel tras haber dado a luz por cesárea. Para llevar a cabo el estudio se realizarán entrevistas individuales, aunque también se considerará la posibilidad de organizar entrevistas grupales. Si decide participar en uno de ellos, se le informará previamente y se le proporcionará toda la información necesaria sobre el formato y la duración de la sesión. Asimismo, se ha de mencionar que cualquier información proporcionada por usted será tratada de manera confidencial y sólo se utilizará con fines de investigación. Nos comprometemos a proteger su privacidad y a garantizar que sus datos se manejen de acuerdo con las normas éticas y legales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Título del proyecto: Experiencia materna en el contacto piel con piel en cesáreas.

Nombre y apellidos de la participante: _____

DNI: _____

La siguiente profesional declara que se ha explicado la información relativa a la participación en el proyecto.

Nombre y apellidos de la investigadora: _____

DNI: _____

Firma:

CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con DNI: _____, y mayor de edad declaro bajo mi responsabilidad que he leído y comprendido la hoja de información, del que se me ha entregado un ejemplar. He recibido suficiente información sobre mi participación en el proyecto, sobre la utilización de mis datos personales e información asociada.

- Comprendo que mi participación es voluntaria.

- Comprendo que mis datos serán tratados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre de 2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/Ce (Reglamento general de protección de datos).
- Comprendo que mis derechos y mi seguridad como paciente están protegidos con arreglo a la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, que regula la investigación en el ámbito de la biomedicina y la salud, estableciendo los principios éticos y científicos que deben regir la investigación biomédica en España, y establece los procedimientos y requisitos necesarios para la realización de dicha investigación.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.

En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ del 2023.

Fdo.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con D.N.I. _____ declaro que:

1. He leído la Hoja de Información y Revocación del Consentimiento Informado que me ha sido entregada.
2. He hablado y aclarado las posibles dudas sobre mi revocación con la investigadora:

3. Revoco el consentimiento anteriormente prestado por lo que queda sin efecto a partir de este momento.
4. Mi revocación es:
 - Total.
 - Parcial. Indique cual _____

En Santa Cruz de Tenerife a _____ de _____ del 2023.

Fdo.