



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Uso del espejo durante el expulsivo en el parto: impacto en la percepción materna.***

Alumno: Tamara Montoro Pareja.

Director: María Jesús Martínez Beltrán.

**Madrid, abril de 2025**

# Índice.

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Presentación.....	5
2. Estado de la cuestión.....	6
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	6
2.1.1. Introducción.....	6
2.1.2. Qué es el parto. Posiciones adoptadas y antecedentes históricos.....	7
2.1.2.1. Etapas del parto.....	8
2.1.3. Dolor de parto.....	9
2.1.4. Guía de buenas prácticas durante el parto.....	10
2.1.5. Experiencia de parto positivo.....	10
2.1.6. Posición para dar a luz.....	12
2.1.7. Métodos para pujar.....	14
2.1.8. Uso del espejo.....	15
2.2. Justificación.....	16
3. Problema a investigar.....	18
3.1. Identificación del problema.....	18
3.2. Pregunta de investigación.....	18
4. Objetivo e hipótesis.....	19
4.1. Objetivo general.....	19
4.2. Objetivos específicos.....	19
4.3. Hipótesis de trabajo.....	19
5. Metodología.....	20
5.1. Diseño del estudio.....	20
5.2. Sujetos de estudio y muestreo.....	20
5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	20
5.3. Técnica de recogida de datos.....	21
5.3.1. Métodos.....	21

5.3.2. Tipos de preguntas .....	21
5.4. Análisis de datos. ....	22
5.5. Cronograma. ....	23
6. Aspectos éticos. ....	24
7. Limitaciones del estudio. ....	25
8. Bibliografía. ....	26
Anexos. ....	29
Anexo 1: Ficha de recogida de datos. ....	30
Anexo 2: Hoja de Información para el participante .....	32
Anexo 3: Documento de consentimiento informado.....	33
Anexo 4: Solicitud de Evaluación de Protocolos de Investigación por el CEIC Regional. ....	34

# **Resumen.**

## **Introducción:**

El parto es un proceso fisiológico complejo que involucra aspectos físicos, emocionales y socioculturales. El uso de biorretroalimentación visual como puede ser la utilización de un espejo durante el parto, puede contribuir a que la mujer tenga una mayor sensación de control durante el proceso, favoreciendo los pujos y la satisfacción general del proceso.

## **Objetivo:**

Conocer cómo perciben las parturientas la experiencia del uso de un espejo durante el expulsivo en el parto.

## **Metodología:**

Estudio de metodología cualitativa con un enfoque de investigación fenomenológico que pretende ahondar en las experiencias de las mujeres que han utilizado el espejo durante el expulsivo para conocer su efectividad en cuanto a la sensación de control y a su satisfacción tras el uso del mismo.

## **Implicaciones para la práctica enfermera:**

El uso de una herramienta de bajo coste como es un espejo, en un momento tan trascendental en la vida de una mujer como es un parto, puede contribuir a una atención más humanizada y centrada en la paciente, mejorando así el entorno obstétrico.

**Palabras clave:** Parto, Postura y Biorretroalimentación Psicológica.

# **Abstract.**

## **Introduction:**

Childbirth is a complex physiological process that involves physical, emotional, and sociocultural aspects. The use of visual biofeedback, such as the use of a mirror during childbirth, can help the woman to have a greater sense of control during the process, favouring pushing and general satisfaction of the process.

## **Objective:**

To understand how parturient perceive the experience of using a mirror during the expulsive phase of labour.

## **Methodology:**

A qualitative study with a phenomenological approach is proposed. This design will allow for an in-depth exploration of the experiences and meanings attributed to mirror use, analysing how it influences women's sense of control and satisfaction during the expulsion process. Data collection will be conducted through in-depth interviews, participant observation, and focus groups, using purposive sampling to achieve data saturation.

## **Implications for nursing practice:**

The use of a low-cost tool such as a mirror at such a crucial moment as childbirth can promote more humane and patient-centred care. By enhancing the perception of control and improving the coordination of pushing, this intervention not only contributes to the emotional well-being of the parturient but can also optimize the obstetric environment and reduce the need for unnecessary medical interventions, thus strengthening the role of nursing in promoting evidence-based, woman-centred care.

**Key words:** Labor, Obstetric, Posture, Biofeedback, Psychology.

# 1. Presentación.

El parto es un proceso fisiológico que forma parte de la vida de las mujeres y que a pesar de ser un proceso que lleva presente en el mundo desde el comienzo, aún queda mucho por descubrir y por explorar del mismo. Es por eso por lo que este TFG pretende abordar uno de esos aspectos que aún quedan por explorar.

Desde que era pequeña he querido ser matrona, por lo que no fue difícil saber al inicio de la carrera que mi TFG giraría entorno al parto. Lo que no había podido imaginar cuando comencé a estudiar enfermería era que este proyecto surgiría de haber podido experimentar en primera persona el uso del espejo en el expulsivo. Es por eso, que sentí la necesidad de estudiar más a fondo este fenómeno que ocurre en el momento en el que se introduce el espejo, cómo cambia la manera de realizar los pujos cuando eres capaz de ver el descenso de la cabeza de tu hijo a través del canal de parto. Esa sensación de sacar fuerzas de donde no te quedan y al mismo tiempo tener la satisfacción y la retribución de una imagen que le hace saber a tu cerebro y a tus maltrechas fuerzas que lo estás haciendo bien, que todo ese esfuerzo junto al dolor que acompaña a las contracciones, con sus subidas y bajadas, tiene un fin y es poder tener a tu hijo entre tus brazos. Y cómo me cambió el poder ver ese descenso fetal y no solo guiarte por las contracciones y las palabras de la matrona en los pujos, sino ser parte activa de tu propio parto, de no necesitar nada más que una imagen que te refuerce. Es por esto por lo que decidí hacer este proyecto sobre la eficacia del espejo, pero sobre todo por la satisfacción que se experimenta en ese momento.

Considero que es importante como sanitarios, conocer el efecto que puede tener una herramienta tan sencilla como un espejo en un proceso tan complejo como es un parto, de manera que le podamos dar el protagonismo a las mujeres que se enfrentan a una experiencia tan trascendental como es un parto, independientemente de si han decidido o no utilizar analgesia, porque aunque hayan utilizado analgesia epidural, pueden ver ese descenso y ser más conscientes de cuándo y cómo realizar los pujos.

Finalmente, me gustaría utilizar estas líneas para agradecer en primer lugar a mi tutora del TFG, por haberme recogido y haber estado tan pendiente de mi progreso en el proyecto. Agradecer también a mi familia su apoyo durante estos cuatro años de carrera, donde nada ocurría según lo esperado. Y por supuesto, darle las gracias a mi pareja, por estar siempre que le necesito, por compartir conmigo lo mejor que tenemos y porque gracias a él este proyecto es posible, por ese: “¿y si lo haces sobre el uso del espejo en el parto? Y por último gracias a mi hijo, por permitirme ser su madre y porque a pesar de todo, me ha puesto fácil el poder terminar la carrera.

## 2. Estado de la cuestión.

### 2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

#### 2.1.1. Introducción.

En este apartado se van a tratar tres puntos.

El primero consiste en la exposición sobre la definición y la evolución del parto a lo largo de la historia, donde se hablará de los procesos que han influenciado en la manera de parir de las mujeres.

La segunda parte tratará de el dolor y la experiencia del parto, donde se mencionarán los distintos factores que pueden afectar a la experiencia del parto y las estrategias que se pueden llevar a cabo para el manejo del dolor.

La última parte aborda el uso del espejo durante el parto, centrándolo principalmente en el momento del expulsivo y cómo el biorretroalimentación visual sirve de ayuda. También se hablará de la importancia de la percepción materna a lo largo de todo el proceso.

Para ello, se ha empleado información obtenida de artículos de revistas y en bases de datos científicas como Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Académico, utilizando Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs) y descriptores del lenguaje controlado Medical Subject Headings (MeSH), como se muestra en la tabla nº1. Estos descriptores se han combinado con el booleano “and” y se han seleccionado los artículos que tuviesen una fecha de publicación de menos de 10 años (aunque la mayoría son inferiores a 5 años), utilizándose al final 31 artículos para justificar este trabajo.

Términos DeCS	Términos MeSH
Parto.	Labor, Obstetric.
Primer Periodo del Trabajo de Parto.	Labor Stage, First.
Segundo Periodo del Trabajo de Parto.	Labor Stage, Second.
Tercer Periodo del Trabajo de Parto.	Labor Stage, Third.
Postura.	Posture.
Biorretroalimentación Psicológica.	Biofeedback, Psychology.

**Tabla 1.** Términos MesH y DeCs empleados para la búsqueda bibliográfica. Tabla de elaboración propia.

Finalmente se han utilizado 34 referencias, de las cuales cómo se menciona anteriormente son artículos y dos páginas web.

Se ha utilizado la herramienta ChatGPT para la elaboración de la Figura 1 bajo la orden “Realizar una imagen con la silueta de una mujer en posición de cuadrupedia que esté embarazada para simular la posición durante el parto” que posteriormente fue siendo modificada para que coincidiese con la imagen final obtenida. A partir de esta primera imagen, se fueron aplicando cambios para obtener las demás.

### **2.1.2. Qué es el parto. Posiciones adoptadas y antecedentes históricos.**

El parto se define como el proceso fisiológico en el cual el feto y la placenta son expulsados a través de la vagina (1). Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España, se define el parto como un proceso fisiológico en el que la mujer finaliza su gestación a término. En este proceso se implican factores como el psicológico y el sociocultural. El inicio tiene que ser espontáneo, desarrollándose y terminando sin complicaciones. Este proceso culmina con el nacimiento y no tiene que implicar más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (2).

A lo largo de la historia la manera de parir de las mujeres ha ido cambiando. Hay una constante en el momento del parto que se ha ido manteniendo que es la presencia de otra persona en el momento del mismo, soliendo relacionarse con la presencia de otra mujer experimentada o algún miembro de la familia (3).

En la Prehistoria la fuente de información con la que contamos son las pinturas rupestres, que muestran que las mujeres parían en cuclillas o de pie, en solitario o acompañadas por otras mujeres. Del antiguo Egipto, la constancia que se tiene viene reflejada en el Papiro de Ebers que indica que las mujeres egipcias parían en cuclillas o sobre ladrillos y también eran atendidas por otras mujeres. Según Hipócrates, la recomendación para el parto de las mujeres griegas de clase alta es que estas debían parir en sillas obstétricas, mientras que las demás debían hacerlo en sillas humanas. En la Edad Media comienza la medicalización del parto (4), por ejemplo, en el caso de fallecimiento del feto, para la extracción del mismo (3), además se incorpora la figura del hombre en el parto. En el s. XVII se incorporan cirujanos al momento del parto, se introducen los fórceps (3) y la posición horizontal en el parto para comodidad del cirujano(4). Fue en el S.XX donde se medicalizó el parto, de manera que se pasó de partos en los domicilios de las parturientas a partos llevados a cabo en el hospital, creándose protocolos para atender a la parturienta como si se tratase de una enfermedad. En respuesta a esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la guía “Cuidados en el parto normal: una guía práctica” (3).

### **2.1.2.1. Etapas del parto.**

#### **a) Primera etapa del parto.**

El parto se puede dividir en varias etapas o fases, normalmente suelen explicarse como tres etapas, aunque en algunas haya subdivisiones dentro de las mismas.

La primera etapa del parto comprende todo el proceso de dilatación, que finaliza al alcanzar los 10 centímetros. En esta etapa se encontrará una subdivisión entre fase latente y fase activa del parto (1).

La fase latente del parto comienza en el momento en el que empieza la dilatación del cuello uterino. Se trata de una etapa que no se puede cuantificar con exactitud, puesto que no siempre se puede conocer el momento exacto en el que comienza. Lo que sí que se conoce sobre esta etapa es que se trata de una fase bastante larga, que puede llegar a alcanzar entorno a las 20 horas de duración en mujeres nulíparas y se acorta a unas 14 horas en multíparas (5). La fase activa del parto comienza cuando la fase de dilatación comienza a ser más regular, no tan espaciada como en la fase latente. Para conocer si se ha entrado en la fase activa del parto, se puede hacer a través de tactos cervicales o a través del aumento de contracciones, su intensidad y el tiempo que duran que pueden ser medidas a través de un registro cardiotocográfico. Esta fase termina en el momento en el que el cérvix se ha dilatado por completo y se ha borrado el cuello uterino (6).

#### **b) Segunda etapa del parto. Periodo expulsivo.**

Esta etapa aborda desde el momento en el que el cérvix se ha dilatado en su totalidad hasta la expulsión del feto. La completa dilatación del cérvix se puede comprobar al no palpar el cuello uterino, habiéndose eliminado así la resistencia que opone el cérvix al paso del feto. Durante esta etapa, el feto hace movimientos de descenso y rotación para poder pasar a través del canal del parto. Para que esta acción se pueda llevar a cabo, se necesita que las contracciones uterinas sigan siendo regulares y de gran intensidad, además de pujos voluntarios y conscientes por parte de la parturienta (7). En este periodo también se cuenta con dos fases, que al igual que en el anterior, se dividen en una fase pasiva y una activa. En el caso de la fase activa, se conoce con el nombre de periodo expulsivo, que varía su duración en función de si se trata de una nulípara o multípara, al igual que si se ha utilizado o no anestesia epidural. En el caso de nulíparas sin epidural, el tiempo empleado para el expulsivo varía desde 65 a 138 minutos en el 95% de los casos, mientras que en nulíparas con epidural

estos tiempos se amplían a 138-216 minutos. Si se trata de multíparas sin epidural alcanzan los 58-76 minutos y las que emplean el uso de epidural llegan a los 96-120 minutos (8).

### **c) Tercera etapa del parto.**

La tercera etapa del parto se comprende entre el momento en el que ha sido expulsado feto hasta el momento en el que se expulsa la placenta (9). También se conoce esta etapa con el nombre de alumbramiento, que suele ocurrir durante los primeros 30 minutos tras el parto (10).

### **2.1.3. Dolor de parto.**

Para poder definir el dolor de parto, primero se debe definir qué es el dolor. El dolor se define según la RAE como: “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior” (11).

El dolor de parto se describe como el mayor dolor que puede ser experimentado por una mujer en su vida, sin embargo, hay que tener en cuenta que la experiencia y vivencia de cada mujer hace que la percepción sobre el mismo varíe considerablemente de una mujer a otra. Otro dato importante a tener en consideración con el dolor que se experimenta durante el parto es que al contrario de los demás dolores que pueden ser sufridos por las personas, este dolor no es patológico, sino que se trata de un dolor fisiológico (12).

Este dolor puede hacer que el trabajo de parto se alargue, dificultando las condiciones maternas y fetales. Para ello se pueden emplear métodos farmacológicos o no farmacológicos para el control del dolor (13).

Como medio farmacológico el más empleado es la analgesia epidural, un tipo de anestesia que consiste en el bloqueo de un nervio central a través de la administración de un analgésico en los nervios sensitivos (14).

Por otro lado, como métodos no farmacológicos se encuentran: la hipnosis, los TENS, las inyecciones intradérmicas de agua esterilizada, la aromaterapia, la inmersión en agua, el apoyo continuo, la acupuntura, la terapia musical, los masajes y reflexología y las prácticas mente-cuerpo (15).

#### **2.1.4. Guía de buenas prácticas durante el parto.**

A lo largo de los años se ha hecho patente la necesidad de tener un documento al que referirse para no incurrir en malas prácticas durante el parto o en tratar el mismo como si fuese una patología en lugar de un proceso fisiológico (3), motivo por el cual la OMS ha creado a lo largo de los años varias guías que se han ido actualizando según lo hacían también las evidencias científicas. La primera guía que se publicó fue en el año 1996, en la cual ya se redactaba cuáles eran las prácticas que se llevaban a cabo de manera rutinaria y dentro de estas cuáles respaldaba la evidencia científica y las que deberían dejar de practicarse (16). Después de esta guía, se han hecho más publicaciones, siendo la última de ellas la del año 2021 (17), cuyo objetivo es ayudar a la puesta en práctica de todas estas nuevas medidas, así como fomentar la toma de decisiones por parte del personal sanitario y de las mujeres, para poder brindarles la mejor atención posible tanto durante el momento del parto, como en el puerperio al igual que a los bebés. En esta guía se tienen en cuenta 7 parámetros que son:

- Identificación de la mujer y características del trabajo de parto en el ingreso: se recogerá el nombre completo de la mujer, así como otros datos relacionados con el embarazo.
- Atención de apoyo: se recogerán los datos relacionados con el acompañamiento, el alivio del dolor, la ingesta de líquidos por vía oral y la postura adoptada.
- Atención del bebé: se recogerán los datos relativos a la frecuencia cardiaca fetal, si esta sufre desaceleraciones, cómo es el líquido amniótico, la presentación del bebé y si hay presencia de caput.
- Atención de la mujer: se registrarán las monitorizaciones maternas, que serán la tensión arterial, el pulso, la temperatura y una analítica de orina.
- Progreso del trabajo de parto: se recogerán los datos relativos a la intensidad y frecuencia de contracciones, el progreso de la dilatación y el descenso fetal.
- Medicación: uso de medicamentos que favorezcan el parto como la oxitocina, medicamentos para el alivio del dolor o si está recibiendo líquidos por vía parenteral.
- Toma de decisiones compartidas: evaluación y planificación de las decisiones que se han tomado.

#### **2.1.5. Experiencia de parto positivo.**

Se considera una experiencia de parto positiva a aquella que cumple o supera las experiencias y creencias personales y socioculturales previas de la mujer. En este tipo de experiencia, se incluye, además, el nacimiento de un bebé sano, en un entorno que sea seguro, tanto desde el punto de vista clínico, como el psicológico. Se intenta conseguir que las mujeres tengan un acompañamiento de su elección durante todo el proceso del parto y que además el personal

que las atienda sea amable y competente. Esta experiencia de parto positivo refuerza la idea de que las mujeres en el momento del parto deben ser tenidas en cuenta, al igual que las decisiones que quieran tomar (18).

Se considera también que una experiencia de parto positivo está estrechamente relacionada con la confianza que tenga la parturienta con el equipo asistencial que le atienda y la capacidad de este equipo de saber reconocer la importancia de una experiencia positiva. Se conocen 4 conceptos que son fundamentales para ello: sentirse apoyadas, sensación de tener el control, sentirse respetadas y sentir seguridad (19).

Es por esto por lo que la OMS ha creado unas recomendaciones para una experiencia de parto positiva. En esta guía se recogen tanto las recomendaciones antiguas como las nuevas y clasificadas según los criterios de Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system (GRADE) (20). Estos criterios se basan en los marcos de la Evidencia a la Decisión (EtD), cuyo objetivo es utilizar la evidencia de manera estructurada y clara (21).

Su clasificación queda compuesta de la siguiente manera:

- Recomendadas: son aquellas que se deberían implementar.
- No recomendadas: son aquellas actuaciones que no se deberían implementar.
- Recomendado solo en contextos específicos: son aquellas intervenciones que deberían llevarse a cabo en el caso de una condición, entorno o población específica.
- Recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas: en esta categoría existen dudas importantes con respecto a la intervención. En este caso, se deberá adoptar solo si puede abordar las preguntas y dudas sin respuesta relacionadas tanto con la efectividad como con la aceptabilidad y viabilidad.

Los puntos que se tratan en la guía y que se catalogan son:

- Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento: atención respetuosa de la maternidad, el uso de comunicación efectiva, el acompañamiento durante el trabajo de parto y una continuidad de la atención.
- Periodo de dilatación.
- Periodo expulsivo. Este punto se desarrollará más que los anteriores por la relevancia que presenta para este trabajo, para ello se realizará según la tabla 2.
- Alumbramiento: pinzamiento tardío del cordón umbilical, tracción controlada del cordón y masaje uterino.
- Atención del recién nacido: aspiración de secreciones, profilaxis de vitamina K, lactancia, baño y cuidados inmediatos del recién nacido.

- Atención de la mujer tras el nacimiento: evaluar el tono uterino, profilaxis antibiótica tras parto vaginal sin complicaciones o con episiotomía, evaluación materna rutinaria tras el parto y alta posnatal.

En el resto de los apartados, al igual que se muestra en la tabla, se desglosan las recomendaciones y su categoría de recomendación (18).

<b>Opción de atención.</b>	<b>Recomendación.</b>	<b>Categoría de la recomendación.</b>
<i>Posición para dar a luz, con o sin anestesia.</i>	Adopción de la posición de una posición de su elección, incluidas las posiciones erguidas, para ambos grupos.	Recomendado.
<i>Método para pujar.</i>	Se debe aconsejar a las mujeres que sigan su propia necesidad de pujar en el periodo expulsivo.	Recomendado.
<i>Método para pujar para mujeres con anestesia peridural.</i>	Se recomienda retrasar los pujos entorno a dos horas tras la dilatación completa o hasta que recuperen la necesidad de pujar, evaluando y controlando la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto.
<i>Técnicas para prevenir el traumatismo perineal.</i>	Se recomienda el uso de técnicas que ayuden a reducir el traumatismo perineal, dependiendo de las preferencias de la parturienta y de las opciones disponibles.	Recomendado.
<i>Política para la episiotomía.</i>	Realizar una episiotomía rutinaria en mujeres que presentan parto vaginal espontáneo.	No recomendado.
<i>Presión del fondo uterino.</i>	Aplicar presión en el fondo uterino para favorecer el parto.	No recomendado.

**Tabla 2.** Descripción de las opciones de atención y su recomendación. Tabla de elaboración propia (18).

### **2.1.6. Posición para dar a luz.**

Actualmente, se ha buscado volver a la naturalización del parto, dejando que sean las parturientas las que decidan cómo y dónde deben parir, consiguiendo con ello una mejora psicológica y física en el momento del parto, surgiendo las siguientes posiciones (4).

En las posiciones para dar a luz encontramos dos grupos: la posición vertical y la posición horizontal.

#### **a) Posición vertical.**

Según Atwood: “son aquellas posiciones en las que una línea imaginaria que uniera los centros de las vértebras L3 y L5 esté en un ángulo de 90° o más respecto a la horizontal” (22).

Dentro de este grupo contamos con: la posición de sedestación, posición con el cabecero de la cama a 30°, posición en cuclillas o de pie.

La posición vertical cuenta con un gran número de ventajas frente a la posición horizontal, como por ejemplo el poder contar con la gravedad a favor del descenso del feto, mantener los diámetros pélvicos en su máxima apertura, promueven el posicionamiento postero anterior fetal y mejora el ritmo cardiaco materno, favoreciendo a su vez el ritmo cardiaco fetal (23).

En el caso de mujeres con epidural, se ha demostrado que el uso de la posición lateral o vertical en comparación con la posición acostada, reduce el tiempo del expulsivo, de intervenciones médicas, así como de la realización de episiotomías y de la aparición de frecuencias cardíacas fetales anómalas (9).

#### **b) Posición horizontal.**

En este grupo se encuentra el resto de las posiciones que no cumplen con el criterio anteriormente mencionado, por lo que estaría conformado por: la posición de cuadrupedia, la posición de decúbito lateral y la posición de litotomía (24), que es aquella en la que la mujer está acostada sobre la espalda, con las piernas abiertas y apoyadas en unos soportes conocidos con el nombre de estribos (25).

Este tipo de posiciones, se relacionan con una aumento en cesáreas, partos instrumentados episiotomías y alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal (23). Según diversos estudios, la posición de decúbito lateral presenta menor tasa de episiotomías que la posición de litotomía (22).

Todas estas posiciones estarán representadas en la Figura 1.



**Figura 1.** Representación de las distintas posiciones para dar a luz. Realizadas mediante ChatGPT.

### 2.1.7. Métodos para pujar.

Los pujos ocurren durante la segunda etapa del parto y son la necesidad que tiene la madre de empujar, estando al comienzo vinculada esta sensación con las contracciones, de manera que la cabeza del feto vaya descendiendo por el canal del parto y finalizando con la sensación de necesitar empujar incluso cuando no se tiene contracción uterina (26).

Las maneras en las que se puede hacer los pujos se clasifican en:

**Pujos dirigidos o en Valsalva:** en este método, el profesional sanitario que te acompaña en el momento del parto indica a la parturienta cuándo debe hacer el pujo, suelen hacerse entre 2 y 3 pujos en el tiempo que dura la contracción (27). Con esta técnica, la parturienta suele realizar los pujos en valsalva, que se trata de una maniobra en la que se fuerza la expiración manteniendo la glotis cerrada, de manera que se aumenta la presión intratorácica (28).

**Pujos espontáneos:** son aquellos en los que las parturientas realizan los pujos cuando sienten la necesidad de pujar, sin que los profesionales sanitarios les indiquen cuándo tienen que hacerlos. Estos pujos, aunque también pueden ser hechos en valsalva, suelen realizarse con

la parturienta emitiendo sonidos. A su vez, suelen hacerse muchos pequeños pujos durante el tiempo que dura la contracción uterina (29).

### **2.1.8. Uso del espejo.**

El biofeedback es una técnica utilizada para mejorar la capacidad de modificar comportamientos involuntarios. Se emplea también para la coordinación de la actividad muscular en el tracto genitourinario (30). El hecho de utilizar la biorretroalimentación visual es un método no invasivo que se puede emplear en los paritorios (31). Este proceso se está realizando para comprobar si se puede reducir el tiempo de la segunda etapa del parto. Para ello una de las formas en las que se puede comprobar es mediante el uso de un espejo, de forma que de una manera no invasiva se puede motivar y ayudar a la parturienta para que realice pujos más efectivos gracias a que está viendo cómo desciende el feto y progresa el trabajo de parto (32). El empleo del espejo crea la sensación de control en las parturientas, lo que a su vez favorece la sensación de una experiencia de parto positiva. El uso del espejo durante el parto, no solo se puede emplear en la fase del expulsivo, sino también para aquellas mujeres que requieren de cesáreas, de manera que puedan ver cómo nace su bebé (33).

Driver et al. (32) realizan un estudio observacional de cohortes retrospectivo, con una muestra de n=453, de nulíparas mayores de 18 años y en un estado a término (embarazo de 37 a 41 semanas), con un parto vaginal espontáneo. Se estudió si había una reducción significativa de la duración del expulsivo, de hemorragias posparto, corioamnionitis, necesidad de ingreso en UCI neonatal y mejora en el índice de Apgar al nacimiento, en aquellas mujeres que habían utilizado el espejo y aquellas que no. Los resultados obtenidos en este estudio indican que de las 453 participantes, 276 (60.9%) no utilizaron el espejo y 177 (39,1%) sí que lo emplearon. Del grupo que usó el espejo, las nulíparas tuvieron una reducción del tiempo de expulsivo de 19, 4 minutos de media, mientras que en las que no eran nulíparas no hubo diferencias significativas. Esta reducción del tiempo no se explicaba por el uso de oxitocina, el peso al nacer ni por complicaciones maternas, porque incluso al incluir estas variables, la diferencia de tiempo seguía siendo significativa.

En el estudio descriptivo de Doyle et al. (33) , contaron con una muestra de n=500, de mujeres entre 18 y 39 años, caucásicas y nulíparas. Las variables que se midieron fueron: si el uso del espejo centraba los esfuerzos de los pujos y la experiencia general del parto con el uso del espejo. Los resultados obtenidos fueron que de la muestra de 500 mujeres, a 189 se les ofreció el espejo y solo 53 (28%) utilizaron el espejo. Dentro del grupo que utilizó el espejo, 28 (53%) dijeron que les había sido útil para centrarse en los pujos y solo el 19,7% dijeron

que no les había sido útil. El 55,5% reportó que el uso del espejo les había resultado una experiencia de parto positiva.

En el estudio descriptivo transversal de Becerra-Maya et al. (34), tuvo una muestra de n= 159 sujetos, compuestos por parejas, de las cuales 80 eran mujeres. En él, a través de una encuesta que tuvo una duración de 5 meses, se obtuvieron los siguientes resultados: la edad media era de 31 años. Las primíparas suponían el 69.4% de las encuestadas, con un 75% de ellas. Los parámetros que se midieron fueron 14 ítems emparejados: agradable-desagradable, inútil-útil, reprime empujar-estimula empujar, maravillosa-horrorosa, perjudicial-beneficiosa, satisfactoria-insatisfactoria, innecesaria-necesaria, positiva-negativa, ineficaz-eficaz, importante-no importante, recomendable-no recomendable, fea-bonita, débil-intensa, emotiva- fría. Como conclusión en este estudio se obtuvo que la mayoría de las parejas valoraron favorablemente el uso del espejo, con un alto porcentaje de mujeres que consideraron que el observar su parto estimulaba los pujos.

## **2.2. Justificación.**

El parto es un proceso fisiológico complejo que está relacionado con múltiples factores: físicos, emocionales y socioculturales. La calidad de esta experiencia tiene un impacto significativo tanto en la salud materna como en la salud neonatal, y durante la fase del expulsivo, la coordinación de los pujos y la percepción de control por parte de la parturienta son elementos importantes para lograr un parto que aporte la sensación de seguridad y satisfacción. En este contexto, el uso del espejo como herramienta de biofeedback visual no invasiva, ayuda a mejorar la sensación de control de la mujer, lo que se podría suponer una mejora en la reducción de la duración del expulsivo y a una experiencia de parto más positiva.

Aunque en la literatura se han abordado de manera amplia aspectos relacionados con el manejo del dolor, las posiciones adoptadas durante el parto y las distintas técnicas para optimizar los pujos, el uso específico del espejo como una herramienta para mejorar la efectividad del periodo expulsivo y del bienestar de la parturienta aún no ha sido lo suficientemente explorado.

Desde un punto de vista más científico, sería importante comprobar, si realmente este uso del espejo mejora la eficacia de los pujos, no solo en una reducción del tiempo del periodo expulsivo, sino en relación con la sensación de beneficio entre esfuerzo realizado por la parturienta y el resultado obtenido; además de valorar como la ayuda que puede aportar el biofeedback visual que proporciona el espejo para conocer si a la mujer le ha resultado útil

para realizar los pujos, en caso de que no estuviese haciéndolos correctamente por falta de coordinación muscular.

Desde el punto de vista de enfermería, el hecho de ofrecer un espejo, que facilitará a la parturienta la realización de los pujos, se puede considerar una intervención fácil y que además aportará a la parturienta esa sensación de control.

Por todo ello se propone este proyecto observacional.

### **3. Problema a investigar.**

#### **3.1. Identificación del problema.**

Este proyecto se plantea como un proyecto cualitativo porque se busca estudiar y analizar qué es lo que sienten las parturientas en el momento en el que se les coloca un espejo durante el expulsivo y se necesita conocer cuál es la vivencia que ellas experimentan en este momento, de manera que no puede ser medido con una escala.

#### **3.2. Pregunta de investigación.**

¿Cómo influye el uso del espejo durante el expulsivo en la percepción de control, la coordinación de los pujos y la satisfacción de las parturientas en comparación con aquellas que no lo utilizan?

Se sigue el esquema SPIDER para realizar la pregunta de investigación.

- S (Sample), la muestra se corresponde con las mujeres que han utilizado el espejo.
- P (Phenomenon of interest), sería la percepción de control, la coordinación y la satisfacción durante el expulsivo.
- D (Design), los datos se recogerán mediante una entrevista con preguntas semiabiertas.
- E (Evaluation), se evaluará la percepción materna respecto al uso del espejo durante el expulsivo.
- R (Research type), el estudio que se llevará a cabo es cualitativo fenomenológico.

## **4. Objetivo e hipótesis.**

### **4.1. Objetivo general.**

Conocer cómo perciben las parturientas la experiencia del uso de un espejo durante el expulsivo en el parto.

### **4.2. Objetivos específicos.**

- Explorar los sentimientos, percepciones y efectos que las mujeres le atribuyen al uso del espejo.
- Describir la manera en la que el espejo interviene en la coordinación de los pujos y la percepción de control.
- Conocer las barreras que se pueden encontrar en la incorporación de esta herramienta en la práctica clínica.
- Analizar las diferencias en la satisfacción entre aquellas mujeres que han usado el espejo y las que no.

### **4.3. Hipótesis de trabajo.**

Las mujeres que usan el espejo durante el expulsivo en el parto mostrarán un mayor nivel de sensación de control en la realización de los pujos, así como una mejor satisfacción general.

## 5. Metodología.

### 5.1. Diseño del estudio.

Se trata de un estudio de metodología cualitativo con un enfoque de investigación fenomenológico cuyo objetivo es conocer si la colocación de un espejo durante el expulsivo aumenta la sensación de control en los pujos de las parturientas, así como si experimentan una mejor experiencia global en el parto.

### 5.2. Sujetos de estudio y muestreo.

Las participantes de este estudio serán mujeres embarazadas a término (37-42 semanas), que tengan parto vaginal espontáneo y que hayan experimentado el uso del espejo durante el expulsivo en el Hospital Universitario del Tajo en Aranjuez.

El número de participantes estimado será de 15 participantes. Serán seleccionadas previo al parto, en la consulta de la matrona en la semana 36, donde se explicará que se puede utilizar un espejo durante el expulsivo y si quieren usarlo. Formarán parte del estudio aquellas que finalmente lo hayan utilizado durante el parto y quieran someterse al estudio. Se realizará un muestreo intencional.

#### 5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión quedan descritos en las tablas 3 y 4.

Criterio de inclusión
Ser mujer.
>18 años.
Residente en España.
Estar embarazada entre la semana 37-42 de embarazo
Parto vaginal espontáneo.
Primípara.

**Tabla 3.** Criterio de inclusión.

Criterio de exclusión.
No residir en España.
No llegar a las 37 semanas de embarazo.
No tener parto vaginal espontáneo.
Ser multípara.

**Tabla 4.** Criterios de exclusión.

### **5.3. Técnica de recogida de datos.**

#### **5.3.1. Métodos.**

La técnica de recogida de datos se hará mediante entrevista individual guiada con preguntas semiabiertas.

#### **5.3.2. Tipos de preguntas.**

Se realizará la entrevista en la consulta de la matrona (aproximadamente 7 días después del parto). Se hará una entrevista en profundidad, mediante preguntas abiertas. Esta entrevista tendrá una duración de entre 30 a 60 minutos por participante.

El comienzo de la entrevista será hablando de su experiencia general durante el parto, de manera que les resulte más fácil hablar luego del tema que nos compete, que es el uso del espejo, para adaptar la misma a sus circunstancias. Esta parte seguirá la siguiente estructura:

- La edad.
- El idioma.
- Asistencia a clases de preparación al parto.
- Experiencias cercanas del uso del espejo.
- Intervenciones obstétricas.
- Duración del expulsivo.
- Uso de analgesia.

- Posición a la hora de pujar.

Las preguntas que se llevarían a cabo durante la entrevista responderían a los objetivos de identificación, descripción, exploración y explicación del fenómeno (Anexo 1).

Identificación del fenómeno: tiene el objetivo de obtener una definición inicial del fenómeno desde el punto de vista de la participante.

Descripción de la experiencia: se buscará conocer las características claves de la experiencia y explorar las variaciones individuales de cada una de las participantes.

Exploración en profundidad: el objetivo que se perseguirá en esta parte es conocer el proceso de la experiencia, así como las emociones, las sensaciones y los pensamientos que asocian al uso del espejo.

Explicación del significado y el impacto: el fin de este apartado es conocer el impacto que tiene el uso del espejo en la percepción del control, la sensación de coordinación de los pujos y la satisfacción general que han obtenido las participantes ligadas a esta experiencia.

#### **5.4. Análisis de datos.**

Para realizar el análisis de los datos obtenidos durante las entrevistas individuales, se llevará a cabo una revisión del material obtenido mediante las notas y del uso de las grabaciones de voz, que serán transcritas literalmente. En caso de ser necesario, se empleará el uso de la herramienta Atlas ti para la identificación de los patrones de respuesta obtenidos.

## 5.5. Cronograma.

<i>Etapas</i>	<i>Sub-etapas</i>	<i>Temporización.</i>
<i>Pre-investigación.</i>	Detección de necesidades. Realización de demanda de intervención. Planteamiento de la investigación y redacción del proyecto.	Desde octubre de 2024 hasta mayo de 2025.
<i>Primera etapa. Diagnóstico, trabajo de campo, observación participante y entrevistas.</i>	Solicitud al Comité de Ética. Constitución de la Comisión de Seguimiento. Constitución del Grupo de investigación. Introducción de elementos analizadores. Inicio del trabajo de campo. Entrega y discusión del primer informe.	Desde junio de 2025 hasta octubre de 2025.
<i>Segunda etapa. Programación.</i>	Trabajo de campo. Análisis de textos y discursos. Entrega y discusión del segundo informe.	Desde octubre de 2025 hasta finalizar la muestra.
<i>Tercera etapa. Conclusiones y propuestas.</i>	Construcción del Programa de Acción integral (PAI). Elaboración y entrega del informe final.	Desde la finalización de la muestra durante 3 meses.
<i>Etapa post-investigación.</i>	Puesta en práctica del PAI y evaluación.	A partir de junio de 2025.

**Tabla 5.** Cronograma de las fases del estudio. Elaboración propia.

## **6. Aspectos éticos.**

A las participantes se les solicitará permiso antes de iniciar el proceso de recopilación de datos. A todas las participantes se les pasará una hoja con información sobre el estudio (Anexo 2) y un Consentimiento Informado (Anexo 3) que deberán firmar antes de la realización del estudio. Tendrán el conocimiento de que en cualquier momento podrán revocar su participación, sin ningún tipo de consecuencia. En la entrevista previa se les expondrá y aceptarán la posibilidad de que sea necesario grabar la entrevista en el postparto, para una mejor recopilación de datos y que en todo momento se salvaguardará su anonimato y confidencialidad, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se pasará el Comité Ético de Investigación Clínica Regional de la Comunidad de Madrid (Anexo 4).

## **7. Limitaciones del estudio.**

Algunas de las limitaciones que podemos encontrar en este estudio son:

- Memoria y sesgo de recuerdo: los datos que van a ser recopilados van a tener un sesgo del recuerdo que tengan las entrevistadas, que puede depender del tiempo que haya transcurrido desde el momento del fenómeno hasta la entrevista.
- El tamaño de la muestra es reducido, en este caso se estiman unas 15 participantes para la realización del estudio.

## 8. Bibliografía.

- (1) Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. Stages of Labor. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- (2) Damas LB, Machado RS, Hernández RD, Pérez AS. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2018;44(3):1–12.
- (3) Macías Intriago MG, Haro Alvarado JI, Piloso Gómez FE, Galarza Soledispa GL, Quishpe Molina MdC, Triviño Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias* 2018;4(3):392–415.
- (4) Castanedo Alonso M, Moliní Gimeno A. *Inconformistas : diseño y género.* :1–188.
- (5) Cohen WR, Friedman EA. The latent phase of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2023 - 05;228(5S):S1017–S1024.
- (6) Friedman EA, Cohen WR. The active phase of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2023 - 05;228(5S):S1037–S1049.
- (7) Cohen WR, Friedman EA. The second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2024 - 03;230(3S):S865–S875.
- (8) Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2018 -04-01;223:123–132.
- (9) Gimovsky AC, Berghella V. Evidence-based labor management: second stage of labor (part 4). *Am J Obstet Gynecol MFM* 2022 -03;4(2):100548.
- (10) Aso de Guzmán M, Ibarra Mingote L, Morales Berges O, Ridruejo Martínez I, Motrel Ferrerueta Y, Borniquel Agudo F. Hemorragia postparto: artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación* 2024;5(6):127.
- (11) RAE.es. Available at: <https://dle.rae.es/dolor>. Accessed 09/01, 2025.
- (12) Whitburn LY, Jones LE, Davey M, McDonald S. The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women Birth* 2019 -02;32(1):28–38.
- (13) Yu K, Ding Z, Yang J, Han X, Li T, Miao H. Bibliometric Analysis on Global Analgesia in Labor from 2002 to 2021. *J Pain Res* 2023 June 14;16:1999–2013.

- (14) Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 -10-19(4):CD000331.
- (15) Marín NV, Ambit GC, García JCS, Requena AL, Vidal JAG. Complementary techniques of relaxation and non-pharmacological analgesia during childbirth: systematic review. *Enfermería Global* 2024 January 1;23(1):458–490.
- (16) dos Santos Bellay AB, Rosseto de Oliveira R, Sant'ana Gasquez A, Fiats Ribeiro H, de Andrade Pereira Silva M. CHALLENGES IN THE IMPLEMENTATION OF GOOD PRACTICES IN CHILDBIRTH CARE. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* 2022 January 1;14(1):1–7.
- (17) Organización Mundial de la Salud. Guía OMS de trabajo durante el trabajo de parto: manual del usuario. ; 2021.
- (18) Salud OMdl. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. 2018.
- (19) Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Karlsdottir SI, Ekström-Bergström A, Nilsson C, Stramrood C, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth* 2023 -06;50(2):362–383.
- (20) Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. GRADE System: Classification of Quality of Evidence and Strength of Recommendation. *Cirugía Española (English Edition)* 2014;92(2):82–88.
- (21) Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 2: Guías de práctica clínica. *Gaceta Sanitaria* 2018 04;32(2).
- (22) Vasco M, Bejar-Poveda C. Meta-analysis on maternal postures during second stage of labor to improve perineal results. *Matronas Profesion* 2015 March 14;16:90:95.
- (23) Kibuka M, Price A, Onakpoya I, Tierney S, Clarke M. Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. *Eur J Midwifery* 2021;5:57.
- (24) Zang Y, Lu H. Promoting normal childbirth: Research status and application of upright positions in the second stage of labour. *Int J Nurs Sci* 2023 -01;10(1):129–131.

- (25) Posición de litotomía. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. Available at: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/posicion-litotomia>. Accessed Jan 17, 2025.
- (26) Second Stage of Labor: Pushing Your Baby Out. *J Midwifery Womens Health* 2020 - 05;65(3):439–440.
- (27) Vila Pouca MCP, Ferreira JPS, Parente MPL, Natal Jorge RM, Ashton-Miller JA. On the management of maternal pushing during the second stage of labor: a biomechanical study considering passive tissue fatigue damage accumulation. *Am J Obstet Gynecol* 2022 - 08;227(2):267.e1–267.e20.
- (28) Srivastav S, Jamil RT, Zeltser R. Valsalva Maneuver. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- (29) Yao J, Roth H, Anderson D, Lu H, Rong H, Baird K. Comparison of Spontaneous Pushing and Directed Pushing During the Second Stage of Labor Among Chinese Women Without Epidural Analgesia: Protocol for a Noninferior Feasibility Study. *JMIR Res Protoc* 2024 -03-26;13:e55701.
- (30) Malik K, Dua A. Biofeedback. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- (31) Preuss E, De Porto A, Zisman I, Bason H, Ron-Tal O, Tovbin J, et al. Visual biofeedback for shortening second stage of labor: randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2024 -01;63(1):9–14.
- (32) Driver RL, Shaffer L, Doyle JL. Evaluation of Labor Mirror Use During the Active Pushing Phase of the Second Stage of Labor. *Nurs Womens Health* 2024 -12-12:S1751–7.
- (33) Doyle J, Lyzen A. Maximizing Maternal Birth Experience through the Use of a Labor Mirror. *Journal of Pregnancy and Child Health* 2015 January 1;03.
- (34) Becerra-Maya EJ, Lapuente-Jambrina G, Alonso-Ortega VM. Uso del espejo en el periodo expulsivo del parto: evaluación mediante diferencial semántico. *Index de Enfermería* 2011 06;20(1-2):46–50.

## **Anexos.**

**Anexo 1:** Ficha de recogida de datos.

<b>GUIÓN ENTREVISTA ESTUDIO. Uso del espejo durante el expulsivo en el parto: impacto en la percepción materna. 1/2</b>	
1.	¿Tenías conocimiento o habías escuchado algún tipo de información sobre el uso del espejo? En caso afirmativo, ¿dónde o a quién le has oído hablar sobre ello?
2.	¿Necesitaste del uso de analgesia farmacológica en el parto?, ¿cómo crees que esta influyó en tu parto?
3.	¿Habías considerado antes de esta experiencia el uso de un espejo durante el expulsivo?
4.	¿Qué posición adoptaste para el expulsivo?, ¿crees que esta posición influyó en los pujos?
5.	¿La posición adoptada fue de tu elección?, ¿te resultó esta cómoda para verte a través del espejo?
6.	¿Cuáles eran las expectativas que tenías sobre el uso del espejo antes de que te lo pusieran?, ¿se han cumplido?
7.	¿Qué sensaciones, emociones y/o pensamientos experimentaste durante el uso del espejo?
8.	¿Hay algún factor del entorno (iluminación, personal sanitario, acompañante, posición del espejo) que haya influido en tu experiencia?
9.	¿Consideras que ha existido alguna barrera a la hora de utilizar el espejo?
10.	¿Has experimentado alguna mejoría en la sensación de sincronización de los pujos al verlos en el espejo?
11.	¿Ha habido algún momento en el que hayas decidido no mirar?, si es así, ¿por qué?

**GUION ENTREVISTA ESTUDIO. Uso del espejo durante el expulsivo en el parto: impacto en la percepción materna. 2/2**

12.	¿Has notado algún factor que te haya dificultado la efectividad del espejo?
13.	¿Crees que existen motivos que impidan a más mujeres el uso del espejo?
14.	¿Cómo piensas que esta experiencia puede afectar al bienestar emocional de otras mujeres en el parto?
15.	¿Cómo te afectó a ti el uso del espejo?
16.	¿Consideras que hay algún factor que influya en que se acepte o rechace el uso del espejo?
17.	Cuando te pusieron el espejo, ¿hubo algún momento de duda antes de verte reflejada?
18.	¿Crees que ver el progreso del expulsivo en el parto aporta más que solo confiar en tus sensaciones internas?
19.	¿Recomendarías a otras mujeres el uso del espejo?, ¿por qué?
20.	En términos generales, ¿cómo definirías tu experiencia global con el uso del espejo?
21.	¿Crees que ha sido un factor que haya aumentado tu satisfacción en el parto?, ¿Te ha parecido una herramienta útil?
22.	¿Hay algo que quieras añadir sobre esta experiencia y que no hayamos abordado?

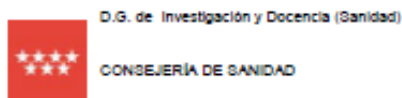
## Anexo 2: Hoja de Información para el participante

<b>Hoja de información para el participante.</b>
<b>Estudio. Uso del espejo durante el expulsivo en el parto: impacto en la percepción materna.</b>
<b>Objetivo del estudio.</b>
Evaluar cómo el uso del espejo durante la fase de expulsivo en el parto influye en la percepción de control y satisfacción maternas.
<b>Pruebas a realizar.</b>
Una vez que haya aceptado participar, durante el expulsivo se le ofrecerá el uso de un espejo para observar el proceso de parto. Después de haber realizado este proceso, se llevará a cabo una entrevista donde expresará su percepción sobre el uso del espejo, así como su satisfacción y/o cualquier comentario que quiera realizar.
<b>Beneficios y riesgos esperados.</b>
Los beneficios que se esperan son que su participación contribuya al conocimiento de prácticas que mejorarían la experiencia de parto para las madres, así como experimentar una mayor sensación de control y de participación activa durante su parto. Algunos de los riesgos que se pueden contemplar, podrían ser la sensación de incomodidad con el uso del mismo, de manera que podrá comunicarlo y se retirará de inmediato, sin ningún tipo de penalización.
<b>Participación voluntaria.</b>
La participación en este estudio es completamente voluntaria y libre, de manera que podrá revocar su consentimiento en cualquier momento del mismo, sin que afecte a la atención médica que reciba.
<b>Confidencialidad.</b>
Al comienzo del estudio se le asignará un número de participante que asegure su anonimato y confidencialidad. Si los resultados obtenidos en el trabajo fuesen objeto de publicación, solo sería visible su número de participante. Los datos obtenidos, así como la grabación de la entrevista, se almacenarán de acuerdo con la normativa vigente sobre protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

**Anexo 3:** Documento de consentimiento informado.

<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO.</b>	
<b>Estudio. Uso del espejo durante el expulsivo en el parto: impacto en el percepción materna.</b>	
Yo, D/D <sup>a</sup> _____ (Nombre y apellidos).	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. He leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio.</li><li>2. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas hayan sido resueltas.</li><li>3. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento sin repercusiones en mi atención médica.</li><li>4. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio <b>Uso del espejo durante el expulsivo en el parto: impacto en la percepción materna.</b></li></ol>	
Fdo. (participante)	Fdo. (responsable)

## Anexo 4: Solicitud de Evaluación de Protocolos de Investigación por el CEIC Regional.



Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

### SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN POR EL CEIC REGIONAL

#### 1.- Tipo de solicitud:

<input type="radio"/>	Ensayo clínico nuevo	<input checked="" type="radio"/>	Estudios post-autorización observacionales con medicamentos
<input type="radio"/>	Otros estudios	<input type="radio"/>	Enmienda (1.1)

#### 1.1.- Enmienda:

<input type="checkbox"/>	Enmienda Relevante	<input type="checkbox"/>	Ampliación de centros	<input type="checkbox"/>	Cambio de investigador principal
--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------------

#### 2.- Datos del promotor:

NIF			Apellidos			
Nombre/Razón Social del promotor					País	
Nombre de la persona de contacto						
Dirección	Tipo vía		Nombre vía			Nº
Piso	Puerta		CP	Localidad	Provincia	
Correo electrónico			Teléfono Fijo/Fax			Teléfono Móvil

#### 3.- Datos del solicitante (CRO):

NIF			Apellidos	Montoro Pareja		
Nombre/Razón Social	Tamara				País	España
Nombre de la persona de contacto	Tamara Montoro Pareja					
Dirección	Tipo vía		Nombre vía			Nº
Piso	Puerta		CP	Localidad	Provincia	
Correo electrónico	montorotamara@gmail.com		Teléfono Fijo/Fax			Teléfono Móvil

#### 4.- Datos del estudio:

Título: Uso del espejo durante el expulsivo en el parto: impacto en la percepción materna.					
Código de protocolo			Versión del protocolo		
Versión y fecha de hoja de información al paciente					

El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo las normas éticas internacionalmente aceptadas.

#### 5.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía				Nombre vía			Nº
	Piso	Puerta		CP	Localidad	Provincia		

El resto de datos que sean necesarios para la presentación se cumplimentarán cuando esta se vaya a hacer efectiva.