

Doctorado en Investigación en Biomedicina | Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Abordaje del miedo al parto desde la perspectiva de la Matrona

Tesis Doctoral

Sergio Mies Padilla



ULPGC

**Universidad de
Las Palmas de
Gran Canaria**

**Escuela de
Doctorado**

Las Palmas de Gran Canaria a 17 de enero del 2025

Abordaje del miedo al parto desde la perspectiva de la matrona

La directora,
Dra. D^a Alicia Martín Martínez

El director,
Dr. D. Héctor González de la Torre

El autor,
D. Sergio Mies Padilla

Las Palmas de Gran Canaria a 17 de enero del 2025

Dedicada a las mujeres de mi vida

Agradecimientos

A mi madre y hermana, por confiar siempre en mí.

A mi mujer, Mariana, por apoyarme y aguantarme estos años.

A mi hija, Adriana, por distraerme y recordarme lo más importante.

A mi director de tesis, Héctor, por sacar lo mejor de mí para esta tesis.

A mi directora de tesis, Alicia, por su disposición y apoyos.

A mi tutor de tesis, Dr. García, por estar cuando lo necesité.

Al Dr. Verdú, por aportar su tiempo y experiencia investigadora.

A Elena, por involucrarse incondicionalmente en el ensayo.

A Luci, por su trabajo de revisión.

Gracias a las 1008 mujeres que, de algún modo, se mostraron interesadas en el estudio, en especial a las 214 participantes, sin ella nada de esto hubiera sido posible.

Gracias a las matronas que me apoyaron en todo el proceso, en especial, gracias a las compañeras y compañeros que se implicaron activamente.

Gracias al personal de enfermería de la Unidad de Diagnóstico Prenatal del HUMIC por su colaboración durante la captación de participantes.

Gracias a la dirección del Hospital Materno Infantil de Canarias, por poner los recursos que permitieron llevar a cabo este ensayo clínico.

Y, por último, gracias a los predecesores en la investigación sobre el miedo al parto.

Resumen

Objetivo Principal. El propósito principal de esta tesis fue el diseño e implementación de una intervención integral por matronas, con el objetivo de disminuir el miedo al parto en las mujeres embarazadas.

Método. Con un diseño de ensayo controlado aleatorizado sobre una muestra de mujeres embarazadas, con alto miedo al parto, según puntuaciones sobre 77 en el cuestionario WDEQ-A-Sp, se investigó si una intervención experimental en dos fases (educación prenatal y apoyo intraparto), como complemento a la atención habitual, es más efectiva en la disminución del miedo que si solo reciben la atención habitual. Al mismo tiempo, la efectividad de la intervención integral se evaluó en términos de satisfacción materna con el parto, resultados obstétricos y neonatales.

Resultados. Se incluyeron en el ensayo 214 mujeres, aleatorizándose 117 al grupo de intervención y 97 al grupo de control. Para la variable “resultado principal”, el miedo al parto, tras la fase de prenatal, se obtuvo entre los grupos una diferencia de medias de 25 puntos a favor del grupo experimental; en el análisis intragrupo, la diferencia resultante fue de 35 puntos en el grupo experimental, y de 20 puntos en el de control; todos los resultados en esta fase fueron estadísticamente significativos. Tras la fase intraparto, las comparaciones “post hoc” mostraron resultados a favor de la intervención experimental, tanto en el análisis por intención de tratar, como en el análisis por protocolo, con una significancia estadística más dispar. Otros resultados estadísticamente significativos a favor del grupo experimental se encontraron en la satisfacción materna con el parto, con una mayor “percepción de seguridad”, así como resultados más positivos en el tipo de inicio y finalización del parto, y en el uso de la analgesia epidural.

Conclusiones. Se justifica que el miedo al parto debe reconocerse como un problema de salud en el entorno de estudio, que requiere de un diagnóstico y tratamiento adecuados. Se constata que las matronas, mediante la promoción del parto normal y el especializado, favorecen el empoderamiento de las mujeres, reduciéndose el miedo al parto y mejorando al mismo tiempo la experiencia materna y los resultados del parto.

Palabras Clave. Miedo; parto; matrona; educación prenatal; apoyo social; ensayo controlado aleatorizado.

Abstract

Main Objective. The main purpose of this thesis was the design and implementation of a comprehensive intervention by midwives with the aim of reducing fear of childbirth in pregnant women.

Method. Using a randomized controlled trial design on a sample of pregnant women with high fear of childbirth, according to scores over 77 on the WDEQ-A-Sp questionnaire, it was investigated whether an experimental intervention in two phases (prenatal education and intrapartum support), as a complement to usual care, is more effective in reducing fear than if they only receive usual care. At the same time, the effectiveness of the comprehensive intervention was evaluated in terms of maternal satisfaction with childbirth, obstetric and neonatal outcomes.

Results. 214 women were included in the trial, 117 of whom were randomized to the intervention group and 97 to the control group. For the main outcome variable, fear of childbirth, after the prenatal phase, a difference in means of 25 points was obtained between the groups in favor of the experimental group; In the intragroup analysis, the difference was 35 points in the experimental group and 20 points in the control group; all the results in this phase were statistically significant. After the intrapartum phase, the post hoc comparisons showed results in favor of the experimental intervention, both in the intention-to-treat analysis and in the protocol analysis, with a more disparate statistical significance. Other statistically significant results in favor of the experimental group were found in maternal satisfaction with childbirth, with a greater “perception of security” as well as more positive results in the type of start and end of labor, and in the use of epidural analgesia.

Conclusions. It is justified that fear of childbirth should be recognized as a health problem in the study environment, which requires an adequate diagnosis and treatment. It is noted that midwives, by promoting normal and specialized childbirth, favor the empowerment of women, reducing fear of childbirth and at the same time improving the maternal experience and the results of childbirth.

Keywords. Fear; childbirth; midwife; prenatal education; social support; randomized controlled trial.

Prólogo

El miedo al parto ocurre en una minoría significativa de mujeres embarazadas, pudiendo tener efectos negativos tanto en la mujer como en los resultados del parto. Hay muchas variables y circunstancias que influyen en el miedo al parto, existiendo evidencia limitada de los efectos positivos que puedan tener las intervenciones exploradas hasta el momento. Diseñar el tratamiento universal para el miedo al parto probablemente no sea la solución definitiva. Podría ser factible diseñar una intervención que, siendo efectiva en un entorno concreto, se adapte a otros entornos con características sociales y culturales diferentes.

Mi mentor, y el que hoy es uno de mis directores de tesis, me dio luz en la elección final de este tema a estudio. Divagando entre la multitud de temas y metodologías posibles, encontramos carencias en la investigación sobre el miedo al parto en nuestro entorno, a pesar de las importantes implicaciones que percibíamos en la práctica profesional. Tras la elección llegó el momento de decidir, ¿qué iba a hacer yo al respecto? Tenía plena convicción de que necesitaba desarrollar mi tesis, e invertir mi esfuerzo, manteniendo el contacto con las mujeres que sentían estos temores, acercarme más a esta problemática, quería desarrollar un trabajo que pudiera resultar útil, donde la labor de las matronas se reforzara permitiendo aliviar los miedos de las mujeres.

En el último periodo de mi especialización como matrón tuve la oportunidad de acercarme y palpar en primera persona el estado emocional en el que acudían las mujeres a uno de los momentos más cruciales de su vida, el parto, algunas de ellas presentaban un denominador común, el miedo, un temor que parecía obstaculizar el proceso fisiológico del parto, alejándolo de la visión humanizada y positiva en la que había centrado mi formación. Como profesional referente en el cuidado de la mujer, me cuestiono cómo desde mi práctica profesional puedo contribuir a disminuir esos temores durante el embarazo y el parto. Reflexiono si: ¿La falta de información y conocimientos puede provocar miedo al parto en las mujeres?, ¿Qué conocimientos, como profesionales, manejamos?, ¿Qué pasa con las mujeres que persisten temerosas cuando llegan al paritorio?, ¿Durante el embarazo habrán aliviado, o no, sus temores gracias al apoyo y educación ofrecida por las matronas?, ¿Un apoyo continuado les haría sentir más seguras?, ¿El hecho de que las matronas fuesen conocedoras o no de esos miedos,

podría mejorar la atención?, ¿Qué intervención profesional dirigida a aliviar los miedos será más efectiva?.

Siendo conocedor de los múltiples beneficios de una educación sanitaria y apoyo cercano, decidí desarrollar una intervención que las aunara, con el objetivo de aportar información veraz y fundada sobre el proceso del embarazo y el parto, sobre los procedimientos y actuaciones más comunes que suelen aplicarse en nuestro hospital; con un enfoque en el que se favoreciera la autoconfianza en la capacidades innatas de la mujer para parir, así como, en mejorar la percepción sobre los profesionales que les acogen en el paritorio, para que puedan depositar en nosotros toda su confianza, sabiendo que nuestro fin último es cuidarlas, de manera que el parto fluya con la mínima intervención posible, y resulte una experiencia gratificante y positiva para ellas y sus familias.

Este fue el inicio de la tesis que se desarrolla a continuación. Aunque el objetivo principal del estudio ha sido explorar si una intervención de educación prenatal y apoyo específico durante el parto, en mujeres con miedo al parto, les beneficiaría más que si únicamente reciben la atención habitual; se pretendió dotar a los profesionales de vías de actuación para esta situación, además de sacar a relucir una problemática tan poco atendida en nuestro entorno.

He querido simplificar su lectura mediante los “puntos clave”, facilitando que la lectura sea lo más amena posible. Espero que las personas que lean esta tesis puedan disfrutarla, al igual que lo he hecho yo durante estos años.

Haz lo que te mueva.

Índice general de contenidos

Índice de tablas	11
Índice de ilustraciones	13
Índice de abreviaturas	14
1. Introducción	18
1.1. Proceso de embarazo, parto y maternidad	18
1.1.1. La salud reproductiva	18
1.1.2. El parto y sus determinantes socioculturales	19
1.1.3. Los aspectos psicológicos del embarazo y parto	20
1.1.4. De la humanización a la medicalización del parto	21
1.1.5. El modelo institucionalizado del parto	23
1.1.6. La práctica basada en evidencia	24
1.2. La emoción del miedo al parto	27
1.2.1. Las emociones	28
1.2.2. Los antecedentes del miedo al parto	29
1.2.3. La conceptualización del miedo al parto	30
1.2.4. La prevalencia del miedo al parto	32
1.3. La etiología del miedo al parto	34
1.3.1. La heterogeneidad etiológica del miedo al parto	34
1.3.2. La paridad como determinante de tocofobia primaria o secundaria	36
1.3.3. Los factores socioeconómicos condicionantes del miedo al parto	37
1.3.4. Los factores psicológicos condicionantes del miedo al parto	37
1.3.5. Los factores socioculturales condicionantes del miedo al parto	38
1.3.6. Los factores relacionados con la falta de información	39
1.3.7. Los factores relacionados con la percepción de capacidad y control	40
1.3.8. Los factores relacionados con el proceso del parto	41
1.4. Resultados asociados con el miedo al parto	43
1.4.1. La diversidad en los resultados asociado con el miedo al parto	43
1.4.2. El efecto sobre el bienestar físico-psíquico	44
1.4.3. El efecto sobre las preferencias maternas	45
1.4.4. El efecto sobre los resultados obstétricos	46
1.4.5. El efecto sobre la percepción de dolor	48
1.4.6. El efecto sobre los resultados neonatales	49
1.4.7. El efecto sobre la satisfacción materna	50
1.5. Diagnóstico del miedo al parto	51
1.5.1. La identificación temprana del miedo al parto	51
1.5.2. Los métodos de identificación del miedo al parto	52
1.5.3. Instrumentos validados para el diagnóstico del miedo al parto	52

1.5.4.	Instrumentos validados al español para evaluación del miedo al parto	54
1.6.	Abordaje del miedo al parto	56
1.6.1.	La situación actual sobre el abordaje del miedo al parto	56
1.6.2.	Los moderadores implicados en el abordaje del miedo al parto	57
1.6.3.	La discusión y apoyo por profesionales como moderador del miedo	58
1.6.4.	La información y el plan de parto como moderadores del miedo	58
1.6.5.	El afrontamiento del parto como moderador del miedo	59
1.6.6.	El apoyo informal como moderador del miedo	60
1.6.7.	El abordaje multidisciplinar del miedo al parto	60
1.6.8.	La matrona en el abordaje del miedo al parto	61
1.6.9.	Las intervenciones exploradas para el miedo al parto	63
1.6.10.	Intervenciones de educación prenatal	63
1.6.11.	Intervenciones psicoeducativas	67
1.6.12.	Intervenciones de asesoramiento	71
1.6.13.	Intervenciones psicoterapéuticas	73
1.6.14.	Intervenciones con terapia cognitivo conductual	75
1.6.15.	Intervenciones basadas en atención plena	77
1.6.16.	Intervenciones alternativas	78
1.6.17.	Intervenciones con atención continuada	80
1.7.	Contenidos de intervenciones para el miedo al parto	82
1.7.1.	Intervenciones multifacéticas	82
1.7.2.	Contenido de la educación prenatal genérica	83
1.7.3.	Contenido de la educación con componente específico para FOC	84
1.7.4.	Contenido de las intervenciones de atención continuada	87
1.7.5.	Contenido de las intervenciones con psicoeducación	88
1.7.6.	Contenido de las intervenciones de asesoramiento	91
1.7.7.	Otros contenidos de intervenciones relevantes	93
1.8.	La matrona y la educación prenatal	94
1.8.1.	Competencias en el cuidado de la mujer	94
1.8.2.	Reconocimiento nacional e internacional de la profesión	97
1.8.3.	La matrona como factor protector en la salud maternal	98
1.8.4.	Evolución de la educación prenatal	99
1.8.5.	La educación prenatal protocolizada	103
2.	Justificación	110
3.	Hipótesis y objetivos	116
3.1.	Hipótesis	116
3.2.	Objetivo principal	116
3.3.	Objetivos secundarios	116
4.	Intervención para el miedo al parto	120

4.1.	Marco conceptual	120
4.1.1.	Intervención experimental atendiendo a propuestas de EAPN	120
4.1.2.	Educación para la salud	121
4.1.3.	La planificación del parto y la toma de decisiones	124
4.1.4.	El afrontamiento del parto	126
4.1.5.	El apoyo profesional en el parto	128
4.1.6.	El apoyo informal	129
4.2.	Modelo de enfermería y contenido teórico	130
4.2.1.	Modelo de enfermería	130
4.2.2.	Enfoque del contenido de las intervenciones	133
4.2.3.	Contenido teórico-práctico de las intervenciones	135
4.3.	Desarrollo de las sesiones de educación prenatal	137
4.3.1.	Sesión de educación prenatal 1: tomando consciencia	139
4.3.2.	Sesión de educación prenatal 2: planificación	148
4.3.3.	Sesión de educación prenatal 3: el parto	156
4.3.1.	Sesión de educación prenatal 4: acompañamiento	162
4.3.1.	Sesión de educación prenatal 5: diferentes partos	169
4.4.	Desarrollo de la intervención de apoyo intraparto	175
5.	Metodología del ensayo clínico aleatorizado	182
5.1.	Diseño y entorno del ensayo	183
5.2.	Entorno y participantes del estudio	183
5.3.	Intervenciones	186
5.3.1.	Atención habitual	186
5.3.2.	Intervención prenatal experimental	187
5.3.3.	Intervención intraparto experimental	188
5.4.	Variables a estudio	189
5.4.1.	Variable de resultado primario: miedo al parto prenatal	189
5.4.2.	Variable de resultado primario: miedo al parto postparto	190
5.4.3.	Variables sociodemográficas y obstétricas	190
5.4.4.	Variable de preferencia actual y experiencia de parto anterior	190
5.4.5.	Variables obstétricas del parto	191
5.4.6.	Variables neonatales	193
5.4.7.	Variables de experiencia de embarazo y parto	193
5.5.	Tamaño muestral	194
5.6.	Reclutamiento, aleatorización y enmascaramiento	195
5.7.	Método de recopilación de datos	197
5.8.	Gestión, análisis y monitorización de datos	200
5.9.	Aspectos éticos y de protección de datos	201
6.	Resultados	206

6.1.	Resultados descriptivos de la muestra reclutada	206
6.2.	Resultados descriptivos la muestra incluida en el ECA	210
6.3.	Resultados respecto a valores de miedo al parto	214
6.3.1.	Efecto de la intervención prenatal sobre el valor de FOC	214
6.3.1.	Efecto de la intervención integral en el FOC (análisis ITT)	217
6.3.2.	Efecto de la intervención integral en el FOC (análisis PP)	219
6.4.	Resultados en la satisfacción materna	222
6.4.1.	Efecto sobre la satisfacción materna (análisis ITT)	223
6.4.2.	Efecto sobre la satisfacción materna (análisis PP)	226
6.5.	Resultados obstétricos y neonatales del parto	228
6.5.1.	Tipo de inicio del parto	228
6.5.2.	Uso de analgesia epidural	230
6.5.3.	Uso de oxitocina	231
6.5.4.	Tipo de finalización del parto	233
6.5.5.	Existencia de trauma perineal	235
6.5.6.	Tipo de desgarro perineal	236
6.5.7.	Realización de episiotomía	238
6.5.8.	Duración total del parto	240
6.5.9.	Alteración del crecimiento fetal	241
6.5.10.	Puntuación en el test de Apgar y peso del recién nacido	241
6.5.11.	Tipo de reanimación neonatal	242
6.5.12.	Tipo de lactancia al alta hospitalaria	244
6.6.	Resultados de preferencia de lugar y tipo de parto	246
6.7.	Resultados sobre la percepción de apoyo recibida	249
6.7.1.	Apoyo recibido por la matrona en el parto	249
6.7.2.	Apoyo recibido para el miedo al parto	251
6.8.	Adherencia y contenido de la educación habitual	252
6.9.	Experiencia en apoyo a mujeres con miedo al parto	254
7.	Discusión	262
7.1.	Heterogeneidad en las intervenciones y resultados	262
7.2.	Cambios en el nivel de miedo al parto	266
7.3.	Satisfacción con el parto, las intervenciones, y la matrona	275
7.4.	Resultados obstétricos y neonatales del parto	281
7.5.	Preferencias de parto	286
7.6.	Otros resultados asociados	291
7.7.	Capacitación profesional	294
7.8.	Identificación del miedo al parto	299
7.9.	Limitaciones y fortalezas	300
7.10.	Nuevas líneas de investigación	302

8.	Conclusiones	306
8.1.	Conclusiones según el objetivo principal	306
8.2.	Conclusiones según los objetivos secundarios	307
9.	Propuesta de programa de intervención	317
9.1.	Intervención integral para FOC	317
9.2.	Educación prenatal específica	319
9.3.	Apoyo intraparto específico	320
10.	Bibliografía	323
11.	Contribuciones científicas	355
11.1.	Publicaciones en revistas científicas.	355
11.2.	Comunicaciones orales	355
11.3.	Comunicación tipo poster científico	355
11.4.	Comunicación tipo divulgación científica	355
12.	Anexos	358
12.1.	Anexo I. Plantilla de la lista de comprobación TIDieR	358
12.2.	Anexo II. Presentación de la sesión 1	359
12.3.	Anexo III. Presentación de la sesión 2	371
12.4.	Anexo IV. Presentación de la sesión 3	381
12.5.	Anexo V. Presentación de la sesión 4	390
12.6.	Anexo VI. Presentación de la sesión 5	397
12.7.	Anexo VII. Consentimiento de captación de imágenes	407
12.8.	Anexo VIII. Formulario valoración: experiencia FOC	408
12.9.	Anexo IX. Criterios selección de matronas colaboradoras	412
12.10.	Anexo X. Cartel informativo paritorio	414
12.11.	Anexo XI. Lista de comprobación CONSORT	415
12.12.	Anexo XII. Registro del protocolo en “ClinicalTrials.gov”	417
12.13.	Anexo XIII. Dictamen del comité de ética asistencial	423
12.14.	Anexo XIV. Dictamen 1ª enmienda del comité de ética	427
12.15.	Anexo XV. Modificaciones aprobadas primera enmienda	429
12.16.	Anexo XVI. Dictamen 2º enmienda del comité de ética	430
12.17.	Anexo XVII. Hoja de información para la participante	432
12.18.	Anexo XVIII. Consentimiento informado del paciente	434
12.19.	Anexo XIX. Hoja de información y cesión de datos	435
12.20.	Anexo XX. Conformidad de la dirección hospitalaria	436
12.21.	Anexo XXI. Formulario de valoración de matronas	437
12.22.	Anexo XXII. Información: diagnóstico prenatal	439
12.23.	Anexo XXIII. Información: unidad de paritorio	440
12.24.	Anexo XXIV. Formulario de datos de contacto	441
12.25.	Anexo XXV. Formulario de valoración inicial (C1)	442

12.26.	Anexo XXVI. Tabla de números aleatorizados	453
12.27.	Anexo XXVII. Formulario A (GI) de datos de la HC	454
12.28.	Anexo XXVIII. Formulario A (GC) de datos de la HC	456
12.29.	Anexo XXIX. Formulario de seguimiento (C2)	458
12.30.	Anexo XXX. Formulario B de datos de control	468
12.31.	Anexo XXXI. Formulario de valoración final (C3)	469
12.32.	Anexo XXXII. Formulario C de variables obstétricas	481
12.33.	Anexo XXXIII. Contribuciones: Nursing Research	484
12.34.	Anexo XXXIV. Contribuciones: Matronas Profesión	502
12.35.	Anexo XXXV. Contribuciones: comunicación JINTE	509
12.36.	Anexo XXXVI. Contribuciones: Sesiones clínicas matronas	511
12.37.	Anexo XXXVII. Contribuciones: Jornadas DIE 2022	512
12.38.	Anexo XXXVIII. Contribuciones: poster INVESTEN	513
12.39.	Anexo XXXIX. Contribuciones: divulgativa #HILOTESIS	514

Índice de tablas

Tabla 1: Propiedades psicométricas de los cuestionarios de valoración del FOC	53
Tabla 2. Intervenciones de Educación Prenatal para FOC	64
Tabla 3. Intervenciones de Pricoeducación para FOC	68
Tabla 4. Intervenciones de Asesoramiento para FOC	72
Tabla 5. Intervenciones de Psicoterapia para FOC	74
Tabla 6. Intervenciones centradas en la TCC para el FOC	76
Tabla 8. Intervenciones alternativas para FOC	78
Tabla 9. Intervenciones de atención continuada y/o durante el parto para el FOC	80
Tabla a1. Desarrollo de las sesiones de educación prenatal	137
Tabla b1. Puntuaciones medias del WDEQ-A-Sp en el C1	206
Tabla c1. Variables categóricas basales en la muestra del ensayo	211
Tabla c2. Variables categóricas basales en mujeres múltiples	212
Tabla c3. Variables cuantitativas basales en la muestra del ensayo	212
Tabla d1. Diferencias de FOC entre-grupos tras la intervención prenatal	215
Tabla d2. Diferencias de FOC intra-grupos tras la intervención prenatal	216
Tabla e1. Descriptivos y prueba T para muestras independientes (análisis ITT)	217
Tabla e2. Comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC (análisis ITT)	217
Tabla f1. Descriptivos y Prueba de Tukey “post-hoc” para FOC (análisis PP)	219
Tabla f2. Comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC (análisis PP)	220
Tabla g1. Puntuaciones medias por ítems del CFQ-e en el C3	222
Tabla h1. Comparación de la satisfacción materna entre grupos (análisis ITT)	224
Tabla i1. Comparación de la satisfacción materna entre grupos (análisis PP)	227
Tabla i2. Comparación “post-hoc” satisfacción materna (análisis PP)	227
Tabla j1. Tabla de contingencia para el inicio del parto (análisis ITT)	228
Tabla j2. Tabla de contingencia para el inicio del parto (análisis PP)	229
Tabla k1. Tabla de contingencia para el uso de epidural (análisis ITT)	230
Tabla k2. Tabla de contingencia para el uso de epidural (Análisis PP)	231
Tabla l1. Tabla de contingencia para el uso de oxitocina (análisis ITT)	231
Tabla l2. Tabla de contingencia para el uso de oxitocina (análisis PP)	232
Tabla m1. Tabla de contingencia para tipo de parto (análisis ITT)	233
Tabla m2. Tabla de contingencia para el tipo parto (análisis PP)	234
Tabla n1. Tabla de contingencia para el trauma perineal (análisis ITT)	235

Tabla n2. Tabla de contingencia para el trauma perineal (análisis PP)	236
Tabla p1. Tabla de contingencia para el tipo de desgarro (análisis ITT)	237
Tabla p2. Tabla de contingencia para el tipo de desgarro (análisis PP)	237
Tabla q1. Tabla de contingencia para la episiotomía (análisis ITT)	238
Tabla q2. Tabla de contingencia para la episiotomía (análisis PP)	239
Tabla s1. Descriptivos y prueba T para Apgar y Peso (análisis ITT)	241
Tabla s2. Descriptivos y Prueba de Tukey “post-hoc” para Apgar y Peso (análisis PP)	242
Tabla t1. Tabla de contingencia para el tipo de reanimación (análisis ITT)	243
Tabla t2. Tabla de contingencia para el tipo de reanimación (análisis PP)	243
Tabla v1. Tabla de contingencia para el tipo de lactancia (análisis ITT)	245
Tabla v2. Tabla de contingencia para el tipo de desgarro (análisis PP)	245
Tabla x1. Tabla de contingencia para el apoyo matrona (análisis ITT)	249
Tabla x2. Tabla de contingencia para el apoyo matrona (análisis PP)	250
Tabla y1. Tabla de contingencia para apoyo profesional FOC (análisis ITT)	251
Tabla y2. Tabla de contingencia para apoyo profesional FOC (análisis PP)	252

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Acciones por las matronas en la intervención de apoyo intraparto	178
Ilustración 2. Línea de tiempo de las mediciones durante el ensayo	199
Ilustración 3. Preferencias sobre el lugar de parto en el segundo trimestre	209
Ilustración 4. Preferencias sobre el tipo de parto en el segundo trimestre	209
Ilustración 5. Flujograma del ensayo clínico	213
Ilustración 6. Representación de medidas pre-post, y por grupos de intervención prenatal	216
Ilustración 7. Medidas marginales estimadas de FOC en análisis ITT	218
Ilustración 8. Medidas marginales estimadas de FOC en análisis PP	221
Ilustración 9. Descriptivo CEQ-E “total” (análisis ITT)	225
Ilustración 10. Descriptivo CEQ-E “capacidad propia” (análisis ITT)	225
Ilustración 11. Descriptivo CEQ-E “apoyo profesional” (análisis ITT)	225
Ilustración 12. Descriptivo CEQ-E “percepción seguridad” (análisis ITT)	225
Ilustración 13. Descriptivo CEQ-E “participación” (análisis ITT)	225
Ilustración 14. Descriptiva duración del parto (análisis ITT)	240
Ilustración 15. Preferencias tipo parto basales ^a vs prenatales ^b Grupo A	247
Ilustración 16. Preferencias tipo parto basales ^a vs prenatales ^b Grupo B	247
Ilustración 17. Preferencias lugar parto basales ^a vs prenatales ^b Grupo A	248
Ilustración 18. Preferencias lugar parto basales ^a vs prenatales ^b Grupo B	248
Ilustración 19. Asistencia a la educación materna por grupos	253
Ilustración 20. Frecuencia de identificación de signos/síntomas de FOC	255
Ilustración 21. Acciones de las matronas para abordar el FOC	259

Índice de abreviaturas

AE	Analgesia epidural
BELIEF	Birth Emotions-Looking to Improve Expectant Fear
CEQ-E	Parto Experience Questionnaire-Spanish version
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CE	Cesárea electiva
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DE	Desviación estándar
DM	Diferencia de medias
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EP	Educación prenatal
FOC	Miedo al parto (fear of childbirth, por sus siglas en ingles)
GC	Grupo control
GI	Grupo intervención
HUMIC	Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias
M	Media
MB	Medida basal
IC95%	Intervalos de confianza al 95% de la media
IP	Investigador principal
ITT	Intención de tratar
OR	Razón de odds (odds ratio, por sus siglas en ingles)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PI-PreN	Medida postintervención prenatal
PI-PosN	Medida postintervención postnatal
PP	Por protocolo
REA	Reanimación
RN	Recién nacido
RR	Riesgo relativo
SEG	Semanas de edad gestacional
TCC	Terapia cognitivo conductual
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
TP	Trabajo de parto
Vs	Versus (frente a)
WDEQ-A	Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-A
WDEQ-B	Wijma Delivery Experience Questionnaire-B
WDEQ-A-Sp	Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-Spanish version A
WDEQ-B-Sp	Wijma Delivery Experience Questionnaire-Spanish version

1. INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1. Proceso de embarazo, parto y maternidad

Puntos clave:

- La forma en que las mujeres abordan psicológicamente el parto se ve afectado por el **contexto sociocultural y sociopolítico**.
- La salud mental de las mujeres embarazadas debe tratarse con la misma importancia que la salud física.
- Momento clave para favorecer una atención perinatal que **respete la capacidad de decisión** de la mujer
- Dos paradigmas diferentes conviven en la atención perinatal: un modelo medicalizado y un modelo de matronas.
- En el **modelo de matronas impera la** facilitación del proceso natural con la mínima intervención y el máximo empoderamiento de la mujer.
- El cuidado de las mujeres embarazadas difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos, pues **la mujer que pare no está enferma**.
- El **parto es un proceso fisiológico** que trasciende en la vida de las mujeres, y sus familias.
- Una **vivencia positiva del proceso** de maternidad es uno de los objetivos más cruciales que debe fijarse el equipo de salud.

1.1.1. La salud reproductiva

La salud reproductiva se considera como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de enfermedad o de dolencias en todos los aspectos relacionados con la misma [1]; así como un derecho reconocido por la comunidad internacional en declaraciones, convenciones y pactos [2].

Se entiende el embarazo y el parto como procesos fisiológicos normales de la mujer que, dejados a su evolución espontánea, en la mayoría de los casos, no supondría problema de salud alguno, ni para la madre ni para el feto, pero que precisan de un seguimiento adecuado con el fin de controlar las posibles alteraciones que pudieran aparecer, a fin de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente [3].

1.1.2. El parto y sus determinantes socioculturales

El parto es un complejo proceso neurobiológico que pone fin al embarazo, y que implica un diálogo neuroquímico constante e irreplicable entre el cerebro materno y el del bebé [4,5], es una experiencia social y emocional profunda y única para toda mujer y su familia [6,7]. Desde un punto de vista fisiológico, el parto es un proceso propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno; desde un punto de vista clínico, el parto de la especie humana tiene diferentes definiciones según las formas en las que se desencadene [8].

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año, se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo para ellas ni para sus bebés durante el trabajo de parto (TP) [9], finalizando su gestación mediante un “parto normal” (eutócico) [10]. El concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado [6], quedando definido de manera similar, aunque con ciertos matices, por las diferentes organizaciones:

- En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el parto normal como aquel que comienza de manera espontánea, de bajo riesgo obstétrico, y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento, donde el niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las 37 y las 42 semanas de edad gestacional (SEG); después de dar a luz, tanto la madre como el niño o niña se encuentran en buenas condiciones [11].
- La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología definió el parto normal, en una mujer sin factores de riesgo durante la gestación, como aquel que se inicia de forma espontánea entre la 37 y 42 SEG y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal, el cual se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina, siendo el alumbramiento y el puerperio inmediato, igualmente fisiológicos [12].
- La Federación de Asociaciones de Matronas de España, define el parto eutócico como el proceso fisiológico único mediante el que la mujer finaliza su gestación a término, estando implicados factores psicológicos y socioculturales, siendo su inicio espontáneo y su finalización sin complicaciones; no implicando más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo [13]

Como procesos universales biológicos, el embarazo y parto se encuentran culturalmente moldeados [1], gran parte de las motivaciones, decisiones y consecuencias sociales de la maternidad continúan reproduciéndose de forma inconsciente [4,8], influidas en cierta medida por la cultura, las prácticas tradicionales y las percepciones individuales, que actúan como factores determinantes en el momento de tomar decisiones referentes a la reproducción [1].

Asimismo, la maternidad se produce dentro de un contexto sociocultural y sociopolítico que influye en como las mujeres abordan el parto [14], convirtiéndose en uno de los procesos que más afecta a las condiciones sociales de las mujeres y sus parejas [4,15].

1.1.3. Los aspectos psicológicos del embarazo y parto

Los aspectos psicológicos durante el embarazo y futuro parto hacen referencia a las reacciones emocionales asociadas, a la identidad personal y a la autoestima, a la imagen corporal, al sentido de autorrealización y al crecimiento y madurez personal que implica la adaptación a la nueva situación que supone para la mujer un rápido cambio a nivel biológico, psicológico, social y emocional [15,16].

Las emociones que se pueden sentir varían de una mujer a otra, según su estabilidad psicoafectiva, en función de las características de personalidad, actitud, edad, experiencias previas, apoyos de la familia y grupo social [15,17]. Las emociones negativas que destacan en las mujeres durante el proceso de maternidad son: el miedo, la angustia, el sufrimiento, la preocupación y el nerviosismo; emociones que a su vez se relacionaron con factores como: la evolución del parto, la aparición de complicaciones, el dolor y la duda sobre la capacidad de dar a luz.

En cuanto a las emociones positivas, destacan: la alegría, la satisfacción, la seguridad, la confianza y la tranquilidad [18]. La reproducción y el sistema nervioso autónomo están estrechamente coordinados y tienen asociaciones medibles con el estado emocional; los procesos físicos que permiten el parto, así como la adaptación al cuidado de un recién nacido (RN) hacen que se vinculen los estados fisiológicos y emocionales en el contexto de la reproducción [4,19].

La gestación y el parto generan ansiedad, especialmente en el primer y tercer trimestre. Esta ansiedad se encuentra asociada, en mayor medida, a la adaptación vital a

la nueva situación, a la preocupación relacionada con la capacidad para hacerle frente, y a la salud fetal [5,16,17]. El final del embarazo suele estar caracterizado por la introversión, en este momento la gestante necesita estar concentrada en su nuevo estado, aislándose, buscando la intimidad y la tranquilidad que suelen asociarse a la necesidad de descanso y todo ello unido a la preocupación del momento del parto [15]. Los primeros síntomas del TP generan incertidumbre e inseguridad, la mujer se plantea si su proceso seguirá lo que clínicamente se considera normal; aparecen inseguridades sobre su comportamiento, si seguirá los esquemas socialmente planteados, si podrá plantear sugerencias a los profesionales que la atienden o si podrá llevar a cabo su “plan de parto” [8,17]. Durante la fase activa del parto, en la mujer se suele producir un reajuste emocional al sentir que el proceso es más largo y doloroso de lo pensado, con sentimientos de cansancio, desánimo, y desconfianza en sus capacidades de afrontamiento; al iniciarse el expulsivo, generalmente siente un descanso, mostrándose más optimista, con fuerzas y determinación, aunque puede dudar sobre su desempeño, y busca la confirmación de que todo va bien [17].

La salud mental de las mujeres durante la atención perinatal debe tratarse con la misma importancia que la salud física [20], pues el bienestar emocional y psicológico de la mujer contribuye, significativamente, a una mejor experiencia del embarazo y del parto [21]. La fisiología materna y el estado mental se adaptan e integran dinámicamente durante el embarazo, el parto y el posparto, por lo que alteraciones en este estado pueden derivar en situaciones de vulnerabilidad, que asociadas a las características del entorno familiar, laboral y social deriven, por ejemplo, en complicaciones, como el aborto espontáneo y el parto prematuro, o en una reproducción fisiológica, con una adaptación saludable del embarazo y del vínculo materno-filial [17,19].

1.1.4. De la humanización a la medicalización del parto

Antes de la medicalización, la atención al parto en todo el mundo era humanizada, éste se vivía como un acontecimiento natural e instintivo, por una parte, la familia rodeaba a la mujer para reconfortarla, pero por otra, una simple complicación banal, no remediada a tiempo, podía poner en peligro la vida de la madre y de su hijo [5]. Fue a mitad del siglo XX, tras la II Guerra Mundial, cuando los procesos del

embarazo, parto y puerperio dejaron de ser atendidos por las matronas, que fueron marginadas, pasando toda la atención al hospital [1,2].

A partir de la segunda mitad del siglo XX se inicia un lento proceso de cambio en la atención al parto a medida que las mujeres y familias demandan la humanización del nacimiento, y comienzan a cuestionarse la necesidad de los procedimientos rígidos de los hospitales [2]. Las grandes declaraciones internacionales y nacionales han contribuido a la recuperación del protagonismo de las mujeres, sus bebés y familias, respetando la fisiología del parto y el nacimiento [4]. Con el progreso sanitario y social a lo largo del siglo XX, mantenido en el siglo XXI, se ha conseguido proporcionar a la mujer unos servicios asistenciales adecuados, que se han mostrado imprescindibles para obtener excelentes resultados en cuanto a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal [22]. En 1985, se elaboraron una serie de propuestas que quedaron recogidas en la denominada Declaración de Fortaleza [23], donde la OMS refuerza el concepto sobre el embarazo y el parto como procesos fisiológicos, y que la atención prestada debe ser coherente con dicha definición, es decir, que se use la tecnología apropiada para cada proceso de parto y nacimiento, reconociendo el importante papel de la mujer en la toma de decisiones [2].

La atención sanitaria ofrecida en España a las mujeres embarazadas, y a sus familiares, ha cambiado a lo largo de los últimos años, favoreciéndose la no intervención sobre el proceso fisiológico del parto, respetando la evolución natural del mismo [3]. Esta atención se ha visto favorecida por el descenso en el número de nacimientos en nuestro país, dirigiendo los recursos hacia una atención más individualizada, centrada en la humanización y en la experiencia positiva del parto, y en el que las matronas se han convertido en el eje fundamental del cuidado de la mujer durante todo el proceso de embarazo, parto y maternidad. Este descenso en la natalidad y, por tanto, en los recursos destinados a su atención, puede observarse en el *“Informe sobre las recomendaciones y estándares en la maternidad hospitalaria”* [10], en el que se señala que si en el 2005 el parto fue la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, representando el 9,1% de las altas hospitalarias totales registradas, los datos actuales [24] sitúan los episodios de embarazo, parto y puerperio en el sexto puesto de frecuencia de los diagnósticos de alta hospitalaria en el año 2022, con un total de partos a nivel nacional de 329.251, frente a los 466.371 sucedidos en el año 2005.

Nos encontramos en un momento clave para conciliar una buena atención perinatal en los hospitales, donde se respete la capacidad de decisión de la mujer sin que ello suponga un riesgo para la salud de la madre o del RN [22], produciéndose en los últimos tiempos un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar los resultados, tanto para las mujeres como para los bebés [6,9]; se han simplificado, a su vez, el conjunto de actuaciones sobre la gestante, adecuándolas a la evidencia científica y a las necesidades y expectativas de cada mujer con el fin de detectar, con los conocimientos científicos actuales y los distintos cribados de patologías, los posibles riesgos, no solo obstétricos y clínicos, sino también psicosociales [3].

1.1.5. El modelo institucionalizado del parto

La atención al parto normal en nuestro país cambió de forma importante en la década de los años sesenta, momento en que el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria. Hasta ese momento, la mayoría de los partos se realizaban a domicilio por matronas tituladas, por médicos de cabecera y, en algunos lugares, por matronas tradicionales [13]. Actualmente la atención sanitaria del parto en España se puede situar en un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados, como sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica. Este tipo de atención coexiste en el entorno europeo con otros modelos de atención alternativos como, por ejemplo, Holanda y países escandinavos, con una atención desinstitucionalizada (con un importante porcentaje de partos en domicilio y atendidos fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas), o el actual modelo inglés que sujeta la modalidad de asistencia durante el embarazo, parto y puerperio a la elección de la mujer, de forma ambulatoria o en hospital [10,25].

El modelo sobre el que actúan las matronas y los tocólogos sigue dos paradigmas diferentes: la medicalización del parto convive con el modelo de matrona donde impera la normalidad, la facilitación del proceso natural con la mínima intervención y el empoderamiento de la mujer de parto [2].

El modelo intervencionista institucionalizado con aplicación rutinaria del control médico en el último siglo ha logrado una reducción importante en las tasas de

morbilidad, mortalidad materna y neonatal en gran parte del mundo [1]. Aun así, sus prácticas son objeto de crítica por resaltar los aspectos fisiológicos por encima de los psicosociales y por su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales [1,10].

El considerar el parto normal solo de forma retrospectiva, ha conducido a proporcionar en estos partos cuidados muy similares a los que necesitan los partos complicados, transformando un acontecimiento fisiológico en un procedimiento médico, con exhaustivos controles para evitar los posibles riesgos [1,6]. Esta normalización de la atención en los hospitales, por la mayor seguridad, conduce a que la mujer tenga miedo a lo que pueda pasar y busque ayuda en otros, transformándose así en paciente, debilitando su capacidad para dar a luz, y afectando negativamente a su experiencia de parto [1,9]. La mujer que pare no está enferma, pues el parto es un proceso fisiológico y por tanto, su atención y la de su bebé deben realizarse desde una perspectiva diferente, contemplando la trascendencia del proceso en la vida de las mujeres y familias [2,22].

1.1.6. La práctica basada en evidencia

Uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a decidir libremente sobre el cuidado que desean recibir en el proceso de embarazo, parto, puerperio, lo que implica ofrecer a las mujeres las alternativas basadas en la evidencia [2]. La “*Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido*” [26] afirmó en el 2001 que toda mujer tiene derecho a que el embarazo no suponga un alto riesgo para su salud y, para ello, los servicios sanitarios de atención al embarazo deben ser de calidad, con los recursos necesarios para una correcta atención, y con normas bien definidas acerca de la tecnología apropiada para un parto seguro.

La sociedad española ha realizado un importante esfuerzo para la promoción de cambios en salud reproductiva, adecuando los protocolos sanitarios a la evidencia científica [4]. El 10 de octubre de 2007 se aprobó, por consenso de todas las comunidades autónomas, en el pleno del Consejo Interterritorial, la “*Estrategia para la Atención al Parto Normal*” (EAPN), del Sistema Nacional de Salud [27], hito que impulsó un profundo cambio en el modelo de atención al parto [10]. Esta medida nació para ser la referencia de actuación en esta materia en todo el territorio español al amparo del Plan Nacional de Calidad. El propósito fue humanizar el parto, situándolo en su

justa dimensión fisiológica, incorporando la mayor calidez a la calidad asistencial, manteniendo a la vez los niveles de seguridad, respeto a la fisiología del parto y del nacimiento, defendiendo el menor intervencionismo posible, la atención personalizada, y el principio de autonomía de las mujeres [6,10,22]. El objetivo general de la EAPN es ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad durante el proceso reproductivo, basada en el mejor conocimiento disponible, centrada en las necesidades y circunstancias de las personas usuarias, y orientada a promover una vivencia humana, íntima y satisfactoria para las mujeres, sus parejas, bebés y familia [5].

Los objetivos específicos de la EAPN, que conforman la base de los cuidados basados en la evidencia durante la atención perinatal, son [2]:

1. ***Promover la salud, el bienestar y autonomía de las mujeres embarazadas.*** Se trata de facilitar la implicación de la mujer en el proceso fisiológico del parto, y en sus cuidados, proporcionando una atención adaptada a las necesidades y circunstancias de cada una de ellas.
2. ***Potenciar la atención al parto normal.*** Mejorar la calidad y calidez asistencial, favoreciendo el clima de confianza, seguridad e intimidad de las mujeres, manteniendo los niveles de seguridad adecuados.
3. ***Mejorar las condiciones del nacimiento.*** Orientar la atención al bienestar del bebé, su adecuada adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo afectivo, la lactancia materna y los cuidados centrados en el desarrollo.
4. ***Promover la salud y bienestar de las mujeres puérperas.*** Continuar la atención tras el parto, facilitando asesoramiento y cuidados, explorando sus necesidades, cambios emocionales y psicológicos, y situación del vínculo, la lactancia y el apoyo de la pareja.
5. ***Impulsar los aspectos que deben contemplarse de manera transversal en todo el proceso.*** La formación de profesionales, la participación de las mujeres y sus parejas (considerando la multiculturalidad y discapacidad), la coordinación institucional, y la investigación y difusión de buenas prácticas.
6. ***Impulsar un cambio en los valores sociales*** en torno a la maternidad y paternidad, que tradicionalmente se concretan en exigencias inalcanzables para las madres y en la tolerancia de una escasa implicación paterna.

La vivencia positiva del proceso de la maternidad viene determinado por el clima emocional de los padres, por el deseo del hijo/a y porque este tiempo se viva de manera placentera y sin preocupaciones, este es uno de los objetivos más cruciales que debe fijarse el equipo de salud [8,28]. Las matronas y los médicos deben discutir cualquier temor que puedan tener las mujeres [28], aclarando las expectativas reales, eliminando en la medida de lo posible las incertidumbres, y favoreciendo el vínculo desde el inicio de la atención [17]. Se debe prestar especial atención a:

- El estado emocional de la madre/padre durante la gestación.
- El establecimiento de buenos controles prenatales.
- La comunicación entre la pareja.
- La aceptación de los cambios que produce la nueva situación.
- La adaptación al cambio.

Los profesionales de la maternidad disponen de una Guía de Atención al Parto [6], editada en el contexto de la EAPN, que establece orientación a profesionales sobre determinados cuidados durante el embarazo y parto. Destacan:

- Una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales responsables de su cuidado contribuye de manera decisiva a que el parto constituya para las mujeres y sus familiares una experiencia positiva.
- Disipar miedos y dudas, proporcionar información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible e infundir seguridad, mostrar apoyo y respeto, procurar intimidad, y permanecer en un segundo plano cuando la situación lo exige, se han revelado como elementos de la atención sumamente apreciados por las mujeres y que contribuyen de manera decisiva a su satisfacción con la experiencia del parto.
- El cumplimiento de las expectativas de cada mujer, el sentirse implicada, poder decidir y mantener el control sobre el proceso del parto son factores que se relacionan con la satisfacción. Por ello, es importante que los profesionales conozcan esas expectativas, expresadas verbalmente o en planes de parto, para satisfacerlas en la medida de lo posible, limitando el desajuste que puede producirse entre las expectativas y el desarrollo concreto de cada parto.

No se debe obviar que durante la gestación pueden presentarse situaciones que interfieren en su evolución fisiológica [3], pero el respeto a la evolución natural del embarazo debe presidir toda atención sanitaria, y cualquier intervención debe ser valorada y aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer [2]. Se trata de ofrecer una atención de excelencia que contemple la identificación de riesgos psicosociales y necesidades individuales específicas, que contribuya a capacitar a las mujeres para tomar decisiones informadas, a mejorar su conocimiento acerca del proceso y a proporcionar preparación maternal y paternal, ofreciendo apoyo continuado por profesionales expertos [2].

1.2. La emoción del miedo al parto

Puntos clave:

- Los procesos emocionales inciden en la salud y en la enfermedad.
- Todas las emociones son beneficiosas, son básicamente **adaptativas**.
- Los **determinantes de las emociones** pueden provenir del estímulo o del individuo que las sufre.
- Una **misma situación**, como el parto, puede desencadenar **diferentes emociones** en las mujeres.
- Cierta nivel de preocupación puede ayudar a las mujeres a prepararse para el parto, en mayor grado puede resultar **incapacitante**.
- La emoción del miedo es una **reacción humana normal** y fisiológica que fomenta la protección y la seguridad del individuo.
- Una **mayor conciencia** social por la salud mental materna es ya una realidad.
- Existe una tendencia creciente hacia la comprensión del **miedo al parto**.
- La **falta de una definición operativa**, clara y coherente de constructo del miedo al parto, limitando su evaluación y tratamiento.
- El miedo al parto puede suceder **antes, durante o después del embarazo**.
- El miedo al parto es un concepto separado de la ansiedad.
- La prevalencia global de miedo al parto ha aumentado en los últimos años, pasando del 12% al **16%**.

1.2.1. Las emociones

La Real Academia Española de la Lengua define la emoción como una “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática”.

Las personas experimentan múltiples y variadas emociones a lo largo de su vida [29]. Las emociones implican reacciones fisiológicas (subyacen a la emoción; lo que ocurre dentro de nuestro organismo), conductas expresivas o conductuales (comportamiento motor), y experiencias cognitivas (pensamientos y sentimientos, la experiencia subjetiva que acompaña a la emoción, aspecto vivencial subjetivo y personal) [29,30]. Los miedos pueden adquirirse por, al menos, tres vías principales [31]: por condicionamiento, en el que se desarrolla una asociación aprendida cuando un objeto o situación específica, como pensar en el parto, se combina con experiencias aversivas como la incomodidad; por exposición vicaria, por ejemplo, al ver a otra persona parir; y por transmisión indirecta a través de la información, como escuchar historias de terror sobre el parto.

Todas las emociones, tanto positivas como negativas, son necesarias, no existe emoción buena o mala, sino que todas ellas son beneficiosas, ya que son básicamente adaptativas; su incidencia varía dependiendo de factores individuales como la personalidad, el entorno, las vivencias, las experiencias y las condiciones exteriores del medio en el que se desenvuelven las personas, afectando al progreso de nuestras acciones y nuestras vidas, e incidiendo no solamente en el desarrollo, agravamiento y cronicidad de las enfermedades, sino también en el aprendizaje, ya que las emociones alteran la atención, condicionan nuestras conductas, activan la memoria y, en última instancia, influyen en nuestro progreso y bienestar personal, profesional y social [29,30].

Los determinantes de las emociones pueden provenir del estímulo o del individuo que las sufre. Una misma situación, como el momento parto, puede desencadenar emociones diferentes en las mujeres; las circunstancias de la vida individual como el estrés, la presencia de cualquier complicación del embarazo, antecedentes de salud mental, o los cambios fisiológicos impulsados por el embarazo, influirán en los estados emocionales de la mujer y en su vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo [19,30].

El parto es un proceso normal, pero sumamente tenso [15]; pese a que durante el mismo aparecen emociones positivas relativas a la tranquilidad y confianza, son las emociones negativas basadas en el miedo, la incertidumbre, la vergüenza, la soledad, la ira y el desamparo, las que adquieren mayor relevancia en la atención hospitalaria. La asociación entre la regulación emocional y el desarrollo de trastornos del estado de ánimo durante el inicio temprano del TP ejemplifica la conexión entre el estado emocional, los cambios endocrinos y los posibles resultados adversos del parto [19].

La emoción del miedo es generalmente una reacción humana normal y fisiológica que fomenta la protección y la seguridad del individuo, activando los recursos de afrontamiento y facilitando el aprendizaje de las habilidades para hacer frente a situaciones de amenaza [30]. Aunque cierto nivel de preocupación puede ayudar a las mujeres a prepararse para el parto, si el miedo lo abarca todo, puede resultar incapacitante, física y emocionalmente, pues existe una respuesta fisiológica en la que ante un estímulo de miedo, se activa el centro del miedo en el cerebro, la amígdala, que libera hormonas del estrés afectando la capacidad de decisión [32,33].

1.2.2. Los antecedentes del miedo al parto

El Miedo al Parto (FOC, por sus siglas en inglés) está documentado ya desde el siglo XVIII, cuando el Dr. Osiander en Alemania escribió sobre mujeres que se suicidaban debido al miedo severo al parto [34]. Esto fue repetido por los escritos más comúnmente citados de la Dra. Louise Víctor Marce, psiquiatra francesa, en su *“Traité de la folie des femmes enceintes, accouchées et des nouvelles des Nourrices”* (1858) a finales del siglo XIX, quien escribió que las mujeres embarazadas con “tocofobia”: *“...están convencidas en privado de que van a morir a causa de esta terrible experiencia que les espera. La idea se fija en sus cabezas y desencadena una melancolía que se apodera de todos sus pensamientos.”* [34]; *“si son primíparas, la expectativa de un dolor desconocido las preocupa sobremanera y las arroja a un estado de ansiedad inexpresable. Si ya lo son, como madres, les aterroriza el recuerdo del pasado y la perspectiva del futuro.”* [35].

Hace 150 años las tasas de mortalidad materna e infantil eran altas y estos temores pueden haber sido racionales [14,34]. En el siglo siguiente se realizó un análisis más específico, que reconocía adecuadamente el aspecto patológico, a cargo de Hofberg y Brockinton, que en el año 2000 publicaron un artículo en el *British Journal of*

Psychiatry en el que utilizaban por primera vez la palabra “tocofobia” para definir el miedo patológico y obsesivo al parto [14,35].

En los últimos años se ha puesto de manifiesto una mayor conciencia social por la salud mental materna, existiendo una tendencia creciente sobre el estudio del FOC que se ha puesto de manifiesto en la revisión bibliométrica llevada a cabo por *Dai et al.* [36] donde se muestra cómo, si bien el número de publicaciones antes del año 2000 era pequeño, este se ha multiplicado casi por 30 hasta la fecha. Los países escandinavos han sido pioneros en el campo de la investigación de la tocofobia [34]. De los 61 países que presentan publicaciones sobre el tema, el 16.7% de ellas pertenecen a Suecia, siendo sus instituciones las más citadas, hecho que puede ser consecuencia de la atención que desde el 1980 viene prestando este país a las mujeres con FOC, incluyendo programas de abordaje específico por matronas [37]. El FOC en comparación con otros temas en el campo de la obstetricia y ginecología, sigue siendo muy poco explorado, pudiéndose considerar que no ha alcanzado su etapa madura, y que, por lo tanto, merece más atención por parte de investigadores y profesionales, sobre todo en los países con altas tasas de natalidad [36].

En la última década, un creciente interés en este tema ha mejorado nuestra comprensión del FOC [38]; se ha propiciado una mayor atención en la práctica clínica, motivada en parte por la alta comorbilidad perinatal del FOC con los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, así como con la solicitud de cesárea electiva (CE) [39]. Nuevas medidas específicas para FOC están ahora disponible para ayudar a su estudio, haciendo que sea más fácil de comparar los resultados de diferentes países y posibilitando experimentar sobre intervenciones específicas para este grupo de mujeres [38]. El avance en los estudios que aplican un abordaje para esta problemática se denota, por ejemplo, en la reciente revisión exploratoria de *Souto et al.* de 2022 [40], donde mapea y analiza las intervenciones de las matronas para reducir el FOC en mujeres embarazadas, poniendo en evidencia que de todos los artículos objeto de estudio, publicados entre 2001 y 2020, el 88% (n =30) fueron publicados en los 10 años anteriores.

1.2.3. La conceptualización del miedo al parto

Se ha identificado una clara falta de consistencia en la forma en que se define FOC [41]. El término “tocofobia” (del griego 'tocos', que significa parto y 'phobos', que

significa miedo) se ha utilizado comúnmente para describir el “temor y evitación del parto a pesar de desear desesperadamente un bebé” [42,43]. La falta de una definición operativa, clara y coherente de este constructo ha provocado un desafío intelectual sobre su etiquetado, debido no solo a la falta de comprensión etiológica, sino a la capacidad limitada de su evaluación y tratamiento efectivo [32,42].

El FOC es un fenómeno relacionado con la salud mental perinatal que puede suceder antes, durante o después del embarazo [36], pudiéndose ver como un trastorno de ansiedad o como una fobia. Aunque las características fóbicas se pueden aplicar a mujeres con FOC grave, desde un punto de vista psicométrico este sigue siendo un miedo específico al final de un continuo que van desde un miedo insignificante hasta un miedo intenso e incapacitante que interfiere con las funciones de la vida diaria [35,38]. A pesar de cumplir con ciertos criterios para una fobia [38,44] no encaja en la definición de fobia descrita por la Asociación Americana de Psiquiatría en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V, por sus siglas en inglés) [45] que especifica como características esenciales: (1) miedo marcado y persistente a un objeto o situación específica que es excesiva o irrazonable, con una duración mínima de seis meses; (2) ansiedad inmediata producida generalmente por la exposición al objeto; (3) evitar la situación temida y (4) angustia o deterioro significativo.

El FOC se ampara bajo el paraguas de los trastornos de ansiedad, pero es un concepto separado de la ansiedad [32]. La ansiedad difiere del miedo en el sentido atribucional más que fisiológico; el miedo es un término cargado de valores que se interpretan en una dimensión psicobiológica percibida principalmente como negativa, por lo que los dos términos no son sinónimos y pueden considerarse constructos separados [32,46]. La tocofobia no viene descrita dentro de los síntomas de trastornos de ansiedad en el DSM-V [45], pero desde 1997 si se incluyó con el código O99.80 en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) (otras enfermedades especificadas durante el embarazo). Actualmente queda incluido con código de diagnóstico F40.9 de la CIE-10-CM de 2015 como trastorno de ansiedad fóbica, no especificado [34]. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad; esta categoría se utiliza en

situaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico [45].

Es probable que la mayoría de las mujeres embarazadas experimenten un miedo racional al parto, especialmente en el actual modelo biomédico de atención al parto, pudiendo desembocar en expectativas negativas hacia el mismo que no tienen por qué dar lugar a un miedo psicopatológico o disruptivo para la mayoría de ellas [32,47].

1.2.4. La prevalencia del miedo al parto

La falta de consenso general sobre la definición precisa de FOC, hace que las estimaciones de prevalencia varíen ampliamente entre países e incluso entre las regiones de un mismo país [34,48]. Factores como la paridad, la edad gestacional, la experiencia previa en el parto, la edad, la nacionalidad de la mujer, la herramienta de medición utilizada, los puntos de corte utilizados para el diagnóstico, entre otros, parecen influir en las tasas de FOC [48,49], lo cual dificulta la comparación de las cifras de prevalencia.

Hace más de 30 años, el obstetra sueco Areskog realizó los primeros estudios sobre el FOC en los países escandinavos [50,51]. Al preguntar a 139 mujeres de bajo riesgo, durante el tercer trimestre del embarazo, sobre el sentimiento de miedo ante la perspectiva del parto encontró una prevalencia del miedo moderado al parto de un 17% y del 6% de miedo severo. En el mismo entorno de estudio, un registro finlandés de nacimientos [52] recogido entre los años 1997 y 2010 encontró que el FOC, según definición de la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10) fue experimentado por el 2.5% de las mujeres nulíparas y el 4.5% de las multíparas, siendo la prevalencia 1,9 veces mayor entre las mujeres multíparas; durante el período de estudio la prevalencia de FOC aumentó del 1.1 al 3.6% en mujeres nulíparas, y del 1.5 al 7.8% en multíparas.

En Suecia, uno de los pocos países donde el miedo prenatal al parto ha sido reconocido como un problema importante, y donde los servicios de asesoramiento están disponibles para la mayoría de las mujeres embarazadas, *Waldenström et al.* [53] declaró en 2006 que el 11% de las mujeres tenían miedo prenatal al parto, y que la mayoría de estas mujeres (9%) recibieron asesoramiento al respecto. Aunque el FOC, en Suecia afecta a una de cada 10 mujeres, el porcentaje podría haber sido mayor, puesto que en este estudio [53], alrededor del 2% de la población total tenía sentimientos muy

negativos sobre el parto, lo que sugiere que las matronas no los identificaron y no recibieron asesoramiento.

De manera más global se han llevado a cabo estudios de prevalencia. *Lukkasse et al.* en 2014 [54] incluyó 6 países del norte de Europa, encontrando que el 11% de todas las mujeres informaron FOC grave, 11.4% entre primíparas (del 4.5% en Bélgica al 15.6% en Estonia) y 11% entre mujeres multíparas (del 7.6% en Islandia al 15.2% en Suecia); después del ajuste por edad, educación y edad gestacional, sólo las mujeres primíparas de Bélgica tuvieron FOC significativamente menos grave en comparación con mujeres primíparas noruegas. Otro estudio de revisión utilizó únicamente el *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (WDEQ-A)* con puntuación a partir de ≥ 85 como definición de tocofobia [42], detectando una prevalencia combinada del 12%; por paridad, los estudios que incluyeron mujeres nulíparas arrojaron una prevalencia del 16%, y los estudios que incluyeron mujeres multíparas del 12%; en los estudios que evaluaron el FOC en el segundo trimestre se tuvo una prevalencia del 14% frente al 12% del tercer trimestre; por período de tiempo, en la década de 1980, la prevalencia fue del 6%, en la década de 1990 del 10%, entre 2000 y 2009 del 12%, y los estudios realizados entre 2010 y 2016 dieron como resultado una prevalencia del 17%.

Se ha producido un aumento de las tasas de prevalencia en los últimos años, *Shahrzad et al.* [55] en el 2022 ofreció una actualización sobre la prevalencia global de FOC, situándola en el 16% de las mujeres embarazadas, un aumento del 4% en comparación con los resultados de *O'Connell et al.* en 2016 [42], que situó la prevalencia mundial de tocofobia en el 12 %. Esta diferencia puede ser debida a que los estudios incluidos en 2012 correspondían a países desarrollados, donde la prevalencia del miedo es baja; sin embargo, en la actualización de 2022, se incluyeron tanto países desarrollados como en vías desarrollo, sin ignorar el hecho de que estos últimos tienen un sistema de salud socioeconómico más débil. Otros datos de interés aportados por la revisión de *Shahrzad et al.* [55] son los referentes al análisis por subgrupos, mostrando una prevalencia de miedo mayor en mujeres nulíparas, y en el segundo trimestre del embarazo; este último dato difiere de los hallazgos en estudios previos, lo cual puede ser debido a que la población referente en la mayoría de los estudios que han examinado la prevalencia del miedo en el segundo trimestre lo hicieron sobre mujeres nulíparas.

1.3. La etiología del miedo al parto

Puntos clave:

- **Muchas las variables y circunstancias** influyen en el miedo al parto.
- El miedo al parto surge en gran medida por falta de información y autoconfianza en las capacidades, o por las propias experiencias vividas.
- Comprender los factores más influyentes en este miedo es fundamental para establecer medidas de diagnóstico y apoyo adecuadas.
- La “**tocofobia primaria**” afecta a mujeres nulíparas; la “**tocofobia secundaria**” deriva de una experiencia negativa de parto.
- Los sentimientos de preocupación y miedo se acentúan en las últimas etapas del embarazo.
- Las características psicológicas como los **rasgos de personalidad** y problemas de **salud mental** parecen influir en el miedo al parto.
- Las mujeres se ven influenciadas por **experiencias** traumáticas de parto **contadas** por familiares y amigos.
- Los **valores culturales** o la representación **social** del parto promueven el miedo al parto.
- El **desconocimiento** genera **incertidumbre** e incapacidad física, mental y emocional para afrontar con éxito el parto.
- Los niveles de miedo son mayores en mujeres con **poca confianza** en sí mismas y en su **autoeficacia** para el parto.
- El miedo puede originarse por las características del **sistema de atención** a la maternidad, como por el contacto interpersonal con los **profesionales**.
- El miedo al **dolor** es una característica predominante, las mujeres sobre todo temen que sea **intolerable**.
- El miedo a complicaciones, lesiones o **daños en su bebé** también se asocia con el miedo al parto.

1.3.1. La heterogeneidad etiológica del miedo al parto

Se describe que el FOC lo sufre un grupo heterogéneo de mujeres [35,56], siendo su etiología multifactorial y relacionada con una predisposición natural, así como con otras características individuales, relacionales y antro-po-psíquicas [14,34,35,57,58].

El parto tiene lugar dentro de un contexto sociocultural y sociopolítico que impacta inevitablemente en la forma en que las mujeres lo abordan [33], lo que reafirma las diferencias entre las poblaciones con respecto al enfoque y contenido de los miedos [54,59], siendo al mismo tiempo plausible sugerir que también existirán paralelismos [59].

Son muchas las variables y circunstancias que influyen en su etiología, pero en gran medida el FOC surge de la falta de información y autoconfianza en las capacidades de la persona, de las historias contadas o las propias experiencias vividas por las mujeres, así como del escaso apoyo social percibido por estas [60,61]. El miedo puede estar provocado al anticipar una falta de asistencia en caso de necesidad, por la pérdida de su capacidad debido a una intervención médica, porque sus creencias y sus valores no coincidan con los del personal durante parto y no sean respetados, por no ser tratada con empatía, o de manera amistosa y respetuosa, e incluso por una falta de adaptabilidad cuando no se cumplen las expectativas, [33,62,63]. *Fisher et al.* [33] agrupa los factores en dos temas generales:

- "**Miedo prospectivo**" que incluye: una *dimensión social* en la que se enmarca, entre otros el miedo a lo desconocido, a las historias de terror sobre partos que las mujeres escuchan, etc.; y una *dimensión personal*, con el miedo al dolor, al desempoderamiento, al conocimiento y la comprensión que tienen las propias mujeres a la singularidad de cada nacimiento.
- "**Miedo retrospectivo**" que incluye exclusivamente la *dimensión personal* que se agrupa en torno al "nacimiento previo horroroso".

Las descripciones de la adquisición del miedo sugieren que tanto el condicionamiento del miedo como la transmisión indirecta a través de la información pueden ser vías a considerar en el desarrollo del FOC [31], que a su vez puede estar influenciado por factores personales y situacionales [35]. Una extensa revisión sistemática (RS) [64] encontró que la variedad de factores que pueden contribuir al desarrollo del FOC se agrupan en tres vías:

- Por *condicionamiento* que sugiere que las experiencias de nacimiento negativas causan futuros FOC.
- Por *experiencias vicarias* como ver un nacimiento en vivo.

- Por *transmisión de información* como historias de parto negativas y los discursos públicos de nacimiento.

Aunque el FOC puede experimentarse por la mayoría de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto [38], hay un grupo de ellas en las que el sentimiento es severo. Comprender los factores más influyentes en este miedo es fundamental para poder establecer medidas de diagnóstico y apoyo adecuadas.

1.3.2. La paridad como determinante de tocofobia primaria o secundaria

El FOC es un problema descrito principalmente como “tocofobia primaria” o tocofobia secundaria” según las diferentes vías de adquisición del miedo en nulíparas y multíparas [31,34]. En la tocofobia primaria que afecta a mujeres nulíparas, estas tienen un miedo profundo que puede entrar en conflicto con un fuerte deseo de ser madre; la tocofobia primaria a menudo se origina en la niñez o la adolescencia, después de una experiencia negativa, como el abuso sexual o escuchar experiencias negativas del parto por parte de miembros de la familia [14,34]. El miedo puede hacer que muchas mujeres eviten, o pospongan el parto. Se ha demostrado un FOC más prevalente en este grupo de mujeres [31,34,42,55,65,66], tanto al comienzo como al final de la gestación [66].

El FOC desarrollado después de un parto, en lo que se ha denominado “tocofobia secundaria”, suele ser el resultado de experiencias personales previas negativas o traumáticas durante el parto [14,31,34,57–59,67–74] o embarazo anterior [31,67,68]. Es factible que las mujeres multíparas tengan razones mayores para temer el parto, pues es frecuente que una experiencia negativa del parto se reproduzca en los posteriores [21,35,53,59]; en este sentido, un estudio multicéntrico [54] encontró que en mujeres multíparas, una experiencia previa de parto negativa resultó en una probabilidad cinco veces mayor de sufrir FOC grave.

Los sentimientos de preocupación y miedo cambian durante el embarazo, y algunas mujeres afirman que marcarían el FOC con puntuaciones más altas durante las últimas etapas de su embarazo [57,66], aumentando en ambos subgrupos después de las 21 semanas de gestación (SEG) [66]. Cuando el FOC se considera en grado “severo” se sugiere que es tan común en nulíparas como en multíparas [66,75,76]. La cuestión que se plantea es si los miedos de las multíparas son cualitativamente diferentes a los de las mujeres primíparas.

1.3.3. Los factores socioeconómicos condicionantes del miedo al parto

El FOC se puede ver influido por multitud de factores como los que se detallan a continuación. Estos pueden estar presentes de forma simultánea o aislados, provocando el desarrollo de un FOC más o menos intenso.

Los factores socioeconómicos relacionados con un FOC más prevalente son: la edad, en mujeres más jóvenes [34,77,78] o con edad más avanzada (más de 40 años) [34]; la menor educación [34,55]; la situación sentimental, como encontrarse soltera [34,55,69]; el nivel económico [34]; estar desempleadas [34,77]; y la falta de apoyo social [34,54,58,60,66,67,77,79–83] como el factor que parece estar más relacionado.

1.3.4. Los factores psicológicos condicionantes del miedo al parto

Las variables psicológicas parecen más importantes que la paridad para predecir el miedo, la preocupación o la ansiedad relacionados con el parto durante el embarazo [84]; se sugiere que las mujeres que reportan FOC son un grupo que muestra más signos de tensión de los que generalmente se esperan durante el embarazo [56]. Las principales características psicológicas que afectan al FOC son los rasgos de la personalidad y los problemas de salud mental [58,67,85].

Los rasgos de la personalidad actúan como factores de riesgo importantes para el FOC [58,67,70,83]. El miedo se muestra exacerbado ante la situación desconocida del primer parto en la mujer nulípara, con ansiedad de rasgo elevada [47,78,86–88], en cambio, entre las mujeres multíparas, el rasgo de ansiedad no parece un predictor significativo de FOC [86]. Las personalidades obsesivas/compulsivas, que buscan la experiencia “ideal” del nacimiento y maternidad [34], así como con personalidad neurótica que presenta una mayor inestabilidad emocional y tendencia a experimentar reacciones negativas [47,89–91], parecen ser determinantes de FOC. Otras características como la de extraversión han demostrado una menor relación con el nivel de miedo [89,90,92].

Existe una cierta relación entre el FOC y los problemas de salud mental, como la ansiedad [31,34,46,60,67,77,93,94] y/o depresión antes o durante el embarazo [31,34,35,46,60,61,67,77,94,95], así como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) [31,56,67], y en menor medida con la psicosis, trastorno de personalidad, abuso de sustancias y trastornos alimentarios [31]. Se ha encontrado que, es dos veces más

común tener problemas de salud mental entre que las mujeres en edad fértil con FOC, tanto antes como después del embarazo y el parto, en comparación con controles no temerosos [96]; además, en niveles más severos de miedo las puntuaciones de la salud mental fueron más extremas, por lo que la detección de mujeres con alto FOC puede identificar mujeres con problemas de salud mental subyacentes, que pueden no estar relacionados con temores sobre el embarazo y parto, pero que se han exacerbado a consecuencia de éste [97].

El FOC también podría conceptualizarse como una generalización de la ansiedad adquirida a través del condicionamiento en otra situación que haya sufrido la mujer, como el abuso físico [29,31,54,67,82], sexual [29,31,34,67,82,98], o infantil [31,99–101]. Estas relaciones podrían ser debidas a la transparencia psíquica, constructo que se caracteriza por un resurgir de recuerdos del pasado, que afloran del inconsciente a la consciencia, y que permiten que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando y recordando su propia niñez. Si la infancia fue grata, o en cambio estuvo marcada por abusos o abandono emocional, podría determinar cómo se imagina la infancia del bebé en camino [4].

1.3.5. Los factores socioculturales condicionantes del miedo al parto

El parto y la maternidad se envuelven en un entorno de emociones familiares y de necesidades de comunicación. Las mujeres se ven influenciadas por las vivencias que se han transmitido de generación en generación, así como por “historias de terror” sobre las experiencias traumáticas de parto contadas por familiares y amigos [33,34,57,59,67,68,71].

Estos aspectos influirán en la autoeficacia y la confianza en su capacidad como mujer para parir, determinando que se presente al parto con una actitud positiva o negativa, según las experiencias vividas por su círculo más cercano [8,31,34,102]. La mujer se puede colocar en una situación menos receptiva ante la información y las sugerencias planteadas por el equipo obstétrico para mejorar la evolución del TP, o por el contrario, si lo compartido por su círculo social es positivo, perpetuará o minimizará la visión del parto como un proceso más o menos medicalizado [8,102].

Es posible que los valores culturales o la representación social del parto promuevan el FOC [103], convirtiéndolo, a lo largo del último siglo, en un miedo social normalizado para mujeres, hayan sido o no madres [67,104]. El miedo se inscribe en la

población a partir de los mitos que rodean al parto, de los discursos médicos y de los textos literarios y audiovisuales que representan el parto de una manera ligeramente dramatizada y, en la última década, con las redes sociales e Internet, que facilitan una transmisión de información y opinión que, en muchas ocasiones, se muestra como aterradora, deficiente e incorrecta [31,34,57,59,67,71,104,105].

La reciente pandemia de COVID-19 también tuvo un impacto significativo en la salud mental de las mujeres embarazadas a través del aumento de los niveles de miedo y ansiedad [106,107]. La tocofobia en este periodo fue más prevalente, oscilando entre el 4.8%-20.8% antes de la pandemia y entre el 10.6%-62% durante la pandemia [108]. En este sentido también existen estudios que han descrito puntuaciones más bajas de FOC en las mujeres embarazadas durante la primera y segunda ola del COVID-19, lo que podría explicarse por un mayor nivel de información, más tiempo para consumir información y un mejor equilibrio entre la vida laboral y personal, con más personas trabajando en casa durante la pandemia [109]. Pese a esta contradicción en la variación de las tasas de FOC durante la pandemia del coronavirus, está claro que el miedo y la incertidumbre adquirieron una dimensión sin precedentes en la forma negativa en que muchas mujeres embarazadas anticiparon y experimentaron el parto [110].

1.3.6. Los factores relacionados con la falta de información

Entre las razones de mayores niveles de miedo se encuentra el desconocimiento, lo que genera una incertidumbre en torno al parto [5,15,44,65,68,71,84,111] y desconfianza en su capacidad física, mental y emocional para afrontar con éxito el parto [68], y sortear su imprevisibilidad [31,67].

Slade et al. [112] en 2019 intentó establecer una construcción válida del FOC según los hallazgos de entrevistas en profundidad a mujeres y matronas. Las mujeres informaron de que tenían miedo de la naturaleza impredecible del parto, y estaban preocupadas de no poder planificar este evento impredecible. Para las mujeres primíparas, el FOC se presentó en forma de falta de conocimiento o experiencia sobre cómo manejar el evento; para las mujeres multíparas fue más una comprensión de lo impredecible que puede ser el proceso de parto, dada su experiencia previa. En el estudio de metátesis llevada a cabo por *Cheen & Slade* [59] en 2018, las mujeres informaron que tienen miedo a seis elementos que comparten un tema general de preocupación sobre la naturaleza impredecible del parto; reconocieron que el parto era

un acontecimiento como ningún otro en la vida de una mujer, en el que tenían muy poco o ningún control y que no podía planificarse; así como la falta de experiencia previa en primíparas contribuye a este temor.

La falta de conocimientos precisos y suficientes sobre el embarazo y el parto es un elemento generador de miedo en las mujeres [59,67,68,78–80]. Puede suceder que mucha información, que aumenta la conciencia de "lo que podría pasar", así como una educación alarmante de los peligros potenciales del parto, sean transmitidos por los educadores, creando en la mujer una sensación de estar en riesgo durante el embarazo, parto y la maternidad, una sensación de miedo que se da especialmente en mujeres vulnerables [59,79].

A diferencia de las sociedades en las que el parto es un hecho natural, y sus consecuencias impredecibles son generalmente aceptadas, independientemente de su resultado, en los países occidentales en muchas ocasiones las mujeres son informadas por profesionales con poca formación en los aspectos psicológicos del embarazo, lo que les incapacita para imaginar el sufrimiento o preocupación que produce a muchas mujeres informaciones con poca o ninguna relevancia clínica [7]. Suministrar información sobre la posible necesidad de intervenciones durante el parto, no sólo convierte el parto en un acontecimiento completamente medicalizado, sino que también aumenta su percepción en términos de un evento potencialmente peligroso [14].

1.3.7. Los factores relacionados con la percepción de capacidad y control

Los niveles de FOC son mayores en mujeres que muestran poca confianza en sí mismas, temen o dudan sobre su capacidad para parir [59,71,95,112] y su autoeficacia para el parto [31,34,64,68,79,113]. En general las mujeres temen que sus cuerpos sean inadecuados, que el bebé sea demasiado grande o su pelvis demasiado estrecha, o que las contracciones sean insuficientes [59,112]. Las mujeres primíparas centran sus temores en su capacidad emocional para afrontar la situación; las multíparas basándose en partos anteriores, informaron que sentían que no estaban "suficientemente preparadas" o que tomarían una decisión incorrecta con respecto a cómo eligieron dar a luz a su bebé [59].

La capacidad de crear un significado positivo del parto puede conducir a impactos negativos o positivos, dependiendo de las estrategias de afrontamiento de que dispone mujer [31,67]. Las estrategias de afrontamiento del parto son diferentes en cada

mujer, dependiendo, en gran medida, de la información que posean sobre el proceso [17,67]. Las mujeres tienen miedo a no afrontar adecuadamente su parto, a perder el control emocional o físico durante el mismo [31,35,57,59,71,79], a no cooperar con la orientación del personal [59], o a no participar en la toma de decisiones [57,112].

1.3.8. Los factores relacionados con el proceso del parto

En un sistema de salud caracterizado por tasas crecientes de intervenciones obstétricas [14,33], son varios los temores relacionados con las intervenciones y aspectos del sistema sanitario los que causan FOC, como un entorno de parto poco acogedor, la falta de confianza en los profesionales sanitarios, el acceso deficiente a los servicios sanitarios, la atención prenatal inadecuada, y otros tantos relacionados con el embarazo y parto [67]. Más específicamente se ha evidenciado el miedo a:

- La episiotomía o desgarro vaginal [33,57,80,114–116].
- Las intervenciones de emergencia, como el desprendimiento de placenta [59], o la hemorragia [31,71].
- Los exámenes vaginales [112].
- Los partos instrumentales [112,114].
- La cesárea [31,33,80,114,115].
- La falta de privacidad, especialmente cuando están desnudas y con las zonas íntimas visibles [31,71].
- La anestesia [31,114].
- Las complicaciones durante el parto que requieran intervención [31,57,59].
- Que sus deseos no se cumplan y su dignidad no sea respetada por los profesionales [59,71], no pudiendo influir en los acontecimientos [31].

El FOC es mayor en mujeres que presentan un embarazo de alto riesgo (embarazo con técnicas de reproducción asistida, diabetes gestacional, o anomalías congénitas, entre otros) [34]. En mujeres multíparas, los principales factores de riesgo para el desarrollo de FOC en el segundo embarazo son las complicaciones obstétricas previas o los procedimientos obstétricos de emergencia [34,117]; específicamente se han evidenciado:

- El miedo previo al parto o una experiencia previa de parto negativa [60,117,118].
- La cesárea no planificada [34,60,66,117].
- El parto instrumental [65,66,117,118].

- La distocia de hombros [118].
- El parto prolongado [117].

El FOC, que si bien puede ser originado por las características del sistema de atención a la maternidad, se ve más influenciado por las relaciones interpersonales entre las mujeres embarazadas y la persona de confianza que le acompaña durante el proceso o los profesionales [119,120]. Las mujeres temen la falta de competencia profesional [31,59], no recibir suficiente atención médica, no tener una relación de apoyo con la persona que les acompaña [53,59,68], que la pareja elegida no pudiera estar a su lado cuando lo necesitaba [112], o quedarse solas cuando no deseaban estarlo [34,59,112].

Dentro del grupo de mujeres que reportan FOC, se encuentran asociaciones entre el nivel de miedo y las variables psicológicas como el dolor catastrófico [31,56,84] que puede ser generado tras oír a otras mujeres hablar de dolores intensos durante el parto, el cual sabían que tendrían que soportar [71,78]. El dolor anticipado del parto es a menudo una preocupación importante para las mujeres y puede llevarlas a solicitar métodos farmacológicos como la analgesia epidural (AE), para aliviar el dolor [103]. El miedo al dolor es una característica predominante del miedo de las mujeres al parto [5,15,31,57–59,71,114,116,120], sobre todo temen que el dolor durante el TP sea intolerable [33,58,63,71,80]. El miedo al dolor no solo incluye la capacidad de las mujeres para manejar la intensidad del dolor, sino también su preocupación sobre si recibirán el nivel adecuado de alivio del dolor para poder sobrellevarlo [34,112].

El miedo a complicaciones, lesiones o daños en su bebé es uno de los temores que causan FOC en las mujeres embarazadas [31,59,71,114]. Se describe el miedo a problemas de la salud o sufrimiento fetal [15,59], a que el RN presente alguna discapacidad o patología no detectado en las ecografías, o que se presente alguna lesión o daño físico durante el transcurso del parto [5,15,57,59,71,112], o que muera durante el mismo [31,58,59,63,71,80]. Estas preocupaciones, que se solucionan actualmente en parte con las técnicas de diagnóstico prenatal, crean a su vez una situación de ambivalencia amor-temor, atracción-rechazo que favorece la situación de inestabilidad psicológica que supone el embarazo en sí [5]. Las mujeres también perciben el parto como un evento peligroso para ellas mismas, con potencial de daño físico personal, describen temores a lesiones personales [59,71,112], e incluso tienen miedo de morir durante el parto [31,58,59,63,71,80,112,121].

1.4. Resultados asociados con el miedo al parto

Puntos clave:

- El miedo al parto afecta a las mujeres tanto física como psicológicamente, derivando en **incapacidad para movilizar sus recursos** de afrontamiento.
- Los resultados emocionales del miedo al parto **dificultan la preparación psicológica** para el parto y la transición a la maternidad.
- El miedo al parto está asociado con un riesgo significativamente mayor de **afecciones de salud mental**.
- Las mujeres pueden desarrollar estrategias para manejar sus miedos, buscando apoyo o solicitando una **cesárea electiva**.
- Se observan tasas más elevadas de intervenciones obstétricas, con mayores **consumos de recursos sanitarios**, en este tipo de mujeres.
- Las mujeres con miedo al parto tienen una **menor tolerancia al dolor**.
- El miedo puede tener un **impacto negativo en el apego** entre madre e hijo.
- Se discuten otros efectos nocivos sobre la conducta y el desarrollo del bebé, tanto intrauterino como después del nacimiento.
- El miedo al parto predice **experiencias** de parto más **negativas**, independientemente del modo de parto y las intervenciones aplicadas.

1.4.1. La diversidad en los resultados asociado con el miedo al parto

El FOC puede provocar una diversidad de efectos que no deben subestimarse. Pese a que su conceptualización no está claramente definida, su impacto en la salud y bienestar de las mujeres durante el período perinatal está bien establecida, pudiendo afectar a su bienestar tanto antes como después del parto. La presencia constante del FOC en los pensamientos afecta a las mujeres tanto física como psicológicamente durante el embarazo [71], lo que puede derivar en la incapacidad para movilizar los recursos propios de afrontamiento del embarazo, parto, y postparto, y repercutir en el bienestar fetal y del RN [5].

Las condiciones de salud mental afectan a la experiencia de embarazo y crianza, además de estar asociadas con mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales [122]. Se sabe muy poco sobre posibles enlaces entre el nivel de miedo que experimentan las mujeres y el funcionamiento fisiológico durante el proceso de su

parto; una teoría factible es que las experiencias de miedo de las mujeres durante el parto pueden, por medio de las hormonas del estrés, influir en el proceso de parto, aunque es rara la investigación sólida sobre este tema por enormes problemas metodológicos [38].

1.4.2. El efecto sobre el bienestar físico-psíquico

Los efectos del FOC que cursa durante el embarazo y parto, puede derivar en consecuencias para la salud materna y neonatal, ya sea derivando en problemas de salud u otras complicaciones asociadas. A continuación, se describen los efectos que cuentan con mayor evidencia.

La importancia de la salud física y mental de la mujer debe ser fundamental en todos los aspectos de la atención de la maternidad. Existe una correlación negativa entre el bienestar físico-psíquico y el FOC en mujeres embarazadas durante el período perinatal [65,123,124]. Las manifestaciones fisiológicas del FOC se describen en varios estudios, entre las que se describen:

- Alteraciones del sueño [31,34,58,71,124,125].
- Taquicardia [31].
- Tensión y nerviosismo [31,58,71,125].
- Dolor de estómago durante el embarazo [31,58,71,124,125].
- Pérdida de apetito [71].
- Cambios de humor [71].
- Dificultad para concentrarse [58,71].
- Mayor estrés y fatiga [126].

La evidencia sugiere que el FOC puede producir resultados emocionales y conductuales adversos en las mujeres [127], desencadenando un continuo de pensamientos que dificultan la preparación psicológica para el parto, cómo se vive el nacimiento y la transición a la maternidad [57,59,80,128]; impacta en la mujer con un efecto significativo en su capacidad para abordar el nacimiento de su bebé de manera positiva y lograr un resultado óptimo del parto [68,97], lo que puede derivar en problemas de salud mental [19,60,129,130]. Las mujeres describen sentimientos de estar paralizadas por el miedo, con deseo de morir durante ciertos momentos del parto, al estar completamente desconcertadas por la intensidad del parto [121].

El período perinatal está asociado, de por sí, con un riesgo significativamente mayor de aparición y recaída de afecciones de salud mental, un riesgo mayor que en otras situaciones en la vida de una mujer; esta casuística aumenta exponencialmente en mujeres con alto nivel de FOC [122,131]. Los síntomas de FOC durante el embarazo pueden proyectarse en el curso del embarazo, parto y puerperio como síntomas de ansiedad [19,34,35,52,60,116], depresión posparto [19,34,35,49,52,60,116,129,130,132–136], TEPT [35,41,49,60,130,132,135–140], y otros menos frecuentes como psicosis, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias, trastornos alimentarios [56,96], y suicidio [34]. También se ha sugerido que el FOC está relacionado con el ajuste psicológico postnatal tardío, pues las mujeres con FOC tienen significativamente más problemas de salud mental que mujeres sin FOC entre los 5 a 12 años después del embarazo [96].

Secundariamente, está documentado el impacto del estado de salud psicológica durante el embarazo en los resultados clínicos como el TP prematuro, la preeclampsia, un mayor uso de AE, la cesárea, los partos instrumentales, una mayor tasa de ingreso en cuidados intensivos neonatales, así como el deficiente desarrollo cognitivo y social del lactante y el niño [141].

1.4.3. El efecto sobre las preferencias maternas

Entre las repercusiones provocadas por el FOC se encuentra la búsqueda de la cesárea electiva (CE) como método de finalización de la gestación [28,31,38,39,49,52,58,66,71,75,102,113,117,132,137,142–151]. La mujer embarazada con FOC no puede evitar lo que teme, viéndose obligada a acercarse inevitablemente al parto, lo que puede influir en el desarrollo de estrategias para manejar sus miedos, buscando apoyo o, como una salida de emergencia, solicitando una CE a medida que se acerca la fecha prevista de parto [34,71], así lo confirma la reciente RS de *Jenabi et al.* [144]. Por otra parte se ha encontrado como forma más radical de evitación relacionada con el FOC la evitación total del embarazo o la postergación del mismo [31,35,43,64,78,115,152,153]. En algunos casos el FOC y la creencia de no poder afrontarlo es tan generalizado que obliga a las mujeres embarazadas a interrumpir su embarazo [31,38].

Las razones detrás del aumento de las CE son complejas. Sin embargo, la forma en que se conceptualiza el parto (es decir, como un evento de la vida normal versus un

evento médico que debe ser manejado) y la distribución de responsabilidades profesionales entre las matronas y los médicos durante el período prenatal tienen implicaciones importantes [68].

En un estudio sobre mujeres nuligrávidas realizado en ocho países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Australia, Canadá, Chile, Inglaterra, Alemania, Islandia, Nueva Zelanda, Estados Unidos) entre 2014-2015, una de cada diez mujeres jóvenes prefirió la CE, que oscilaba entre el 7.6% en Islandia y el 18.4% en Australia [154]. Se sabe que la tasa de cesárea sigue aumentando en la mayoría de los países [155,156], y que hay un consenso mundial para su reducción [157], estando informado que el FOC es una de las principales razones para preferir la CE en países desarrollados y en desarrollo [53,58,142,158]. Por tanto, la reducción del FOC podría derivar en la abstinencia de solicitudes de CE [143,159]. Aunque se sabe que la CE no siempre es la mejor solución para una mujer con FOC, es un desafío averiguar qué es lo mejor para cada mujer individual [133], pues las mujeres que no habiendo tenido experiencia personal previa de parto, llegan a la convicción de que la cesárea es una forma de mejorar el control sobre el proceso del parto, con seguridad y alivio del miedo, siendo preferible al parto vaginal [31,148,160].

Como factores fuertemente asociados con el FOC, e implicado en la preferencia por la CE, se encontró que el miedo al dolor incontrolable del TP y el miedo al daño físico, fueron una de las principales razones para preferir la cesárea; influidos a su vez por la catastrofización, como tendencia a predecir el peor de los casos, que medió la relación entre el miedo al dolor y la preferencia por CE [161,162].

El FOC no debe considerarse solo como un factor que complica el embarazo y el parto, sino también como un factor que afecta fuertemente al deseo de las mujeres de volver a quedar embarazadas [163]; combinado con otros factores específicos, como la cesárea previa o experiencias negativas de parto, las mujeres cambiaron fuertemente la preferencia de parto a favor de la cesárea [164], con un riesgo notablemente más bajo de que el segundo embarazo termine en parto en comparación con las mujeres sin FOC en su primer embarazo [163].

1.4.4. El efecto sobre los resultados obstétricos

El FOC puede tener un impacto en las opciones y resultados del parto; parece ser un factor cada vez más importante en la atención obstétrica, pero el conocimiento de las

complicaciones obstétricas asociadas con el FOC todavía es limitado aunque significativo [60,165]. La evidencia sugiere mayor probabilidad de que las mujeres experimenten una inducción del trabajo del parto [166,167], una finalización del embarazo por cesárea [28,47,52,142,164,167,168], un parto prematuro [47,49], así como trabajos de parto más prolongados [49,60,115,165,169], aunque la implicación clínica de este último hallazgo es incierta [165]. Se ha sugerido que este riesgo aumentado de intervenciones en el parto puede deberse a que las mujeres con FOC llegan a la sala de partos precozmente, en la fase latente del parto [133].

El miedo puede hacer que una mujer se ponga tensa y haga más difícil y doloroso el proceso del parto [15], algo en lo que se ve implicada la hormona cortisol, con un efecto directo y perjudicial sobre la producción de oxitocina; esto provoca que la circulación sanguínea se desvíe fuera del útero y los músculos afectados por la tensión obstaculizan a los demás, induciendo dolor, ralentizando o incluso deteniendo el parto, prolongando la fase activa del parto, lo que deriva en la necesidad de intervención médica [14,115]. El Trabajo del Parto (TP) y el parto a menudo se vuelven más dirigidos en mujeres con FOC, precisando con más frecuencia el parto instrumental para la finalización del mismo [47,133,165]. La cesárea de emergencia parece también más común en mujeres con un alto nivel de miedo [38,47,142,169,169,170], aunque es necesario identificar más variables que puedan ayudar a comprender mejor esta asociación, pues también se encuentra evidencia [76,171,172] que no apoya ciertamente esta relación.

Como ya se ha descrito anteriormente existe una preferencia aumentada por la CE en las mujeres con FOC, lo que concuerda con el número de cesáreas consumadas, que ha ido aumentando en todo el mundo, pudiendo ser responsables entre otros factores, los temores maternos [38,173]. Un alto nivel de FOC está relacionado con un aumento de las tasas de cesáreas realizadas a petición materna [53,131,142,151,165,174,175], asociándose con 3,4 y 4,4 veces mayor prevalencia en nulíparas y multíparas [52]. En el entorno español, *Rúger-Navarrete et al.* [167] analizó cómo afecta el FOC a la experiencia del parto, encontrando que las mujeres que se sometieron a una cesárea programada tenían más miedo que las que tuvieron un parto normal.

Las mujeres con FOC intentan evitar su miedo no hablando de él, o evitando situaciones que puedan desencadenar respuestas de miedo o ansiedad, como las ecografías y los exámenes médicos, evitan recibir información sobre el embarazo y parto, negándose a participar en los grupos educativos para padres, y por tanto tienen una preparación insatisfactoria para el parto y la maternidad [31,34,133]. A pesar de ello, se ha puesto en evidencia que las mujeres con FOC suelen utilizar más recursos sanitarios, porque requieren más visitas en las unidades de maternidad [34,124,143,159], con el consiguiente aumento de los costos [133].

1.4.5. El efecto sobre la percepción de dolor

El dolor del parto es un fenómeno natural, condición inseparable del nacimiento, con bases y fundamentos culturales, sociales y religiosos [8], que se ve incrementado por el FOC, y viceversa, creando un círculo vicioso [16,71,176]. El miedo interfiere con el funcionamiento cognitivo y aumenta la reactividad psicofisiológica [58]. Durante el parto el miedo está estrechamente relacionado con el dolor, independientemente de su intensidad [14], influyendo en la forma en que las mujeres reaccionan ante la información dada y en cómo evalúan el dolor experimentado durante el parto [58,177]. Al aumentar los niveles de miedo con respecto a la proximidad del parto se anticipa que será más doloroso, especialmente cuando interactúa con cogniciones catastróficas relacionadas con la experiencia del dolor [84,177], lo que se intensifica en embarazos consecutivos, donde las mujeres multíparas podrían esperar mayor dolor de parto debido a su FOC [86].

En los últimos años se ha prestado una gran atención al alivio del dolor en el parto. Se ha extendido el uso de la AE, una técnica muy eficaz, aunque invasiva, que relega a las mujeres a un papel más pasivo [6], y que a su vez aumenta el riesgo de complicaciones, como una fase activa del TP más prolongada [19,133], dolor de espalda persistente y problemas urinarios [133], además de fomentar experiencias de nacimiento menos positivas en comparación con aquellas con un parto natural sin alivio farmacológico del [178]. Pese a todo, la AE ha supuesto un avance en la asistencia obstétrica [8].

Las mujeres con FOC tienen una menor tolerancia al dolor [28,31,84,149,179], y es más probable que opten por el uso de la AE en algún momento del proceso del parto [60,76,84,103,149,165,167,180,181]; pudiéndose considerar el FOC en la primeras

etapas del TP como un predictor potencial de la intensidad de dolor de parto [136,182,183], y de la cantidad total de AE utilizada en el mismo [169]. Un estudio finlandés [118] calculó las tasas de analgesia en el TP sobre unas 20.000 mujeres nulíparas y multíparas con FOC, comparando con casi 758.000 mujeres embarazadas sin FOC diagnosticado; se encontró que las mujeres nulíparas con FOC diagnosticado tuvieron una mayor tasa de AE (70.2% vs 67.1%), analgesia espinal (12.3% vs 7.6%) y bloqueo pudendo (17.6% vs 9.6%); por paridad, las mujeres multíparas con FOC tuvieron una tasa notablemente mayor de AE (47.0% vs 29.0%). Por otra parte, observaron que pese a que las mujeres con FOC de moderada a severa demostraron una mayor preferencia por la AE para aliviar el dolor de parto, no se encontró ningún efecto significativo de la FOC sobre el uso real de analgesia durante el TP [184]; o que las mujeres que recibieron AE tenían más miedo, pero no más dolor, antes de la administración de la analgesia que las mujeres que no la recibieron [176].

1.4.6. El efecto sobre los resultados neonatales

En el sentido de los resultados neonatales, la investigación ha evaluado el impacto de las condiciones psicológicas asociadas con FOC, como los patrones alterados de comportamiento fetal, las respuestas de la frecuencia cardíaca y el desarrollo deficiente en el niño [7,64,185]. Desde la antigüedad ya se pensaba que el estado emocional de la madre podía afectar al feto. De hecho, la mayoría de las embarazadas intuyen que su estado anímico influye en su bebé, así cuando están estresadas se preocupan por cómo afectará su nerviosismo al bebé [7].

Conforme avanza la gestación, el cerebro materno se va transformando para prepararse en el cuidado del RN, tras el nacimiento, las madres establecen una relación amorosa, que puede verse influida por aspectos socioculturales, psicológicos y personales [4]. El FOC puede deteriorar la vinculación de la madre con el bebé [129,186,187], con un impacto negativo en el apego entre madre e hijo [188–190], llevándolos a una percepción materna de mayor afectividad negativa [187], con una falta de expresión amorosa hacia el bebé o, por el contrario, a una sobreprotección [71]; puede provocar un efecto negativo en la lactancia materna, ya que estas madres necesitan más tiempo para comenzar a amamantar debido a dificultades con la cercanía al RN y el proceso de afrontamiento tras un parto complicado [133], lo que deriva en una disminución de las tasas de lactancia exclusiva y mixta [131].

Recientemente, se ha visto que el efecto de la ansiedad, mediado por la liberación de los glucocorticoides, produce variaciones epigenéticas [4], y efectos sobre el neurodesarrollo, condicionando el desarrollo emocional y conductual del niño incluso hasta el inicio de la edad adulta [7]. Varios estudios informaron de la asociación de los resultados adversos perinatales con un aumento del nivel de la hormona del estrés, cortisol, en la sangre materna debida a la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal [39,150], identificando un retraso en el crecimiento intrauterino que ocurre con más frecuencia en embarazadas con ansiedad, posiblemente debido a una mayor resistencia en el flujo de sangre uterina [191,192], así como una reducción en el peso fetal o del RN, reduciéndolo o impidiendo que se desarrolle su potencial [193]. Estos mecanismos se discuten [194] con respecto a la sospecha del efecto nocivo sobre la conducta y el desarrollo del bebé, tanto intrauterino como después del nacimiento, con efectos a largo plazo, especialmente en los resultados del desarrollo neurológico [127].

1.4.7. El efecto sobre la satisfacción materna

El FOC predice significativamente la experiencia subjetivas del parto [195], haciendo que sea más negativa [136,186], independientemente del modo del parto y de los acontecimientos producidos durante el mismo [121]. *Hosseini et al.* en su RS [196] encontró, entre los factores que afectan las experiencias negativas del parto, al FOC como factor personal, siendo las mujeres con nivel de miedo moderado y alto las que tienen mayor tasa de parto por cesárea y parto de emergencia, en comparación con mujeres con menor nivel de miedo, lo que a su vez resulta en experiencias de parto más negativas.

Las mujeres sufren física y emocionalmente cuando viven experiencias de parto terribles, cuando carecen de comprensión por parte de los demás, y no se reconoce ella misma en los sentimientos y reacciones que está sufriendo [71]. La evidencia encuentra que las mujeres que experimentaron miedo severo durante el parto, asociados a experiencias negativas, se encontraban en entornos hospitalarios de maternidad inadecuados, donde no se cuidaba su privacidad [152], se les brindaba una atención irrespetuosa [197] o con insuficiente apoyo [87,152]. En el entorno español, *Rúger-Navarrete et al.* [167] encontró que cuanto más FOC experimentado, peor experiencia de parto y satisfacción con la atención recibida.

1.5. Diagnóstico del miedo al parto

Puntos clave:

- Es imprescindible la **identificación temprana** de mujeres que experimentan problemas psicosociales en el período perinatal.
- La **identificación confiable y válida** de los niveles de miedo podría permitir un mejor apoyo y manejo de las preocupaciones.
- Se han utilizado una **variabilidad de métodos** para identificar a las mujeres con miedo al parto.
- Los **cuestionarios autoadministrados** son el método de elección para evaluar este miedo.
- El **uso de herramientas correctas** mejorará la confianza profesional en la identificación e implementación de tratamiento eficiente.
- El **“Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire”** es el instrumento más utilizado mundialmente para el diagnóstico del miedo al parto.

1.5.1. La identificación temprana del miedo al parto

La identificación de mujeres con FOC alto resulta imprescindible para poder ofrecer una intervención apropiada y adaptada a la naturaleza del problema, al igual que sucede en mujeres que experimentan problemas psicosociales y de salud mental en el período perinatal, como condición indispensable para que reciban el apoyo y la atención oportunos que necesitan [39,116,122]. La evaluación psicológica de rutina en las mujeres embarazadas es una realidad en otros países, como lo recomienda, por ejemplo, el Instituto Nacional de Inglaterra para la Excelencia en la Salud y la Atención [198], lo que ayuda a reducir el impacto negativo de los problemas de salud mental en la mujer y su familia [39].

Dada la combinación de una alta prevalencia y la necesidad de ayuda autoinformada, se recomienda que las mujeres se sometan a pruebas de detección de FOC de forma rutinaria al comienzo del embarazo [199]. Para ofrecer una identificación confiable y válida de altos niveles de miedo es importante que se desarrolle una definición clara, integral y culturalmente apropiada, determinando claramente el momento óptimo para la evaluación de la FOC [112]. Pese a que se sugiere que el FOC debe identificarse temprano en el embarazo o incluso antes de la gestación [133], lo más

frecuente es que se evalúe al final del mismo; en la RS de *O'Connell et al.* [42] la mayoría de estudios interrogaron sobre el FOC entre el segundo y tercer trimestre.

1.5.2. Los métodos de identificación del miedo al parto

La identificación actual del FOC se realiza con la ayuda de entrevistas o cuestionarios autoadministrados. Se incluyen una variabilidad de instrumentos, más o menos validados, [200–202] que permiten evaluar durante la gestación a las mujeres que presenten FOC y clasificarlas según grados de miedo, pues no todas presentan manifestaciones clínicas ni desarrollan complicaciones durante el embarazo y parto [201].

Entre los métodos para identificar a las mujeres con FOC, utilizados a lo largo de la investigación relacionada con el tema, se incluyen [45,202]:

- Escalas específicas diseñadas para tal fin.
- Remisión por parte de un “equipo o clínica” de miedo al parto.
- Un determinado número de indicadores presentes.
- El uso del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

El cribado con instrumentos validados en cada etapa de contacto con el sistema de maternidad, que incluya aspectos más específicos relacionados con el constructo [48], mejorará la confianza de los profesionales en la identificación del FOC y facilitará la implementación eficiente del tratamiento y el apoyo a través del desarrollo de vías de atención [203]. También se ha considerado la necesidad de un enfoque breve y clínicamente más pragmático de las escalas [140,204].

1.5.3. Instrumentos validados para el diagnóstico del miedo al parto

Existen diferentes instrumentos de medida del FOC para usar en el periodo perinatal. Entre las revisiones sobre los instrumentos disponibles más actuales destacan la revisión estructurada de *Richens et al.* [200] que incluyó 11 herramientas que evaluaban específicamente FOC, la revisión bibliográfica de *Cejas et al.* [201] que identificó hasta 12 instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas y válidos en diferentes muestras culturales y, más recientemente, el trabajo de *Mudgal y Shafqat* [205], donde analizaron 20 herramientas de evaluación que había explorado diversos enfoques, entre ellos el FOC. En la *tabla 1* se muestran los cuestionarios más

explorados, accesibles y, que se presumen, con evidencia más sólida en cuanto a especificidad para la detección del FOC.

Tabla 1: Propiedades psicométricas de los cuestionarios de valoración del FOC

Cuestionario	Año	Fiabilidad	Funcionamiento e Interpretación
<i>Fear of Childbirth Questionnaire</i> [51]	1982	n/r	- 19 ítems relacionados con 19 aspectos del FOC. - Cada ítem se responderse con sí o no. - Un ítem del cuestionario tiene capacidad discriminativa aceptable si atraía más respuestas afirmativas.
<i>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire</i> [206,207]	1998	α de Cronbach 0.93	- Presenta dos versiones: WDEQ-A sobre expectativas ante parto, y WDEQ-B sobre experiencias tras el parto. - Escalas de autoevaluación con 33 afirmaciones sobre el parto, con una escala que va desde “nada” (cero) hasta “extremadamente” (cinco). - La puntuación máxima es 165 y la mínima es cero. - Cuanto mayor sea la puntuación, más grave es la FOC.
<i>Childbirth Attitudes Questionnaire</i> [208]	2000	α de Cronbach 0.87	- Cuestionario de 15 ítems. - Mide FOC y explora la relación inversa teórica entre la autoeficacia en el parto y el miedo en mujeres nulíparas. - Escala de respuesta Likert de 1-4 (1 = "sin ansiedad", 2 = "baja ", 3 = " moderada" 4 = "alta ansiedad"). - La puntuación máxima es 15 y la mínima 60. - Puntuaciones altas indican mucho miedo; puntuaciones superiores a 28 se consideran FOC.
<i>Fear of Birth Scale</i> [209,210]	2011	α de Cronbach 0.91	- Incluye dos ítems y una pregunta: "¿Cómo se siente ahora mismo acerca del nacimiento que se aproxima?" - Debe colocar una marca en dos líneas de 10 cm utilizando los anclajes (a) "tranquila" y "preocupada" (b) "sin miedo" y "miedo fuerte". - Puntuaciones de 0-100; corte para FOC: ≥ 50 puntos.
<i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-10 ítem</i> [211,212]	2016	α de Cronbach 0.92	- Versión resumida del cuestionario de expectativas de Wijma. - 10 ítems que se puntúan en escala Likert de 1 a 4. 10. - Rango de puntuaciones 10 a 40.
<i>Childbirth Fear Questionnaire</i> [72,213]	2017	α de Cronbach 0.94	- Cuestionario multidimensional de 40 ítems en 9 subescalas. - Todos los ítems se puntúan en una escala tipo Likert con extremos de 0 (nada) a 4 (extremadamente). - La puntuación total oscila entre 0 y 160. - Puntuaciones de 83-104 denotan miedo moderado/alto y puntuaciones ≥ 105 miedo extremo.
<i>Childbirth Fear of Questionnaire</i> [214]	2022	n/a	- Cuestionario de 20 ítems. - Escala de 5 puntos, las puntuaciones más altas para sentimientos más fuertes. - Validez y confiabilidad necesitarían ser verificadas.

Abreviaturas: n/a, no aportado. FOC, fear of childbirth. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

El instrumento más empleado en la media del FOC a lo largo de la evidencia disponible es el “*Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*”. Este instrumento evalúa las expectativas de las mujeres antes, *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-versión A (WDEQ-A)*, y sus experiencias, *Wijma Delivery Experience Questionnaire-versión B (WDEQ-B)* después del parto [206]. El WDEQ-A es considerado actualmente como el “gold standard” respecto a los instrumentos para su medición del FOC [40,42,64,200], desarrollado por *Wijma et al.* [206] en Suecia en 1998. Fue concebido inicialmente como unidimensional, pero diversos autores [178,207] han explorado su posible multidimensionalidad, identificando desde una evaluación cognitiva los factores de miedo, valoración negativa, soledad, falta de autoeficacia, falta de anticipación positiva, preocupación por el niño, aislamiento, entre otros, hecho que apoya su carácter multidimensional. La escala no ofreció inicialmente puntos de corte preestablecidos para los niveles de FOC, por lo que diferentes rangos de puntuaciones han sido utilizados durante su uso; de los 21 estudios incluidos en la RS de O’Connell et al. [42] en el 2017, dos convinieron en utilizar puntuaciones ≥ 100 y otros dos ≥ 66 para el FOC alto, las puntuaciones ≥ 95 , ≥ 85.8 , ≥ 84 , y ≥ 71 solo fueron utilizadas una en cada caso, y la gran mayoría adoptó el punto de corte ≥ 85 , en concreto, en 12 de los estudios incluidos. Este último valor se ha propuesto, basándose en los criterios de presentación clínica de fobia específica del DSM-5, como un valor óptimo de corte para la expectativa/experiencia del parto, considerándose la mejor opción para cualquier evaluación psicométrica [85]. Más recientemente se ha desarrollado una versión reducida del *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire* de 10 ítems, más legible y accesible, lo que podría permitir a los proveedores de atención médica y a los investigadores medir con precisión los componentes complejos de cómo las mujeres embarazadas experimentan el FOC [212].

1.5.4. Instrumentos validados al español para evaluación del miedo al parto

El WDEQ-A ha sido traducido y validado en multitud de entornos, mostrándose como una herramienta con alta consistencia interna [200]. La reciente versión española, el *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-Spanish version A (WDEQ-A-Sp)*, llevada a cabo por *Ortega-Cejas et al.* [215], fue la primera herramienta disponible adaptada al entorno español para evaluar el FOC. Se trata, como afirman sus autores, de un cuestionario multidimensional (miedo, aislamiento, falta de anticipación positiva, y riesgo), de fácil cumplimentación y con buenas propiedades psicométricas en términos

de confiabilidad y validez de constructo. El WDEQ-A-Sp ofrece un alfa de Cronbach de 0.91 para el total del cuestionario y superior a 0.70 en cada uno de los factores identificados, un coeficiente Omega de 0.81, y una fiabilidad en el test-retest, medida mediante el coeficiente de correlación intraclase con una diferencia de 2 semanas, de 0.91; el cuestionario consta de 31 ítems, con una puntuación de escala Likert que va de 0 a 5, oscilando la puntuación total entre 0 y 155. En este cuestionario, las mujeres deben responder mientras imaginan cómo será su parto y cómo esperan sentirse, resultando un mayor miedo a mayor puntuación obtenida. Para la versión española del WDEQ-B, se realizó la correspondiente traducción y validación, desarrollando el *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-Spanish version B* (WDEQ-B-Sp) [216], que al igual que la versión prenatal se consideró un cuestionario fiable, con un alfa de Cronbach de 0.93, un coeficiente Omega de 0.85, y un coeficiente de correlación intraclase en el test-retest de 0.93. El cuestionario consta de 33 ítems, con una puntuación de escala Likert que va de 0 a 5, oscilando la puntuación total entre 0 y 165. En este cuestionario las mujeres deben responder mientras recuerdan cómo fue su parto, resultando un mayor miedo a mayor puntuación obtenida.

Dada la escasez de instrumentos de medida del FOC en España, *González-de la Torre et al.* [217] convino la validación del *Childbirth Fear Questionnaire*(CFQ), herramienta desarrollada inicialmente por la Dra. Nicole Fairbrother en el año 2016 [72,213]. A diferencia del instrumento original, con 40 ítems que miden 9 dimensiones, la versión española del *Childbirth Fear Questionnaire* (CFQ-e) está compuesta por 37 ítems distribuidos en 4 dimensiones que son: "miedo a las intervenciones médicas", "miedo a sufrir daños y morir", "miedo al dolor" y "miedo a los aspectos sexuales y a la vergüenza". El estudio de validación reportó, al igual que su antecesor, buenas propiedades psicométricas, con un Alfa de Cronbach de 0.94 para la versión final del CFQ-e y un coeficiente Omega total de 0.94. En su versión original [72,213], y versión validada al español [217], el CFQ-e se presenta como un nuevo instrumento prometedor para la evaluación multifactorial, que evalúa aspectos específicos de los temores relacionados con el parto y que presenta contrastada confiabilidad y validez en la identificación del FOC en embarazadas; en el estudio de correlación del *Childbirth Fear Questionnaire* con el WDEQ-A [218] se respalda como una medida con correlaciones más fuertes que el W-DEQ-A en la subescala miedo, en comparación con la escala completa.

1.6. Abordaje del miedo al parto

Puntos clave:

- La evidencia disponible sobre las **intervenciones más adecuadas** para disminuir el miedo al parto **no es concluyente**.
- El miedo al parto requiere de cuidados y apoyo específicos por parte de profesionales **especialmente cualificados**.
- Las intervenciones se orientan hacia una **combinación de varios enfoques**.
- Las intervenciones deben promover no sólo una reducción del miedo, sino una **experiencia de nacimiento positiva**.
- Las intervenciones para el miedo al parto deben atender a **factores sociales, físicos, psicológicos y emocionales** presentes en la vida de las mujeres.
- Una **información clara y basada en evidencia**, que incluya la discusión de riesgos y beneficios, desmintiendo mitos.
- Se debe proporcionar información garantizando que los discursos profesionales reflejan **confianza en la capacidad** de las mujeres para parir.
- La **matrona** se encuentra en una posición única para dar **confianza y abordar los miedos** con tranquilidad, formación y apoyo.
- Los **programas de educación prenatal, psicoeducación, y asesoramiento** por matronas obtienen los mejores resultados en la disminución del miedo.

1.6.1. La situación actual sobre el abordaje del miedo al parto

Durante los últimos 20 años, las matronas y otros profesionales de la salud han prestado especial atención a la necesidad de mejorar la atención brindada a las mujeres embarazadas que padecen FOC. Si bien hay un aumento en la investigación sobre FOC en todo el mundo, el avance en la evidencia sobre las intervenciones para su abordaje precisa seguir avanzando [40]. Los efectos positivos que han demostrado las diferentes intervenciones propuestas para disminuir el FOC en las mujeres no es concluyente [64,124,219], pese a que han demostrado su potencial en la reducción de los niveles de FOC (en comparación con la atención estándar), esta reducción parece no ser clínicamente significativa [124].

No existe un consenso común sobre cómo, cuándo, dónde y quién debe administrar el tratamiento, pero sí que este grupo de mujeres requieren cuidados y

apoyo específicos por parte de profesionales sanitarios especialmente cualificados [14,220]. Las matronas, en su papel de proveedores especializados en la atención de la maternidad, pueden ser las mejores posicionadas para identificar, responder y participar en el manejo y prevención del FOC. En otros países de nuestro entorno, estas profesionales ya vienen abordando el FOC desde hace años; por ejemplo, el 53% de las unidades de maternidad en el Reino Unido ofrecen apoyo especializado a mujeres con FOC, estando previsto la expansión de la provisión de salud mental de maternidad [94]; o en Suecia, y otros países nórdicos, donde se ha estudiado extensamente el FOC [204,221], estando establecido su tratamiento rutinario.

La evidencia disponible orienta las intervenciones para el FOC hacia una combinación de varios enfoques para promover no sólo una reducción del miedo, sino una experiencia de nacimiento positiva, que prepare a la mujer para una transición positiva a la maternidad [128]. Los factores conductuales y psicológicos son los más modificables y han sido el foco de reproducción de las intervenciones de salud en todo el mundo [222]. Dadas las diferencias en los perfiles psicológicos de las mujeres que experimentan miedo o ansiedad relacionados con el parto, probablemente sea necesario diversificar las intervenciones, promoviendo que se basen en modelos derivados empíricamente más que en impresiones clínicas y experiencias [31,56]. Al mismo tiempo, los factores cognitivos parecen ser esenciales para superar el miedo, por lo que las intervenciones deberán incluir el desarrollo de cogniciones que mejoren la tolerancia a la incertidumbre y la creencia en la propia capacidad para afrontar el parto [149,168,194,223]. También se ha evidenciado la importancia de que la detección y los planes de tratamiento establecidos sean culturalmente específicos [48,112].

1.6.2. Los moderadores implicados en el abordaje del miedo al parto

Partiendo de las razones multifactoriales de altos niveles de miedo, idealmente, las intervenciones deben abordar la naturaleza compleja del miedo, teniendo en cuenta los factores sociales, físicos, psicológicos y emocionales en la vida de las mujeres [64,124].

Aunque las intervenciones recogidas por revisiones de la evidencia, como la de *Weaver et al.* [202], muestra una enorme varianza, se han detectado elementos, como las condiciones y/o contextos que tienen el potencial de fortalecer o aliviar el miedo de las mujeres al parto [68]. El conjunto de estos elementos se ha convenido en denominar

“*Moderadores en las Intervenciones para el Miedo al Parto*”, detallándose a continuación.

1.6.3. La discusión y apoyo por profesionales como moderador del miedo

Los profesionales de la salud deben ofrecer suficiente tiempo para tranquilizar a las mujeres, escuchándolas, alentándolas a expresar o discutir sus miedos e inquietudes específicas hacia el parto [116,122,133,167,202,224]; deben promover los sentimientos de control y confianza [28,202,225], brindando un apoyo perinatal integral que provea de información suficiente para el afrontamiento del embarazo, el parto y el nacimiento [34,55,71,184,225].

Las mujeres con FOC precisan de modelos de atención sanitaria que alienten a los profesionales de la salud y a las mujeres a interactuar entre sí, optimizando el desarrollo de relaciones de confianza [68] y de atención centrada en las experiencias positivas del parto [59,133,204]. La matrona se encuentra en una posición única para desarrollar esta relación de confianza e intuición con las mujeres; con una sensibilidad especial hacia los miedos es capaz de abordarlos con tranquilidad, formación y apoyo, uno a uno [28,59,226]; siendo una ventaja si la misma matrona o el mismo equipo de matronería se reúne con la mujer durante todo el período perinatal [133].

Wigert *et al.* [71] mostró que el miedo se alivió y la autoestima aumentó, una vez que las mujeres se involucraron en el proceso del parto al recibir información y orientación de las matronas sobre lo que iba a suceder. Las mujeres relatan que desean una experiencia de parto positiva, en un entorno seguro, con continuidad de cuidados y apoyo de profesionales competentes que favorezcan su sentido de logro personal y de control, mediante la participación compartida en la toma de decisiones (incluso cuando las intervenciones médicas son necesarias) [223,227].

1.6.4. La información y el plan de parto como moderadores del miedo

Las creencias de las mujeres sobre el parto como un proceso natural o médico se asocian con niveles más bajos y altos de FOC [102]. Sabiendo que la información da forma a las creencias y puede conducir a cambios de actitud, las matronas y los médicos tienen un importante papel en la influencia de actitudes positivas y saludables hacia el parto en las mujeres, proporcionando información clara y basada en evidencia sobre el modo de nacimiento, discutiendo los riesgos y beneficios del parto vaginal o por

cesárea, desmintiendo mitos [28,122,202], y garantizando que sus discursos profesionales reflejen confianza en la capacidad de las mujeres para dar a luz por vía vaginal [68].

Se debe proveer el acceso a materiales educativos sobre los mecanismos de parto y la atención obstétrica, que refuercen los aspectos naturales del parto, que permitan comprender las posibles complicaciones asociadas, y las practicas rutinarias relacionadas con el mismo [28,59,133,226]. A su vez el conocimiento adquirido sobre el parto permite desarrollar su confianza y tener una experiencia de parto positiva, independientemente del modo último de nacimiento [68,133,204,228].

Los profesionales de la salud maternal necesitan para prestar atención a las expectativas del parto de las mujeres, escuchar atentamente las preocupaciones y responder de una manera que valide sus sentimientos y expectativas, participando en medidas tranquilizadoras (como la elaboración del plan de parto) [65,68,202,226,229], contemplando las habilidades percibidas para el manejo del dolor, incluyendo el uso de la AE [71,103], y las visitas al paritorio [113,202], así como, evitando generar falsas expectativas que en ocasiones se asocian con el plan de parto [133].

1.6.5. El afrontamiento del parto como moderador del miedo

Otros de los moderadores implicados en las intervenciones para el miedo al parto es el desarrollo de estrategias para afrontar los miedos [113,224]. Este afrontamiento implica una amplia gama de enfoques durante la formación prenatal, cuyos objetivos generales son promover el parto normal, fortalecer la confianza de la mujer en sí misma y en su capacidad para dar a luz, y proporcionar habilidades para ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas con respecto al embarazo y el parto [40,71,167,229].

Las mujeres con FOC precisan durante el periodo prenatal de actividades que le ayuden a abordar las incertidumbres y los miedos, promoviendo interacciones amorosas en torno al momento del parto, entre las que se incluyen: preparación para el parto [133], información individualizada en las consultas de seguimiento [167], grupos de discusión con los profesionales de la salud [226], continuidad de cuidados [97,230], métodos de relajación [71,133,202], recursos sobre el manejo del dolor de parto [184], así como tener acceso a experiencias vicarias [31], y el acceso a las pruebas y controles que muestran al niño sano [19,71,133].

En el caso de las mujeres multíparas, pueden precisar también de intervenciones breves que exploren la raíz de los miedos causados por partos traumáticos previos [65,224]. Se ha encontrado que después de una experiencia de parto negativa, la oportunidad de reflexionar sobre ella, les permitirá recuperar la confianza en los profesionales de la maternidad y en su voluntad de brindarles una buena atención [34,71].

1.6.6. El apoyo informal como moderador del miedo

Para reducir el FOC también se requiere la red de apoyo informal (apoyo social, familiar, o del cónyuge) [55,61,122,226]. Se ha demostrado la necesidad de crear entornos de parto centrados en las mujeres, donde puedan sentirse libres y seguras [60], con la participación activa de un acompañante elegido por ellas [133,202].

Las intervenciones desarrolladas dentro de un marco psicosocial, refuerzan y apoyan la resiliencia, la confianza y el sentido de competencia [68]. Es útil, sobre todo, en mujeres nulíparas, obtener orientación y apoyo de mujeres que tengan experiencia previa de parto, incluidas madres, hermanas, familiares y amigas [61]. Aunque se ha establecido este último aspecto como un factor etiológico del FOC, al mismo tiempo se ha comprobado cómo, hablar con otras personas sobre sus preocupaciones y recibir apoyo de amigos y familiares, alivia el miedo [71].

1.6.7. El abordaje multidisciplinar del miedo al parto

Las mujeres que sienten un alto nivel de FOC requieren de cuidados específicos y apoyo por profesionales de la salud especialmente cualificados que intervengan para evitar o disminuir los efectos adversos asociados con el FOC. Se justifica así la necesidad de aumentar la concienciación de los profesionales de la salud perinatal en torno a la adaptación al embarazo y los efectos negativos del FOC, incluyendo las posibles opciones de tratamiento, guiando a las mujeres para que puedan acceder a ellas [146,199].

No se ha encontrado una base de evidencia sólida para demostrar quién es el profesional mejor posicionado para hacer frente al FOC [34], pero sí que estas intervenciones han de ser específicas para ver una mejoría de los síntomas [81,141]. El interés por la FOC en mujeres embarazadas es más significativo en la disciplina de

matronería, aunque algunos resultados sugieren un interés creciente de otras, como la enfermería de salud mental, la psicología y la psiquiatría [40,61,202].

Las mujeres con FOC se podrían beneficiar de un enfoque multidisciplinario que incluya a la familia en el apoyo psicosocial [14,122,229]. Aunque pueda parecer que para ofrecer asesoramiento o apoyo para la tocofobia se necesite una formación específica, se ha demostrado que solo la actitud de afrontamiento positiva por parte del profesional o acompañante puede marcar la diferencia en las decisiones de parto de las mujeres [231].

Un modelo que implica y enfatiza que diferentes profesionales de la salud pueden contribuir al tratamiento de las mujeres FOC, mediante un espíritu de cooperación y de intercambio de conocimientos, es el estudiado por *Saisto y Halmesmäki* [58]; los autores introdujeron el modelo 'PLISSET' (Permiso / Información limitada / Sugerencias Específicas / Terapia Intensiva) para el tratamiento de FOC, que incluye una formación de los profesionales donde se contemplen las habilidades para el reconocimiento y tratamiento de mujeres con FOC, adaptado a la situación y necesidades específicas de cada mujer.

1.6.8. La matrona en el abordaje del miedo al parto

El enfoque único de las matronas, que entienden a las mujeres sin prejuicios, disipan o alivian los miedos asociados con el embarazo y el parto, y les ofrecen la sensación de seguridad y protección, es particularmente importante para las mujeres con FOC, durante todo el período prenatal [128,202,228]. Se constata que una atención continuada, compasiva, respetuosa y empoderadora [223,232], centrada en la confianza sobre la capacidad innata de la mujer para parir [71], permitirá un adecuado manejo del miedo [223] y una experiencia positiva del parto [62,222].

El cuidado de las mujeres con FOC, durante el embarazo y parto, se puede mejorar con un perfeccionamiento de actitudes, conocimientos y experiencias entre las matronas, hacia este tipo de mujeres [133]. La capacitación prenatal dirigida por matronas, sensibles a las necesidades individuales de la mujer, durante el periodo prenatal aumenta la seguridad, el autocontrol, la confianza y la autoeficacia en las mujeres con FOC [222,228,233–235]. Durante el parto, se refleja cómo el estado emocional, cognitivo y habilidades personales de las matronas, así como su experiencia

y capacidad para brindar apoyo continuo a las mujeres, resulta en mayores beneficios para estas [236–238].

En la revisión exploratoria de *Souto et al.* [40] publicada en 2022, se describen multitud de intervenciones por matronas para el abordaje del FOC, destacan:

- Terapia cognitiva intensiva [159].
- Terapia psicoeducativa y relajación [239].
- Asesoramiento orientado a crisis [143,231].
- Atención por matrona conocida [240].
- TCC y psicoeducación [166,241].
- Terapia de grupo psicoeducativa [242].
- Consejería de psicoeducación dirigida por matrona [21,222,243–245].
- Educación del parto basada en “atención plena” [246].
- Clínica de “opciones de parto” dirigida por matronas [247].
- Educación sobre el parto [248–251].
- Asesoramiento [252–255].
- Educación con juego de roles [256].
- TCC y psicoeducación con apoyo continuo [236].
- Asesoramiento dirigido por matronas [37,257].
- Programas psicoeducativos [258].
- Asesoramiento en autoeficacia [259].
- Asesoramiento cognitivo conductual [260].
- Terapia artística [257,261].
- Psicoterapia con entrevista motivacional [262].
- Integración dirigida por matronas en formación prenatal [228].
- Atención prenatal mejorada [263].

Entre todos estos enfoques, destaca la actuación de las matronas en la impartición de programas educativos, psicoeducación y asesoramiento continuo prenatal e intraparto [40,263–265], ya sea de manera autónoma o dentro de un equipo multidisciplinario.

En relación a otros profesionales implicados en las intervenciones donde la matrona estuvo implicada, *Souto et al.* [40] encontró que en el 38% de los estudios la matrona dirigió e implementó la intervención sola, en el 21% con la participación de otros profesionales de la salud y en el 41% restante la matrona, sin rol de liderazgo,

formaba parte de un grupo multidisciplinario. Los profesionales de salud que más comúnmente participaron en equipo con la matrona fueron los obstetras y los psicólogos.

1.6.9. Las intervenciones exploradas para el miedo al parto

La RS ofrecida por *Webb et al.* [64] sugiere que la mayoría de las intervenciones exploradas, independientemente de su enfoque, reducen el FOC. *Aguilera-Martín et al.* [219] observó una mayor efectividad con la EP, la psicoeducación y el asesoramiento, sobre el resto de intervenciones, para combatir la FOC, pero no se llegó a conclusiones definitivas debido a la heterogeneidad entre los estudios, el riesgo de sesgo observado y la falta de cegamiento en muchos ensayos. Desde la perspectiva de las mujeres, se han visto los beneficios de los enfoques no farmacológicos, como intervenciones psicológicas (terapia cognitivo conductual o psicoeducación) e informativas, que se centran en brindar educación y preparar a las mujeres para el parto y la transición a la maternidad [124].

Los efectos del tratamiento del FOC no solo se pueden evaluar por los cambios en el nivel de FOC, sino mediante diversos indicadores, como el alivio del estrés percibido, la mejor adaptación durante el embarazo, la retirada de la solicitud de CE, el mejor vínculo madre-hijo, menores complicaciones en el parto y posparto, mejora de la autoeficacia para el parto, o mejora en la satisfacción materna, entre otros. En los siguientes apartados se describen las intervenciones implementadas hasta la fecha, clasificadas según los enfoques que han demostrado ser relativamente efectivos para el abordaje del FOC. Se incluyen, tanto aquellas intervenciones destinadas específicamente a mujeres con alto FOC, como las que se implementaron en mujeres sin criterio diagnóstico de FOC, pero que valoraron la efectividad de la intervención en su alivio. Más detalle del contenido de las intervenciones se desarrolla en el *apartado 1.6.18.*

1.6.10. Intervenciones de educación prenatal

Como ya se ha sugerido anteriormente, las intervenciones con un componente educativo pueden reducir el FOC [64,266]. A continuación, en la *tabla 2*, se detallan los estudios centrados en la educación prenatal (EP) como método para el abordaje del FOC. Se especifica si la base teórica de la EP administrada corresponde con contenido “genérico”, como el que habitualmente se suministra a todas las mujeres embarazadas,

que se encuentra recomendado en diferentes guías a nivel nacional e internacional y/o contenido “específico”, entendiéndose como aquel especialmente incluido para aliviar el FOC.

Los resultados sobre la efectividad de las intervenciones educativas en la mayoría de los estudios [246,249–251,263,267–272] con características de intervención y metodología asimilables al ensayo que se desarrolla en esta tesis, se muestran en el *apartado 7* del presente documento (Discusión). Los resultados favorables de otros estudios que, aún enfocados en la EP, no cumplen con una metodología donde la matrona participe activamente, obtuvieron resultados estadísticamente significativos en cuanto a: una reducción de los niveles de FOC [265,273–276], mayor autoeficacia en el parto [265,274], preferencia aumentada por el parto vaginal [277,278], mujeres más esperanzadas [265], y con una capacidad de afrontamiento mejorada [273].

Tabla 2. Intervenciones de Educación Prenatal para FOC

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Taheri et al. 2014 Irán [274]	EP genérica y específica - Tres sesiones adicionales a las habituales. - Administración mediante conferencia, discusiones grupales, y preguntas y respuestas. - Folletos educativos sobre las características del TP y el proceso natural del parto. - Dos sesiones telefónicas sobre consejos y dudas durante el embarazo y parto. - No especifica el profesional que administrar.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual.
Byrne et al. 2014 Australia [246,279]	EP genérica y específica - Combinó el programa de educación para el parto y la “atención plena”. - Incluye trabajo en grupo, juego de roles y práctica en la toma de decisiones utilizando el Modelo BRAIN (<i>benefits, risks, alternatives, intuition, nothing</i>) - Incorporación de tareas diarias de meditación. - Se administró de manera presencial por matronas y un maestro de meditación.	- Estudio piloto. - FOC no criterio de inclusión.
Serçekuş Başkale 2016 Turquía [280]	EP genérica y específica - Incluyeron elementos más comunes sobre cuidados y cambios en el embarazo, parto y postparto. - Discusión sobre elementos del FOC y las emociones relacionadas con el proceso.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - Incluye a las parejas. - GC: parejas que reciben la atención habitual.

Autor, año y país	Intervención	Metodología
<i>Karabulut et al.</i> 2016 Turquía [250]	EP genérica - Ofrecida íntegramente por matrona hospitalaria. - 5 sesiones de EP que incluyeron: salud en el embarazo, el parto y ejercicios de respiración, lactancia, cuidados del bebe, postparto y planificación familiar. - Se utilizaron métodos educativos e interactivos de movimiento, y demostración e interactivos.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - GC: control prenatal de rutina e información del embarazo.
<i>Gökçe İsbir et al</i> 2016 Turquía [249]	EP específica - Cuatro sesiones impartidas por equipo multidisciplinar (matrona, psiquiatra, enfermero pediátrico, y psicólogo). - Sesiones basadas en: el “Parto Natural” de Dick-Read, la “Psicoprofilaxis” de Lamaze, el “Parto Activo” de Balaskas, e “Hipnoparto” de Mongan. - Cada sesión se dividió en una primera parte teórica de información, seguida de un calentamiento y ejercicios, y terminando con relajación guiada.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual.
<i>Kızılırmak y Başer</i> 2016 Turquía [269]	EP específica - Programa para disminuir el miedo de las mujeres embarazadas y proporcionar un parto exitoso que las preparaba para el TP haciéndoles creer que tendrían éxito en el parto mediante el uso de la teoría cognitiva social de Bandura. - Los temas principales de la formación educativa fueron las características del TP y la sala de partos, las prácticas rutinarias e información sobre el TP.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual.
<i>Masoumi et al.</i> 2016 Irán [271]	EP genérica - Ocho clases grupales. - Educación general sobre nutrición, ejercicio, parto, alivio dolor. - Implementada por matronas.	- ECA. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual.
<i>Khedr et al.</i> 2017 Egipto [272]	EP genérica - Educación sobre “instrucciones saludables”. - Implementada por matronas.	- Cuasiexperimental; Pre-Post. - Compara la administración presencial en videos o por clase tipo conferencia.
<i>Haapio et al.</i> 2017 Finlandia [251]	EP genérica y específica - Educación ampliada sobre el parto: una sesión antes 34 SEG y un folleto con información básica. - Administrada por matronas. - Tuvieron disponible también educación tradicional sobre el parto voluntaria con visita al paritorio.	- ECA. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual.

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Ozdemir et al. 2018 Turquía [278]	EP genérica - Programa educativo no diseñado para este estudio, llevándose en práctica en hospitales de Turquía. - Contenido sobre atención pre, post y neonatal. - Incluye ejercicio físico (yoga y pilates), y técnicas alternativas para controlar el dolor.	- ECA. - Mujeres que solicitaron CE. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual (seguimiento y educación).
El-Malky et al. 2018 Egipto [275]	EP genérica y específica - Tres sesiones grupales. - Administrada por enfermera no especialista en obstetricia.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual.
Hands et al. 2020 EE. UU. [276].	EP genérica y específica - Una clase dividida en 3 sesiones de EP. - Administrada en el Hospital. - Incluye actividades interactivas, conferencias, presentaciones, videos y sesiones grupales. - No detalla la categoría profesional del instructor.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión.
Dai et al. 2021 China [267]	EP genérica - Programa de simulación de educación. - Implementado por obstetra, matrona y enfermera. - Información sobre: conocimientos básicos, inicio del parto, preparación para la primera fase, proceso del parto y habilidades.	- ECA que incluye únicamente a mujeres con alto FOC. - FOC alto: > 60 en WDEQ-A. - GC: atención habitual (material educativo y discusión).
Uludağ et al. 2021 Turquía [273]	EP genérica (en línea) - Mediante Microsoft Teams®. - Impartida por dos profesores certificados y con experiencia en preparación para el parto (n/e).	- ECA simple ciego. - FOC no criterio de inclusión - GC: atención habitual (seguimiento y educación).
Çankaya y Şimşek 2021 Turquía [265]	EP específica - Impartida por profesionales sanitarios (n/e). - Sesiones basadas en: el “Parto Natural” de Dick-Read, la “Psicoprofilaxis” de Lamaze, el “Parto Activo” de Balaskas, e “Hipn parto” de Mongan. - Utilizaron modelos de simulador, animación, videos, juegos de rol, drama y diapositivas.	- ECA simple ciego. - FOC no criterio de inclusión - GC: atención habitual (seguimiento y educación)
Swift et al. 2021 Finlandia [263]	EP genérica - Enfoque combinado con el objetivo de aumentar el tiempo de contacto entre los futuros padres y su matrona principal. - Seis visitas individuales y cuatro sesiones grupales. - Sesiones de discusión sobre temas relevante del embarazo, el parto y la paternidad.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - GC: atención habitual para embarazos de riesgo bajo a moderado; proporcionados por matronas.
Mousavi et al. 2022 Irán [277]	EP genérica - Se compara la administración de la EP habitual de manera presencial o mediante redes sociales.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC no criterio de inclusión. - GC: EP presencial.

Autor, año y país	Intervención	Metodología
<i>Khademioore et al.</i> 2023 Irán [268]	Aplicación de EP mHealth - Basada en: apoyo, educación continua, la autoeficacia para el parto y el modo de parto. - Administrado por matronas. - Incluye información, ejercicios, y espacio para preguntas a los investigadores.	- ECA. - Incluye únicamente a mujeres con FOC. - FOC moderado: ≥ 38 WDEQ-A. - GC: atención habitual (visitas de seguimiento).
<i>Moshki et al.</i> 2023 Irán [281]	EP genérica - Se compara la administración de la EP habitual de manera presencial o virtual asincrónica - Contenido de la educación basado en diferentes guías de atención al embarazo y al parto. - No participa la matrona.	- Estudio Cuasiexperimental - FOC no criterio de inclusión - 3 grupos de estudio: presencial, en línea, y habitual (GC).
<i>Yörük y Acikgoz</i> 2023 Turquía [270]	EP genérica - Formación prenatal, con contenido clásico y visita al paritorio. - EP a cargo de matronas en hospitales públicos	- Estudio Cuasiexperimental - FOC no criterio de inclusión - GC: atención habitual, incluye a las mujeres que no quisieron participar

Abreviaturas: n/a, no aportado. EP, educación prenatal. ECA, ensayo controlado aleatorizado. FOC, Fear of Childbirth. GC, grupo control. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire.

1.6.11. Intervenciones psicoeducativas

Cada vez hay más pruebas de que los programas psicoeducativos para mujeres con tocofobia pueden tener éxito en reducir el miedo. La psicoeducación utiliza técnicas sistemáticas y psicosociales para crear el cambio de comportamiento deseado en la persona; aporta oportunidades de información, expresión de emociones, esperanza, desarrollo de estrategias de autorreconocimiento, aprendizaje y reconocimiento [223,282]. En la *tabla 3*, se detallan los estudios que han aplicado la psicoeducación en el abordaje del FOC, obteniendo resultados más o menos satisfactorios.

La guía australiana de atención en salud mental perinatal [122] ha establecido la psicoeducación entre los principios generales en la prevención y tratamiento de las condiciones de salud mental en el periodo perinatal. Se ha comprobado como la psicoeducación para mujeres con FOC, proporcionada por matronas, en comparación con la intervención convencional, reduce el número de cesáreas, aumentado las tasas de nacimientos vaginales [21,242,283], mejorando la experiencia de parto y el ajuste materno y disminuyendo los síntomas depresivos en comparación con el control de mujeres con FOC [242,284,285]. La RS y metaanálisis llevados a cabo por *Akgün et al.* [286] sobre el efecto de la psicoeducación en el FOC y el tipo de nacimiento, concluye

que dada su efectividad, su integración dentro de las practicas rutinarias de atención de enfermería mejorará la calidad de la atención y las mujeres vivirán embarazos y experiencias de parto más positivos. Estos datos, favorables sobre la intervención psicoeducativa, se ven reforzados por la reciente revisión llevada a cabo por *Toá et al.* [287] que, tras identificar la efectividad de las intervenciones psicoeducativas en el manejo de los problemas psicológicos y la mejora de la preparación para el parto entre mujeres primigrávidas, resultó en un efecto positivo sobre ciertos resultados psicológicos, incluida la actitud hacia el parto, el FOC, la depresión, y la ansiedad.

Uno de los modelos más estudiados para el abordaje del FOC es el conocido como *Birth Emotions-Looking to Improve Expectant Fear* (BELIEF), adaptado de un marco de asesoramiento de matronería para mujeres postparto angustiadas, desarrollado por Gamble y Creedy. La intervención BELIEF, ayuda a las mujeres a desarrollar apoyos individualizados para el presente y el futuro cercano, demostrando que los eventos negativos se pueden enfrentar mediante el uso de habilidades simples de resolución de problemas. Estudios que aplicaron este enfoque, son los llevados a cabo en Australia por autores como *Fenwick et al.* [21,243,244] y *Toohill et al.* [222,283], o por *Firouzan et al.* [245] en población iraní. Con un protocolo publicado [243], BELIEF es un programa en el que los proveedores de atención maternal utilizan métodos sistemáticos basados en una intervención psicoeducativa por matronas, donde éstas escuchan y responden a los sentimientos de las mujeres sobre el parto, brindan información precisa sobre el parto y les enseñan estrategias de afrontamiento.

Tabla 3. Intervenciones de Psicoeducación para FOC

Autor, año y país	Intervención	Metodología
<i>Sydsjö et al</i> 2012 Suecia [166,241].	Psicoeducación con TCC - Ofrece provisión de información ajustada a los conocimientos de la mujer sobre el parto, herramientas para la relajación e información sobre las características fisiológicas del miedo. - Discute sobre la evitación y como se alteran las reacciones ante ciertos pensamientos. - Ofrece apoyo psicológico individualizado. - Se incluye visita individual a la sala de partos. - Interviene equipo multidisciplinar.	- Estudio Cuasiexperimental. - Diagnóstico del FOC se realizó apoyándose en el DSM-IV para el grupo intervención. - De El GC no fue diagnosticado de FOC.

Autor, año y país	Intervención	Metodología
<i>Salmela-Aro et al.</i> 2012 Finlandia [288]	Psicoeducación - Psicoterapia grupal educativa dirigida por un psicólogo con habilidades para el parto. - Cada sesión enfocada en un tema incluyó un espacio de relajación. - Se guiaba a las participantes a través de todas las etapas del parto mediante un estado mental relajado, positivo, calmante y con sugerencias de apoyo.	- ECA. - FOC 100 puntos en el WDEQ-A. - GC: siguieron la atención habitual, y recibieron una carta en la que se les sugirió discutir el FOC en su unidad de maternidad.
<i>Rouhe et al.</i> 2014 Finlandia [242,284,289]	Psicoeducación - Sesiones presenciales grupales para nulíparas y su pareja sobre elementos relacionados con FOC. - El objetivo era compartir emociones difíciles y miedos relacionados con el parto, y aumentar los sentimientos de seguridad y confianza. - Incluye ejercicios de relajación guiado. - Complementaba la atención habitual por matronas. - Dirigidas por un psicólogo con la participación de una matrona especializada en tratar FOC.	- ECA. - FOC 97 puntos en el WDEQ-A. - GC: atención habitual por enfermeras y derivación si precisaba.
<i>Sydsjö et al.</i> 2015 Suecia [236]	Psicoeducación con Apoyo Continuo - Asesoramiento psicoeducativo individualizado. - Administrado por matronas. - Consta de una reunión presencial, visita al paritorio como exposición a la situación de miedo, y apoyo individual por teléfono si era solicitado. - El número de sesiones varió según las necesidades individuales de cada una de las mujeres.	- Estudio Cuasiexperimental. - FOC como criterio de inclusión. - GC: sin FOC; no recibió asesoramiento.
<i>Soltani et al.</i> 2017 Irán [259]	Psicoeducación orientada a Autoeficacia - Asesoramiento presencial y grupal. - Seis sesiones donde se exploró el parto vaginal, ejercicio, expresión y escucha de experiencias exitosas, oraciones religiosas, y reemplazo de pensamientos irracionales. - Implementada por una matrona.	- ECA. - Alto FOC como criterio de inclusión; evaluado con el Cuestionario de Actitud ante el Parto. - GC: atención habitual.
<i>Kordi et al.</i> 2017 Irán [258]	Psicoeducación - Enfoque en la teoría del ingenio de Rosenbaum. - Utilizó entrenamiento en rehabilitación cognitiva y habilidades de resolución de problemas. - En la primera sesión de capacitación, una matrona discutió puntualmente las etapas del TP y los métodos para aliviar el dolor. - El resto de las sesiones, presenciales y en grupo, fueron llevada a cabo por un psicólogo clínico.	- ECA. - Nulíparas con puntuaciones ≥ 66 puntos en el WDEQ-A. - GC: atención habitual.

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Boz et al. 2021 Turquía [290]	Psicoeducación - Basada en la teoría del cuidado humano. - Incluyó: relajación, música, aromaterapia, masajes, educación sobre el cuidado infantil, escucharse unos a otros, desarrollar relaciones amorosas y de confianza, resolver problemas y crear un entorno curativo. - Administrado por enfermeras.	- ECA simple ciego. - FOC moderado >66 puntos en la escala WDEQ-A. - GC: EP clásica.
Kaya y Guler 2022 Turquía [282]	Psicoeducación centrada en Soluciones - Intervención “en línea” de seis sesiones orientadas a hacer frente al FOC. - Administradas por una matrona.	- ECA. - Primíparas con miedo severo al parto. - GC: control habitual.
Yesildag et al. 2023 Turquía [291]	Psicoeducación y Entrevista Motivacional - Preparación al parto basado en la web. - El sitio web se preparó para satisfacer las necesidades de información, disminuir el FOC y aumentar su autoeficacia durante el parto. - Incluyeron materiales visuales e imágenes en línea con el contenido educativo. - Las cinco sesiones de entrevista motivacional fueron realizadas por la investigadora, enfermera entrenada en estas técnicas.	- ECA. - Primíparas. - FOC no fue criterio de inclusión. - GC: recibió la intervención de formación a través del sitio web, pero en vez de la entrevista motivacional se aplicó un placebo.

Abreviaturas: ECA, ensayo controlado aleatorizado. FOC, fear of childbirth. GC, grupo control. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. TCC, terapia cognitiva conductual.

La mayoría de los estudios incluidos en este grupo de intervención mediante psicoeducación [166,236,241,242,259,282,284,289] contaron con la participación de las matronas, por los que sus resultados se muestran y discuten en la *sección 7* (Discusión), junto a los obtenidos en el ensayo controlado aleatorizado (ECA) objeto de estudio. En otros estudios que aplicaron psicoeducación, sin participación activa de la matrona, la efectividad más destacable de la intervención se expresó en forma de: niveles de FOC significativamente más bajos en el grupo experimental en comparación con el grupo de control [258,291], e intragrupo experimental [258], pero sin diferencias significativas en otros estudios de psicoterapia vs atención habitual [292]; un aumento estadísticamente significativo de los recursos y preparación de las madres para el parto, que predijo un aumento de la maternidad [288]; mayores tasas de preferencia de parto vaginal, aunque sin diferencias estadísticamente significativas [292]; mejoraron las experiencias de las mujeres tras la intervención, se sintieron más esperanzadas, empoderadas y con más creencia en la naturalidad del parto [292].

1.6.12. Intervenciones de asesoramiento

El asesoramiento brinda información útil a las mujeres con FOC, ayudándolas a tomar decisiones informadas con respecto a su parto. Existe una amplia variabilidad de enfoques de asesoramiento que van desde, simplemente sesiones de "escucha" no estructuradas, hasta intervenciones específicas que requieren formación psicoterapéutica.

La metodología representante de este grupo de intervenciones es la ofrecida por las “Clínicas Aurora”. En la mayoría de los hospitales suecos, a las mujeres con síntomas de miedo relacionado con el parto que soliciten o no una CE sin motivo médico, se les ofrece generalmente en el tercer trimestre de gestación, programas de asesoramiento por matronas que trabajan en las unidades de maternidad especialmente formadas, en colaboración con obstetras, psicólogos, trabajadores sociales, y, en ocasiones, un psiquiatra, conocidos como “equipos Aurora”. Inicialmente se establece una conversación informal en la que las mujeres hablan sobre sus pensamientos y sentimientos sobre estar embarazadas y dar a luz; propósito de los equipos de consejería no es convencer a las mujeres de que consideren un parto vaginal, sino reducir el miedo y hacer que la experiencia del parto sea lo más positiva posible, independientemente del modo de parto [252]. Uno de los pilares de este asesoramiento es la creación de un plan de parto que podría incluir la inducción del TP, el alivio del dolor en una etapa temprana, o la posibilidad de convertir a un parto por cesárea en cualquier momento durante el TP [53,221].

Estas clínicas “Aurora” se encuentran bien establecidas, y pese a que no fueron precedidas por ningún ensayo clínico [53,221], ha habido una satisfacción general con el servicio, así como una reducción significativa en las solicitudes de CE con el asesoramiento [34,53,221]. Estos resultados positivos también se han encontrado en estudios cuasiexperimentales como los realizados sobre mujeres que habían solicitado una CE por su FOC, entre ellos el ofrecido por *Nerum et al.* [143] donde utilizaron el asesoramiento orientado a la crisis, descrito como un 'enfoque orientado al paciente; el estudio de *Ryding et al.* [234]

Otro grupo organizado en torno al asesoramiento por FOC es el grupo “GAIA”, en Noruega. El enfoque de las matronas de “GAIA” es utilizar las sesiones de asesoramiento para ayudar a posicionar a la mujer en una experiencia segura y positiva

durante el embarazo y el parto. El servicio viene ofreciéndose desde hace más de diez años en el Hospital Universitario de Ullevaal, y las mujeres asesoradas han expresado su satisfacción con el mismo.

Para este enfoque de asesoramiento, se han encontrado estudios basados exclusivamente en este tipo de intervención, como los que se detallan en la *tabla 4*, otros que también incluyen el asesoramiento combinado con otras técnicas se han convenido incluir en los apartados correspondientes. En la *sección 7* se muestran y discuten los resultados más significativos aportados por cada uno de ellos.

Tabla 4. Intervenciones de Asesoramiento para FOC

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Ryding et al. 2003 Suecia [234]	Asesoramiento individualizado - Discusión sobre los miedos. - Desarrollo de relación de confianza y redacción de un plan de parto. - A cargo de matronas capacitadas.	- Estudio Cuasiexperimental. - Mujeres que solicitaron CE. - GC: mujeres sin FOC seleccionadas por los investigadores y emparejadas por paridad.
Helk A et al. 2008 Noruega [293]	Asesoramiento del Grupo Gaia - Asesoramiento por matronas dentro de la unidad de maternidad específica para FOC del hospital.	- No experimental. - Mujeres con FOC que acudieron a la unidad - Sin GC.
Halvorsen et al. 2010 Noruega [231]	Asesoramiento orientado a Crisis - Terapia basada en el paciente. - Comparando dos métodos según la actitud de la matrona, afrontamiento vs autonomía. - Las bases teóricas del asesoramiento fueron trabajadas en cooperación con un psiquiatra. - Las matronas que realizaron el asesoramiento individualizado tenían formación en salud mental.	- Estudio Cuasiexperimental. - Mujeres que solicitaron CE. - El FOC se calificó según las respuestas a 5 variables. - Sin GC; se compararon 2 grupos según actitud de la matrona.
Larsson et al. 2015 Suecia [252]	Asesoramiento individualizado - Entre 2-4 sesiones. - Brindado por matronas capacitadas en la mayoría de los casos; algunas recibieron solo atención de la matrona habitual, y en caso de ser preciso por resto de equipo multidisciplinar especialmente estrenado (obstetra, psicólogo, y trabajador social).	- No experimental. - Indagó después del parto sobre asesoramiento por FOC. - Inclusión: según respuesta ¿Hasta qué punto siente usted preocupación y miedo en la actualidad?

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Andaroon et al. 2017 Iran [253]	Asesoramiento basado en el Modelo de Gamble - 3 sesiones individuales. - Implementadas por matronas. - Temas: expresión de emociones, comunicación de sentimientos, creencias y expectativas, así como estrategias para reducir el miedo.	- ECA. - Mujeres con FOC moderado (WDEQ-A entre 38-84 puntos) - GC: atención habitual.
Henriksen et al. 2020 Noruega [254]	Asesoramiento - Asesoramiento por matronas y tocólogos en cinco hospitales noruegos (diferentes enfoques). - Oslo: sin métodos especiales, solo plan de parto. - Drammen: comunicación empática. - Tromsø: terapia cognitiva. - Alesund: sin método especial; asesoramiento en mujeres con partos difíciles previos. - Trondheim: combinó la terapia cognitiva y comunicación empática.	- Estudio multicéntrico. - Compara Mujeres con FOC (WDEQ-A $\geq$ 85 puntos) y sin FOC que preferían CE y asistieron al asesoramiento por matronas.

Abreviaturas: ECA, ensayo controlado aleatorizado. FOC, Fear of Childbirth. GC, grupo de control. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. CE, cesárea electiva.

1.6.13. Intervenciones psicoterapéuticas

Los diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas pueden ser útiles, aunque emocionalmente exhaustivas y costosas [58]. Estas intervenciones psicoterapéuticas, descritas en la *tabla 5*, se pueden combinar con asesoramiento simple o específico. Los resultados de este enfoque de terapia para FOC se pueden clasificar, al igual se ha descrito en los apartados anteriores, en los obtenidos con intervenciones donde la matrona participó activamente durante su desarrollo (se detallan en el *apartado 7* de esta tesis). Para el resto de estudios señalar algunos resultado significativos como: una mayor retirada en la solicitud de CE [159] o mayor práctica [239]; sin diferencias significativas entre los grupos para los valores de FOC [159], o con mejoras de moderadas a grandes [262]; parto más fácil de lo esperado y con mayor control durante el mismo [285,294]; experiencia menos positiva del parto [239]; y mayor disminución del miedo al dolor en el grupo de psicoterapia, pero sin diferencia significativas para el uso de AE [159,239].

Tabla 5. Intervenciones de Psicoterapia para FOC

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Sjögren y Thomassen 1998 Suecia [285,294]	Psicoterapia - Consultas con un ginecólogo y un psicoterapeuta. - Se alentó a las mujeres a expresar sus miedos con el objetivo de identificar los componentes de la ansiedad y fomentar la consideración del parto vaginal. - La información se registró en las historias de las mujeres quedando disponible para el personal del paritorio.	- Estudio cuasiexperimental. - Mujeres remitidas a consulta por FOC. - GC: mujeres emparejadas.
Saisto et al. 2001 Finlandia [159]	Terapia intensiva - Consistió en información y discusión de experiencias, sentimientos y conceptos erróneos. - Administrada por un obstetra entrenado en psicología del parto. - Combina TCC y psicoterapia con autorreflexión. - Se recomienda una cita con la matrona y visitas al paritorio.	- Estudio cuasiexperimental. - Inclusión si FOC (4/19 en Fear of Childbirth Questionnaire) o solicitud de CE. - GC: información y controles de rutina, con información escrita sobre los pros y los contras del parto vaginal.
Saisto et al. 2006 Finlandia [239]	Psicoterapia grupal - Cinco sesiones con el psicoterapeuta que incluyeron con ejercicios de relajación. - Una sesión con una matrona donde las mujeres anotaron sus deseos de parto dirigidos a ellas. - Una sesión en el tercer mes postparto. - Cada sesión de terapia en grupo incluyó discusiones sobre el TP, las opciones de alivio del dolor, ejercicios de visualización y relajación.	- Estudio cuasiexperimental. - Mujeres nulíparas remitidas para consulta por FOC y solicitud de CE. - GC: mujeres que prefirieron un tratamiento diferente; se citaron con un obstetra para hablar sobre su miedo y del modo de parto.
Nerum et.al 2006 Noruega [143]	Psicoterapia orientada en la Teoría de Crisis - Sesiones a cargo de 2 matronas con formación en salud mental. - Numero de sesiones, individuales y presenciales, según las necesidades de la mujer. - Se animó a las mujeres a expresar libremente sus sentimientos, preocupaciones y experiencias, proporcionándoles información para corregir las percepciones erróneas sobre el embarazo y el parto. - Se hicieron planes individuales de parto que fueron aprobados por las matronas jefes del paritorio.	- Estudio no experimental. - Mujeres que fueron remitidas por FOC según criterios definidos por los autores. - Las mujeres que mantuvieron su solicitud de CE fueron remitidas al consultor obstétrico cerca del final del embarazo.

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Abdollahi et al. 2020 Irán [262]	Psicoterapia - Cinco sesiones de entrevista motivacional lideradas por un psicólogo con la asistencia de una matrona que guio a las mujeres a través del trabajo en grupo. - Se les animó a completar los ejercicios y revisar los puntos clave de las tareas después de cada sesión.	- ECA. - FOC no fue criterio de inclusión. - Ambos grupos recibieron la atención habitual a cargo del equipo médico.

Abreviaturas: ECA, ensayo controlado aleatorizado. FOC, fear of childbirth. GC, grupo control. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. CE, cesárea electiva. TCC, terapia cognitivo conductual.

1.6.14. Intervenciones con terapia cognitivo conductual

El enfoque cognitivo se adapta bien al tratamiento del FOC debido a su corta duración y a centrarse en un problema objetivo. Se enseña al paciente el pensamiento constructivo, que reduce la ansiedad y la percepción de estrés, y aumenta positivamente la adaptación al embarazo [159].

En relación con intervenciones enfocadas en la terapia cognitivo conductual (TCC), la RS de Webb et al. [64] incluyó una mayoría de intervenciones que usaron estrategias para cambiar las cogniciones (p.ej. psicoeducación, reestructuración del pensamiento, resolución de problemas) y otras, los comportamientos (p.ej. exposición, relajación). Varios estudios examinaron la TCC administrada en línea [233,295–300] o cara a cara [159,236,258,301]. Se incluyeron estudios que no tenían un grupo de control [298,299] o compararon la intervención con otras terapias de conversación [159,233,295–297,300] o la atención médica estándar [236,258,301]. En la *tabla 6* se detallan algunos aspectos de las intervenciones centradas en la TCC que no han sido incluidos en otros enfoques.

Para este enfoque de intervención, entre los resultados más relevantes, solo un estudio [302] contó con la participación activa de la matrona; para el resto de estudios se obtuvo a favor del grupo intervención: un cambio en el valor de FOC con significancia estadística [298–301]; mejores puntuaciones en cuanto a la experiencia del parto, pero sin diferencias estadísticamente significativas [296,301]; mayor porcentaje de inducción del parto y de parto vaginal [296]; mujeres que tuvieron una experiencia “menos que satisfecha” [297]; mejores mecanismos de afrontamiento del parto [298]; y mejores puntuaciones para la percepción de dolor, así como fases de expulsivo más cortas [301].

Para la interpretación de algunos resultados a favor del GC hay que recordar que las mujeres con FOC en Suecia, reciben de manera protocolizada un asesoramiento multidisciplinar que tiene por objetivo comprender y reducir el miedo, preparar y empoderar a las mujeres para el parto y hacer que la experiencia de parto sea lo más positiva posible, independientemente del modo de nacimiento. Igualmente, para los estudios explorados del entorno turco no está protocolizada la educación prenatal dentro del seguimiento habitual de las mujeres embarazadas.

Tabla 6. Intervenciones centradas en la TCC para el FOC

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Nieminen et al. 2015 Suecia [298,299]	TCC basado en internet - Incluyó psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, y prevención de recaídas. - Se implementaron preguntas sobre la información, y tareas para auto entrenarse diariamente.	- Estudio cuasiexperimental. - Sobre mujeres suecas con WDEQ-A ≥ 85 puntos.
Larsson et al. 2017 Suecia [233,295–297]	TCC basada en internet - Ocho módulos de tratamiento con material de texto y tareas. Con un psicólogo disponible “en línea” cuando necesitaron ayuda. - El miedo se presenta como una experiencia que incluye cognición, comportamiento y sensaciones. - Les enseñan a identificar diferentes aspectos de su miedo, cómo evitar emociones negativas y cómo utilizar estrategias alternativas para lidiar con pensamientos y emociones difíciles.	- Protocolo de ECA multicéntrico [300]. - Participantes identificadas con puntuación > 60 en la Escala de Miedo al Nacimiento. - GC: asesoramiento habitual en Suecia (sesiones por matronas y obstetras).
Uçar y Golbasi 2019 Turquía [301]	TCC con un programa educativo - El objetivo principal del programa educativo era permitir que las mujeres enfrentaran sus miedos. - Se registraron sus pensamientos no funcionales, cuestionando pensamientos automáticos, enseñando el modelo ABC, preguntas y respuestas, técnicas de relajación, tareas, demostración y retroalimentación. - Seis sesiones grupales presenciales, con las recomendaciones de un psiquiatra, un psicólogo y un consejero psicológico.	- Ensayo cuasiexperimental. - Evalúa FOC (pre-post) mediante WDEQ-A. - GC: intervención habitual (no programa educativo).
Alivant et al. 2023 Irán [302]	TCC Vs Haptonomía - TCC administrada por un psicólogo clínico. - Comparada con una intervención de haptonomía por una matrona certificada, además de con GC.	- ECA. - Criterio de FOC >65 en WDEQ-A. - GC: atención habitual.

Abreviaturas: ECA, ensayo controlado aleatorizado. FOC, fear of childbirth. GC, grupo control. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. TCC, terapia cognitivo conductual.

1.6.15. Intervenciones basadas en atención plena

Para este tipo de intervención, *Alivant et al.* presentó en 2023 una RS con metaanálisis [303] sobre la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness para la autoeficacia y el FOC en mujeres embarazadas. En base a los resultados del metaanálisis, se puede afirmar que los ejercicios basados en la “atención plena”, pueden mejorar la autoeficacia en el parto y probablemente reducir el nivel de FOC, aunque concluye que se necesitan más ECA, con diseños más sólidos y muestras de potencia adecuadas, para verificar esta afirmación.

Al igual que en anteriores enfoques, se detallan a continuación los estudios que comparten este tipo de intervención (*tabla 7*). Los resultados asociados, excepto en los estudios donde la matrona formó parte de la intervención experimental, se resumen en: una mayor reducción de la catastrofización del dolor de parto, y la CE [306]; puntuaciones de FOC significativamente más bajas [304–306]; efectos similares entre los grupos para la experiencia materna con el parto [304]; y se sugiere que puede prevenir el FOC y mejorar la adaptación perinatal y postparto, reduciendo el uso de analgésicos y previniendo la depresión postparto [307].

Tabla 7. Intervenciones enfocadas a la atención plena para FOC

Autor, año y país	Intervención	Metodología
<i>Duncan et al.</i> 2017 Estados Unidos [307]	Parto y Crianza basadas en Atención Plena - Incluyó educación prenatal.	- ECA. - FOC no criterio de inclusión.
<i>Pour-Edalati et al.</i> 2018 Irán [305]	Atención plena - Basada en reducción del estrés.	- Estudio pre-post (con GC). - Mujeres con parto anterior que no se habían vuelto a embarazar por su FOC.
<i>Kuo et al.</i> 2022 Taiwán [304].	Atención plena con educación prenatal - Educación implementada por enfermera y basada en simulación que destacaba cómo hacer frente al dolor del parto. - Práctica de mindfulness por profesor certificado.	- ECA. - Mujeres con FOC elevado (evaluado con EVA). - GC: atención prenatal estándar (asesoramiento por enfermería, y folleto sobre la salud prenatal materna).

Autor, año y país	Intervención	Metodología
<i>van der Meulen et al.</i> [308] <i>van Steensel et al.</i> [309] <i>Veringa-Skiba et al.</i> [310,311] 2022-23 Países Bajos	Parto y Crianza basadas en Atención Plena - La condición experimental comprendió el programa presencial y grupal "<i>Mindful Birthing</i>" adaptado para mujeres embarazadas con FOC. - Se centró en técnicas de manejo de la ansiedad y el miedo, meditaciones guiadas e indagación y enseñanzas sobre los procesos psicobiológicos en el período perinatal.	- ECA. - Mujeres con FOC alto (W-DEQ-A $\geq$ 66 puntos y FOC auto confirmado). - GC: sesiones individuales por matronas diseñadas para abordar el FOC según la práctica en los países Bajos.
<i>Wang et al.</i> 2023 China [306]	Parto y Crianza basadas en Atención Plena - Implementado por especialistas. - Comprendió principalmente la meditación, la conciencia de la respiración, el escaneo corporal, y el yoga. - Incluyó educación cognitiva sobre el dolor de parto y su manejo. - Después de cada curso presencial practicaron en casa con el audio grabado.	- ECA. - FOC no criterio inclusión. - GC: atención habitual.

Abreviaturas: ECA, ensayo controlado aleatorizado. FOC, fear of childbirth. GC, grupo de control.

WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. EVA, escala visual analógica.

1.6.16. Intervenciones alternativas

En este grupo se incluyen una variedad de estudios que han demostrado más o menos efectividad en la reducción del FOC, algunos de ellos referenciados por *Webb et al.* [64], y otros no incluidos en la misma. En la *tabla 8* se resumen los resultados más destacables en las intervenciones alternativas que no fueron implementadas por matronas.

Tabla 8. Intervenciones alternativas para FOC

Intervención	Resultados
Autohipnosis	- Beneficios en la reducción del dolor [312]. - Disminución del FOC [312]; estadísticamente significativa en el estudio cuasiexperimental implementado por <i>Bulez et al.</i> [313].
Bioretroalimentación de la variabilidad de la frecuencia cardíaca	- Variaciones significativas dependientes del tiempo en las puntuaciones del W-DEQ y del Índice de Calidad del Sueño [314].
Técnicas de relajación	- Disminución significativa del FOC, y mayores tasas de parto vaginal [315].
Repetición de mantra	- Para el FOC hubo una disminución del miedo en el grupo de intervención, desde el inicio hasta las 6 semanas posteriores al parto [316].

Intervención	Resultados
Danza y música	- La danza y la música conjuntamente, y la música por sí sola, redujeron significativamente el dolor y el miedo en las mujeres participantes [317].
Enseñanza entre pares	- Mayor efecto en la reducción de la FOC que la enseñanza de discusión [318].
Arteterapia	- El FOC medido con el WDEQ-A varió en ambos grupos, siendo la diferencia de la mediana estadísticamente significativas [319]. - Otros resultados a destacar fueron los cambios significativos en la ansiedad y la depresión, a favor del grupo experimental [319].
Ejercicio físico	- Tanto el FOC como el locus de control del dolor interno del parto no mostraron modificaciones importantes [248].
Pilates	- Disminución del FOC en ambos grupos, y estadísticamente significativa para el experimental [320].
Haptonomía¹	- Los niveles de estrés y FOC de las gestantes del grupo experimental disminuyeron, y los niveles de apego con sus bebés aumentaron [73]. - La eficacia en cuanto al cambio en el valor de FOC de la haptonomía vs psicoeducación vía internet no resultó estadísticamente significativa; lo que si se evidenció en el caso de la haptonomía vs atención habitual [321,322].

Abreviaturas: Fear of Childbirth. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire.

¹ La haptonomía pretende facilitar el desarrollo de habilidades específicas, cambiando la evaluación cognitiva del parto y etiquetando el parto como un evento de vida más normal y positivo, lo que en última instancia puede reducir el FOC. El haptoterapeuta, es un sanitario especializado en el tratamiento de mujeres embarazadas con alto FOC.

Otras intervenciones alternativas dirigidas por matronas son la EP basada en el juego de roles y la arteterapia. Para la primera, *Navaee y Abedian* [256] mediante una metodología cuasiexperimental, donde el grupo control (GC) recibió educación habitual tipo conferencia y el grupo intervención (GI) el juego de roles, se desarrolló en torno a las ventajas y desventajas del parto vaginal, y en forma de tres escenarios, durante siete pasos se discutieron las razones del FOC. La aplicación de la arteterapia como complemento al asesoramiento en mujeres con FOC alto [257,261], fue experimentada mediante un ECA con un grupo de control que recibió únicamente la atención maternal habitual (asesoramiento por matronas); se realizaron cinco sesiones de arteterapia individuales o grupales, además del asesoramiento habitual individualizado por matronas, donde se anima a hablar sobre su experiencia, se discuten y aclaran incertidumbres sobre eventos del anterior parto, se visita en paritorio, y elaboran juntas un plan para el próximo parto; un obstetra puede unirse a la discusión en caso de que la mujer exprese el deseo de una inducción del parto o CE. Los resultados se discuten en la *sección 7*.

1.6.17. Intervenciones con atención continuada

En la RS de Webb *et al.* [64] se contemplaron dos tipos de intervenciones clasificadas en este grupo. Por una parte, la atención de matronería mejorada que comprende la continuidad de cuidados [237,238,323–325], o una visita dirigida por una matrona al paritorio [241], intervención ha sido contemplada en otros estudios experimentales. Otras intervenciones alternativas durante el TP evaluaron el efecto de la terapia de exposición y estimulación somática usando puntos de acupresión, mostrando más efectividad en la reducción del FOC que la conciencia de la respiración [326]. La música alegre durante el TP tampoco encontró impacto significativo en el FOC [327].

Se incluyen en la *tabla 9* intervenciones basadas en una atención continuada, e intervenciones durante el parto. Los resultados más relevantes de los estudios expuestos en dicha tabla se discuten en el correspondiente apartado, excepto el estudio de İsbir y Serçekuş [328] y de Irmak y Aslan [326]. Para el primero [328] se obtuvo menos miedo durante las fases activa y transitoria del TP, un mayor apoyo y control percibidos durante el parto, puntuaciones de dolor más bajas y un período de parto más corto que en el grupo de control; para el segundo [326], los resultados fueron similares en la fase latente del parto, en cuanto a la experiencia del parto, experiencia de dolor y angustia, y con diferencias estadísticamente significativas en los periodos de dilatación posteriores.

Tabla 9. Intervenciones de atención continuada y/o durante el parto para el FOC

Autor, año y país	Intervención	Metodología
Kjærgaard <i>et al.</i> 2008 Suecia y Dinamarca [240]	Atención continuada vs independiente - Suecia: atención prenatal y del parto separados. - Dinamarca: trabajo rotativo, clínica prenatal-paritorio. - En ambos entornos administradas por matronas.	- No experimental - FOC no criterio inclusión
Lyberg y Severinsson 2010 Noruega [237,238]	Atención de matronería por FOC - Equipo de cuatro matronas. - El objetivo era garantizar la continuidad individual, brindar una sensación de seguridad, y ofrecer apoyo durante el embarazo, el parto y el período perinatal.	- Estudio hermeneútico. - Mujeres con FOC.

Autor, año y país	Intervención	Metodología
<i>Sydsjö et al.</i> 2015 Suecia [236]	Apoyo intraparto con Psicoeducación - Apoyo por matronas continuo durante el tercer trimestre y el parto. - La matrona experimentada de apoyo intraparto tenía formación específica en el tratamiento psicológico de mujeres con FOC.	- Estudio cuasiexperimental. - Mujeres con FOC. - GC: mujeres sin FOC.
<i>İsbir y Serçekuş</i> 2017 Turquía [328]	Apoyo Intraparto - Apoyo continuo intraparto por estudiantes de matronas que recibieron formación en habilidades de apoyo continuo.	- ECA simple ciego. - Estudio piloto. - GC: atención habitual.
<i>Hildingsson et al.</i> 2018-19 Suecia [323-325]	Modelo de atención de matronería de continuidad por número de casos - Programa de visitas habitual con una visita extra en la semana 25 de gestación y un curso de psicoprofilaxis gratuito. - Se asignaron 2 matronas que estuvieron presentes en la cita de la semana 36 y con las que pudieron discutir temas relacionados con el parto, y cuando fue posible las acompañaron.	- Estudio cuasiexperimental. - Mujeres con FOC. - Comparación entre mujeres participantes que tuvieron o no matronas conocidas durante el parto.
<i>Irmak y Aslan</i> 2019 Turquía [326]	Técnica de libertad emocional vs Conciencia de la respiración - Implementadas por enfermeras. - Técnica de libertad emocional: combina TCC, terapia de exposición y acupresión. - Técnica de respiración previo adiestramiento en la fase latente del parto.	- ECA. - Inclusión si miedo leve (WDEQ-A ≥ 37 puntos). - GC: atención habitual.
<i>Cankaya y Can</i> 2021 Turquía [329]	Apoyo Continuo - Implementado por matronas certificadas en el trabajo del paritorio y en los cuidados y prácticas de apoyo en el parto.	- Estudio cuasiexperimental. - Mujeres primíparas. - GC: atención habitual por matronas no certificadas.
<i>Kahraman y Gökçe İsbir</i> 2023 Turquía [330]	Apoyo continuo durante el parto	- ECA. - FOC no criterio inclusión. - GC: atención habitual.

Abreviaturas: ECA, ensayo controlado aleatorizado. FOC, fear of childbirth. GC, grupo de control. WDEQ, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire.

1.7. Contenidos de intervenciones para el miedo al parto

Puntos clave:

- Los **contenidos genéricos** de las intervenciones de educación prenatal han demostrado una disminución aceptable del miedo al parto.
- Las intervenciones que incluyeron **contenido más específico para el miedo** lo combinan con información general sobre el embarazo y el parto.
- Las **matronas** aplicaron actividades e incluyeron contenidos, dentro de sus competencias, en intervenciones de **enfoque educativo, de asesoramiento y apoyo continuo**.

1.7.1. Intervenciones multifacéticas

En la revisión exploratoria de *Souto et. al* [40], la mayoría de los estudios ofrecieron los conceptos teóricos para el enfoque del diseño de las intervenciones, mencionando la teoría o concepto teórico que las sustenta. Las más comunes fueron los principios de la teoría de la terapia cognitiva [159,239], TCC [166,236,260,261] y psicoeducación [166,236,239,261]. Otros estudios se basaron en un marco teórico y evidencia empírica de intervenciones anteriores; la mayoría de ellos aplicaron la intervención BELIEF [21,222,243–245].

En el citado texto de referencia [40], se describen los elementos centrales del enfoque y las actividades desarrolladas. Todos los estudios describieron intervenciones multifacéticas. Las actividades más comunes encontradas fueron: plan de parto escrito/verbal; visita a la sala de partos; educación sobre el parto, abordando temas como las etapas del parto, posibles intervenciones durante el parto, ventajas y desventajas del parto vaginal y cesárea, opciones para aliviar el dolor, lactancia, maternidad y paternidad; técnicas de relajación; técnicas de respiración; alentar a las mujeres a expresar sus emociones y actitudes sobre el parto a través de preguntas abiertas, escucha activa y retroalimentación; ayudar a las mujeres a procesar experiencias de parto negativas previas, centrándose en las causas subyacentes del FOC u otros elementos del parto que identificaron como angustiosos, cuando correspondía; enfoque de asesoramiento: alentar a las mujeres a intentar el parto vaginal con la promesa de opciones médicas, como alivio del dolor; inducción del parto a petición de la madre y garantía de una conversión a CE durante el TP, si el parto se percibe como demasiado traumático; reunión con la matrona que le asistiría en el parto y durante el

embarazo, mediante visitas prenatales, visitas domiciliarias o clases prenatales, para establecer una relación de confianza; y finalmente, acceso a la matrona por teléfono, si la mujer necesita apoyo adicional.

A continuación, se muestran los contenidos principales de las intervenciones, donde la figura de la matrona, durante su implementación, fue relevante. El primer grupo pertenece a estudios de enfoque educativo no diseñados específicamente para el abordaje del FOC, pero que influyeron positivamente sobre el mismo; en el segundo grupo la educación prenatal habitual se ofrece combinada con contenido específico para FOC; el tercer grupo incluye estudios con componente de atención continuada por matronas; el cuarto grupo la psicoeducación; se continúa con el contenido ofrecido en intervenciones de asesoramiento; y por último, un grupo donde se describen intervenciones alternativas.

1.7.2. Contenido de la educación prenatal genérica

-Formación prenatal en el hospital con enfoque clásico [270]

Sesiones impartidas una vez por semana, con cuatro módulos por mes que incluían teoría (embarazo, parto y posparto y temas del RN), práctica (lactancia, masaje y respiración) y visita al paritorio.

-Modelo de atención con enfoque combinado para la atención dirigida por matronas [263]

Incluye sesiones de discusión, en grupos e individuales, en los que las matronas expusieron temas sobre el modelo de atención de matronería que asume que el embarazo y parto son procesos normales. Se incluyeron temas clásicos de la EP: suplementación, exámenes de detección y ecografía, cuidados y nutrición durante el embarazo, fisiología y anatomía del parto, lugar del parto, lactancia, puerperio, crianza, manejo del dolor en el parto, entre otros.

-Educación prenatal de “instrucciones saludables” [272]

Administrada por matronas, a través de videos a un grupo y mediante clase tipo conferencia a otro grupo. La educación estuvo centrada en el parto normal: definición, ventajas, método farmacológico para reducir el dolor del parto, medidas de confort natural para aliviar el dolor del parto, preparación para el parto, mecanismo del parto y parto por cesárea y sus complicaciones.

-Educación prenatal construida en base a las necesidades y conocimientos previos [251]

Los contenidos variaron, pero el método se estandarizó. Consistió principalmente en: folleto con información básica sobre el embarazo y parto, sesión de educación sobre el parto antes de las 34 SEG en el paritorio, con ejercicios para conocer las opciones de alivio del dolor y educación tradicional prenatal.

Formación educativa en torno al trabajo de parto y la sala de partos [269].

Se trataron los signos del inicio del TP, lo que deben hacer cuando haya comenzado el parto, se les presentó el entorno del hospital y sala de partos por videos y fotos, los cambios fisiológicos para el TP, el inicio de la segunda etapa del parto, ejercicios de respirar y empujar en la cama de parto, presentación de las matronas que trabajan en el paritorio, se habló de manera positiva sobre el TP y compartieron experiencias de mujeres que parieron con éxito y positivamente.

-Programa de educación prenatal clásica [250]

Incluyó 5 sesiones sobre: salud en el embarazo, parto y ejercicios de respiración, lactancia, cuidados del bebé y postparto y planificación familiar.

-Educación sobre el parto con meditación “Atención Plena” [246,279]

La parte educativa del programa proporcionó a las mujeres y personas de apoyo, el conocimiento y las habilidades para tomar decisiones informadas con respecto al embarazo, parto y paternidad. En la meditación de “atención plena” las participantes recibieron libros y CD con prácticas de tareas de “atención plena”, antes de comenzar la primera sesión aprendieron como aplicar la práctica de la “atención plena” a las molestias durante el embarazo y el dolor de parto.

1.7.3. Contenido de la educación con componente específico para FOC

-Aplicación de telematronería [268]

Diseñada para incluir todas las posibles causas de FOC en las mujeres, como el miedo al dolor del parto, la falta de información relacionada con la salud de la madre y el bebé, lo que las mujeres deben esperar durante el TP y el nacimiento, las características de cada etapa del parto, conceptos erróneos como la desconfianza en los proveedores de atención médica y complicaciones del parto vaginal.

-Sesiones de asesoramiento educativo para FOC [310,311]

Sesiones individuales impartidas por matronas, que incluyó dos sesiones de consulta durante un período de nueve semanas. El objetivo fue conocer mejor los factores específicos que juegan un papel en el origen del miedo y diseñar un adecuado plan de afrontamiento, que puede incluir la derivación a un psicólogo u otros servicios de salud mental. En la primera consulta se mapearon los factores corporales, mentales y sociales subyacentes a FOC y se proporcionó un folleto de psicoeducación sobre FOC. En la segunda consulta se diseñó un plan de parto individual basado en los hallazgos de la primera consulta y los deseos de la embarazada.

Sesiones en línea enfocadas en el miedo durante el COVID19 [273]

El contenido de la educación ofrecida se creó de acuerdo con guías actualizadas para la pandemia del entorno de estudio. Durante las sesiones educativas las mujeres embarazadas pudieron hacer preguntas, interactuaron entre ellas durante los descansos, realizaron juntas ejercicios de respiración y ejercicios de relajación al final de cada sesión. Específicamente, se incluyó la discusión de los sentimientos sobre el parto, estrategias para lidiar con el FOC, mecanismos del parto y aumento de la confianza de las mujeres en sí mismas; se trabajó en la mejora de las habilidades para lidiar con el estrés y el dolor durante el TP y la COVID-19.

-Educación maternal con componente específico [265]

Sesiones presenciales semanales que incluyeron: la introducción a varias filosofías del parto, compartiendo sentimientos y pensamientos sobre el parto, determinación de la fuente del FOC y sus efectos en el parto, una experiencia de parto positiva sin FOC, el desarrollo de habilidades de adaptación al embarazo y crianza, ejercicios de preparación para el parto y aplicación práctica de ejercicios de relajación progresiva, reconocer los síntomas y etapas del TP, comprender los procedimientos médicos aplicados durante el parto, comprender las hormonas y sus funciones en el TP y las técnicas de afrontamiento, elaborar un plan de parto realista, adaptación al puerperio, la lactancia materna y cuidados del RN.

Programa simulación de educación para el parto [267]

Desarrollado e implementado por un grupo de expertos (obstetra, matrona y enfermera), incluyó cuatro áreas: conocimientos básicos sobre el parto, identificación

del inicio del TP, preparación para la primera etapa del parto (simulación del parto, simulación de respiración Lamaze) e ilustración del proceso de parto y las habilidades necesarias (postura, método y habilidades de afrontamiento en el TP).

-Educación prenatal para primíparas en el hospital “Grandes Esperanzas” [276]

Se abordó el miedo, el empoderamiento y la toma de decisiones. La clase se dividió en tres partes: definición y discusión del parto como un proceso normal y natural, incluyendo el papel de la persona de apoyo, consejos para el éxito, el autocuidado, la defensa y las estrategias de comunicación; un breve video que muestra un parto vaginal en un hospital, sin medicación, en el que se incluye un recorrido por la unidad de maternidad, discutiendo las posibles intervenciones médicas, incluidos los riesgos, beneficios y alternativas; se instruye en estrategias para la toma de decisiones informadas y para abordar el miedo mediante la discusión de estrategias de manejo, incluidas técnicas físicas y emocionales para disminuir el estrés.

-Educación prenatal con estrategias de afrontamiento para FOC [275]

Implementaron tres clases que incluyeron: la descripción general de las fases y etapas del parto normal y ejercicios prenatales; y estrategias para afrontar el miedo mediante asesoramiento y expresión de sentimientos, respiración y relajación.

-Educación maternal clásica con afrontamiento para FOC [280]

La intervención comprendió contenidos relacionados con la nutrición, los cambios fisiológicos y psicológicos, los mecanismos del parto y la lactancia; se discutió sobre los sentimientos del nacimiento, cómo afrontar el FOC y el dolor, cambios físicos y emocionales posparto, y la interacción con RN.

-Educación específica basados en múltiples modelos [249,265]

La educación prenatal se configuró para mujeres con FOC de acuerdo con el contenido basado en Parto Natural” de Dick-Read, la “Psicoprofilaxis” de Lamaze, el “Parto Activo” de Balaskas, y la filosofía de “Hipn parto” de Mongan.

-Educación prenatal con discusión grupal [318]

Se incluyeron los siguientes contenidos en la sesión grupal de capacitación prenatal: descripción del FOC; cuidados del embarazo, el mecanismo y etapas del parto; presentación de la película del parto; el mecanismo del dolor del parto, sus métodos de

reducción y las ventajas del parto normal en comparación con la cesárea; se discutieron y evaluaron los conocimientos; se proporcionó el manual de capacitación.

1.7.4. Contenido de las intervenciones de atención continuada

-Apoyo continuado por matronas certificadas en el apoyo intraparto [328,329]

Los cuidados del apoyo específico intraparto incluyeron: soporte físico (control ambiental, posicionamiento, tacto, termoterapia, higiene, nutrición), apoyo emocional (comunicación distractora, verbal o no verbal, convirtiendo los pensamientos negativos en positivos), apoyo informativo y educativo (procedimientos hospitalarios rutinarios y ejercicios de respiración, técnicas de relajación y empuje, masajes, posturas), y apoyo a la promoción (transmitir respeto, garantizar la seguridad, aceptar las expectativas de nacimiento de las madres, resolver conflictos).

-Modelo de atención de matronería de continuidad por número de casos [323–325]

Las mujeres siguieron el programa de visitas prenatal habitual con una visita extra en la 25 SEG y un curso de psicoprofilaxis gratuito; además, se les asignaron 2 matronas con las que pudieron discutir temas relacionados con el parto durante las visitas prenatales y, cuando fue posible, las acompañaron durante el parto. Las matronas compartían los turnos de guardia; ambas matronas estuvieron presentes en la cita estandarizada de la 36 SEG, cuando se les entregó un resumen del embarazo y un plan para el parto y puerperio, según las necesidades de la mujer. El equipo de investigación pidió a las matronas que se centraran mucho en el miedo de las mujeres al parto durante todas las visitas y que discutieran los sentimientos de las mujeres, las causas del miedo y las estrategias para afrontarlo.

-Psicoeducación combinada con apoyo intraparto [236]

Se incluyó: reunión presencial, individual o con la pareja, si lo deseaba, con la matrona, para establecer una relación de confianza; apoyo continuo durante el tercer trimestre y el momento del parto; visita al partitorio con explicaciones sobre los problemas obstétricos, equipo de profesionales, proceso del parto; redacción de un plan de parto; apoyo individual por teléfono si lo precisaba; y atención durante el parto por matronas conocidas y experimentadas, con formación específica en el tratamiento psicológico de mujeres con FOC.

-Intervención de apoyo individualizados para FOC [241]

Las mujeres del grupo experimental fueron invitadas al paritorio para una primera reunión con la matrona seleccionada, ofreciéndose en ese momento una exploración vaginal y un registro cardiotocográfico con el fin de exponer a las mujeres a estas rutinas. Si la mujer lo deseaba, se ofrecía una segunda visita con la matrona seleccionada en la sala de partos, con la cual se podía comunicar por teléfono o programar visitas adicionales al paritorio, para obtener más apoyo o información si lo precisaba, redactando un plan de parto si no lo había hecho antes. La mujer era informada de que las dos matronas asignadas intentarían asistir a su parto. Por otra parte, el obstetra a cargo de la unidad psicosocial ofreció apoyo individual continuo a las dos matronas asignadas.

-Intervención por equipo de matronas [238]

El equipo estuvo formado por cuatro matronas experimentadas, cuyo objetivo era garantizar la continuidad, brindar sensación de seguridad, iluminar las necesidades individuales y ofrecer apoyo durante el embarazo, el parto y el período perinatal.

1.7.5. Contenido de las intervenciones con psicoeducación

-Psicoeducación centrada en soluciones y entrenamiento de preparación para el parto [282]

El programa alentó las fortalezas de las mujeres para encontrar métodos efectivos de afrontamiento de sus miedos, formas de solución más útiles, enfatizando la autoeficacia de las mujeres. La psicoeducación incluyó el conjunto de preguntas “EARS” (provocando, amplificando, reforzando y empezar de nuevo).

-Psicoeducación basado en la Teoría del Cuidado Humano [292]

Incluyó el siguiente contenido: reconocimiento de la mujer y abandono del pasado obstétrico negativo; experiencias obstétricas subjetivas y colectivas; descubriendo los significados atribuidos al embarazo y parto; métodos de resolución de problemas utilizados en el miedo al nacimiento, descubrir posibles soluciones y reconocer fortalezas; formación sobre los tipos de nacimiento; desarrollar conciencia sobre la transformación del entorno de la sala de partos en un entorno de atención curativa; explicar los sentimientos/pensamientos positivos/ negativos sobre la maternidad y la paternidad en el período posparto.

-Psicoeducación por matronas [228]

En este estudio, además de los temas de capacitación prenatal, se incluyó: formación prenatal para que manejaran mejor la vergüenza, culpa y miedo; conversaciones interactivas donde las matronas dieron consejos útiles; y la adaptación a los procedimientos para mejorar la experiencia del parto, donde el apoyo profesional fue más allá del embarazo y el parto, con el apoyo psicológico/obstétrico individualizado y una mejora de la asertividad ante el parto.

-Psicoeducación vía internet [321,322]

Se describe el proceso, desde el inicio del embarazo hasta el parto y el puerperio. Con una duración de 8 semanas la participante tuvo la oportunidad de hacer preguntas sobre su propia situación. Incluyó: información sobre el desarrollo del embrión y los cambios en el cuerpo en el embarazo, preparación para el parto prestando especial atención a lo que sucede cuando comienza el TP, opciones para el manejo del dolor durante el parto, lo que sucede durante la segunda y tercera fase del TP, posibles emergencias que pueden ocurrir durante el parto, y la última sesión se centra en la tercera etapa del parto y el postparto.

-Intervención de psicoeducación de matronas BELIEF [68]

Entre los contenidos incluidos en el programa BELIEF se encuentran: la conexión terapéutica entre la matrona y la mujer (mostrándoles amabilidad; afirmando la competencia de la mujer con preguntas abiertas simples y no amenazantes, escucha atenta y aceptación de la perspectiva de la mujer), trabajar con las percepciones de la mujer (comprender el punto de vista de la mujer sobre el parto/visión del mundo/experiencias previas de parto/eventos reproductivos), apoyar la expresión de sentimientos (escuchando activamente, reflejando las preocupaciones de la mujer y nombrando las emociones), conectar las emociones y creencias con los comportamientos (aclarar malentendidos, completando los conocimientos que faltan o desafiando los malentendidos), revisar la experiencia de maternidad anterior (si procede); postular de manera realista cómo ciertos cursos de acción pueden haber tenido un resultado más positivo; reconocer la incertidumbre, promover expectativas positivas (trabajar la filosofía de nacimiento normal, discutiendo el parto como algo incierto, pero no peligroso, ofreciendo estrategias para disminuir el miedo), proporcionar enfoques positivos para el parto/planificación (brindar información basada en evidencia;

promover estrategias para mantener el control, incluido como gestionar resultados inesperados/negociar el sistema de maternidad) y mejorar el apoyo social (hablar sobre formas de recibir apoyo emocional adicional; ayudar a la mujer a que entienda que las personas que suponen su apoyo habitual es posible que estén luchando con sus propios problemas).

En la educación que queda integrada dentro de la intervención BELIEF, a todas las mujeres se les entrega información escrita, “Como elegir como dar a luz a su bebé”, sobre las ventajas y desventajas del parto vaginal y de la cesárea, para brindar apoyo en la toma de decisiones. Si las mujeres necesitan apoyo adicional se les proporciona un número de teléfono de contacto con una matrona [243].

-Psicoeducación aplicando teoría del comportamiento cognitivo [236]

Se determinaron los conocimientos de la mujer sobre el parto y se educó cuidadosamente sobre la relajación, explicando las características fisiológicas del pánico y la ansiedad. Aplicando la teoría del comportamiento cognitivo se evaluaron pensamientos, midieron sentimientos y discutieron la evitación y cómo alterar las reacciones ante ciertos pensamientos. Esta educación se combinó con el apoyo intraparto.

-Psicoeducación con relajación guiada [242]

La relajación sucedió a través de las etapas del parto imaginario, en un estado mental relajado con sugerencias positivas, calmantes y de apoyo. Las sesiones incluyeron: información sobre el miedo y la ansiedad; normalización de las reacciones individuales e información sobre las etapas del parto; rutinas hospitalarias, proceso de parto y alivio del dolor (en un paritorio con una matrona especializada en tratamiento de FOC); cambios en las relaciones, paternidad y mejora del entendimiento mutuo entre los padres; reconocer signos de la depresión postparto y vincularse con el feto; completar la preparación para el parto y el plan de parto; y discusión sobre las experiencias de parto, detección de síntomas de trauma y depresión, y discusión sobre la relación madre-hijo.

-Psicoeducación con estrategias de aumento de la autoeficacia [274]

En la primera sesión las madres se presentaron entre sí y hablaron sobre las causas del miedo al parto; después de la recopilación de las causas del miedo al parto, se

elaboró el contenido educativo en base a él. En la segunda sesión, una madre que dio a luz con éxito un parto normal (vaginal) expresó su experiencia, se explicó la ansiedad materna y sus efectos en el feto, exponiendo los beneficios del parto natural y los motivos y efectos secundarios de la cesárea.

1.7.6. Contenido de las intervenciones de asesoramiento

-Enfoque del asesoramiento multicéntrico [254].

El asesoramiento difirió entre los hospitales. En Oslo, el asesoramiento se centró en hacer un plan de parto, mientras en Dranmen, las consultas fueron administradas con comunicación empática, con el objetivo de ayudar a cada mujer a sentirse segura, prevenir la depresión y sentir que puede afrontar la maternidad. En Tromsø, se enfocó a la terapia cognitiva para identificar por qué las mujeres tenían FOC, enseñarles cómo afrontar la situación y ayudarlas a sentirse seguras; en Alesund, tampoco se usó ningún método especial y en Trondheim, se combinó la terapia cognitiva y la comunicación empática con el objetivo de que las mujeres lograsen un crecimiento personal y afronten satisfactoriamente el embarazo y el parto.

-Asesoramiento para mujeres con FOC intenso [255]

Los autores detallaron la experiencia en una región de Suecia. Las matronas se esforzaron por crear un lugar seguro para explorar el FOC, logrando un diálogo mutuo y una relación de confianza, en una atmósfera donde las mujeres se sintieran libre y seguras para examinar junto a ellas sus miedos pasados y futuros. Clasificó el asesoramiento en tres categorías: proporcionar una relación de confianza (crear seguridad y una relación de confianza a través de la claridad y la apertura; proporcionar conocimientos, inspirar esperanza y fortalecer a las mujeres, discutir abiertamente alternativas y formular un plan de parto); investigar el miedo presente y pasado (permitir que las nociones de las mujeres coincidan con la realidad, poner su experiencia de parto anterior en el contexto actual); y fuerte dedicación a la mujer.

-Asesoramiento por matronas [253]

Consistió en tres sesiones que incluyeron: incentivar a las mujeres a expresar emociones y actitudes sobre el parto a través de, preguntas abiertas, escucha activa y retroalimentación sobre las preocupaciones de las mujeres; realizar preguntas a las mujeres para ayudarles a resolver sentimientos presentes y creencias previas sobre el

parto, brindando información sobre las etapas del parto natural y fortaleciendo los pensamientos de las mujeres sobre el parto; y fortalecimiento de enfoques positivos de parto (proponiendo estrategias positivas para reducir miedos al parto) y ofrecer soluciones.

-Asesoramiento para el FOC por matronas [37]

El enfoque del asesoramiento por matronas para FOC, detectado en una encuesta nacional sueca, consistió en: fortalecer la confianza de la mujer en sí misma y en su capacidad de dar a luz, información sobre el proceso del parto, promesa de alivio temprano del dolor, pros y contras de los métodos de finalización del parto (vaginal vs cesárea), plan de parto escrito, revisión del registro del parto anterior (cuando correspondió) a través de la discusión individual entre la matrona y la mujer, alentar a las mujeres al parto vaginal, visita a la sala de partos y técnicas de relajación y respiración.

-Asesoramiento informal por matronas [252]

Las mujeres hablaron sobre sus pensamientos y sentimientos acerca de estar embarazadas y parir. La base de la intervención fue el apoyo, información y preparación para el parto, que favorece la confianza en sí misma y en su capacidad de dar a luz.

-Asesoramiento por dos matronas con actitud de afrontamiento o de autonomía [231]

La matrona con actitud de afrontamiento le comunicó que el parto vaginal es el modo de parto más seguro y natural y que cualquier obstáculo emocional para un parto vaginal, se puede superar mediante asesoramiento destinado a ayudar a la mujer a poner las experiencias anteriores de la vida en contexto con esos obstáculos. La matrona con actitud de autonomía le comunicó que, si bien el parto vaginal es el mejor, el final es la propia mujer quien decide como dará a luz y que ella apoyaría su elección.

-Asesoramiento por matronas del Grupo Gaia. [293]

El asesoramiento ofrece como componentes principales: la escucha activa para que las mujeres puedan relatar sus preocupaciones y experiencias anteriores; el estar presente como persona capacitada en la situación que las mujeres temen, es decir, el nacimiento y vinculan la información a la preocupación; y animar a las mujeres a escribir sus preferencias o, cualquier otra cosa que quieran que las matronas sepan, en los planes de parto. A menudo, estas sesiones tienen lugar en el paritorio, reduciendo las

preocupaciones en muchas mujeres, debido al efecto calmante de ver dónde tendrá lugar el nacimiento real antes de que suceda.

-Asesoramiento orientado a situaciones de crisis [143]

El asesoramiento fue ofrecido por matronas que pusieron énfasis en: el buen contacto y alianza; registrar sentimientos y preocupaciones relacionadas con el nacimiento; trazar la situación de vida, la salud psicológica y somática presente y anterior y el riesgo obstétrico; formular y procesar la ansiedad y los acontecimientos de la vida que podrían activarse por el nacimiento inminente; distinguir entre el nacimiento como factor provocador y los temas difíciles de la vida como causa de la FOC; y ayudar a la mujer a ver otras soluciones además de dar a luz por cesárea planificada.

-Asesoramiento orientado a la autoeficacia [259]

Se incluyeron seis sesiones con los siguientes objetivos y contenidos: promoción de la conciencia sobre el parto natural y el parto por cesárea; aumento de la fuerza vital a través de la excitabilidad fisiológica siguiendo programas deportivos, uso de técnicas de relajación y respiración durante el dolor; exposición a experiencias exitosas mediante el establecimiento de metas accesibles, aumentando la capacidad de lograr el desempeño; estímulos verbales y persuasiones para un desempeño exitoso; exposición a experiencias que puedan dominar y enriquecer su sentido de confianza; e identificar pensamientos dañinos, brindar soluciones a pensamientos irracionales y reemplazar pensamientos racionales.

1.7.7. Otros contenidos de intervenciones relevantes

-Haptonomía implementada por una matrona [302]

Constó de los siguientes contenidos: objetivos y la lógica de la haptonomía, explicando el proceso y las etapas del embarazo y el parto de acuerdo con la capacidad natural de la mujer, mostrando el video del efecto de las hormonas del embarazo del parto en los cambios anatómicos de la pelvis; se animó a las mujeres a expresar sus preocupaciones y problemas estresantes relacionados con el embarazo y el parto, y ayudar a las madres a resolver y reemplazar sus miedos y preocupaciones; entrenamiento de las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo fetal; se entrenaron los métodos de comunicación con el feto; aumentaron la conciencia de la madre sobre la conexión mente-cuerpo y fortalecieron los sentimientos y la actitud positiva hacia el

embarazo a través del control del dolor de parto y técnicas de respiración; se entrenó el efecto de cambiar la posición de la madre durante el TP; y practicaron técnicas de respiración.

-Entrevista motivacional [291]

Utilizando métodos como la formulación de preguntas abiertas, la escucha reflexiva, la validación y el resumen. En general, las sesiones abordaron el aumento de la motivación para el cambio, el fortalecimiento y el mantenimiento del compromiso con el cambio. En esta intervención se diseñó un sitio web dirigido por enfermeras diseñado para ayudar a prepararse para el parto, aumentar las creencias de salud y la autoeficacia del parto de las mujeres primigrávidas durante el parto y permitir una percepción positiva del parto.

1.8. La matrona y la educación prenatal

Puntos clave:

- La matrona **aplica los principios del razonamiento clínico**, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados en las diferentes situaciones clínicas.
- La **solidez de la profesión** se pone de manifiesto con el reconocimiento de las instituciones nacionales e internacionales.
- La matrona actúa dentro de un **modelo de atención propio** y en constante evolución.
- Las nuevas **tendencias en educación prenatal** incluyen modelos más humanizados, que promueven el parto normal y la participación activa de la mujer.
- La **educación prenatal** está actualmente **protocolizada**, pero se ha de tener en cuenta que comienza desde el primer contacto que la embarazada tiene con los servicios sanitarios.

1.8.1. Competencias en el cuidado de la mujer

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios. Considerada una figura esencial, que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral, durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad [331].

La Confederación Internacional de Matronas desarrolló en el año 2005 una nueva definición de Matrona [8]: *«Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, cuidados y consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio; dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona, así como proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de un nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.»* Esta definición fue adoptada por la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio de 2005, Brisbane, Australia [13].

El Código Deontológico de las Matronas [332] reconoce que estas profesionales, en relación a la obstetricia:

- Respetan el derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones, basadas en una información adecuada y promueven una actitud responsable por parte de esta respecto a los desenlaces derivados de su opción.
- Trabajan con las mujeres, apoyando su derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su propio cuidado, dándoles el poder de auto representarse en temas que repercuten en su salud y en la de su familia, dentro de su entorno cultural y social.

- Suministran cuidados a las mujeres y a las familias con niños, respetando su diversidad cultural, a la par que abogan por la eliminación de las prácticas nocivas dentro de esas mismas culturas.
- Fomentan en las mujeres expectativas realistas acerca del parto, en el marco de su sociedad, asumiendo como expectativa mínima el que la mujer no deberá ser dañada a consecuencia de la concepción o del parto.
- Aplican sus conocimientos profesionales con objeto de garantizar que los procedimientos del parto sean seguros en todos los entornos y culturas.
- Responden a las necesidades psicológicas, fisiológicas, afectivas y espirituales de la mujer que solicita cuidados sanitarios, independientemente de sus circunstancias.
- Sirven de eficaz ejemplo en la promoción de la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital, de las familias y de otros profesionales de salud.

Asimismo, la Confederación Internacional de Matronas contempla en su código ético los siguientes aspectos claves: *«Las matronas respetan el derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones basadas en una información adecuada; junto con las mujeres, trabajan con organismos que elaboran políticas con objeto de definir las necesidades de las mujeres en relación con los servicios de salud; aplican sus conocimientos profesionales con el objetivo de garantizar que los procedimientos del parto sean seguros en todos los entornos y culturas; son garantía de que los avances en conocimientos acerca de la Matronería se basan en actividades que protegen los derechos de la mujer como persona.»* [13].

Más específicamente, dentro del ámbito de la salud Materno-Infantil la matrona está capacitada para [6,8,29,331,333]:

- Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.
- Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

- Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de estos.
- Reconocer y prestar cuidados al RN, adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata. La atención al hijo RN sano hasta el 28 día de vida.
- Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a este; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico.
- Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario, en relación con los cuidados al niño, para que pueda garantizar el progreso óptimo del RN.
- Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- Involucran a las mujeres y sus familias en cada una de las partes del proceso de toma de decisiones, desarrollando un plan de cuidados para un embarazo sano y la experiencia del parto.
- Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.
- Minimizar las intervenciones tecnológicas.
- Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
- Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.

1.8.2. Reconocimiento nacional e internacional de la profesión

La solidez de esta profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la OMS, como por la Unión Europea, como una profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados

miembros, a través de las previsiones contenidas en la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/ CE, de 7 de septiembre transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales [331].

En España, durante años las matronas recibieron una formación enfocada a asistir los partos de forma intervencionista. A partir del cambio de formación de las matronas, a mediados de la década de los años noventa, es cuando, por primera vez, las matronas son las responsables de la formación de las nuevas profesionales, y en ella se incluye la perspectiva de la asistencia al parto normal sin intervención y las prácticas clínicas basadas en la evidencia [13]. Actualmente el perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) se ha ajustado a las directrices derivadas, de la Confederación Internacional de Matronas, a las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que se refiere a las actividades profesionales que, como mínimo, deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la salud de la mujer [331].

1.8.3. La matrona como factor protector en la salud maternal

En varios países la matrona ya actúa como factor protector de la mujer en las diferentes etapas de la vida, especialmente en países de Escandinavia y del norte de Europa es una profesional independiente que tiene el derecho legal de ejercer sin la supervisión de un médico, asumiendo la responsabilidad de ser la principal cuidadora de la mujer embarazada [334].

En el entorno de la atención primaria, los beneficios que representa para las mujeres el recibir una atención continuada del embarazo por matronas, se concretan en un aumento en la asistencia a los programas de atención prenatal y en una disminución del número de admisiones antenatales, además, las mujeres se sienten mejor preparadas y apoyadas durante el parto [13]. En el entorno de la atención especializada se han descrito otros beneficios con el modelo de atención por matronas, como son, tasas

menores de analgesia intraparto y de aceleración del TP, una mayor movilidad durante el parto, mayores tasas de parto vaginal espontáneo y menores tasas de cesárea, episiotomía, lesión perineal grave e ingreso en la unidad neonatal [6,8,13]. Estos resultados se entienden siempre atendiendo a los beneficios observados con modelos de matronas en partos de bajo riesgo [8].

Los conceptos claves de la matronería definen su especial papel para promover la salud de la mujer y de las familias en edad reproductiva, incluyendo [333]:

- Trabajar con las mujeres para promover su autocuidado y su salud, la de sus hijos y de sus familias.
- El respeto a la dignidad humana que considera a las mujeres como personas poseedoras de todos los derechos humanos.
- La defensa de las mujeres para que sus voces sean escuchadas.
- Sensibilidad ante los valores culturales; trabajando con las mujeres y con otros profesionales sanitarios, para tratar de superar aquellas prácticas culturales que son perjudiciales para las mujeres y los niños.
- Hacer énfasis en la promoción de cuidados de la salud y la prevención de enfermedades, que considera el embarazo como un acontecimiento normal de la vida.

Con un modelo de atención propio y en constante evolución, la matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia, en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil, proporciona una atención integral en las facetas: preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, trabajando en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, los cuidados y los consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio, basándose en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos vitales normales [6,8,331,333].

1.8.4. Evolución de la educación prenatal

Los cursos de preparación al parto son relativamente recientes en la historia de la obstetricia, siendo su origen hacia el año 1900 en Inglaterra. Hasta ese momento la medicina oficial se había preocupado muy poco de la obstetricia, ya que se daba a luz en casa, con ayuda de la comadrona y los consejos maternos [5]. Sobre 1920, se crean los primeros intentos de preparar para los acontecimientos del parto, con los estudios de

Jacobson y de Grantly Dick-Read se sientan las bases de la educación maternal. Por su parte Jacobson, en su obra “Relajación Progresiva”, explica cómo a través de la relajación muscular se obtiene también una relajación del tono vegetativo, todo lo cual facilitaría la dilatación y el TP [5]. Dick-Reads fue un médico británico que promovió el parto natural desde la década de 1920 a 1950, cuando ya hablaba del papel de las hormonas, de la necesidad de dar a luz con la persona con la que nos podemos sentir seguras, de que el miedo es altamente contagioso; observó cómo las mujeres sin miedos ni emociones negativas daban a luz mucho mejor, y llegó a la conclusión de que el dolor era engendrado por el miedo, que desencadena mecanismos de defensa en forma de tensión muscular, formando así el triángulo dolor-miedo-tensión [5,15]; creó entonces un método educativo basado en: información (charlas explicativas anulando el miedo a lo desconocido), relajación (técnica de Jacobson), y confianza entre el equipo asistencial y la mujer.

Dick-Read asegura que es imprescindible en primer lugar una buena salud, tanto física como mental, durante el embarazo; conocer de antemano cualquier factor físico o mecánico que pudiera predisponer a un parto difícil, educar a la embarazada para que el temor sea reemplazado por la comprensión y la confianza; instruir a las mujeres en el fenómeno del parto, de tal manera que puedan interpretar correctamente sus sensaciones, ayudando a las fuerzas de la naturaleza y no oponiéndose a ellas; enseñar a las mujeres a cómo prepararse ellas mismas al parto a través de la relajación y el control de la respiración física adecuada; la participación activa de la pareja; evitar los fármacos, a no ser que sean necesarios; ejercicios para los músculos abdominales y perineales; y no dejar nunca sola a la mujer [15].

Sobre 1950-60, en Europa y América del Norte, surge la necesidad de buscar alternativas ante la medicalización del parto. Aparecen diferentes métodos cuyo objetivo es la preparación física, psicológica y alternativas no farmacológicas. En Rusia, nace la Escuela soviética de Psicoprofilaxis Obstétrica, que conjuga las ideas de Pávlov sobre los reflejos condicionados con las de Reads. Este método fue expuesto en 1949 por el psiquiatra Velvoski, e introducido en el resto de Europa en 1951 por el tocólogo francés Ferdinand Lamaze, con algunas variantes [5]. Lamaze afirma que el dolor en el parto es una respuesta condicionada, siendo posible condicionar a las personas para dar a luz sin dolor. En especial, utiliza el reflejo contracción-respiración justificando los ejercicios respiratorios de tres formas: permiten a la mujer apreciar la relación

anatómica existente entre los órganos que influyen en el parto; dan un entrenamiento físico, usando una buena tensión muscular y un buen control; y proporcionan un intercambio gaseoso rico en oxígeno. Sobre la medicación, afirma que, si se aplica bien el método psicoprofiláctico, la analgesia y la anestesia son innecesarias [15]. Este método se basa en la confianza y la capacidad propias de cada mujer para dar a luz, pudiendo ser realizadas o atenuadas según la forma de actuar del profesional médico que las estuviera atendiendo y el lugar en el que dieran a luz [15]. Fue también en Francia donde se amplió el concepto de la educación maternal más allá del embarazo y del parto, aconsejando e informando a las mujeres sobre el puerperio y sus patologías, cuidados del RN, e incluso sobre planificación familiar. Y donde se introdujo el entrenamiento respiratorio como una forma fisiológica de alivio al dolor del parto, mejorando la oxigenación de la madre y el feto y evitando el impacto doloroso del diafragma contra el fondo uterino [5].

Las nuevas tendencias tienen en cuenta, vivir el parto conscientemente y la participación activa de la mujer y pareja en la preparación y nacimiento de su hijo. La humanización del acto de parir incluye además la creación de un ambiente afectivo adecuado en torno a la futura madre [5]. Sobre la década de los 80 se constituyeron centros de maternidad, los paritorios mejoraron su atractivo y se demostró que algunas prácticas eran poco efectivas o incluso perjudiciales. Se aúnan las antiguas técnicas de preparación al parto para un entrenamiento físico y psíquico, con otras nuevas (hipnosis, yoga, método de Bradley, técnica de reeducación postural global, la sofrología, método RAT o la haptonomía o comunicación a través del tacto, y otras muchas), dándole un enfoque además racional y global al acto de parir [5].

Otros hitos de las corrientes actuales sobre educación maternal, a destacar, son:

- Robert Bradley [335], sobre los años 1950-1960, animó a los padres a participar en el parto como acompañantes de apoyo. Fundó la *America Academy of Husband-Coached Birth* para formar profesores y extender la práctica de este método: “Es un método simple de aumentar la autoconciencia, la enseñanza a una mujer en la manera de lidiar con el estrés del trabajo para sintonizar con su propio cuerpo”.
- Sheila Kitzinger, en la década de los 60, describió el parto como un acontecimiento personal, sexual y social. Su método hace hincapié en la conciencia corporal, técnicas de relajación y técnicas especiales de respiración. Incluye el plan de parto y

promueve el empoderamiento de la madre, dando toda la información que necesitan para tomar decisiones sobre sus partos.

- La Asociación Internacional de Educación para el Parto [336], ICEA por sus siglas en inglés, se fundó en 1960; certifica a profesionales capacitados para brindar atención perinatal centrada en la familia y promover la libertad de elección basada en el conocimiento de alternativas en el parto. Su misión es educar y crear una comunidad de profesionales que trabajen para aumentar el acceso global a una atención perinatal segura, culturalmente respetuosa y centrada en la familia, promoviendo el apoyo a las consumidoras de cuidados maternos, a los educadores y profesionales sanitarios que creen en la libertad de elección basada en el conocimiento de alternativas. Se empieza, con este movimiento, a criticar y examinar las prácticas obstétricas tradicionales y a utilizar los descubrimientos y las técnicas de las diferentes aportaciones científicas. Esta asociación no da preferencia a un único método de preparación al parto, sino que apoya diferentes técnicas basadas en la evidencia científica.
- Dentro de las nuevas corrientes en las que se basa actualmente la educación maternal, el doctor T. Berry y Frederic Leboyer, sobre 1975, intenta completar el método psicoprofiláctico humanizando el parto. Propugna, respecto al ambiente de parto y el nacimiento sin violencia, con la manipulación más cuidadosa del RN, que tendrá efectos a largo plazo en la salud psíquica, emocional y espiritual de la persona [5].
- En 1994 se organiza la *Coalition for the Improvement of Maternity Services* [337], que representa a treinta organizaciones norteamericanas de comadronas, enfermeras de maternidad, educadores para el parto, doulas, entre otros. Este grupo empieza a trabajar en la iniciativa “Hospital Amigo de la Madre”, que fomenta un modelo de maternidad centrado en la madre, basado en estudios científicos y en la eficiencia. Redactan el primer documento de consenso sobre la atención maternal estadounidense que tiene en cuenta: la normalidad del proceso del parto, el empoderamiento, la autonomía, el no hacer daño, la responsabilidad y la violencia obstétrica.

En nuestro país, uno de los principales promotores de la educación maternal fue el doctor Aguirre de Cárcer que, en 1960, introduce su método al que denominó

Sofropedagogía Obstétrica. Su objetivo fundamental no es lograr la analgesia del parto sino conseguir un nuevo patrón sociocultural. Lo define como “urdimbre afectiva”, la mujer y la pareja adquieren conocimientos y, sobre todo, se preparan para formar un nuevo grupo familiar [5]. En los últimos, tiempos la atención al embarazo, parto, puerperio y la atención neonatal en España ha experimentado un cambio con la potenciación de la Atención Primaria y el acercamiento de los servicios de salud a la ciudadanía, lo que ha conllevado que las Comunidades Autónomas hayan ido introduciendo cambios en la atención, que incluyen a su vez cambios en la educación maternal, basándose en protocolos clínicos, normativas y proyectos a nivel institucional, para favorecer la desmedicalización del proceso [2]. Actualmente, la educación maternal constituye algo habitual entre nuestras gestantes y está plenamente integrada dentro de nuestro sistema sanitario [5].

1.8.5. La educación prenatal protocolizada

La atención prenatal protocolizada es el conjunto de intervenciones que recibe una mujer embarazada por parte de los servicios de atención de salud, según un cronograma establecido. La primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional [15]. Su propósito es prevenir o identificar y tratar condiciones que puedan amenazar la salud del feto/RN y/o de la madre, y ayudar a la mujer a abordar el embarazo y el parto como experiencias positivas dentro de las necesidades específicas de cada mujer embarazada, y coherente con la atención a un proceso fisiológico y natural [334,338].

El seguimiento del embarazo estructurado en sucesivos controles, dentro de la atención primaria, hace posible el desarrollo continuado de una labor educativa que contribuya a mejorar la vivencia natural y positiva del embarazo [15]. En este sentido, la EAPN [27] recomienda durante la atención prenatal:

- Asegurar y garantizar el acceso y comprensión de la información a las mujeres sobre el proceso fisiológico del parto y, sobre el conocimiento disponible acerca de las diferentes prácticas clínicas avaladas científicamente en la atención al parto.

- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo con sus necesidades y expectativas.
- Respetar las decisiones que tome la mujer acerca de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo, dentro del marco de seguridad y calidad establecido por la evidencia científica).
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales, que dificultan la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres.
- Facilitar a las embarazadas y a sus parejas el conocimiento de la maternidad y el personal que les atenderá en el parto.
- Desarrollar programas que estimulen en las mujeres la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y posparto.
- Investigar estrategias de divulgación efectivas que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y acorde con sus valores y creencias.
- Establecer los mecanismos para garantizar que todas las usuarias hagan uso de su derecho a tomar decisiones informadas, en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante la toma de decisión.

La atención de calidad a las mujeres embarazadas debe conllevar el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación de la atención primaria y hospitalaria, con un seguimiento del embarazo que fomente su autoexpresión [167,338]. La mujer que acude a su cita individual con la matrona de atención primaria, establece una relación cercana y de confianza, pudiendo comentar sus temores, sus dudas, y sus preferencias en el parto [8]; es una misión de los profesionales de la maternidad responder a las expectativas y circunstancias de cada mujer, promoviendo su autonomía y el desarrollo personal [2], así como proveer de apoyo informativo, material y emocional para el afrontamiento de la maternidad según necesidades individuales y familiares [8,17,334]. En el consenso y toma de decisiones conjuntas se clarifican las opciones y se exponen creencias, valores, temores y

experiencias, lo que constituye un vínculo de respeto y reconocimiento mutuo en la relación usuaria-profesional, que favorece a su vez la satisfacción materna [2].

Según se identifica en el Programa para la Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva [17], la atención a la salud en el embarazo, parto y puerperio es una prestación que se garantiza, desde el sistema sanitario público, a todas las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma Canaria, incluyendo dos tipos de actuaciones: una asistencial, dirigida a vigilar la salud de la mujer durante todo el proceso y otra de promoción de la salud, que incluye la preparación a la maternidad y a la paternidad. La educación para la salud en el embarazo, parto y puerperio, tanto a nivel individual en la consulta como grupal, contribuye a la preparación física y psicológica de la madre para afrontar el embarazo y los cambios que se van a ir presentando, el parto, su recuperación en el puerperio y a que la vivencia de todo el proceso sea lo más armoniosa posible, tanto para la madre como para su pareja, a la vez que se transmite la importancia de fortalecer el vínculo afectivo con su futuro hija o hijo.

Las sesiones de EP protocolizadas tienen un orden cronológico, aconsejándose su inicio antes de la 20 SEG, con un abordaje multidisciplinar siempre que sea posible. Se desarrollan en el centro de salud, en un espacio físico adecuado y se da la posibilidad de visitar las maternidades; como objetivos específicos se plantean [17]:

- Informar y sensibilizar sobre los aspectos de género, la violencia contra las mujeres y sus repercusiones en la salud.
- Adquirir conocimientos sobre anatomía, fisiología y desarrollo embrionario y fetal.
- Conocer las modificaciones debidas a la gestación, identificando y disminuyendo los miedos y ansiedades generados por la gestación y el parto.
- Conocer las manifestaciones clínicas y los signos de alarma que puedan aparecer.
- Conocer el significado de la maternidad y la paternidad, así como los aspectos psicológicos y sociales del embarazo.
- Adquirir conocimientos básicos sobre alimentación y el ejercicio físico en esta etapa.
- Conocer las medidas existentes de protección social y de apoyo a la maternidad, a la paternidad y a la familia.

- Conocer la Estrategia recomendada por la OMS de Atención al Parto Normal.
- Elaborar el Plan de Parto incorporando la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas.

Dentro de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [2] se incluye, la preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza, con el objetivo de facilitar una vivencia satisfactoria de la experiencia, eliminando miedos e incertidumbres y proporcionando información adecuada acerca de todo el proceso. Existen diversos métodos de educación maternal grupal, cada uno inspirado en una filosofía diferente, pero todos, con el objetivo de proporcionar confianza y capacidad de autocontrol a la mujer para que afronte satisfactoriamente el parto [5], incluyendo instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el TP [13].

El objetivo general de la educación prenatal en nuestro entorno ha sido el de ofrecer a la mujer y acompañante, la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio en esta etapa de la vida, favoreciendo el óptimo desarrollo del embarazo y la vivencia positiva de la maternidad y la paternidad, a través de: la promoción de hábitos de vida saludable; la adquisición de habilidades básicas que le permitan afrontar satisfactoriamente el proceso de maternidad; fomentando actitudes positivas y la toma de decisiones, de forma libre, responsable y saludable [17]. Se ha de tener presente que la EP comienza desde el primer contacto que la embarazada tiene con los servicios sanitarios. Desde que se tiene conocimiento de la situación de embarazo, debe establecerse un cauce de comunicación y confianza entre el equipo profesional encargado de su seguimiento y la madre [15].

2. JUSTIFICACIÓN

2. Justificación

El parto es un proceso biológico para el que las mujeres están física y psicológicamente preparadas. El miedo es una emoción básica que cumple una función imprescindible en la adaptación a los distintos procesos vitales. El miedo que las mujeres tienen al parto, hasta cierto nivel, puede considerarse normal, pero altos niveles de miedo interfieren con el proceso fisiológico del parto. Factores como la falta información, las experiencias propias o ajenas sobre partos traumáticos, antecedentes personales, factores socioculturales o las características del propio sistema sanitario, influyen positivamente en el aumento del FOC durante el embarazo.

La evidencia disponible sobre los resultados asociados a esta problemática ha sido objeto de estudio en diferentes entornos, coincidiendo en los efectos negativos sobre el bienestar materno, los resultados obstétricos y neonatales y la satisfacción materna. La influencia del FOC sobre las preferencias de las mujeres en cuanto a la finalización de la gestación también han sido ampliamente estudiadas, confirmando su asociación con una mayor inclinación hacia la CE. El alivio del FOC, desde la perspectiva del parto humanizado, puede ayudar a las mujeres embarazadas a vivir una experiencia de embarazo y parto positiva, evitando resultados adversos asociados al mismo, durante y tras el parto, actuando, a su vez, como factor protector ante el incremento del número de cesáreas a nivel mundial.

El FOC es un problema real, para el que las mujeres necesitan apoyo profesional. Si la tocofobia deja de abordarse puede volverse más intensa en embarazos posteriores o incluso provocar la evitación del embarazo, favoreciendo así la tendencia a la baja en la natalidad de nuestro entorno. Se ha demostrado que en la medida que exposiciones negativas puedan ser disminuidas, eliminadas o reemplazadas por factores positivos, los resultados de la maternidad y la salud posterior de la madre y de la descendencia mejoraran [339].

Un mayor conocimiento social sobre el tema proporcionará una mejor oportunidad de prevención y tratamiento. Con esta tesis, y desarrollo de un ensayo clínico, se ha querido implementar, atendiendo a la EAPN del Ministerio de Sanidad [27], acciones contempladas entre sus líneas estratégicas, como son: promover la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones, fomentar su papel activo en el proceso, concienciar al personal sanitario fomentando la actualización de los

conocimientos y sus habilidades y fomentar el aprendizaje institucional dando a conocer nuestra experiencia, facilitando la transferencia de conocimientos y su difusión.

Independientemente de la falta de claridad en cuanto al diagnóstico del FOC, los métodos de detección válidos disponibles deben estar seguidos de adecuadas terapias en la práctica clínica para abordar el FOC, de manera que puedan prevenir, o al menos reducir ese sufrimiento y sus consecuencias [38,226]. Actualmente, en el entorno español, se disponen de dos instrumentos válidos, específicos para el FOC, que posibilitan la promoción de la investigación relacionada con este aspecto. Es prioritario paliar la brecha existente en la investigación sobre el FOC en nuestro entorno, que contrasta con la evidencia aportada por otros países desarrollados, donde el FOC es foco de la investigación por matronas y otros profesionales sanitarios.

Las matronas desarrollan y comparten conocimientos en obstetricia mediante procesos diversos, como la revisión de conocimientos adquiridos y la investigación [332]; siendo garantía de la aplicación de avances en conocimientos acerca de la obstetricia que estén basados en actividades que protegen los derechos de la mujer. Como profesional competente, la matrona está capacitada para desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del RN [331].

La evaluación de métodos de intervenciones que se deben utilizar para tratar el FOC representa una importante prioridad de investigación; es necesario determinar qué elementos contribuyen a la eficacia terapéutica. Hasta el momento se ha evidenciado que estas intervenciones deben de ser sostenibles desde la perspectiva de los recursos [41] y de las experiencias de las mujeres con FOC [59], y que su evaluación, como recomienda la OMS [334], debe realizarse mediante ensayos clínicos aleatorios bien diseñados para cada intervención, especialmente en los lugares donde se esté considerando la introducción de servicios especiales que ofrezcan asesoramiento por FOC [53]. En este momento es imposible recomendar ninguna terapia específica para FOC, pues se requiere ensayos que apliquen una definición preespecificada de FOC, con herramientas validadas para mujeres embarazadas y donde se describan detalladamente todas las técnicas empleadas [219].

Por todo lo planteado, se decidió iniciar esta línea de investigación mediante un ECA que abordara el miedo al parto desde la perspectiva de la matrona, con ánimo de

incrementar la evidencia sobre un aspecto poco conocido en nuestro entorno, que se presumía presente entre las mujeres de nuestro entorno, y del que muy poca investigación ha sido generada en nuestro país. Impacta el conocer como otros países homónimos, social y culturalmente hablando, con similares sistemas sanitarios, han avanzado no solo en investigación sobre el FOC, sino en la implementación de un abordaje que, a falta de una mayor solidez en la investigación sobre su efectividad, parece que mejoran sustancialmente la atención y salud maternofilial.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3. Hipótesis y objetivos

3.1. Hipótesis

La hipótesis de esta tesis doctoral afirmaba que una intervención integral específicamente diseñada y llevada a cabo por matronas para el abordaje del FOC, basada en educación prenatal y apoyo intraparto, sumada a la atención habitual, reduciría significativamente los niveles de miedo en mujeres con alto FOC, en mayor medida, que si solo recibieran la atención habitual.

3.2. Objetivo principal

El objetivo principal del estudio fue el de evaluar la efectividad, en términos de variación en los niveles de FOC con mujeres con altos niveles de miedo, de una intervención de EP y de apoyo intraparto específico para FOC.

3.3. Objetivos secundarios

Como objetivos secundarios se establecieron:

1. Describir las variables sociodemográficas, obstétricas, de preferencia de lugar y tipo de parto deseado y de experiencia anteparto en el segundo trimestre de embarazo, de la población de mujeres evaluadas para participar en el ensayo clínico.
2. Describir las preferencias de lugar y tipo de parto deseado por las mujeres participantes, en ambos grupos del ensayo clínico, en el segundo y tercer trimestre de gestación.
3. Desarrollar e implementar una intervención de EP grupal en línea, dirigida por una matrona y orientada al abordaje del FOC.
4. Evaluar la experiencia, en la atención de mujeres con FOC, de las matronas que prestan su atención en el área del paritorio del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC).
5. Organizar un grupo de matronas experimentadas en la atención de mujeres con FOC, para ofrecer una intervención específica intraparto.
6. Indagar sobre la adherencia de las mujeres participantes a las clases de EP habitual, impartidas por la matrona del centro de atención primaria de salud.
7. Comparar la efectividad de la intervención integral, para FOC, con la atención habitual en términos de satisfacción materna.

8. Explorar el apoyo percibido para el FOC por las mujeres participantes, durante el embarazo y el parto.
9. Comparar la efectividad de la intervención integral para FOC, en términos de resultados obstétricos y resultados neonatales.
10. Evaluar la atención ofrecida por las matronas, durante el acompañamiento intraparto, de las mujeres del GI del ensayo clínico.

4. INTERVENCIÓN

4. Intervención para el miedo al parto

4.1. Marco conceptual

Puntos Claves

- Se han seguido ciertas propuestas y recomendaciones incluidas en la **Estrategia de Atención al Parto Normal**.
- Las competencias **de la matrona** están reconocidas por organismos nacionales e internacionales.
- **Modelos dirigidos por matronas**, en mujeres de bajo riesgo, proporcionan mayores beneficios que otros modelos médicos.
- Los profesionales sanitarios no deben limitarse a cuidar, sino **educar y participar** en el proceso de salud de la mujer, permitiendo la que **tome sus decisiones** informadas.
- **La educación para la salud adaptarse** a los objetivos y al grupo de la población destinataria.
- Los métodos de educación maternal **proporcionan confianza y capacidad de autocontrol** para que la mujer afronte satisfactoriamente el parto.
- Las **decisiones informadas** que tome la mujer, acerca de las actuaciones de su parto dentro del marco de seguridad y calidad en su atención; quedando recogidas en el **plan de parto**.
- Se debe **empoderar** a las mujeres, fomentando la actitud de **afrontamiento positivo del parto**, siendo protagonistas de su parto.
- El **apoyo emocional, la información y el asesoramiento**, reducen la ansiedad y el miedo al parto.
- Los **beneficios del apoyo emocional continuo** por parte de su pareja, o persona elegida, están constatados.

4.1.1. Intervención experimental atendiendo a propuestas de EAPN

El diseño de la intervención educativa y de apoyo por matronas, objeto de este estudio, ha seguido las propuestas incluidas en la EAPN del Ministerio de Sanidad [27], entre ellas destaca: *“Propuesta de mejorar la información, la educación para la maternidad y la participación activa de las mujeres, así como de sus parejas”*.

Es clave que la embarazada conozca los cambios y las etapas del proceso de parto desde el punto de vista fisiológico-emocional, que tenga una vivencia autónoma satisfactoria y que sepa reconocer los signos de evolución, incluido los de inicio del verdadero TP, para evitar ingresos precoces, la prolongación y las complicaciones asociadas. Es este sentido, se debe reforzar dentro de la atención a la maternidad [27]:

- Ofrecer la información adecuada a cada mujer, aprovechando la especial receptividad y sensibilidad del momento, para reforzar sus capacidades y confianza.
- Empoderar a las mujeres impulsando la atención natural al parto normal.
- Promover la educación para la maternidad y la corresponsabilidad paterna.
- Visibilizar y compartir experiencias positivas de partos normales, y abordar miedos e incertidumbres.
- Proporcionar asesoramiento para la elaboración del “Plan de Parto”.
- Promover los grupos de apoyo o grupos de soporte entre iguales.
- Mejorar la comunicación entre profesionales y mujeres.
- Permitir el acompañamiento desde el ingreso en el hospital, de modo continuado durante todo el proceso, y por la persona elegida por la mujer como elemento fundamental para favorecer el parto normal y aliviar el dolor.
- Facilitar intimidad, libertad de movimientos y un ambiente acogedor.
- Mejorar la oferta de métodos alternativos para el manejo del dolor.
- Evitar instrumentalizar el parto normal y ofrecer una atención humanizada, orientada a las necesidades de la mujer y basada en la evidencia.
- Fomentar la atención al parto normal por las matronas; reconocer su papel, competencias y autonomía, formando parte del equipo obstétrico.
- Mejorar las condiciones del nacimiento y la atención neonatal, informando a la madre de la importancia de las recomendaciones y contando con sus opiniones.

4.1.2. Educación para la salud

Como ya se ha expuesto, la matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud de la mujer, su familia y la comunidad [333]. La educación para la salud aborda no sólo la transmisión de información, sino el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, mediante cambios en las actitudes y los estilos de vida [29].

La Declaración de Barcelona sobre los “Derechos de la Madre y el Recién Nacido” [26] estableció que, *“se debe tener en cuenta el respeto a la diversidad de culturas y creencias de las embarazadas, promoviendo la participación en los procesos de decisión (diagnósticos y/o terapéuticos) que le afecten, tanto a ella como a su hijo, respetando siempre el principio de autonomía”*. En dicha declaración se hace hincapié en el derecho de la mujer a recibir una adecuada educación e información sobre salud reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales, lo que deriva en la promoción por parte de los servicios de salud de los cursos de preparación al parto y la maternidad, como una parte integrante de la atención prenatal.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [2] contempla la promoción de la salud en el embarazo y establece recomendaciones base, tenidas en cuenta en el diseño de la intervención de educación prenatal experimental, destacan:

- Conocer el estado de salud de la mujer, su reacción física y psíquica a factores de estrés, individualizar sus peticiones y elecciones, y conocer la disposición emocional de la mujer hacia el embarazo y los cambios de la maternidad.
- Ofrecer asistencia continuada y de calidad, que cuide la relación humana, la difusión de información veraz, la empatía, el desarrollo de los recursos de afrontamiento de la mujer frente al estrés, empoderándoles en todo el proceso.
- Elaborar materiales informativos y educativos para la promoción de la salud durante el embarazo que estén basados en el mejor conocimiento existente.
- Promover el bienestar psicológico y emocional de las gestantes, proporcionando la información adecuada a las mujeres sobre los cambios emocionales y psicológicos habituales en la gestación.

Asimismo, en su desarrollo, los profesionales han tenido en cuenta:

- La importancia de desarrollar una relación de confianza y empatía con la mujer embarazada, explorando sus ideas, preocupaciones y expectativas.
- Realizar una adecuada anamnesis que detecte factores psicosociales de riesgo, valorando la relación de la mujer con su entorno y el grado de apoyo que recibe.
- Que existe un fenómeno normal en la gestación definido como transparencia psíquica, por el cual afloran vivencias y recuerdos de la propia infancia y relación materna, como un reajuste sano y necesario.

- Evitar los factores de estrés derivados de la realización de cualquier exploración innecesaria o de información alarmista.
- El acompañamiento efectivo por la pareja o persona de confianza de la gestante a lo largo del proceso facilita el bienestar emocional de la mujer.

Si bien la educación sanitaria es continua en cada contacto de la mujer con las instituciones sanitarias, tanto a nivel de Atención Primaria como de Atención Especializada, la educación maternal funciona mejor en grupo que individualmente. En la dinámica de grupo se crean, por parte de las gestantes, interdependencias o relaciones intragrupalas que ayudan al trabajo del nivel afectivo y emotivo [5]. El papel que desempeñan los grupos como sistemas sociales en las conductas de salud y enfermedad está ampliamente reconocido, ofreciendo ciertas ventajas en comparación con la educación individual, como son [29]:

- Economiza el tiempo personal y favorece el intercambio de experiencias entre los participantes del grupo.
- Aumenta la motivación y la autoestima.
- Crea una interdependencia positiva entre los miembros del grupo.
- Facilita el cambio de actitudes y creencias.
- Desarrolla habilidades interpersonales y estrategias para resolver conflictos.
- Promueve el respeto por los otros.
- Aumenta el número de puntos de vista en la búsqueda de soluciones.
- Es más eficiente.

La dinámica de grupos considera al conjunto de personas que interactúan mutuamente movidas por un fin común a todas ellas. En el caso de la EP son madres, padres y/o acompañantes que quieren vivir un embarazo, parto y puerperio de forma positiva y gratificante liderados por una persona con preparación técnica [17]. Para programar, y lograr aprendizajes significativos en los contenidos y objetivos, no basta con una charla grupal o una información/consejo breve en consulta, sino que se requiere un proceso educativo, con varias sesiones individuales o grupales que posibilitan [29], como en la intervención experimental propuesta, que las mujeres puedan: expresar y/o investigar su propia realidad, reorganizar conocimientos, analizar la situación, reflexionar sobre aspectos del área emocional., decidir la acción sobre su realidad, desarrollar los recursos y habilidades necesarios.

La matrona o el profesional que imparte el curso de educación sanitaria utilizara técnicas que ponen de manifiesto hechos, opiniones, actitudes, etc., adaptando los contenidos e intentando dar respuesta a cada una de las demandas [5]. Atendiendo a las habilidades de comunicación del docente, se requiere combinar adecuadamente componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales y, además, adecuarse al interlocutor y al contexto en el que ocurre la interacción comunicativa.

No existen técnicas didácticas estándar, sino que deben adaptarse a los objetivos y al grupo de la población con el que se esté trabajando [29], combinando técnicas y utilizando la motivación por parte del profesional para que la dinámica de grupo pueda funcionar, lo que hace posible la consecución de distintos objetivos [5,29]. En este sentido, en la atención integral para FOC trató de combinar:

- **La clase magistral:** a través de lecciones sobre temas elegidos específicamente para el grupo de mujeres con FOC. Su principal objetivo se sitúa en el aporte de información, estando acompañada de medios técnicos como videos, y diapositivas.
- **La discusión en grupo:** considerado el mejor método de educación grupal, entendido como el más democrático y participativo para la modificación de conductas y actitudes. Los distintos puntos de vista de los miembros del grupo, mujeres con FOC, permiten un enriquecimiento grupal con las opiniones y confrontación de ideas. Como está recomendado, el tema es de interés para todo el grupo y no se sobrepasa las 15 participantes.
- **Enseñanza práctica:** incluye el abordaje de las actitudes y habilidades que no cubre la enseñanza teórica.
- **La narración:** mediante la transmisión de un relato breve, de hechos reales o imaginarios, con argumento sencillo.

En los siguientes *apartados, del 4.1.3 al 4.1.6*, se exponen los conceptos sobre los que se fundamentan la educación prenatal y apoyo intraparto incluidos en este ensayo clínico.

4.1.3. La planificación del parto y la toma de decisiones

La participación de las mujeres y la toma de decisiones en cuanto a su salud implica recibir previamente toda la información posible sobre su proceso reproductivo, de manera adecuada y oportuna en el tiempo, que incluya todos los aspectos que faciliten tal participación durante todo el proceso, dentro del respeto a la evolución

natural y valorando la aplicación de cualquier intervención si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer [328]. Con esta información la mujer adquiere autonomía para comentar con el personal sanitario las opciones existentes, consensuando y decidiendo conjuntamente las que consideran mejores para ella [17]. La mujer que va a parir puede encontrarse en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica, y tener dificultades para expresar sus deseos y necesidades, por ello, se debe hacer un mayor esfuerzo para facilitar la expresión de estas necesidades y asegurarse de que las decisiones se adoptan con las garantías suficientes en cuanto a información y libertad de elección [10]. Los cuidados deben estar enfocados en ella, adecuándolos a sus circunstancias y necesidades personales, y respetando sus opciones [13].

A partir de la publicación de la EAPN se hace hincapié en la necesidad de respetar las decisiones que tome la mujer informada acerca de su parto, dentro del marco de seguridad y calidad en la atención. Las decisiones pueden quedar recogidas en el documento denominado “Plan de Parto” [15], documento escrito en el que la mujer gestante manifiesta, y deja constancia, de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de su bebé [13]. La EAPN recomienda en cuanto al plan de parto [2]:

- Realizar siempre que la mujer lo desee, idealmente entre las semanas 28 y 32 del embarazo, para entregarlo en el hospital de referencia o en aquel elegido para el parto.
- La matrona responsable del seguimiento del embarazo deberá informar, asesorar y ayudar a la mujer en la elaboración del plan de parto.
- En caso de que algún aspecto recogido en el Plan no pueda ser atendido, el centro explicará debidamente las razones que lo justifiquen.
- Antes del parto, la matrona responsable de su atención revisará y comentará con la mujer los aspectos recogidos en el plan de parto.
- El hospital establecerá los sistemas de información que permitan realizar una evaluación de la calidad de la atención a dichos planes.

Entre las opciones que suelen formar parte de los planes de parto hay algunas que generan un alto grado de consenso, son las que reflejan los aspectos más emocionales y relacionales, como la posibilidad de decidir el acompañante, el contacto

precoz y continuado con el bebé, o favorecer el inicio precoz de la lactancia materna [340]. Parece evidente que estos cuidados deben constituir la base de la atención al parto, en lugar de ser una opción que sugiere la posibilidad de elegir otros cuidados, lo mismo ocurriría con la necesidad de información y la solicitud de consentimiento respecto a las intervenciones a realizar [340].

Existe una importante contribución a la angustia en la mujer debido a la incongruencia entre la experiencia real del embarazo y la maternidad y sus planes, lo que apunta a la necesidad de promover su conciencia sobre el desarrollo de planes y expectativas realistas, así como estrategias concretas para hacer frente a los desafíos esperados [341]. A lo largo de la gestación la mujer habrá planificado, con la matrona que le atiende cómo desea su parto, para que durante el mismo, una vez evaluados los posibles riesgos, acomodar los deseos expuestos en el plan de nacimiento a la evolución del proceso, evitando la obsesión por un “parto perfecto”, y advirtiéndole que las expectativas y los planes de parto están sujetos a la situación clínica, por lo que se pueden producir desviaciones si la evolución del parto lo requiere [13]. Otras mujeres, dada la imprevisibilidad del proceso de parto, prefieren decidir algunas cuestiones solo cuando llega el momento, por ejemplo, por miedo a enfrentarse a los distintos escenarios [340].

El plan de parto supone una gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilita la comprensión del proceso y la participación activa de la mujer y su pareja; este recurso evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, sin eximir el derecho de modificar el plan de parto o revocarlo de forma parcial o total durante el parto, y la estancia en el hospital [15].

4.1.4. El afrontamiento del parto

En relación al afrontamiento del parto se sugiere que las intervenciones que incluyen estrategias para mejorar la autoeficacia y promover una regulación emocional positiva podrían ser beneficiosas para las mujeres embarazadas y las madres primerizas que están angustiadas [341].

La autoeficacia es un constructo que se refiere a las creencias en la capacidad para hacer frente a una situación. Dependiendo de cómo los individuos perciben sus capacidades en la situación que se avecina, la eficacia afectará a la motivación, la vulnerabilidad, la angustia emocional y, no menos importante, puede influir en el

comportamiento que será iniciado en la situación dada [342,343]. La autoeficacia del parto se ha correlacionado con dimensiones positivas como el sentido de coherencia y apoyo materno, y negativamente con enfermedades mentales previas, estados de ánimo negativos y FOC [344].

Las creencias, actitudes y otras variables son motivadoras importantes del comportamiento. Las mujeres que dudan de su capacidad para afrontar el parto, en parte lo hacen debido a la incertidumbre que aparece cuando existe un desconocimiento real de lo que puede ocurrir a lo largo de la atención perinatal, siendo el riesgo que entraña el proceso la principal preocupación. Estas emociones se presentan en los dos niveles asistenciales; mientras que en atención primaria obedece a factores relacionados con las experiencias previas y la amenaza del riesgo, en la atención hospitalaria emerge como resultado de un importante déficit de información por parte de los profesionales [120].

Las actitudes no son innatas, se adquieren en determinados contextos; una actitud de afrontamiento se puede aprender a través de la reflexión crítica, o la conciencia de la actitud del profesional, la matrona en este contexto, con resultados clínicos medibles, como el cambio en la preferencia del tipo de parto [29,231]. Las actitudes forman parte de la conducta y, por tanto, de la toma de decisiones; el empoderamiento de las mujeres, fomentando la actitud de afrontamiento positivo del parto, es clave para que sean capaces de vivir como protagonistas de su parto [17].

En favor de aumentar el afrontamiento positivo del parto en las mujeres, la EAPN establece las siguientes recomendaciones que se han tenido en cuenta [27]:

- Garantizar el acceso y comprensión de las mujeres, de la información basada en la evidencia.
- Desarrollar programas de educación sanitaria que propicien la participación activa en el proceso, y el conocimiento de las embarazadas y sus parejas.
- Dar a conocer experiencias positivas de parto (vídeos, testimonios, etc...).
- Establecer mecanismos para garantizar a todas las usuarias hacer uso de su derecho a tomar decisiones en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios.
- Respetar las decisiones que tome la mujer (plan de parto) dentro del marco de seguridad y calidad de la atención.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la participación de las mujeres.

4.1.5. El apoyo profesional en el parto

El contacto humano, el apoyo y la tranquilidad faciliten la reducción del miedo, el estrés y el dolor mediado por la hormona oxitocina, lo que explica qué el apoyo social e individual durante el parto por sea crucial [345]. Una de las tareas más importantes de la matrona es acompañar a la mujer en el parto e ir creando vínculos para un correcto desenlace que permita a la mujer crear su propio constructo de vivencias relacionadas con el nacimiento de su hijo [8].

La EAPN potencia la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, centrando sus recomendaciones en cuatro líneas estratégicas [2]: abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible; participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones; formación de profesionales; e investigación, innovación y difusión de buenas prácticas. Se trata de promover que la mujer sea la protagonista en el proceso, potenciando su capacidad de resiliencia para facilitar el progreso fisiológico y la toma de decisiones. Desde la perspectiva de los cuidados orientados a la experiencia positiva del parto, se siguieron las recomendaciones de la OMS [9]:

1. *Atención respetuosa de la maternidad.* Mediante una la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, que asegure la integridad física y el trato adecuado, permitiendo tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el TP.
2. *Comunicación efectiva.* Entre los prestadores de atención y las mujeres en TP mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
3. *Acompañamiento durante el TP.* Por la persona que la mujer desee.
4. *Continuidad de la atención.* A lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto. Se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de matronería eficaces.

La presencia continua de las matronas no significa necesariamente un acompañamiento eficaz. Para considerarlo eficaz es necesario que la matrona realice una escucha activa de la mujer [13], estando presente y viendo la situación reflejada en el cuerpo, ayudando a las mujeres a participar plenamente en su parto [221]. El apoyo emocional, la información y el asesoramiento, las medidas de consuelo y defensa pueden reducir la ansiedad y el miedo, lo que aumenta la capacidad de comprensión del

proceso evolutivo del parto, con menos efectos adversos asociados durante el TP, y una cooperación optimista por parte de la mujer [16,230]. En este sentido se ofrece una atención basada en varios niveles de apoyo [16]:

- **Nivel informativo:** sobre la evolución del parto, el estado del feto, las actividades que se realizan, su finalidad y sus limitaciones y aconsejar a las mujeres en un lenguaje comprensible; informar también al acompañante si la paciente lo desea.
- **Nivel asistencial:** ofrecer medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad, así como ofrecer medidas de alivio del dolor.
- **Nivel emocional:** proporcionar asistencia continuada en el proceso del parto, manteniendo una actitud empática, amable y paciente, potenciar la autoconfianza, darle ánimos, tranquilizarla y reforzar y premiar verbalmente su conducta.
- **Nivel comunicativo o actitud de escucha activa:** escuchar a la mujer y animarla a comunicar sus preocupaciones, sus deseos y decisiones; promocionar la participación en la toma de decisiones.

El apoyo de la matrona es clave en las primeras fases del TP, estando encaminado a conseguir una correcta evolución que permita ir avanzando de fase, con el menor nivel posible de intervención y de la manera más segura [8]. La evidencia disponible indica que las mujeres que reciben cuidados continuados durante el parto por matronas presentan partos de duración más corta y con mejor evolución física y emocional [8], siendo más probable el parto vaginal espontáneo, y menos probable el uso de analgesia intraparto, parto instrumental, cesárea y sentimientos negativos acerca de la experiencia del parto [8,230].

4.1.6. El apoyo informal

La preocupación por la humanización en la experiencia del parto y por el incremento de la calidad asistencial ha propiciado que se planteen la necesidad de la participación de la pareja/familia en la experiencia del parto. Como consecuencia, se han modificado las normativas existentes en los centros hospitalarios, permitiéndose y potenciando el acompañamiento de la mujer por su pareja familia o persona elegida durante el parto, pues es un factor que aumenta su bienestar y parece mejorar los resultados del parto [6,13]. Así la EAPN recomienda en cuanto al acompañamiento durante el proceso del parto [27] que las mujeres cuenten con personas de apoyo durante

todo el proceso, desde las etapas más tempranas, y que la política institucional lo permita.

Todas las mujeres deberían poder elegir la persona que les dará apoyo durante el parto, ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amistad. En España la mayoría de las mujeres deciden antes del parto quien las acompañará; por lo general la persona elegida es la pareja, y la matrona debe respetar ese deseo [13,16]. La pareja puede ser la persona más adecuada para satisfacer las necesidades de bienestar de la mujer, estableciendo también lazos con la matrona y teniendo una participación activa [8]; se ha de facilitar su participación desde el comienzo del embarazo, en el parto y en el puerperio, para que puedan implicarse y ofrecer apoyo psicológico, emocional y físico [2]. Los beneficios de este apoyo emocional continuo por parte de su pareja están ampliamente constatados, mejorando la fisiología del parto y la sensación de confianza materna, con importante repercusión para el vínculo de la pareja y para la crianza [8,13], así mismo, reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el TP en un lugar desconocido [13].

4.2. Modelo de enfermería y contenido teórico

Puntos Claves

- El **abordaje** se orientó en los **moderadores implicados en las intervenciones** previas para el miedo al parto.
- Los **requisitos de autocuidado** expresan los objetivos a lograr derivados de la condición del embarazo o asociados con un parto traumático.
- En el **sistema de apoyo-educación** se aplica en la educación y apoyo prenatal e intraparto por matronas en mujeres con miedo al parto.
- Las **unidades multipersonales** con requisitos de autocuidados similares, necesitan aprender para ser capaces de satisfacer componentes particulares de sus demandas de autocuidados.
- El **contenido de la intervención** gira alrededor de la atención a la salud maternal, desde una **perspectiva positiva del embarazo y el parto**.

4.2.1. Modelo de enfermería

Para sentar las bases teóricas enfermeras de la intervención de EP, se optó por el Modelo Conceptual de Dorothea Orem [346], cuya Teoría general de déficit de

autocuidados aplicada a la embarazo ha sido adoptada en otros estudios [347–350]; no se encontró evidencia de la implementación de EP en base a esta teoría. Tras analizar el modelo se presumió que la teoría central del modelo de Orem mostraba aplicabilidad en el diseño de un programa de EP y apoyo intraparto de mujeres con FOC. A continuación, a modo de síntesis, se exponen los conceptos fundamentales de la teoría [346,351] que sirvieron como base a la intervención implementada.

Se entiende que el *autocuidado*, durante el embarazo y parto, es una acción de las personas maduras que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas. Las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acción, es decir, la capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo. Los *requisitos de autocuidado* son la expresión de los objetivos a lograr, de los resultados deseados al ocuparse intencionadamente del autocuidado, son las razones para realizar las acciones que constituyen el autocuidado. Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidados:

- *Universales*: son las necesidades comunes a todos los seres humanos para el mantenimiento de los procesos vitales (aporte de aire, agua, alimentos, cuidados asociados con la eliminación, equilibrio actividad-reposo, equilibrio soledad-interacción humana, prevención de peligros, y promoción del desarrollo humano dentro de los grupos sociales)
- *De desarrollo*: son expresiones de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición (como el embarazo) o asociados con un acontecimiento (como un parto traumático). Dentro de este requisito hay dos subtipos:
 1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo durante: estados intrauterinos y proceso de nacimiento, etapa neonatal, infancia, adolescencia, edad adulta, y el embarazo
 2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las “condiciones” que puedan afectar adversamente al desarrollo humano para prevenir los efectos negativos, o mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones. Incluyéndose entre estas condiciones la deprivación educacional

- *De privación de la salud*: estos requisitos existen para personas que están enfermas o lesionadas, referido no solo a estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino también al funcionamiento humano integrado. Estos requisitos pueden surgir de la enfermedad o también de las medidas de cuidados médicos prescritos. Hay seis categorías en este requisito:
 1. Buscar y asegurar ayuda médica (como en estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociados con patología humana).
 2. Tener consciencia sobre los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
 3. Llevar a cabo medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
 4. Tener consciencia sobre los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico y que causan malestar.
 5. Modificar el autoconcepto para aceptarse a uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud.
 6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos, y de medidas diagnósticas y de tratamiento médico.

La demanda de autocuidado terapéutico consiste en un conjunto de medidas de cuidado necesarias en momentos específicos para satisfacer todos los requisitos conocidos de un individuo, particularizados para las condiciones y circunstancias existente. Estas medidas describen los factores que deben mantener estables por el bien de la salud del paciente; tienen un grado conocido de eficacia instrumental derivada de la elección de técnicas para utilizar, cambiar o controlar de algún modo los factores del paciente y del entorno.

Los *sistemas de enfermería* son series y secuencias de acciones prácticas deliberadas entre personas que pertenecen a diferentes grupos (enfermera y paciente), para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico. Se reconocen tres variaciones básicas en los sistemas de enfermería: totalmente compensadores, parcialmente compensadores, y de apoyo/educación.

En el tercer *sistema de apoyo-educación* se comprueba la aplicabilidad en EP y apoyo prenatal e intraparto por matronas en mujeres con FOC. Este sistema se da en situaciones en que el “paciente” es capaz de realizar las medidas requeridas de autocuidado, pero necesita de técnicas de ayuda como apoyo, guía, provisión de entorno favorecedor del desarrollo y enseñanza. Los requerimientos de ayuda del paciente están limitados a la toma de decisiones, control de la conducta, y adquisición de conocimientos y habilidades

El Modelo de Orem establece dentro de los sistemas de enfermería, las *unidades multipersonales*, donde la enfermera, matrona en este caso, centra su atención en los grupos como unidades de servicio. En esta unidad multipersonal se enmarca la EP, como un grupo de personas que se constituye en un momento específico, con requisitos de autocuidados similares, y que necesitan aprender para ser capaces de satisfacer componentes particulares de sus demandas de autocuidados. Las características de este sistema de enfermería son:

- Algunos requisitos de autocuidados son comunes a todas las personas del grupo.
- Se desarrollan métodos para satisfacer los requisitos de autocuidado, y tiene un grado conocido de efectividad.
- Las limitaciones para la acción son las limitaciones del interés, motivación conocimiento o habilidad por parte de los miembros del grupo.
- Hay un requerimiento de esfuerzo coordinado, cooperativo, para crear las condiciones y adquirirlos recursos para satisfacer los requisitos de autocuidado comunes a los miembros del grupo.

El propósito de la enfermería (matronería) será: promover el desarrollo o ejercicio de las capacidades esenciales del autocuidado, promover el desempeño habitual de medidas esenciales de autocuidado y promover el desarrollo y mantenimiento de los esfuerzos cooperativos esenciales para el bienestar del grupo.

4.2.2. Enfoque del contenido de las intervenciones

La elección de los aspectos que centraron las intervenciones experimentales, en relación con el periodo prenatal e intraparto, se seleccionaron en base a los hallazgos presentados por *O’Connell et al.* [223] en su metasíntesis sobre la experiencia de las mujeres en intervenciones por FOC en el periodo perinatal; la comprensión de estas

experiencias es un componente, carente en muchos estudios, que posibilita el desarrollo nuevas interpretaciones significativas que orientan la práctica de los profesionales de la salud para el abordaje del FOC. Hay un tema final general que fue dominante en las experiencias de las mujeres sobre intervenciones para el FOC es la denominada “Propiedad del Parto”, que queda dividida en tres temas analíticos:

Enfrentar el miedo

- *Reconociendo el miedo:* a la incertidumbre del proceso de nacimiento; a no ser tratada con dignidad; a la falta de agencia interna y autoimagen negativa; a las competencias y disponibilidad de la matrona; debido a un parto anterior traumático; o a sentirse atrapada durante el parto, entre otros.
- *Identificando si el miedo es a:* lastimar al bebé; a perder el control; sentirse vulnerable; quedarse sola en el parto; la falta de capacidad emocional; no sentirse escuchada; no ser tratada con dignidad.

Sentirse empoderada

- *Desarrollar la confianza en ella misma y la autoeficacia:* obteniendo control sobre las decisiones y elecciones durante el parto; obteniendo información sobre las razones del miedo; ganando más certeza sobre el proceso de pensamiento entre las sesiones; entendiendo el nacimiento anterior; utilizando técnicas aprendidas para afrontar la situación; normalizando la emoción del miedo y su manejo; empoderándose y aprendiendo a confiar en los demás y en uno mismo, tomando papel activo en la toma de decisiones.
- *Establecer un diálogo real con el profesional sanitario:* desarrollar una relación de confianza; sentirse escuchada y comprendida por la matrona; ser tratada como un individuo; trabajar con otras mujeres les ayuda a procesar el miedo (compartir experiencias, sentimientos y problemas); apoyarse en la pareja (sensible a sus necesidades); y visitar la sala de partos.

Manejando el miedo con sensación de seguridad

- *Afrontar tiempo de incertidumbre sobre:* el dolor de parto y su propósito; las creencias en la competencia y habilidades del personal; la capacidad de obtener una sensación de control utilizando las técnicas aprendidas; la disposición del personal

para dar apoyo; la preparación emocional; y la sensación de seguridad en la incertidumbre.

- *Replantear las emociones sobre el parto, ayudando a:* abrirse, sentirse tranquilas y seguras; desarrollar una relación de confianza genera un sentimiento de seguridad, sin preocupaciones ni miedos tras la intervención; cambiar los pensamientos negativos de alrededor; y visualizar el personal de apoyo.

Como se ha establecido [30], después de la valoración de necesidades en las mujeres, y la definición del problema de FOC detectado, se procedió a :

- Proporcionarles información sobre aspectos relativos a su estado emocional actual.
- Explicar la importancia de expresar y compartirlos sentimientos.
- Enseñar formas de encauzar sentimientos problemáticos.
- Favorecer la expresión de las emociones utilizando las actitudes terapéuticas que faciliten la interacción.
- Ayudarle a identificar las emociones y el origen de estas.
- Ayudar a aceptar las emociones y situarlas en el lugar que les corresponde.

4.2.3. Contenido teórico-práctico de las intervenciones

El contenido teórico-práctico de la intervención de educación prenatal y apoyo intraparto se configuró tras una consulta exhaustiva de bibliografía disponible sobre el FOC, de las intervenciones previas examinadas para su abordaje, y de las recomendaciones nacionales e internacionales que giran alrededor de la atención a la salud maternal, siempre desde una perspectiva positiva del embarazo y el parto. Para el abordaje del FOC se integraron todos estos conocimientos, diseñando un programa de intervención integral alternativo a los modelos disponibles que han resultado más o menos efectivos, destacando por estar centrado en la atención continua de las mujeres con FOC.

La base teórica sobre los conceptos expuestos en las sesiones de EP en línea se apoya en la evidencia descrita anteriormente, y más concretamente en las siguientes referencias: Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia [4], Cuidados durante el parto para una experiencia positiva [9] Confederación Internacional de Matronas [352], Federación de Asociaciones de Matronas de España [13,353], Asociación “El Parto es Nuestro” [354], Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica [1,8,16,29], Protocolos del Hospital Materno

Infantil de Canarias (HUMIC) (Dolor en el Parto [355] / Asistencia al Parto [356]), textos de Consuelo Ruiz Vélez-Frías [357,358], Gloria Lemay [359] e Ibone Olza [360].

Puesto que el objetivo general del programa es disminuir el nivel FOC en mujeres con un alto FOC, mejorando a su vez los resultados obstétricos, neonatales, y de satisfacción materna con el parto; las técnicas escogidas permitieron trabajar los aspectos cognitivos, emocionales y habilidades de las participantes. Durante las sesiones pudieron analizar, reflexionar y compartir aspectos relacionados no solo con su experiencia de FOC, también otros más generales sobre su embarazo y parto, así como los relacionados con la institución sanitaria donde tenían pensado parir.

La transmisión verbal de la información de forma estructurada y sistemática durante la EP sirvió como estrategia adecuada para subsanar el déficit de conocimientos. Durante la exposición oral, el docente puso en juego una serie de destrezas que han comprobado un impacto positivo sobre el aprendizaje, la atención, la motivación, y la asimilación y comprensión de los contenidos [361], como son: entusiasmo y la motivación en la transmisión de la información; implicación directa respecto al tema de la explicación; medios o recursos de apoyo (diapositivas); actividades variadas para hacer más amenas las exposiciones, intercalando recursos de apoyo, actividades, preguntas y periodos de reflexión; la contextualización de la información y de los ejemplos concretos; la utilización de preguntas síntesis; y la realización de un resumen de la información expuesta hasta el momento.

El desarrollo y metodología de implementación de las actividades del programa de intervención integral que se implementaron durante el periodo prenatal, con la educación prenatal específicamente diseñada para el FOC, y durante el periodo intraparto con una intervención de apoyo y continuidad de cuidados, se describen en:

- **Sección 4.3:** desarrollo de las sesiones de educación prenatal.
- **Sección 4.4:** desarrollo de la intervención de apoyo intraparto.
- **Sección 5.3.2:** metodología de la intervención prenatal.
- **Sección 5.3.3:** metodología de la intervención intraparto

4.3. Desarrollo de las sesiones de educación prenatal

Puntos clave:

- 5 sesiones de educación, **específicas** para mujeres con miedo al parto
- Cada sesión con 5 **actividades integradas**.
- Sesión 1: toma de **consciencia del miedo** al parto.
- Sesión 2: **planificación** del parto; abordando la incertidumbre.
- Sesión 3: **proceso fisiológico** del parto.
- Sesión 4: **apoyo** profesional e informal.
- Sesión 5: situaciones alrededor del parto y su **afrontamiento**.

La EP objeto de estudio basa su contenido en los conceptos expuestos anteriormente, desarrollándose en cinco sesiones según se resumen en la tabla a1. Se describe la intervención con detalles suficientes para permitir la replicación, según la lista para la descripción y la replicación de intervenciones [362] (*anexo I*).

Tabla a1. Desarrollo de las sesiones de educación prenatal

Sesión	Actividad 1 y 2	Actividad 3	Actividad 4
1	Tomar conciencia ¿Temores hacia el parto?; La emoción del miedo al parto.	Área de recepción en HUMIC	Caja de recursos; Carta de despedida; El amuleto.
2	Planificación ¿Qué deseas para tu parto?; Plan de parto.	Área de triaje del HUMIC	Tarea antropóloga; Tarea del 5,4,3,2,1
3	El parto ¿Habilidades personales afrontamiento?; Proceso fisiológico del parto.	Área de Expectantes del HUMIC	El mantra
4	Acompañamiento ¿Qué esperar de la persona elegida?; ¿Papel de la matrona?; Apoyo intraparto.	Área de paritorios del HUMIC	Detectar e implementar fortalezas
5	Diferentes partos ¿Recursos para sobrellevar el dolor?; Opciones y situaciones alrededor del parto.	Área de puerperio HUMIC	Consejos de expertos.

Cada una de las sesiones integraron cinco actividades:

- **Actividad 1:** toma de contacto con el tema principal de la sesión, promoviendo la reflexión grupal. Mediante *preguntas de facilitación*, relacionadas con el tema principal de la sesión, con reflexión individual y puesta en común a través del chat o de manera verbal. El objetivo de esta parte de la sesión fue que las mujeres tomaran consciencia, reflexionaran y pudieran expresar sus pensamientos y sentimientos dentro de un grupo de iguales.
- **Actividad 2:** información sobre los aspectos que resultan más relevantes y que causan mayores temores según las experiencias relatadas de mujeres con FOC. Se impartieron los temas principales a modo de *exposición magistral*, abierta a comentarios y preguntas espontáneas de las participantes, dando respuesta a las cuestiones que les suscitaban mayor interés. El objetivo de esta actividad fue proporcionar información veraz y fundada, empoderándolas, y promoviendo en ellas su capacidad innata para el parto.
- **Actividad 3:** *visualización de los videos*, realizados en el área de paritorios del HUMIC, creados específicamente para el ECA, protagonizados por las matronas colaboradoras. Las matronas dieron a conocer el entorno donde se desarrollaría el parto, explicando los diferentes procedimientos que se suelen llevar a cabo, dando consejos relacionados con el momento del parto. Gracias a esta actividad las mujeres participantes pudieran conocer a las personas que las acompañarían durante su parto.
- **Actividad 4:** denominada “Creando Recursos” se proponen *tareas de terapia breve* que realizaron de forma autónoma entre las sesiones. El objetivo fue que las mujeres pudieran adquirir mayores recursos para afrontar el proceso del parto, y en especial el dolor asociado al mismo.
- **Actividad 5:** se abrió al finalizar cada sesión un espacio para el *debate*, donde las mujeres pudieron aclarar conceptos, o exponer experiencias propias. Este momento sirvió para informar y consensuar en los diferentes grupos las fechas de próximas sesiones. Se les recordó que, entre las sesiones, y hasta el momento del parto, podrían aclarar dudas contactando vía mensajería instantánea con el docente.

En los siguientes apartados se describen las sesiones de educación prenatal y las transcripciones correspondientes a un texto guía realizado por el docente para cada sesión. Otros temas comentados durante el transcurso de estas, y las aportaciones de las participantes que surgieron espontáneamente, no fueron recogidas por el investigador principal (IP). Las diapositivas utilizadas como recursos de apoyo en cada una de las sesiones fueron adaptadas, y se les entregó copia a las participantes en formato electrónico. En los *anexos II a VI* se aportan las presentaciones correspondientes a cada una de las sesiones.

En la realización de los videos las matronas colaboradoras dispusieron de total libertad sobre los aspectos y consejos que desearon resaltar, según el área del paritorio que mostraban, sabiendo que el grupo de mujeres a las que iban dirigidos sus tenía una alto FOC. La cesión de imágenes para su difusión en medios de comunicación internos/externos se realizó mediante un escrito facilitado por la gerencia del centro hospitalario (*anexo VII*).

Las tareas de terapia breve basadas en las ideas propuestas por *Beyebach y Vega* [363], se propusieron al finalizar cada sesión. Se recomendó la realización de entre una y tres tareas por sesión, estando orientadas a expresar y tomar consciencia de su FOC y obtener estrategias de distracción para afrontar el dolor de parto; las mujeres realizaron las tareas de manera autónoma y voluntaria en su domicilio, sin ser monitorizado.

4.3.1. Sesión de educación prenatal 1: tomando consciencia

La primera sesión de EP específica para FOC estuvo centrada en entender el miedo como una emoción básica que comparten todas las personas. Las mujeres pudieron reconocer sus propios miedos y los factores asociados al mismo.

Se les explica que el programa de educación prenatal consistirá en 5 sesiones, a razón de una por semana, preferiblemente en fin de semana. Se les informo que la fecha y hora de las siguientes sesiones se comunicarían al final de cada sesión, según la conveniencia de la mayoría del grupo, proponiéndoles día alternativo a las participantes que no pudieran acudir al día programado, facilitando así que pudieran cumplir con el programa completo antes de cumplir las 37 SEG.

Se les recomendó que realizaran las sesiones en un espacio tranquilo en el que nadie les interrumpiese, a ser posible mediante ordenador portátil para mejor

comunicación y aprovechamiento de los recursos audiovisuales, aunque pudieron utilizar cualquier dispositivo móvil debido a las características de la multiplataforma de videoconferencia seleccionada. En la primera sesión se volvió a asegurar que todas las cuestiones técnicas de funcionamiento de la plataforma estaban resueltas, disminuyendo la posibilidad de interrupciones o demoras debido a la falta de destreza en su manejo.

Se animó a las participantes a preguntar durante las sesiones todas las dudas que surgiesen, en cualquier momento, abriendo el micrófono o mediante el chat integrado en la aplicación; asimismo se informó que al final de cada sesión se abriría un espacio para preguntas, puesta en común de experiencias y debate conjunto.

En un primer momento de la sesión 1 se normalizó la emoción del miedo, visualizando un video creado a partir otro video emitido por la universidad de educación a distancia [364] en la que varios psicólogos hablan del miedo como una emoción común a todos los seres humanos; tras el video las mujeres pudieron reflexionar conjuntamente sobre el miedo y el reconocimiento de la emoción. Posteriormente se les explica que es el miedo al parto, quienes lo sufren, cuáles pueden ser sus causas, a que factores relacionados con el parto se suele tener miedo y cómo influye lo que cuenta nuestro entorno y la sociedad sobre el parto. Se retransmite en este punto un fragmento del texto de la comadrona Consuelo Ruiz Vélez -Frías [357]. En el video del paritorio emitido en la primera sesión, el matró n N.A. y la matrona E.M, muestran la zona de admisión, sala de espera de familiares, y sala de espera para el triaje.

Trascripción de la sesión 1

Sesión 1. Diapositivas 1-2

A lo largo de cada una de las cinco sesiones se tratarán diferentes temas que les permitirán:

- *Tomar consciencia de lo que significa el miedo, y más concretamente el miedo al parto...quienes lo sufren...porque...a que se tiene miedo.*
- *Dar a conocer al personal que les atiende sus deseos de parto a través del Plan de parto.*
- *Entender que significa un parto normal o fisiológico.*
- *Conocer la disponibilidad y competencias de la matrona y del resto de equipo de trabajo.*
- *Estar informadas sobre las distintas situaciones que se pueden dar durante el proceso del parto, desde la perspectiva de un parto más humanizado y una experiencia positiva del parto. Abordaremos por último el dolor en el parto*

Se visualizarán diferentes videos, de corta duración, presentados por las matronas referentes en el miedo al parto que colaboran en el presente estudio. Estas matronas son las que preferentemente os atenderán o colaborarán con el resto de equipo que les ofrezca cuidados durante el parto. En los videos conoceréis:

- El área de recepción o acogida
- El triaje o clasificación de urgencias
- El área de expectantes o monitores
- Los paritorios
- EL área de puerperio y el servicio de transición.

Por último, les propondré una serie de actividades que tiene por objetivo aportan más recursos para el afrontamiento del temor al parto. Por supuesto son voluntarios y podéis decidir si queréis realiza alguno o no.

Sesión 1. Diapositiva 4 (pregunta de facilitación)

“¿Qué es lo que más temes? Piensa en el momento del parto y describe dos de los miedos que te vengan a la cabeza”.

Sesión 1. Diapositivas 5

Según la Real Academia de la Lengua española en miedo es:

- Angustia por un riesgo o daño real o imaginario.
- Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que se desea.

Sesión 1. Diapositiva 6 (transcripción video psicólogos)

... el miedo es una de las emociones básicas, junto con la ira, la alegría, la sorpresa, y alguna más... emociones básicas quiere decir que son emociones que compartimos todos los humanos, independiente de si somos europeos occidentales o si somos habitantes del desierto del Kalahari o esquimales.

... el miedo es una reacción emocional adaptativa para el individuo, es decir, es una reacción que nos protege de estímulos o de actividades peligrosas y por tanto es buena para el individuo y ha sido buena para la especie. El miedo comienza a ser malo cuando nos impide hacer determinadas cosas que se encuadran dentro de nuestros objetivos vitales o de nuestros objetivos de la vida cotidiana, podemos decir que es una emoción adaptativa y normal para el individuo.

... el miedo no solo es una emoción básica del ser humano, sino que es una reacción que podemos rastrear a lo largo de la escala filogenética, es decir a lo largo de las distintas especies de animales. El miedo es una reacción de los seres vivos, de los animales (excluidas a las plantas), es una reacción de los animales ante un estímulo

amenazador, y en esa reacción se deben distinguir tres componentes: un componentes motor, que consiste en moverse, en caso del miedo el componente motor es salir corriendo o evitar el estímulo amenazante de alguna manera; un componente subjetivo que es la emoción como nosotros la experimentamos, el “feeling” como sentimiento subjetivo de miedo que es desagradable, que es cómo podemos calificar el miedo, pues es una emoción desagradable; y finalmente un componente fisiológico que tiene que ver con una secreción de hormonas que nos preparan para huir o luchar.

... el miedo es una emoción que tenemos cuando percibimos una amenaza de la índole que sea, y luego podemos ir concretando en miedo más específicos; en general cualquier organismo cuando se encuentra situación o anticipa una situación que puede ser amenazante la percibe como que hay que temerla, es cuando surge el miedo.

... la diferencia entre las personas más miedosas y menos miedosas se puede explicar por distintos factores, pero básicamente yo diría corresponde a la historia de aprendizaje de cada individuo, es decir, si nosotros hemos tenido experiencias en nuestra historia, en nuestras actividades, las cuales hemos visto que por determinadas conductas hemos obtenidos consecuencias negativas pues evidentemente lo que vamos a aprender es que ante esas situaciones se pueden dar esas consecuencias y por tanto las vamos a evitar y vamos a sentir miedo. Hay otras personas que bien porque tiene más habilidades o porque no han estado en contacto con esas situaciones, su experiencia ha sido de mayor éxito o de un mejor afrontamiento, por tanto, son personal que han aprendido que esas situaciones se pueden superar y por tanto tienen menos miedos ante las mismas actividades o ante esos mismos estímulos. Básicamente se explicaría por la historia de aprendizaje de cada uno.

... más entrados en eso que le ha atemorizado y poder aprovecharlo para transformar lo que en principio era una emoción negativa en una “lanzadera” de solución de problemas y de crecimiento.

... al ser el miedo una respuesta adaptativa, una respuesta normal, claramente hay miedos que son innatos, entonces es muy fácil aprender que una serpiente, que determinados animales simplemente por su aspecto pueden ser peligrosos, entonces hay miedos innatos, son aquellos miedos que le han servido a nuestra especie para sobrevivir a lo largo de tantos años.

... los miedos innatos en el ser humano varían de una cultura a otra, por ejemplo, el miedo innato a determinados animales que puede manifestar un grupo humano no lo padece otro grupo humano que convive cotidianamente con ese animal.

... si bien toda la especie humana estamos predispuestos a tener determinados miedos, en función de cómo nuestra cultura nos haya enseñado a manejar esos estímulos tendremos esos miedos o sabremos superarlos.

... yo creo que la inmensa mayoría de los miedos son miedos adquiridos, son miedo aprendido por condicionamiento clásico, por asociación de estímulos. Hay experimentos que muestran que un chimpancé joven que se ha criado en aislamiento no tiene miedo a las serpientes, y algunas observaciones han puesto de manifiesto que son las madres o los chimpancés adultos que están con ellos que cuando ven una serpiente muestran conductas de huida que ponen de manifiesto que es un estímulo amenazante, lo que es necesario para que un chimpancé adulto muestre miedo a las serpientes.

...: a lo largo de la historia de un individuo hay determinadas experiencias que hacen

que determinadas actividades o determinadas situaciones pasen a ser amenazantes, por tanto en este momento también hay miedos aprendidos; yo aprendo, tengo miedo a los exámenes, bien porque he tenido una experiencia de fracaso, o por alguien me ha dicho que si fracaso puede ocurrir una determinada cosa, por tanto se trata de un aprendizaje bien por ensayo-error, bien por proceso de condicionamiento, o bien aprendizaje a través de instrucciones, que de hecho se utiliza mucho socialmente para educación: no hagas esto porque si lo haces te pasará esto otro...no corras (al niño) porque te caerás...estudia porque si no suspenderás...

... los niños, a lo largo de su desarrollo experimentan numerosos miedos que normalmente son pasajeros. El miedo a la separación de los seres conocidos, el miedo a las personas extrañas, a la oscuridad, a la escuela...irán apareciendo y desapareciendo en determinados estadios evolutivos. Estos miedos ayudarán al niño a socializarse, a enfrentar de manera adecuada situaciones amenazantes. Los adultos deben evitar inducir miedos infundados a los niños, ya que esto puede devenir en el futuro en consecuencias no deseadas.

... tenemos que ser conscientes también de que muchas veces hay miedos que los estamos induciendo en los niños. Por ejemplo, el miedo ante determinados procedimientos médicos es un miedo aprendido. Si la mama le amenaza al niño...pórtate bien porque si no te voy a llevar al médico y te van a pinchar, cuando lleve al niño a hacer una analítica lo que no podemos esperar es que ese niño esté tranquilo y se deje pinchar, es un niño que va a dar problemas que va a llorar que vamos a tener que sujetar para poder tomar la muestra de sangre, con lo cual la próxima vez que se enfrente a esa situación todavía va a ser peor, porque la situación ha sido más traumática. Tenemos que ser muy cuidadosos porque muchos de los miedos que se producen en la edad adulta encontramos las raíces desde pequeños. Tanto los cuidados de, como los profesiones y familiares, estamos induciendo a veces temores en los niños que después permanecen y se incrementan en la vida adulta.

... Las emociones se originan en el cerebro, a un nivel mucho más profundos que los sentimientos conscientes El ser humanos ha desarrollado un complejo sistema neurológico que lo adapta para sobrevivir.

Sesión 1. Diapositiva 6 (reflexión posterior al video)

Que ideas principales podemos extraer...

- El miedo es una emoción básica que es compartida por todos los seres humanos y animales.
- Es una reacción normal adaptativa que nos protege ante situaciones amenazantes o las anticipa.
- El miedo es malo cuando impide o dificulta conseguir los objetivos que nos proponemos y estar satisfechos de ello.
- Se distinguen los miedos innatos y los miedos aprendidos (por experiencias propias o contadas).

Podríamos quedarnos principalmente con dos cosas:

- Cuanto más aprendizaje/experiencia.... menos miedo o mejor afrontamiento.
- ...transformar la emoción negativa en solución de problemas y crecimiento.

Sesión 1. Diapositiva 7

Para tomar consciencia de una emoción (el miedo en este caso) ...se debe:

- Sentir.
- Dar nombre... " esto que siento se llama miedo".
- Aceptarla... " siento miedo, es MI miedo".
- Distanciarse de ella... " puedo afrontar mi miedo".

Sesión 1. Diapositiva 8

El miedo al parto define un estado de ansiedad intensa que lleva a algunas mujeres a temer el parto.

Puede ser experimentado como un continuo de pensamientos que dificultan su preparación psicológica para el parto, su vivencia y la transición a la maternidad.

Sesión 1. Diapositiva 9

Se describe que el miedo al parto lo sufre un grupo heterogéneo de mujeres, que pueden estar predispuesta, entre otros factores por:

- Sus característica personales y relacionales
- El apoyo social
- El país de nacimiento
- Por el nivel socioeconómico y educativo
- Por la situación laboral
- La edad materna, ...

Sesión 1. Diapositiva 10

Su causa puede ser multifactorial, pudiendo estar relacionado, entre otras, con:

- Falta de conocimientos adecuados.
- Historias contadas por familiares, amigos o conocidos.
- Situaciones traumáticas propias o transmitidas entre generaciones.
- El sistema de salud caracterizado por tasas crecientes de intervenciones.

Sesión 1. Diapositiva 11

Las mujeres que sufren miedo al parto describen, entre otros, temor a:

- Hacer algo mal durante el TP que pueda lesionar al niño o a ella misma.
- A la pérdida de control y su sentido de la realidad durante el parto.
- A no poder respirar o empujar de manera correcta.
- A la falta de asistencia en caso de necesidad.
- Miedo de perder su capacidad debido a una intervención médica.

- *Creencias y valores no coincidan con los del personal y no sean respetados.*
- *A la falta adaptabilidad cuando no se cumplen las expectativas.*
- *A no se les tratado con empatía, o de manera amistosa y respetuosa.*
- *A quedarse sola.*
- *A un parto prolongado o intervenciones como una cesárea, episiotomía, parto instrumental o con anestesia, a desgarros perineales.*
- *A que el dolor durante el TP sea intolerable.*

Sesión 1. Diapositiva 12

El miedo esta provocado en ocasiones por las historias de terror que les cuentan...este miedo no se debe a que el parto sea algo muy difícil y peligroso, sino que pueden ser fruto de experiencias de partos en los que ha sucedido alguna complicación, o en los que no se han cumplido las expectativas.

Incluso en ocasiones pueden deberse a una atención inadecuada por parte de los profesionales.

También hay que tener en cuenta el miedo al parto y al dolor inculcado culturalmente.

Sesión 1. Diapositiva 13

Es común en esta sociedad que se piense que las mujeres no pueden hacer nada para evitar este sufrimiento...lo que incrementa aún más el miedo al parto.

Se llega al momento del parto con miedo... con una actitud de sumisión en vez de empoderamiento.

Puedes pensar que vas a ir al hospital para que el equipo médico te ayude a parir y le salve la vida a ti y a tu bebe.... delegando en el médico o matrona toda responsabilidad.

Sesión 1. Diapositiva 14 (audio-reflexión Consuelo Ruiz)

Hay miedos ancestrales que llevamos dentro de nuestro ser.

El miedo a la muerte, el miedo al dolor, el miedo a perder el control de las situaciones, el miedo a lo desconocido...y por supuesto el miedo al parto.

A las gentes primitivas debieron perecerles extraordinarias cosas que ahora ya no se consideran como tal. El sucederse del día y la noche, el sol, la lluvia, el trueno, el viento, Cosas que no estaban al alcance de su comprensión y que convirtieron en fenómeno de los dioses...Y como nunca llueve a gusto de todos, pronto hubo dioses buenos y dioses malos, según que los fenómenos atmosféricos convinieran o no.

¡Imagínate lo que le sorprendería al hombre de las cavernas ver surgir un nuevo ser de dentro de una mujer! ¡Tenía que ser por fuerza cosa de los dioses! Como era razonable ya entonces se presentaba algún parto difícil (por la anatomía materna o malposiciones fetales), éstos eran enviados por las diosas a las mortales (porque todo esto era cosas de mujeres). Los partos eran buenos o malos según el humor que tuvieran las diosas A la mujer ya no le quedaba más esperanza que dar con una diosa buena o de cogerla en

un buen momento.

Las mujeres empezaron así a tener miedo al parto, y a transmitir ese miedo entre generaciones. A partir de un Dios único, el dolor en el parto era un castigo divino. El mandato bíblico “parirás con dolor” se clavó en la mujer como una sentencia fatal y generó un auténtico terror al momento del parto.

Sesión 1. Diapositiva 15

Y que puedes hacer tú...

- Reconocerlo.
- Diferenciar si es real o imaginario.
- Contactar con tus propios recursos para afrontarlo.
- Ponerle límites que te den seguridad.
- Tener cuidado de respuestas evitativas.
- Mantenerte paciente y persistente.

Sesión 1. Diapositivas 16-19 (consejos para un mejor afrontamiento)

La información es una de las mejores armas contra el miedo

Parir puede ser una el momento más feliz e increíble de tu vida, traer al mundo a tu bebe en un ambiente de confianza, creyendo en tu capacidad como mujer para parir, y dar a luz a tu bebe.

Parir acompañada de profesionales que te proporcionaran las condiciones más adecuadas para hacer que ese momento sea único.

Podemos aprender a temer objetos o contextos...también se puede desaprender.

Transcripción video 1: acogida en el HUMIC



Matrona E.M:

... en este video me gustaría hablar un poco del momento de acogida cuando ustedes llegan al hospital, bien sea porque necesitan asistencia durante el embarazo o cualquier otra cuestión, o cuando se presente ya el momento del parto, que podría desencadenarse por las contracciones o rompiendo la bolsa, o cualquier otro motivo que les haga empezar el proceso del parto.

El objetivo que quiero transmitir con este pequeño video es darles toda la confianza del mundo y que sepan que están en buenas manos que les vamos a cuidar, les vamos a atender de la manera que ustedes necesiten para que esta experiencia sea lo más positiva posible, sobre todo garantizando la mejor calidad de los cuidados que les vamos a dar y tratándoles en cada momento como una persona única todo el proceso de vuestro embarazo y nacimiento.

Desde aquí quiero darle mi mensaje de ánimo, confianza, de enhorabuena por este momento tan importante en vuestras vidas y que sepan que pueden contar con nosotros, aquí vamos a estar 365 días al año, 24 horas al día esperando por ustedes para darles todo el cuidado que necesitan, un beso a todas.

Matrón N.A:

... queremos ofrecerte esto para que cuando llegue ese gran día que venga por fin al materno, a vernos para tener a tu niño o cualquier otra consulta que nos quieras hacer, sepas que te vas a encontrar.

El primer punto es la entrada, aquí pues te va a recibir posiblemente una celadora la cual te va a decir que pases por aquí a dar los datos...aquí puede ver la salita de familiares que es un sitio de espera hasta el momento que puedan pasar y acompañarte; del otro lado puedes ver la puerta por la que vas a entrar, la matrona te pasará a otra sala donde te tomarán las constantes y te hacemos una serie de preguntas...pero bueno ya estás en nuestra manos y ya tú ves que empiezas siendo recibido por matronas y todo tu proceso seguirá siendo atendido por matronas.

Bueno... te he querido enseñar cual es la zona de recibimiento, como cuando llegas a cualquier sitio lo que tú quieres es que te reciban con los brazos abiertos y sentirte acogida y querida. Pues esa es la idea de que cuando llegues aquí todos nosotros, matrona personal que te va a atender, tocólogos, vamos a estar por ti y para ti. Queremos recibirte, sé que no nos conoces, que somos desconocidos para ti pero nuestra idea es que te sientas muy a gusto en esta casa.

Creando recursos (sesión 1)

- *La caja de los recursos:* se sugiere a la mujer que prepare una caja (bonita a ser posible) en la que irá guardando todo tipo de recursos que le pueden ayudar para afrontar sus miedos en el momento del parto (fotos, amuletos, etc.); si en algún momento se siente mal o el miedo no le deja disfrutar del embarazo o parto, puede abrirla y utilizar alguno de los recursos. La caja de los recursos es una

buena forma de prevenir y manejar posibles recaídas en cuanto al sentimiento de miedo al parto.

- *La carta de despedida:* se solicita a la mujer que escriba una carta de despedida a su miedo al parto, en la que, tras agradecer los servicios prestados, detalla las razones por las que quiere prescindir de él y la guarde en su caja de los recursos. Esta tarea está indicada para motivar el cambio. Como ejemplo: “*Querido miedo: esta es una carta de despedida. Sé que a lo largo de estos meses/años me has hecho mucha compañía...pero me he dado cuenta de que ya no tienes nada que aportarme. Al contrario, ahora veo que te has impuesto entre mi parto y yo.... Quiero disfrutar de mi embarazo y mi parto...; quiero volver a despertarme por las mañanas sin agobiarme por el parto que se aproxima, disfrutar de.... Pero sobre todo quiero ser... Por eso te digo “Hasta Nunca”.*”
- *El amuleto:* se pide a la mujer que elija o construya un amuleto que le recuerde el parto que desea tener. Lo llevará encima como recordatorio de sus objetivos, o puede guardarla en su caja de los recursos y acudir a ella cuando lo desee. Esta tarea refuerza la apuesta por el cambio.

4.3.2. Sesión de educación prenatal 2: planificación

La segunda sesión se orientó a la confección del plan de parto como instrumento para comunicar los deseos y preferencia de las mujeres a los profesionales que las acompañarían en su proceso de parto. En esta sesión se trataron aspectos relativos al funcionamiento, protocolos y visión de los profesionales que trabajan alrededor del parto en el HUMIC; se trataron sobre todo las cuestiones que suelen causar mayor incertidumbre y miedo en la mujer.

Para poder elaborar un plan de parto que contemple los deseos y necesidades de la mujer, y que sea posible poner en práctica, se deben tener en cuenta cuestiones relacionadas con la institución y los profesionales que trabajan en ella. Estas cuestiones se trabajaron en la sesión con el apoyo de preguntas extraídas de recursos aportados por la asociación “El Parto es Nuestro” [354]. Las preguntas se entregaron en la sesión previa con la intención de que durante la semana pudieran reflexionar sobre cada una de las cuestiones. En la sesión se dieron respuesta a cada una de ellas, además de otras cuestiones que surgieron espontáneamente.

En el segundo video, las matronas A.P y A.D hablan sobre la consulta de triaje y la valoración inicial por parte de la matrona. En la consulta de valoración médica, la matrona P.P les comenta sobre la disponibilidad de otros profesionales.

Trascripción de la sesión 1

Sesión 2. Diapositiva 2 (pregunta de facilitación)

“¿Cómo te gustaría que fuese tu parto? Piensa en el momento del parto y describe dos brevemente como desearías que fuese tu próximo parto”.

Sesión 2. Diapositiva 3

El plan de parto debe permitir a la mujer y a su pareja expresar, a la matrona y al obstetra, cuáles son sus expectativas y necesidades de apoyo, y como quieren vivir el nacimiento de su hijo / hija.

Se elaborará durante el embarazo y será revisarlo en el primer contacto de la mujer y su pareja con el hospital.

Sesión 2. Diapositiva 4

Ten en cuenta, aunque se hayan manifestado unos deseos concretos, esto no compromete a tener que seguirlos de forma inalterable...en cualquier momento le puede expresar sus nuevos deseos a la matrona.

- *Porque durante el parto se cambia de opinión.*
- *Por qué surge un problema del bienestar de su hijo / hija o de la madre.*
- *Por sensaciones imprevistas producidas por el trabajo del parto (Cansancio, dolor).*

Sesión 2. Diapositiva 5

Se recomienda que durante el embarazo recabes toda la información que puedas respecto el modelo asistencial del hospital donde vayas a dar a luz. Para ello cuenta con la matrona.

Habla también con ella de tus expectativas y preferencias.

La información veraz y fundada no siempre se consigue a través de consultas aisladas en internet.

Pregunta todo lo que necesites saber a los que cuidamos de ti y de tu hijo.

Si tus peticiones son bien fundadas, informadas y consensuadas, se enmarcan en los procedimientos obstétricos seguros para ti y tu hijo y con una buena actitud por parte de todos, recibirás el máximo apoyo de los profesionales.

En cualquier caso, no se trata de que tú dirijas la atención especializada de tu parto

porque en ese caso, no necesitarías a ningún profesional. Se trata de que participes activamente en algunas cuestiones que sí son “negociables”.

En algunas circunstancias tendrás que aceptar los procedimientos y protocolos que sean necesarios a favor de tu salud y la de tu hijo, porque no serán cuestionables en situaciones de riesgo.

Lo verdaderamente importante es que confíes en los que queremos ayudarte.

Sesión 2. Diapositiva 6

Te recomendamos que, aunque no se cumplan todos los deseos o expectativas integres de forma positiva los nuevos acontecimientos, adaptándote al devenir de... Tu Parto...

Sesión 2. Diapositiva 8

Respecto de la institución:

¿Qué servicios se ofrecen en mi isla?

¿Cómo es el personal del hospital o clínicas?

¿Cuáles son sus puntos de vista acerca del parto y el nacimiento? ¿Estoy yo de acuerdo?

¿Cuántas personas están presentes en sala de partos? ¿Por qué y para qué?

¿Qué tipo de controles se le realizan al bebé y cuándo? ¿Se realizan de manera rutinaria o sólo cuando es necesario? ¿Cuáles son obligatorios y por qué?

¿Deseo que haya a disposición una unidad de cuidados especiales para bebés?

¿Por cuánto tiempo deseo permanecer en el hospital y qué clase de comodidades tendré a mi disposición para cuidar a mi bebé?

¿Deseo alimentar a mi bebé cada vez que me parezca necesario?

¿Quiero que mi bebé permanezca conmigo durante todo el día?

¿Cuáles son los horarios de visita?

¿Puede mi pareja permanecer conmigo todo lo que yo desee?

¿Puede mi pareja permanecer conmigo durante la noche?

¿Puedo utilizar mi propia ropa y demás efectos personales?

¿Puede mi pareja, o una amiga, permanecer conmigo todo el tiempo?

¿Le pedirán que se vaya en algún momento?

¿Podré deambular todo lo que quiera durante el TP y dar a luz en la posición que prefiera?

¿Podré trasladarme caminando a sala de partos?

¿Me atenderán las mismas personas durante todo el parto?

¿Tiene el hospital una sala de partos? ¿Tienen sillones de parto?

¿Puedo quedarme en mi habitación?

¿Cuál es la política del hospital/médico respecto de los calmantes, el monitoreo electrónico y la inducción?

¿Qué clase de métodos de alivio del dolor tengo a mi disposición?

¿Podré comer y beber si lo deseo?

¿Cuál es el manejo del médico respecto de las episiotomías, las cesáreas y la expulsión de la placenta?

¿Cuál es la política del hospital respecto de la separación de los padres y el niño durante la primera hora? ¿Y durante el resto de la estancia?

Si tienen que realizarme una cesárea ¿podrán acompañarme mi matrona y otra persona de mi confianza?

Sesión 2. Diapositiva 9

Respecto a la matrona:

¿Cuál es su rol?

¿Qué formación y que experiencia tiene?

¿Trabaja sola o con otras matronas?

¿Qué ideas tiene respecto del manejo del parto?

¿Cuál es su sistema de control? ¿Trabaja en colaboración con un médico y con un hospital?

¿De qué equipamientos, medicación y equipo de resucitación dispone para mí y para mi bebé?

¿Me acompañara desde el momento que yo necesite?

¿Cómo puedo ubicarla?

Al obstetra/ginecólogo/matrona:

¿Cuál es su rol?

¿Qué formación y que experiencia tiene?

¿Trabaja solo/a o con una matrona?

¿Qué piensa de la utilización de prostaglandinas y del desprendimiento de membranas para desencadenar el parto? ¿Si evaluara que es necesario me informará previamente?

¿El rasurado lo puedo hacer yo mismo?

¿Es necesario que me pongan enema?

¿Qué piensa respecto de la inducción del parto?

¿En qué circunstancias consideraría romper las membranas? ¿Lo realiza? ¿Es

necesario? ¿Por qué?

¿Cree que el monitoreo electrónico es una ayuda necesaria en todos los partos?

¿En qué momento del parto se hace Ud. presente?

¿Le preocuparía que el parto durase más de lo previsto?

¿Pueden acompañarme las personas que yo elija durante el TP, el parto y/o cesárea?

¿Qué piensa acerca de la posibilidad de la libertad de movimiento y de las técnicas de respiración como ayuda para disminuir el dolor? ¿Qué drogas suele suministrar para disminuir el dolor durante el parto?

¿Le molestaría utilizar luces tenues durante el parto?

¿Con cuanta frecuencia práctica episiotomía?

¿Puedo optar por no utilizar drogas para aliviar si no quiero?

¿Puedo optar por no tener una episiotomía?

¿Puedo ingerir comida ligera y beber líquidos durante la labor?

¿Qué opina acerca de que tenga a mi bebé de pie o en cuclillas?

¿En qué situaciones consideraría usted que es necesario practicar una operación cesárea?

¿Podemos poner el bebé piel con piel inmediatamente después de su nacimiento así sea cesárea?

¿Cuánto tiempo considera que es necesario permanecer internada por parto normal?

¿Por cesárea? ¿Por qué?

¿Puedo llevar música y objetos personales que me ayuden durante la labor? Ej.: imágenes, mandalas, fotos, etc.

¿Puedo pedir que las personas presentes estén concentradas en el nacimiento sin conversar sobre otros temas?

Sesión 2. Diapositiva 10

Respecto al neonatólogo/equipo de transición/matrona:

¿Cuál es su rol?

¿Qué formación y que experiencia tiene?

¿Qué opina del contacto inmediato piel a piel de la mamá y el bebé?

¿Si mi bebé nace prematuro también es posible el contacto piel con piel, así sea unos minutos? ¿Si nace por cesárea, es posible tenerlo en mis brazos por unos minutos?

¿Realiza los primeros controles al bebé estando sobre la mamá o en un lugar específico para atender al bebé? ¿Puedo solicitar que lo hagan sobre la mamá?

¿Está a favor de la lactancia? ¿Estimula su inicio dentro de la primera hora de vida?

¿En caso de que el nacimiento sea por cesárea puedo solicitar que me entreguen a mi

bebé después de mi recuperación e inmediatamente iniciar la lactancia?

¿Puedo pedir que no le den leche de fórmula sin mi consentimiento?

¿Usted es la persona que me ayudaría con los primeros conocimientos sobre la lactancia materna?

¿Cuándo corta el cordón? ¿Puedo hacerlo el padre? ¿Espera que deje de latir el cordón para cortarlo? ¿Por qué si o por qué no?

¿Considera necesario la introducción de la sonda nasogástrica y anal? ¿o realiza prácticas alternativas a estos procedimientos?

¿Cuándo coloca las gotas en los ojos? ¿Usted está de acuerdo con esto, lo realiza?

¿Está de acuerdo en el suministro por vía oral de vitamina K? ¿Usted lo hace?

¿Solicita que la temperatura de la sala de partos sea la adecuada para el bebé para que no sea necesario aplicarle lámpara?

¿Fomenta la internación conjunta? ¿Posibilitará que no me separen de mi bebé?

¿Cuánto tiempo de internación tendrá mi bebé? ¿Por qué?

¿Esperará unas horas antes de medirlo y pesarlo? ¿Lo realiza una vez que nace?

¿Qué otros controles y/o procedimientos realiza al recién nacido?

¿Cuáles son los controles después del nacimiento mientras dura la hospitalización?

Sesión 2. Diapositivas 11-13

El “plan de parto” puedes realizarlo utilizando cualquiera de los modelos que encontraras en internet. A través del siguiente enlace puedes acceder al Plan de Parto y Nacimiento del Ministerio de Sanidad, creado a partir de la EAPN.

Otra forma de crear un Plan de Parto es a partir de un folio en blanco, o comunicar verbalmente, tu o tu acompañante, cuáles son tus deseos de parto en el mismo momento, cambiando tus preferencias en cualquier momento y tantas veces como desees.

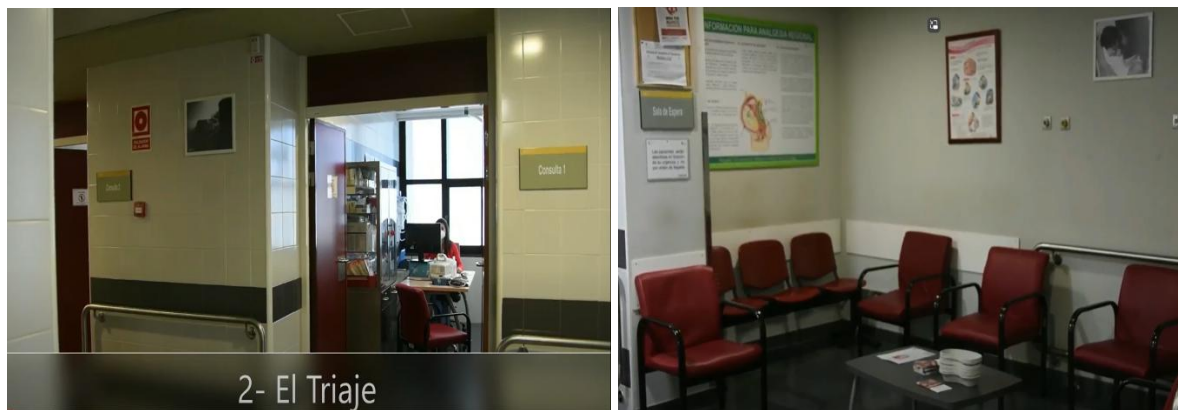
Sesión 2. Diapositivas 15-17 (consejos para un mejor afrontamiento)

Eres tú quien va a parir y tu hijo quien va a nacer. Es por ello por lo que te corresponde a ti tomar las decisiones relativas a la atención al parto que desees recibir.

Los profesionales tenemos la obligación de asistirte, respetando siempre que sea posible, tus deseos.

Decide que quieres y que No en Tu Parto.

Transcripción video 2: área de triaje/valoración de urgencias



Matrona A.P:

...me gustaría comentarles en que consiste la consulta de triaje, en esta salita principalmente la matrona les va a preguntar el motivo por el que acuden al hospital. Les podemos hacer un tacto vaginal para comprobar en qué fase del parto se encuentran, o hacer unas pruebas para ver si tiene la bolsa rota, comprobar el estado del bebe, escuchar sus latiditos...

Dependiendo del motivo por el que acudan y el momento del parto en que se encuentren les podemos derivar bien a monitores, a la planta de hospitalización, a paritorio o incluso si todo está bien y aún es pronto para ingresarla en el hospital las podemos derivan a casa.

Los animo a resolver todas las dudas que tengan en esta primera consulta, a que no se queden con preguntas, a que nos comenten cualquier cosa que les pudiera surgir en ese momento...aquí les esperamos.

Les mando mucho ánimo ara esta última fase del embarazo que les queda, las animo a que vengan con mucha fuerza, con mucha alegría, que nosotros vamos a estar aquí acompañándolas, y ayudándoles en todo lo que esté en nuestras manos.

Matrona P.P:

... estoy ahora mismo en la consulta número 2, la consulta de los tocólogos. Cuando ustedes lleguen aquí preparadas para parir estupendamente, las verá en la puerta una matrona, pero en algunos casos será también necesaria la colaboración de los médicos. Tenemos que recordar que aquí formamos parte de un equipo de trabajo grande, multidisciplinar, formado por matronas, por tocólogos, por pediatras, neonatólogos, por nuestras compañeras auxiliares, y que estamos todos aquí encantados de acompañarlos en este camino tan bonito que van a iniciar y de apoyarles en todo lo que les haga falta.

Quedaremos destacar que la figura de referencia en todo este proceso vamos a ser nosotras las matronas, pero en algunos casos va a ser necesario la colaboración e intervenciones de alguno de los compañeros que he nombrado antes.

Además tenemos que tener en cuenta que esto es un hospital universitario, por esto

alguna vez en el paritorio entran algunos estudiantes y residentes de algunas especiales de enfermería y medicina, siempre con el consentimiento de ustedes, por lo que si en algún momento ustedes no se sintieran cómodas con la situación pues no se le daría permiso para estar ahí, pero es importante que lo tengan en cuenta que al ser un hospital universitario que hay personas aprendiendo de este proceso y de ustedes.

Por último, quiero mandarles un abrazo enorme a todas y cada una de ustedes, les invito a que disfruten muchísimo del embarazo y muchísimo del proceso del parto, que se quieran mucho, que quieran mucho a sus bebés y a su familiar. Decirles que esto es un proceso maravilloso, que pueden tener otro embarazo en el futuro pero que nunca van a volver a estar embarazadas de sus bebés de ahora y por eso es importante disfrutarlo muchísimo. Nosotros estamos aquí para acompañarlos en este proceso precisos y en hacerles el camino lo más lleno de flores posible. Les mando un abrazo enorme.

Matrona A.D:

...estamos aquí en la zona de triaje, y una de las cosas que os quiero contar de esta zona que es el punto de entrada a nuestro servicio.

Deciros que la matrona está aquí para proteger el bienestar tanto de tu bebé como de ti, y para obtener el bienestar de mamá y bebé es importante reducir el estrés y el miedo durante el parto, para ello la matrona está para informarte, apoyarte y cuidarte, si tiene cualquier duda o cualquier miedo que quieras comentar aquí estamos para ti.

El triaje se será el punto donde podrás entregar tu plan de parto, este plan de parto puede ser escrito o u oral, si tienes cualquier petición especial para tu parto podrás comentarlo a la matrona de triaje, para intentar facilitar todo aquello que tu familia y tu desaseáis para el nacimiento de vuestro bebé.

Y recuerda que en este hospital vamos a poner todos los medios, todos nuestros conocimientos y todo nuestro corazón a disposición para ti, para tu familia, para que os llevéis la mejor experiencia del nacimiento de vuestro bebé, os esperamos.

Creando recursos (sesión 2)

- *La tarea del antropólogo:* en esta tarea se propone que la mujer dedique la próxima semana a realizar una verdadera “investigación antropológica” sobre las personas que le rodean y que hayan parido ¿Qué temores tuvieron en sus partos? ¿Hay algo que hicieron que les alivió ese temor? Si ya has parido anteriormente puedes realizar también tu propia “investigación” y reflexionar sobre ello. Con esta tarea se pretende favorecer la distracción ante tus preocupaciones sobre el parto. Con ella se puede ampliar tu campo de visión sobre el parto e incluso favorecer las relaciones sociales.
- *Tarea del 5,4,3,2,1:* se propone realizar una vez al día, para que tras unas tres semanas puedas automatizarla y llevarla a cabo el día del parto. Deben fijar

detalladamente su atención durante 5 segundos en un objeto que esté alrededor y describirlo (mentalmente o en voz alta). Después en otro objeto, y en otro...hasta llegar a 5 objetos. A continuación, hacer lo mismo con 5 sonidos, uno a uno; y por último en 5 sensaciones corporales. Después en 4 de cada, 3 de cada, 2 de cada, y 1 de cada. Los objetos, sonidos y sensaciones no tienen por qué ser distintos en cada tanda, pero pueden serlo. Este ejercicio de focalización sirve para manejar la ansiedad en el parto, debiendo haber sido automatizado practicándolo en un entorno tranquilo.

4.3.3. Sesión de educación prenatal 3: el parto

En la tercera sesión, denominada “El Parto”, se ofreció la visión más fisiológica del nacimiento, explicando la influencia de las emociones y las hormonas en su inicio y desarrollo. Se hizo hincapié en las capacidades innatas de la mujer para el afrontamiento del parto.

En esta actividad, mediante un audio se expone una reflexión de la matrona Consuelo Ruiz Vélez-Frías [358]. Posteriormente se aborda el parto como un proceso innato para el que la mujer está fisiológicamente preparada.

En este tercer video las matronas N.G, M.P y el matron G.P nos muestran el área de expectantes, explican las labores se realizan en una de las zonas por las que las mujeres suelen pasar durante el transcurso de su embarazo o antes de pasar al paritorio.

Transcripción de la sesión 3

Sesión 3. Diapositiva 2 (pregunta de facilitación)

Tus capacidades personales. Nombra 2 capacidades personales que piensas que te va a ayudar a la hora de afrontar Tu Parto.

Sesión 3. Diapositivas 3 (audio-reflexión Consuelo Ruiz)

En la especie humana, la más evolucionada de entre los animales vivíparos se ha llegado a tal extremo de que la mujer renuncie, de buen grado u obligada por las circunstancias a concluir personalmente una función fisiológica normal para la que, normalmente, dispone del aparato y del sistema adecuados, precisamente en la etapa más breve, más fácil y gratificante de todo el proceso.

Es chocante que no sea capaz de parir por sí sola una mujer en plena edad fértil, capaz de ovular, de concebir y de alojar en su útero y nutrir con su sangre, a través del

sistema placentario, durante 280 días, es decir, hasta su desarrollo completo a un embrión humano.

Se admite que la mujer es un ser semejante al varón, aunque no exactamente igual a él. En todos los seres vivos existe un dimorfismo sexual debido al cual, a simple vista se aprecian diferencias, como la existencia o no de algunos órganos que hacen que los dos sexos sean complementarios en la importante tarea de la reproducción. Ambos sexos tienen órganos, tejidos y vísceras semejantes, cuando se trata de llevar a cabo las funciones vitales.

Nadie admitiría que la mujer sana no fuera capaz de respirar, de digerir, de caminar, de pensar, de hablar, de moverse, igual que lo hace el hombre y en las mismas condiciones. Las funciones fisiológicas se llevan a cabo por completo, desde el principio el final, ninguna se queda sin acabar.

El bolo alimenticio en el que la masticación convierte los alimentos, el estómago se encarga, gracias a la digestión de convertirlo en quilo, para que los nutrientes puedan pasar a la sangre a través del intestino delgado, mientras el grueso se encarga de recoger los desechos y depositarlos en el recto, para su evacuación por el ano. Normalmente la digestión se efectúa así, tanto si comemos en casa, en el trabajo, en un restaurante o en un convite y, desde luego hombres y mujeres hacen la digestión completamente y de forma semejante porque sus aparatos digestivos son muy parecidos. Claro que hay empachos, cortes de digestión, diarreas, estreñimientos, etc. Pero no dependen del sexo, sino de diversos motivos que suelen ser analizados y explicados.

En cambio, no hay ninguna explicación de por qué una embarazada sana no pueda dar a luz en las mismas condiciones exactas en que realizar sus otras funciones fisiológicas. Se comprende que el varón no pueda concebir, parir ni amamantar porque no posee órganos adecuados para ello, pues su misión es otra. Pero la misión principal de la mujer debe ser parir, cuando todas nacemos con un aparato genital, especialmente preparado para tal fin.

Mi opinión es que la mayor complicación del parto consiste en la ignorancia supina de lo que es, de en qué consiste el nacimiento que, hablando de sus derechos, el primero de todos sería saber que pasa en el organismo de la mujer que tiene un hijo, qué es lo natural que pase, si se puede o se debe intervenir activamente en el parto, como intervenimos en las demás funciones de la vida. Nadie discute el derecho de la mujer a abrir ventanas y balcones para ventilar su casa y ella lo hace pensando que así el aire será más sano y ella y los suyos respirarán mejor, ni que ponga las legumbres a remojo y cueza las verduras al vapor.

Desde tiempo inmemorial el ser humano ha estudiado la forma de hacer más fáciles y agradables las funciones necesarias y la mujer ha tenido un papel muy destacado en esta tarea de facilitar las cosas. No hay ninguna razón física ni moral para relegar a la mujer al papel de materia inerte, de ser ignorante e incapaz en una función fisiológica que la atañe directamente, que es ella, personal y espontáneamente quien debe llevarla a cabo, que nadie puede hacerlo mejor que ella que nació preparada para eso.

Sesión 3. Diapositiva 4

"El proceso fisiológico del parto es único. La mujer finaliza su gestación a término, en él están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo" [353]

Sesión 3. Diapositiva 5

Las mujeres nacen con reflejos innatos que posibilitan el desarrollo del embarazo y, el parto.

Dichos procesos que son controlados desde el hipotálamo, que también determina otros reflejos innatos como: sentir hambre, sed, sueño o el deseo sexual.

Aunque sean reacciones instintivas e innatas o naturales, estos reflejos pueden ser inhibidos, reprimidos o estimulados según el ambiente y los sentimientos del momento.

Parir y nacer son procesos delicados, altamente sensibles a la influencia de sentimientos, temperatura, luz, olores, posturas corporales y muchas otras sensaciones.

Sesión 3. Diapositiva 6

La naturaleza es más grande y perfecta que la medicina o cualquier institución.

Es imposible mejorar los procesos de parto y nacimiento, ya son perfectos, tanto que nuestra especie se ha reproducido durante miles de años con eficacia.

Las mujeres no tienen que aprender a parir, y los asistentes no tienen que enseñarles, porque ya tienen por dentro el conocimiento – instintivo e innato - de cómo hacerlo.

Nuestros instintos son nuestra guía; por ejemplo, si nos sentimos incómodas o asustadas con una actitud o procedimiento, es probable que sea nocivo al proceso saludable.

Por lo que es preciso que las mujeres expresen los sentimientos y deseos para que puedan ser escuchados.

Sesión 3. Diapositiva 7

Las contracciones del parto y las sensaciones que experimentan las mujeres en el parto son en gran parte controladas por las hormonas, principalmente oxitocina, endorfinas y adrenalina.

No se pueden controlar conscientemente, son liberadas automáticamente y el resultado son reacciones instintivas y respuestas innatas.

Sesión 3. Diapositiva 8

La oxitocina es conocida como la hormona de amor.

Durante la estimulación sexual, es la hormona que liberamos en todo el cuerpo, produce sensaciones de placer y sentimientos de amor; provoca comportamientos de apoyo, confort, protección y fortalece la cercanía y el vínculo entre la pareja.

En las mujeres se libera oxitocina cuando se estimula la vagina, el clítoris, el cuello del útero y los pezones. Se libera en las mismas condiciones precisas para cualquier acto de amor: sentirse segura, protegida, amada, privada, respetada, estimulada, especial, etc.

Sesión 3. Diapositiva 9

Para que el parto fluya, se requiere condiciones que permitan la producción amplia de oxitocina. Algunas funciones de la oxitocina en el parto:

- *Durante el embarazo mantiene el cuello del útero cerrado, y a la vez produce contracciones suaves para mantener el útero con buen tono y mejora la circulación a la placenta.*
- *Induce las contracciones durante el trabajo del parto. Las contracciones empujan la cabeza del bebé sobre el cuello uterino y así se libera aún más oxitocina, de esta manera se estimulan más las contracciones para mantener el progreso del parto.*
- *Cuando el bebé está coronando, se estiran los tejidos y provoca una oleada de oxitocina necesaria, para iniciar la separación de la placenta y preparar el calostro en los senos.*
- *Produce el reflejo de bajada de la leche para amamantar al bebé y su producción continua durante la lactancia, y además induce comportamientos maternos de nutrición.*
- *Provoca contracciones fuertes en el posparto, para disminuir el tamaño del útero y controlar el sangrado.*
- *Produce sensación de bienestar, confianza, vivencia amorosa, memoria social, e incluso vivencia mística. Además, en la madre la oxitocina endógena produce también la liberación progresiva de endorfinas y un característico estado alterado de consciencia propio del parto.*

Sesión 3. Diapositiva 10

Las endorfinas son producidas cuando el cuerpo está estresado más allá que sus límites normales. Por ejemplo, se produce durante el ejercicio cuando el deportista se esfuerza mucho, haciendo posible continuar aún más.

La producción de endorfinas ha sido clave en el éxito de la reproducción de nuestra especie. Durante la historia las mujeres han sufrido por el dolor del parto, sin embargo, la producción de las endorfinas ha ayudado a aguantar y superarlo.

Los efectos de las endorfinas son: disminuye la percepción de dolor, crea una sensación

de bienestar, y altera la percepción de tiempo y lugar.

Sesión 3. Diapositiva 11

La adrenalina se produce cuando una persona está con miedo o en una situación amenazadora, el cuerpo automáticamente produce comportamientos de supervivencia y libera hormonas para luchar y/o huir.

La adrenalina inhibe el TP porque: Disminuye el nivel de oxitocina y permite la dilatación del cuello, el útero recibe menos sangre, y por tanto menos oxígeno, y por tanto las contracciones serán más dolorosas.

Sesión 3. Diapositiva 12

El parto no es controlado de forma consciente por la mujer, sino que se produce un diálogo neuroquímico constante e irreplicable entre el cerebro materno y el del bebé.

De hecho, son las neurohormonas fetales las que dan la señal que desencadena el parto a término en condiciones fisiológicas.

Sesión 3. Diapositiva 13

¿Pero...es todo fisiológico y sin complicaciones? casi siempre sí, pero en ocasiones se dan diferentes situaciones que desencadenan diferentes partos.

De ello hablaremos en la última sesión.

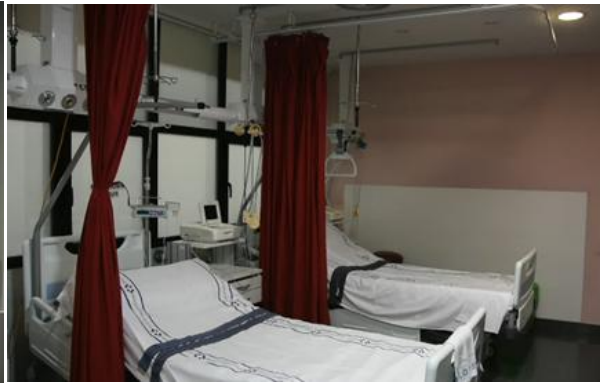
Sesión 3. Diapositiva 15-17 (consejos para un mejor afrontamiento)

Parir es un acto sumamente humano y, humanizar el parto significa entender y respetar el funcionamiento y las necesidades humanas, biológicas, fisiológicas.

Los seres humanos son mamíferos... “Si interpretamos el parto, como un proceso involuntario, la mujer no puede aprender a parir.”

Una vez se inicia el parto, no se necesita de ningún tipo de control "consciente" no tienes que hacer nada para que el parto fluya.

Transcripción del video 3: área de expectantes



Matronas M.P:

...hoy les voy a hablar del área de expectantes... como ya ustedes saben el proceso del parto es un proceso fisiológico en el cual la mayoría de las veces las mujeres no necesitamos de ninguna asistencia médica para poder parir a nuestros bebés, este proceso en todo momento está acompañado por una matrona y una auxiliar.

Cuando ustedes llegan al hospital ya sea por contracciones o por que han roto la bolsa, o por cualquier otro proceso, les va a recibir en la zona de la puerta una matrona, en su consulta ella les va a hacer un reconocimiento para comprobar que mamá y bebé en todo momento están continuando con su proceso fisiológico del parto.

En esta área de expectantes van a estar acompañadas en todo momento por una matrona. Les vamos a hacer unas pruebas necesarias para comprobar que el bebé y el parto siguen su proceso fisiológico; en esta área también tenemos una zona de ducha que muchas mamás la utilizan para darse una ducha antes de pasar al paritorio y poder entrar más relajadas.

Pero bueno, como ya ustedes saben los bebés no avisan cuando quieren nacer, y hay veces que los bebés nacen en esta zona, pero no hay problema ninguno, aquí la matrona va a estar continuamente acompañando a la mamá, y recibiendo al bebé que ha decidido nacer y que con tanta prisa venía, así que más decirles, mucho ánimo y aquí les esperamos.

Matrona N.G:

...estamos en la sala de expectantes, y como sabréis es una sala que se puede realizar algún tipo de prueba para comprobar como estáis vosotras o como está vuestro bebé.

Una de las pruebas que se realiza aquí es la monitorización, se realiza con este aparato que consta de dos electrodos, uno para escuchar el latido del bebé y otro para ver si tenéis contracciones y si son muy intensas. Tenemos un monitor sujeto por unos cables y también tenemos otro inalámbrico que permite mayor movilidad, y en el caso de que os queráis estar moviendo pues lo podemos utilizar.

También en el área de expectantes contamos con una ducha que en muchos casos cuando estáis con contracciones el agua caliente os ayuda bastante, pues sería posible

que mientras permanezcáis aquí lo solicitéis y vayáis cuantas veces queráis.

Aunque el espacio no es muy amplio si contamos con bastante para por ejemplo traer aquí una pelota en la que podéis movilizar y si tenéis dolor por que estáis con contracciones pues también os podría ayudar y no estar en la cama si no como vosotras prefieras

...encantada y aquí os esperamos para acompañaros en el momento más especial de vuestras vidas, un saludo y un beso a todas.

Matrón G.P

...estamos ahora mismo en el servicio que llamamos nosotros expectantes y que ustedes conocerán en la calle como monitores.

Aquí ponemos monitores en caso de ser necesario. Cuando más frecuente hacemos los monitores es cuando rompen la bolsa que les hacemos un monitor posterior para valorar que todo esté bien; aquí escucharan el corazón de su bebe y también marca las contracciones este monitor.

Aprovecho para decirles que este es un buen lugar para resolver cualquier duda que tengan ya que aquí trabajamos dos matronas y es un servicio que normalmente no tenemos mucho trabajo, así que no duden en preguntarnos cualquier cosa.

...quiero decirles que aquí les esperamos para pasar el mejor día de sus vidas.

Creando recursos (sesión 3)

- *El Mantra:* el “mantra” es una palabra o una frase que tenga algún significado especial para la mujer; puede tomarse de alguna canción, novela, poesía, cuento, etc. Se tiene que familiarizar tanto con el mantra que acabará convirtiéndolo en parte de sí misma, para ello se tiene que practicar durante 10 min, 2 veces al día, recitando el mantra (en voz alta o para sí misma). Después, cuando se enfrentasen al momento del parto lo podrían utilizar como forma de relajarse.

4.3.1. Sesión de educación prenatal 4: acompañamiento

La cuarta sesión, “Acompañamiento”, estuvo dirigida a las competencias y disponibilidad de la matrona como el profesional de referencia capacitado para acompañar a la mujer en su parto. Se trató la importancia y funciones de la persona de confianza que la mujer elige para que le acompañe durante el proceso perinatal. En el *anexo V* se muestran las diapositivas correspondientes a esta sesión, su transcripción por diapositivas se muestra a continuación.

El video de la sesión cuatro muestra la zona de paritorios. Las matronas A.R y N.M les explican la organización general del área de paritorio, el matron A.P y las matronas E. L y T.S les muestran el interior de los paritorios y las opciones y recursos disponibles, y por último el matron S.R se centra en el paritorio destinado al parto no intervenido.

Sesión 4. Diapositiva 2-3 (pregunta de facilitación)

Piensa en el momento del parto....

¿Qué esperas de la persona que has elegido para acompañarte en Tu Parto?

Y la Matrona.... ¿Cuál piensas que es su función principal en el paritorio?

(Describe en pocas palabras)

Sesión 4. Diapositiva 4

Todas deberíais contar con personas próximas y profesionales que apoyen durante el TP y el nacimiento, ya que este apoyo mejora la fisiología del parto y tu sensación de confianza.

Éste apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el TP en un lugar desconocido.

Está demostrado que el apoyo continuo de la mujer durante el parto está asociado a:

- *Una menor utilización de analgesia farmacológica.*
- *Una disminución en el número de partos vaginales instrumentales, del número de cesáreas, así como a un incremento de partos vaginales espontáneos.*
- *Además de una mayor satisfacción con la experiencia del parto.*

Sesión 4. Diapositiva 8

Tu pareja o persona que te acompaña en este camino hacia la maternidad tiene presentes los sentimientos de responsabilidad, ansiedad y preocupación por ti y por tu bebe. En ocasiones es posible que tenga dificultad para expresarlo o hacértelo saber.

Transmítele todo lo que sientes para que esta persona a su vez se sienta participe de tu embarazo, porque sufre un proceso psicológico paralelo al tuyo, también con miedos e incertidumbre.

Sesión 4. Diapositiva 9

Para que el acompañante sea realmente útil es preciso enseñarle cuál es su misión, como puede ser:

- *Decidir contigo el momento de acudir a la maternidad u hospital.*
- *Afrontar juntos el proceso de dilatación porque puede desarrollarse lentamente*

y requiere el mayor acompañamiento emocional posible.

- *Crear a tu alrededor un ambiente de tranquilidad y confianza. Colaborar contigo durante las contracciones para poder utilizar correctamente la relajación y el ritmo de la respiración.*
- *Colaborar con el equipo que te atiende a la durante todo el proceso.*
- *Apoyarte, sobre todo si las cosas se ponen difíciles, siendo tu refuerzo positivo.*
- *Ayudarte a adoptar las posturas que te hagan sentir mejor, masajearte las zonas doloridas o acompañándote en la deambulación.*

Sesión 4. Diapositiva 5

La Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales dictaminan que el profesional de referencia en la atención del embarazo, parto y puerperio normal es la matrona.

Por sus conocimientos, competencias, y habilidades demostradas a lo largo de toda la historia de la humanidad, es el profesional más idóneo para el cuidado y atención del embarazo, la educación para la maternidad, el parto, el cuidado del recién nacido, el puerperio, y la lactancia, entre otras.

Existe evidencia científica de los beneficios que reporta a la mujer el hecho de recibir atención continuada de un equipo de matronas durante el embarazo, el parto y el posparto. Algunos de estos beneficios son la disminución de: el número de intervenciones en el parto, la necesidad de anestesia y la monitorización continua.

Nuestro objetivo es procurar que el parto sea una experiencia única, satisfactoria y gratificante. Realizamos nuestra labor desde la evidencia científica más actual para que el proceso trascorra con normalidad, intervenimos en caso de que el proceso del parto se desvíe de la normalidad.

Sesión 4. Diapositiva 7

Las matronas te ofrecemos durante el parto:

- *Información que necesites de una manera clara.*
- *Respeto.*
- *Respuestas ante tus necesidades, preferencias y preguntas.*
- *Apoyo emocional con empatía y compasión, tranquilización y escucha activa.*
- *Apoyo para que comprendas y puedas elegir, garantizando que se respete tu elección.*
- *Te explicamos los procedimientos y procuramos obtener un consentimiento fundamentalmente verbal y cuando sea apropiado por escrito, para los tactos vaginales y otros procedimientos.*
- *Te animamos a que expreses tus necesidades y preferencias.*
- *Te informamos regularmente acerca de lo que está sucediendo.*
- *Velamos por mantener tu privacidad y confidencialidad.*
- *Proporcionamos igualmente a tu acompañante elegido explicaciones claras sobre cuál es la mejor forma de prestarte apoyo respecto al TP.*

Sesión 4. Diapositiva 6, 10-12 (Consejos para un mejor afrontamiento)

El elemento clave del modelo de matrona es la normalidad, la facilitación del proceso natural con la mínima intervención y el empoderamiento de la mujer de parto.

La matrona que te atienda te proporcionará apoyo físico, informativo y emocional de manera continua y personalizada.

El apoyo durante el parto mejora la evolución correcta y natural del mismo.

En ese momento tan especial para ti debes decidir quién será la persona que esté contigo: nadie mejor que tú sabe lo que necesitas y deseas.

Transcripción del video 4: el paritorio



4- Los Paritorios



Matrona A.R:

...este es el pasillo de los paritorios, hay 7 paritorios en este lado y cada paritorio tiene el nombre e imagen de una de las islas canarias, y en ellos podréis estar siempre acompañados por la persona que vosotras elijáis. Además, habrá una matrona ubicada en cada uno para que siempre sea una atención uno a uno.

Aquí os esperamos para compañeros en el momento más bonito de vuestra vida.

Matrona N.M:

...les quería enseñar otra de las alas de nuestro servicio, aquí tenemos el paritorio número 8 que es el paritorio donde se pueden dar los parto de baja intervención, donde entre otras cosas tenemos una bañera que es el eje para el alivio del dolor a través de la inmersión en el agua; también tenemos otro paritorio reservado para aquellas parto que se presentan muy rápidos y que directamente pasarían para lo que es el expulsivo en sí; después ya por ultimo tenemos el paritorio número 10 que es el más grande, porque está preparado para recibir a gemelos, de manera que tenemos todo por duplicado.

También en este otro lado tenemos el quirófano, por si se presenta una cesaría pues lo

tenemos aquí disponible para ello.

...pues aquí las esperamos y estaremos encantados de acompañarlas en el momento más importante de sus vidas, que es la llegada del bebe.

Matrona T.S:

...hoy en este video os vamos a contar un poquito el procedimiento cuando llegáis al paritorio, y luego que ocurre.

Cuando lleguéis con vuestra pareja al paritorio o con el acompañante que vosotras decidáis, os va a recibir la matrona y también la auxiliar de enfermería, juntos vamos a ser los que hagamos la admisión en vuestra entrada en paritorio.

Una vez que estéis aquí dentro del paritorio lo primero que vamos a hacer es hablar con vosotras, que nos contéis, que nos expliquéis que deseos tenéis a lo largo de la dilatación y también a lo largo del parto. La idea un poco que tenéis o todo lo que a vosotras os vaya apeteciendo; también podéis cambiar de opinión, no tiene que ser todos cerrado, sino que poco a poco según vayan sucediendo las cosas, nosotros os vamos informando y tenéis total libertad para ir preguntando todas las dudas que os vayan surgiendo.

Después de esto lo siguiente que vamos a hacer es poner la monitorización. La monitorización consiste en escuchar a vuestro bebe y también ver las contracciones, y luego en función de lo que os decías, de los deseos de vuestro parto, iremos decidiendo.

Se os puede colocar una vía también a nivel del brazo, valorar el tipo de analgesia, métodos no farmacológicos de alivio del dolor, y demás que vosotras decidáis.

Y aunque a primera vista este paritorio os pueda parecer no tan agradable como el paritorio número 8, no es para nada así, sino que cuando vosotras entráis podemos tener la luz apagada si traéis música de casa pues poner música ambiente, o incluso algún olor, y crear un ambiente en el que os encontráis seguras y tranquilas para recibir a vuestro bebe.

Aquí os esperamos con muchísimas ganas de poder compartir una gran experiencia con vosotras y que os llevéis un buen recuerdo a vuestra casa.

Matrón A.M:

...concretamente quiero presentarles el área de paritorio, en este hospital los paritorios están distribuidos en 10 paritorio como este, uno de ellos especial que es el paritorio 8 del que ya les hablaran.

En este lugar es el que van a estar durante todo el proceso del parto las “mamas”, cada una de ellas en un paritorio, no comparten con otras este recinto. Durante el tiempo del parto pueden estar acompañados siempre por una persona que ustedes deseen.

Por la forma de trabajo de este paritorio las “mamas” van a estar durante las 24

horas siempre acompañadas por una matrona de referencia que velará por la salud, seguridad y bienestar tanto de ti como del futuro bebe y también del acompañante.

Una de las preocupaciones más importante que tiene las mujeres en el momento del parto es el de sufrir o padecer un dolor que no sean capaces de soportar. Ya anteriormente alguno de mis compañeros les ha hablado de los diferentes métodos no farmacológicos para aliviar ese dolor, otro de los métodos para intentar calmarlo y llevar mejor esa fase es la analgesia epidural.

Pues precisamente esa analgesia se puede llevar a cabo una vez ya se encuentra aquí, en el paritorio, porque es el lugar más seguro ya que precisa una serie de controles previos y durante el proceso tanto para la mamá como para el bebé, y este es el lugar adecuado donde se puede realizar. Este no se puede llevar a cabo ni en la planta ni en la sala de monitores. La epidural está a disposición de todas las mujeres que lo soliciten cuando lo deseen, estamos todos el equipo de anestesia, como las matronas y auxiliares dispuestas para administrar ese tipo de analgesia que consiga aliviar ese dolor durante el proceso del parto.

Tanto yo como mis compañeros formamos un equipo de gente joven, formada y motivada para ayudarte y acompañarles durante este proceso maravilloso, mágico proceso del parto, y no solo nos gustaría que nos vieran como el equipo profesional, sino como todo aquel conjunto de persona que van a estar con ustedes ayudándoles velando por sus intereses, por sus deseos, por sus decisiones, y también como personas de referencias para apoyarlas, intentar aclarar las dudas, y consultar todas aquellas preocupaciones y temores que tengan, formando todos un gran equipo, junto con el equipo no solo de matronas sino auxiliares, y todo el equipo del complejo hospitalario, para intentar conseguir que este sea un proceso muy gratificante y gratamente recordado para siempre en la formación de la nueva familia. Les esperamos.

Matrona E.L

...una de las funciones de nuestro trabajo es acompañarlas en vuestro proceso de parto. Nuestro objetivo es acompañar tanto en la dilatación como en el expulsivo y hacer que sea un proceso más llevadero y fácil.

Somos el personal de referencia en vuestra estancia en paritorio: resolveremos dudas, os acompañaremos y os ayudaremos con todo este camino hasta conocer a vuestro bebé.

Lo ideal cuando lleguéis al paritorio es que os encontréis con un ambiente que sea acogedor, que sea tranquilo, y que os haga sentir como si estuvierais en casa, eso os va a ayudar mucho a que el proceso del parto llevéis mucho mejor.

Disponemos de muchas herramientas o de recursos para ayudar a conseguir ese ambiente tranquilo y cómodo para vosotras; y una de ellas por ejemplo es la música. Todas las matronas estaremos encantadas de que traigáis vuestro propio altavoz, vuestro propio pendrive que podemos conectar al ordenador, o una lista de reproducción que os guste y os haga sentir tranquilas.

Otra de las técnicas que disponemos es la aromaterapia, el uso de los aceites esenciales está genial para el parto, no solo por el olor, sino que además también lo

podemos utilizar para el masaje. El masaje es también una herramienta muy buena para el alivio de las contracciones.

Otra herramienta que no podemos dejar escapar es la movilidad, mi consejo es que os mováis muchísimo en el parto, que adoptéis muchísimas posturas. En el paritorio disponemos de bastantes recursos, tenemos pelotas de fitball, pelotas de cacahuete, sillas de parto, la cama se transforma completamente y nos da muchos puntos de apoyo y mucho juego para adoptar distintas posturas.

Si deseáis utilizar la epidural durante el parto, eso no significa que no vayáis a poder moveros durante todo el proceso, sino que se pueden seguir adoptando distintas posturas, e incluso dependiendo de cada mujer, es algo individual, podías poneros de pie, seguir utilizando la pelota de fitball, o estar sujetas por vuestra pareja.

Así que ya sabéis, contamos con muchos recursos y muchas herramientas para favorecer un ambiente tranquilo, un ambiente que sea acogedor, que os haga sentir bien y sentirnos como en casa, así que acordaos: aceite para masajes y aromaterapia, la música, y no os olvidéis de la movilidad y estar cómodas en el parto.

Me despido diciéndoles que todo el grupo de matronas estamos encantada de recibirlos, estamos desando que vengáis para poder acompañaros en vuestro parto, y haceros el camino a la llegada de vuestro bebe mucho más fácil.

Matrón S.R:

...os voy a enseñar de los diferentes elementos que puede disponer en el paritorio 8.

Aquí tenéis la bañera de partos, en ella la podéis usar como inmersión en el momento de la dilatación, que es uno de los métodos naturales más eficaces para el alivio del dolor.

Esta es la silla de partos, en la cual podéis usar la posición vertical en el momento de la dilatación y del expulsivo.

Aquí tenéis también las diferentes pelotas que os van a favorecer a la movilidad de la pelvis. Estas pelotas, aunque están aquí también se pueden usar en otros paritorios.

También tenemos este dispositivo circular que se llama lenteja que les va a liberar el sacro, es muy efectivo en ese momento.

También tenemos la cama que te permite el ponerte en cualquier posición y la curvatura que hace que te ayude a que no te moleste la barriga.

Esta es la sillita de partos que es portátil, la podemos tener tanto aquí como en otros paritorios, con ellas lo que vamos a hacer es el expulsivo en sí.

Dado que dispondrás de toda la libertad de movimientos, aquí tenemos una agarradera o soporte que es donde te puedes sujetar en el momento del expulsivo o en el momento de la dilatación cuando te dan las contracciones. Tanto este como aquella son métodos de soporte.

...Aunque aquí disponemos de muchos artilugios, no es necesario que tengáis que parir aquí, si por algún motivo decides ponerte la epidural en este paritorio, te tendremos que trasladar a otro paritorio, pero te vamos a ofrecer la misma

oportunidad de poder tener un parto, no intervenido dentro de las posibilidades, pero lo más natural que se pueda.

Aquí te esperamos todo el equipo de las matronas con los brazos abiertos y con muchas ganas de atenderte a ti y a tu bebe y a toda tu familia.

Creando recursos (sesión 4)

- *Detectar e implantar fortalezas:* para esta actividad se propuso escribir 5 actividades/objetivos que haya sido capaz de realizar gracias a tus fortalezas (competencias) y pensar en cómo las ha utilizado para lograrlos y de qué manera le han sido útiles. El objetivo de esta tarea es aumentar la consciencia sobre las propias capacidades.

4.3.1. Sesión de educación prenatal 5: diferentes partos

La quinta y última sesión, denominada “Diferentes partos”, estuvo enfocada al proceso de pródromos de parto, y de nacimiento. Se habló sobre los procedimientos que se realizan de manera individualizada dentro del paritorio, los factores personales de cada mujer, al significado y manejo del dolor entre otros aspectos.

En el último video, la matrona K.N les habló del área de transición (neonatología), y la matrona L.A les enseña en área de puerperio inmediato, contándoles que pasa después del parto, y la importancia de la instauración de la lactancia materna en este periodo.

Transcripción de la sesión 5

Sesión 5. Diapositiva 2 (pregunta de facilitación)

Cuando llegue el momento del parto...

¿En qué recursos has pensado para afrontar el dolor?

Sesión 5. Diapositiva 4

El periodo de pródromos es el período previo al inicio del TP hasta llegar a los 3 cm de dilatación.

- *Puede abarcar desde unas horas hasta varios días.*
- *Durante este periodo las contracciones aumentan de intensidad y frecuencia. pero no llegan a ser regulares (3-4 en 10 minutos).*
- *Aumenta el flujo vaginal.*
- *Puedes expulsar el tapón mucoso.*

Que hacer, que actitudes se deben adoptar:

- *Distraerse, pasear, leer, escuchar música, baños, descansar, bailar.*
- *Continuar con la vida cotidiana dentro de las posibilidades.*
- *Ejercicios de respiración consciente.*
- *Masajes durante las contracciones.*

Sesión 5. Diapositiva 5

La fase de TP se establece una vez:

- *Se alcanzan los 3 cm de dilatación.*
- *Las contracciones se vuelven rítmicas, intensas y que no ceden cuando se está en reposo.*

¡Es hora de ir al Hospital ;

Sesión 5. Diapositiva 6

Y la rotura de la bolsa...

¿Cuándo se produce?

(Se habló sobre la rotura prematura de membranas o en TP, la rotura espontánea y rotura artificial, el parto velado)

¿Qué hacer si “rompes la bolsa”?

(Se habló de los signos que hacen pensar que han roto la bolsa, del color del líquido amniótico, de cuando acudir al hospital, de cómo diferenciarlo de un aumento de flujo)

¿Qué hacemos en nuestro de nuestro Hospital?

(Se habló del protocolo vigente, de cómo comprobamos que la bolsa está rota, de las pruebas que se realizan una vez se confirma, y de las opciones disponibles según circunstancias personales: evolución a TP directo, evolución a TP tras periodo diferido, inducción directa, inducción tras maduración cervical, ...).

Sesión 5. Diapositiva 7

Y la inducción del trabajo del parto...

Se habló de: ¿Cuándo? (RPM y no inicia el TP, gestación prolongada o por complicaciones del embarazo); ¿Por qué?; ¿Cómo?

Sesión 5. Diapositiva 8

El dolor en el parto...

El dolor no es sinónimo de sufrimiento. El dolor de parto es el único dolor que no tiene relación con algo que no anda bien en nuestro cuerpo. Las contracciones duelen, pero es un dolor que viene y se va. Fuera de la contracción, se acabó el dolor, te da un

tiempo para reponerte, y vuelve a comenzar. No es un dolor que conlleva susto o miedo por la salud porque sabemos lo que está ocurriendo, y tiene una función muy clara y específica en el TP.

El dolor es algo subjetivo.

Cada mujer es un mundo y cada parto es diferente, por eso las sensaciones que la mujer experimenta cuando está de parto son muy variables. Cada mujer tiene además su propio umbral de tolerancia al dolor, por eso a unas mujeres puede dolerle más que a otras. Suele ocurrir que algunas mujeres no sienten casi dolor hasta el expulsivo o, por el contrario, que la mujer sienta mucho dolor en la dilatación y muy poco en el expulsivo.

Se produce por la contracción del músculo uterino.

El útero es un músculo, que se mueve hacia arriba y oponerse a su “tirón” provoca que la contracción sea más fuerte. Al igual que si levantamos un bolso con la mano no duele, pero levantar una maleta pesada provoca dolor y cansancio. Por lo tanto, las contracciones se volverán más dolorosas si se ofrece resistencia contra ellas, y serán más llevaderas por medio de la relajación (lo más completa posible) durante la contracción.

Para entender la importancia de la respiración durante las contracciones...les explico de modo que puedan entender cómo funciona la contracción muscular...para que la contracción muscular se produzca se precisa una combinación entre el azúcar y el oxígeno contenidos en el músculo, tras la contracción se va a producir productos de desecho (anhídrido carbónico), que al unirse con el agua contenida en los tejidos se convierte en ácido que cristaliza en forma de agujas y duele. Si el músculo fatigado vuelve a su nivel normal de oxígeno, se repone de la contracción, el dolor y el cansancio desaparecen. Por lo tanto, hay que aportar al organismo por medio de la respiración la cantidad de oxígeno necesario para neutralizar la acidificación del músculo.

¿Qué puede hacer que duela más?

- *Puede influir la actitud que tengáis hacia el dolor, el pensar que "no vais a ser capaces de aguantarlo".*
- *Estar nerviosa, con miedo, centradas en el dolor y esperándolo también puede hacer que duela más.*
- *La actitud del acompañante y los profesionales también puede influir.*
- *La medicalización del parto.*
- *Estar incómoda, sola o insegura.*
- *La oxitocina exógena (se explican las razones).*
- *Tener la bolsa rota (se explican las razones).*

Sesión 5. Diapositiva 9

Que métodos farmacológicos se disponen en el momento del parto para el alivio del dolor

Se habló de:

- *¿Cuándo se puede pedir?*
- *¿Cuándo recomendamos solicitarla?*

- ¿Consentimiento informado?

La epidural en dosis altas o mal administrada puede reducir o incluso eliminar totalmente la movilidad de la mujer. En nuestro hospital se utiliza la analgesia epidural que alivia el dolor, pero permite moverse.

Sesión 5. Diapositiva 10

...Y que métodos no farmacológicos están a vuestra disposición:

- *El estar relajada te ayudará a percibir los movimientos del útero como algo nuevo, pero no necesariamente doloroso.*
- *Caminar...balancear y rotar la pelvis, además ayudarán a tu bebé a descender por el canal de parto.*
- *Baños de inmersión o ducha en agua caliente. El agua caliente favorece la secreción de endorfinas, que alivian el dolor.*
- *Un ambiente adecuado y tranquilo.*
- *La distracción mediante otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse).*
- *Visualización de imágenes mentales.*
- *El masaje superficial, la presión/masaje.*
- *La aplicación superficial de calor o frío.*
- *Las técnicas de respiración.*

Sesión 5. Diapositiva 11

En esta diapositiva se habló, a modo de resumen, de los 3 periodos del parto (dilatación, expulsivo, y alumbramiento): cuando se inician y finalizan, los tiempos, los procedimientos que se suelen realizar en cada uno de ellos, ...

Sesión 5. Diapositiva 12

Por último, se habló del periodo postpartos, en concreto, del periodo de puerperio inmediato (durante las dos horas posteriores al parto) y del puerperio hasta que reciben el alta médica y regresan a casa.

Sesión 5. Diapositiva 13

Se realizó un ejercicio simple de respiración...

Inspirar por la nariz la mayor cantidad de aire posible, y ve soltando lentamente, soplando por la boca... (repitiéndolo 5 veces).

Uno de los motivos más importantes de dolor en el parto es la mala respiración, el insuficiente aporte de oxígeno en relación con el trabajo que está efectuando musculo uterino.

Piensa que vas a ser capaces de hacerlo...vas a recibir los ánimos y el apoyo de los demás que te ayudará a sobrellevarlo. Piensa que es algo natural, unas sensaciones que responden a un proceso fisiológico normal y no a algo patológico. Recuerda que es algo pasajero que tiene un fin concreto y maravilloso que es el nacimiento de tu bebé.

El parto es un proceso dinámico, y el movimiento es lo que hace que se desarrolle con normalidad.

Transcripción video 5: el puerperio



5- Puerperio/Transición

Matrona K.N:

...ahora vamos a conocer la unidad de transición que está junto a la del puerperio inmediato. Aquí en transición trabajan dos enfermeras por turno, que son los enfermeros de pediatría que vas a ver siempre en el momento del parto, vigilando que cuando tu bebe nazca todo evolucione correctamente.

Como ya sabes el parto es un proceso fisiológico donde la mayoría de las mujeres que van a dar a luz son mujeres sanas, y por tanto sus niños son niños sanos también, los recién nacidos no necesitan ningún tipo de reanimación, y como fuente de calor actúa su propia madre.

Pero cuando venimos al mundo pasamos de un medio intrauterino a otro completamente diferente donde debemos iniciar la respiración aérea llenando nuestros pulmones de aire, esa adaptación no solo es respiratoria, también es del sistema circulatorio, del control de la temperatura y del equilibrio glucémico. Esta adaptación no todos los niños la hacen de la misma manera con la misma facilidad; dependiendo de diferentes factores. Hay niños que necesitan una vigilancia y unos cuidados especiales, pero como te dije antes, son siempre la minoría.

En esta unidad contamos con incubadoras que como ves es un sistema cerrado transparente, por lo que siempre mantenemos contacto visual con los niños, su función es crear un ambiente controlado de humedad y temperatura que sea adecuado para el recién nacido.

Aquí los profesionales además de vigilar estrechamente a tu recién nacido, le van a

proporcionar los cuidados adecuados para que esa adaptación sea exitosa y poder devolverlo lo antes posible con su madre.

Los profesionales del equipo intentaremos siempre facilitar y favorecer la lactancia materna, el proceso de vinculación madre-hijo, apoyarte, darte toda la información, y responder todas tus dudas.

Tu pareja podrá acompañarlo durante la estancia de tu recién nacido en transición, y poder mandarte foros y videos. No te olvides tu recién nacido siempre será identificado con una pulsera desde el momento del parto y esa identificación permanecerá durante toda la estancia hospitalaria.

Lo importante es que confíes en el equipo que lo va a atender tu bebe está en las mejores manos, y esperemos que siempre sea solo en las tuyas.

Siéntete apoyada y tranquila, contamos con los mejores profesionales y con las mejores instalaciones.

Matrona L.A:

...voy a hablarles de la sala de puerperio. Tras el parto va a ser trasladada con tu bebe a esta sala donde me encuentro. Es una sala acogedora y comfortable. Dónde vas a pasar las dos primeras horas tras el parto con tu bebe y acompañada de tu pareja o la persona que tu desees que esté a tu lado. Además, vas a estar acompañada por la auxiliar de enfermería, la matrona, las enfermeras de transición que se encargará de los cuidados de tú bebe.

La matrona te va a acompañar, controlando que tu puerperio sigue su curso normal y fisiológico, fomentando el contacto piel con piel con el cuerpo desnudo de tu bebe, y apoyando la lactancia materna en caso de que desees amamantar a tu hijo.

Quiero decirte que tras el parto tu bebe se encuentra despierto, en un estado de alerta tranquila, buscando el pecho de su madre, por ello la matrona siguiendo las recomendaciones de la organización mundial de la salud, va a fomentar que la primera toma de la lactancia materna se produzca en la primera media hora de vida de tu hijo.

Por otro lado, decirte que el puerperio es un momento fundamental para el fortalecimiento del vínculo afectivo, sentir el cuerpo desnudo y calentito de tu hijo, los besos, las caricias, las miradas y su olor van a provocar que tu segregues un pico de oxitocina, la hormona del amor, protagonista en el parto, en el postparto, en el apego y en las relaciones sexuales.

Vivir tu experiencia de parto desde el amor, sin miedo, confiando en tu cuerpo, en la capacidad que tienes como mujer de parir, confiando en los profesionales sanitarios bien formado que te atendemos y en un hospital con unas instalaciones bien equipadas, que van a garantizar que tu experiencia de parto sea única, vital y extraordinaria, teniendo así un parto respetado, un parto seguro, y un parto humanizado, ese es nuestro objetivo para tu parto.

Y me despido esperándote con este sonido tan bonito de fondo (se escucha un bebe llorando) que es el llanto de un bebe recién nacido.

Feliz embarazo.

Disfruta de tu parto y de tu crianza.

Aquí te esperamos las matronas y los profesionales del equipo multidisciplinar el Hospital Universitario Materno Infantil de Gran Canaria.

Creando recursos (sesión 5)

- *Consejos de expertos*: las mujeres debían escribir una carta dirigida a otras embarazadas que puedan estar pasando por tu misma situación. Esta carta explica cómo se sentía cuando estaba mal y que cosas ha hecho que le han ayudado a sobrellevar el problema.

4.4. Desarrollo de la intervención de apoyo intraparto

Puntos claves:

- Apoyo específico por **matronas, expertas y motivadas**.
- Implementaron **acciones y procedimientos** dentro de sus capacidades y competencias, siendo conocedoras del alto miedo al parto en la mujer.
- Las matronas ejercieron su labor como **sistema de enfermería de apoyo**, en la toma de decisiones, control de la conducta, y adquisición de conocimientos y habilidades.
- El **periodo de la intervención de apoyo intraparto** comprendió en periodo entre octubre de 2021 y octubre de 2022.
- Se obtuvieron 96 registros de las matronas que acompañaron a estas mujeres del grupo experimental.
- El 58.9% se presentaron como matrona de referencia en la atención de mujeres con miedo al parto.

El objetivo de esta parte de la intervención fue ofrecer apoyo específico por matronas, expertas y motivadas en acompañar, durante el parto, a mujeres gestantes con FOC. Para seleccionar el grupo de matronas colaboradoras, se evaluaron las actitudes y experiencias de las matronas de la unidad de paritorios del HUMIC mediante un cuestionario de valoración creado “*ad hoc*” a partir de un cuestionario previo obtenido del estudio de *Vries et al.* [365] “Prácticas y conocimientos de las matronas sobre el miedo al parto y el trastorno de estrés postraumático”. Del citado cuestionario se

extrajeron las preguntas más relevantes para la evaluación del FOC, llevando a cabo su traducción y la adaptación (*anexo VIII*).

En un primer momento se comunicó a las matronas cual era el objeto de estudio y la posibilidad de entrar a formar parte del grupo de matronas referentes en la fase intraparto del ensayo clínico, recalcando que la respuesta al formulario no comprometía su participación en dicho ensayo. El periodo de recogida de datos tuvo lugar durante el mes de mayo de 2021 y el mes de abril de 2022; se facilitó vía mensajería instantánea *WhatsApp*[®] el acceso en línea al formulario de valoración. La valoración se realizó en dos periodos de tiempo diferentes debido a una reorganización importante de matronas en el contexto de una resolución de oferta pública de empleo, por lo que se consideró conveniente evaluar a las nuevas matronas incorporadas. Los resultados de la evaluación se muestran en el *capítulo 6.11.*, y se discuten en la *sección 7*.

A partir de los datos obtenidos de la valoración de las experiencias de las matronas se procedió, mediante los criterios indicados en el *anexo IX*, a evaluar a las matronas participantes. Se creó un listado de matronas por orden de puntuación obtenida, proponiéndoles su participación en el estudio de mayor a menor puntuación hasta conseguir el número de matronas deseadas. Se estableció que como mínimo un tercio de las matronas del turno fueran colaboradoras del estudio. El número habitual de matronas por turno en el área de paritorios oscila entre 9-10; la plantilla está formada por 5 grupos de trabajo que realizan turnos rotatorios en este orden: diurno (9h-21h), nocturno (21h-9h), día saliente, y dos días libre; y 3 matronas que trabajan únicamente en diurno. Con todo ello hubo que incluir a 3 matronas por grupo de trabajo y a 2 matronas del turno fijo de diurno. Se colocó un cartel informativo (*anexo X*) en las diferentes áreas del paritorio comunicando el nombre de las matronas colaboradoras que debían ser informadas en caso de detectar alguna participante del grupo intervención (GI) del estudio

Durante las sesiones de EP en línea las mujeres fueron instruidas para poner en conocimiento de las matronas u otros profesionales que les atendieran, durante su estancia en el área de paritorio, la pertenencia al “Estudio FOC”; las participantes también pudieron contactar vía mensajería instantánea con el IP en la fase latente o activa de parto si acudía a la unidad de paritorio. Las mujeres fueron informadas de la atención preferente por matronas seleccionadas, conocedoras de su FOC, si las

circunstancias de carga asistencial eran propicias, puesto que la atención de las mujeres del GI no pudo ir en detrimento del resto de mujeres que no formaban parte del estudio o pertenecían al GC; asimismo, fueron informadas que podrían ser atendidas por cualquier otra matrona sin perjuicio para ellas ni para su participación en el estudio.

La función de la matrona colaboradora, y de otras matronas que pudieran acompañar a la mujer durante el proceso intraparto, fue implementar las acciones y procedimientos que consideraron oportunos dentro de las capacidades y competencias intrínsecas a la profesión, siendo conocedoras, de manera objetiva, que la mujer sufría alto FOC. Las matronas actuaron desde la perspectiva del modelo de Orem, ejercieron su labor como *sistema de enfermería de apoyo*, donde los requerimientos de ayuda de la mujer están limitados a la toma de decisiones, control de la conducta, y adquisición de conocimientos y habilidades.

El periodo de intervención de apoyo intraparto se inició con la llegada de la primera participante del grupo experimental en octubre de 2021, concluyendo con la última participante en recibir el apoyo en octubre de 2022. En total se obtuvieron 96 registros de las matronas que acompañaron a estas mujeres. En un 58.9% de los registros las matronas indicaron que se presentaron como matrona de referencia en la atención de mujeres con FOC o colaboradoras del estudio FOC, el restante 41.1% fue cumplimentado por otras matronas que igualmente acompañaron a las mujeres del grupo experimental, y no se presentaron como tal. Estas matronas contactaron con las mujeres directamente en el área de paritorio, en el 77.9% de las ocasiones, en un 15.8% en el área de expectantes, y en un 6.3% en el triaje o área de admisión. En cuanto al tiempo disponible para la atención de éstas mujeres, una amplia mayoría (74.7%) dispuso del tiempo que consideró necesario, mientras que, el 25.3% restante, indicó que no dispuso del tiempo que deseaba para ofrecer el acompañamiento que la mujer precisaba, comentando en ocasiones que esto sucedió por tener que vigilar varios paritorios o acompañar a dos mujeres en dos paritorios a la vez, debido a la alta carga de trabajo, a turnos con falta de cobertura de matronas, o situaciones puntuales de colapso en el paritorio u otras áreas de la unidad.

En cuanto a los motivos por los que las mujeres del GI acudieron a la unidad de paritorio, lo más frecuente fue por TP o inducción (54.7%), seguido de rotura prematura de membranas (28.4%), y un 16.8% acudió por pródromos de parto. Las acciones que

las matronas llevaron a cabo con el objetivo de disminuir el FOC se muestran por orden de frecuencia de implementación en la *ilustración 1*. Algunas matronas nombraron otras acciones, como: procurar la toma de decisiones informadas, fomentar la autoeficacia o el acompañamiento continuo, mostrar el realismo del proceso, promover cambios de posiciones, intentar aplicar procedimientos solicitados en su plan de parto, preguntar por las preferencias, expectativas y experiencias de parto anterior, fomentar la “atención plena”, técnicas de respiración guiada, musicoterapia, o dar opciones terapéuticas.

Ilustración 1. Acciones por las matronas en la intervención de apoyo intraparto



5. METODOLOGÍA

5. Metodología del ensayo clínico aleatorizado

Puntos clave:

- **Ensayo Clínico Aleatorizado** de dos brazos, intervención y control, con una asignación 1:1.
- Se siguió en su diseño las normas CONSORT.
- Se encuentra registrado en [ClínicalTrial.org](https://clinicaltrials.org).
- Se realizó un **muestreo por conveniencia** entre junio de 2021 y 2022.
- Se **aleatorizaron** a las participantes mediante una tabla de números aleatorios, según secuencia establecida en el protocolo.
- Las mujeres incluidas en el ensayo obtuvieron una puntuación en **rango alto de miedo al parto**.
- A las participantes del grupo de intervención se les **complementó la atención habitual** con las intervenciones experimentales.
- Las participantes asignadas al grupo de intervención recibieron, adicionalmente a la educación prenatal habitual, cinco sesiones de **educación prenatal grupal específica** en línea para abordar el miedo al parto.
- En el área de paritorio se realizó un **apoyo específico por matronas** motivadas en el apoyo a mujeres gestantes con miedo al parto.
- Se consideró como **variable de resultado primario** el miedo al parto pre y postnatal.
- El tamaño muestral necesario se estimó para la variable resultado principal; resultando en **95 participantes en cada brazo** del estudio.
- La muestra se reclutó en el **área de diagnóstico prenatal**, en las gestantes que acudían para realizar la ecografía obstétrica morfológica rutinaria.
- Los **formularios de valoración y seguimiento** se administraron **en línea**, cumpliendo las recomendaciones de la iniciativa CHERRIES.
- El **análisis** de los datos se llevó a cabo **por protocolo y por intención de tratar**.

5.1. Diseño y entorno del ensayo

Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado de dos brazos en dos fases (una fase prenatal y otra durante el parto), con grupos paralelos en una cohorte de mujeres con un nivel alto de FOC. Se aleatorizaron a las participantes y se asignaron a uno de los dos brazos: GI o GC. Secundariamente se planteó un estudio observacional, descriptivo, con componente analítico y corte transversal a partir de los datos sociodemográficos, de preferencias y experiencias de parto y niveles de FOC detectados en la muestra.

El diseño se desarrolló según las recomendaciones de las normas *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) [366] (lista de verificación en *anexo XI*), y se registró, previo al inicio del ensayo, en la base de datos de *ClinicalTrial.gov* (*anexo XII*) con el código *NCT05000203*. La aprobación ética para el estudio se obtuvo del comité de ética e investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín con dictamen favorable a 4 de abril de 2021 (código del comité de ética del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín: 2021-169-1) (*anexo XIII*), así como en sucesivas enmiendas el 2 de julio de 2021 (*anexo XIV*) donde se aprueban modificaciones relevantes (*anexo XV*) y el 30 de julio de 2021 (*anexo XVI*) se aprueba la inclusión de una nueva investigadora colaboradora. Todas las mujeres participantes recibieron información por escrito sobre el objetivo del estudio y de su participación (*anexo XVII*), tras la cual firmaron el consentimiento informado (*anexo XVIII*), la cesión de datos personales (*anexo XIX*).

Se obtuvo, tras la aprobación del comité de ética, la conformidad del Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Gran Canaria, centro donde se realizó la captación de participantes y la intervención intraparto (*anexo XX*).

5.2. Entorno y participantes del estudio

El ensayo clínico se desarrolló en la isla de Gran Canaria. Se seleccionó a las participantes en la unidad de diagnóstico prenatal del HUMIC, lugar convenido por la facilidad de acceso a la población objeto de estudio. La intervención educativa (sesiones de educación en línea) se realizó en el ámbito privado de las participantes, y la intervención de apoyo intraparto, en las diferentes áreas del servicio de paritorio del HUMIC.

El HUMIC es un hospital de tercer nivel, referente en la atención del parto en la provincia de Las Palmas (España). Según la Memoria Asistencial del año 2022 se atendieron en la unidad de diagnóstico prenatal 14.119 consultas, de las cuales 4.181 correspondieron a población susceptible de participar en el estudio. En este mismo año se produjeron 3.580 nacimientos (3.173 por vía vaginal y 348 por cesáreas).

La unidad de paritorio, donde se implementó la intervención intraparto se encuentra dividida en diferentes áreas asistenciales: zona de admisión y sala de espera, sala de triaje, dos consultas de valoración por obstetras, área de expectantes o monitorización materno-fetal, sala de observación ginecológica, área de puerperio inmediato, unidad de transición/neonatología, y área de paritorios. Para la atención del parto se cuenta con diez paritorios, nueve de ellos con infraestructura medicalizada para la atención, desde partos no intervenidos hasta los partos de alta intervención y un paritorio exclusivo para partos no intervenidos; además se cuenta con un quirófano dentro del área descrita para la atención de las cesáreas urgentes. El equipo humano para la atención asistencial se compone, generalmente, de tres médicos adjuntos especialistas de área, tres médicos residentes, diez matronas, tres residentes de matrona, dos enfermeras de neonatología, y siete auxiliares de enfermería. Por las características de la actividad asistencial, en la unidad se trabaja estrechamente con el personal de quirófano, anestesia, y neonatología.

Se realizó un muestreo por conveniencia, entre la población accesible de gestantes que acudieron a la unidad de diagnóstico prenatal en el periodo de captación (junio de 2021 - junio de 2022), evaluándoles su FOC en caso de cumplir con los criterios de inclusión: mayor de 18 años, 20-24 SEG y ecografía morfológica normal. Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: incapacidad para cumplimentar el cuestionario en línea, incapacidad para realizar la videoconferencia y barrera idiomática. Los criterios de retirada una vez las participantes iniciaron el estudio fueron: CE, parto antes de las 37 SEG, falta de entrega de cuestionario de evaluación, incomparecencia a las sesiones educativas, parto en un lugar distinto del HUMIC, muerte fetal y declinación del consentimiento de participación. Si las participantes cumplieron alguno de los criterios de retirada, excepto el criterio de declinación de participación, tras finalizar la primera fase de EP, sí fueron incluidas en el análisis correspondiente.

Las participantes, que tras ser evaluado su FOC obtuvieron una puntuación considerada en rango alto, fueron aleatorizadas, como se describe en el apartado correspondiente, a uno de los dos grupos del estudio. Las definiciones operativas de los criterios quedan descritas de la siguiente manera:

- Miedo alto al parto: se considera cuando entre las 20 - 24 SEG de la actual gestación se detecta un nivel alto de FOC medido mediante la escala WDEQ-A-Sp [215]. En cuanto a los puntos de corte para los diferentes niveles de miedo, los estudios revisados [200] utilizaron una variedad de puntos de corte para evaluar el FOC, siendo la puntuación ≥ 85 para el miedo severo al parto la más empleada. Dada la variabilidad en los puntos de corte para los diferentes niveles de FOC y que no existía hasta el momento ningún estudio que hubiera utilizado la versión española de esta herramienta, se optó por definir los puntos de corte a partir de una muestra piloto con las 100 primeras mujeres que cumplimentaron el cuestionario WDEQ-A-Sp, agrupándolas en 3 subgrupos según las puntuaciones obtenidas, al igual que el método utilizado en estudios previos [76]. Se convino un alto nivel de FOC (puntuaciones en el cuarto cuartil; mayor o igual a 77 puntos); nivel moderado de FOC (puntuaciones en el segundo y tercer cuartil; entre 76-41 puntos) y bajo nivel de FOC (puntuaciones en el primer cuartil; menor o igual a 42 puntos).
- Ecografía morfológica normal: se consideró cuando en la ecografía obstétrica morfológica, que por protocolo se realiza entre las 20 y 22 SEG, estaba dentro de la normalidad, o en caso de alguna anormalidad, se presumió un buen pronóstico.
- Barrera idiomática: nulo o escaso conocimiento de idioma español que impidió la lectura, comprensión y posterior cumplimentación de los cuestionarios o asistencia a las sesiones de EP en línea.
- Incapacidad de encuesta en línea: se consideró cuando la gestante no fue capaz de rellenar adecuadamente la encuesta en línea o no dispuso de los medios necesarios.
- Incapacidad de videoconferencia: se consideró cuando por indisponibilidad de medios o conocimientos adecuados, la mujer no pudo participar en las sesiones educativas a través de la plataforma de videoconferencia.
- Cesárea electiva: se tuvo en cuenta cuando su planificación fue previa a entrar en paritorio. Se entiende por cesárea la operación quirúrgica que consiste en la extracción fetal mediante una incisión en la pared abdominal y uterina.

- Parto antes de 37 SEG: según el seguimiento por fecha de última regla o ecografía abdominal.
- Incomparecencia a las sesiones educativas: no asistieron a la totalidad de las sesiones de EP propuestas en el grupo experimental.
- Parto en lugar distinto del HUMIC: se retiraron del estudio a las participantes cuyo parto sucedió en lugar distinto al área de paritorios del HUMIC.

5.3. Intervenciones

5.3.1. Atención habitual

En el entorno donde se ha llevado a cabo el estudio, las matronas son las profesionales sanitarias responsables del seguimiento y acompañamiento durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio. Todas las mujeres que participaron en este ensayo, independientemente del grupo asignado, recibieron la atención habitual ambulatoria por parte del equipo médico y de matronas, según el protocolo médico establecido en el bajo [367] y alto riesgo obstétrico [368]. Dentro de la atención protocolizada descrita, no existe una evaluación al inicio de la gestación de los aspectos relacionados con las expectativas y experiencias del parto, ni se incluye el FOC dentro de los factores de riesgo detectables durante el embarazo.

El seguimiento habitual en gestación de bajo riesgo obstétrico en el periodo prenatal se inicia en el curso de las 12 primeras semanas de gestación, idealmente antes de la semana 10, para posteriormente seguir con una frecuencia mensual hasta la semana 36, quincenal entre las 36 y 40 y semanal a partir de la semana 40, aunque dicha frecuencia es orientativa y puede adaptarse a las particularidades de las gestantes, precisando control adicional en caso de un mayor riesgo obstétrico. El tocólogo valora a la mujer en cinco ocasiones durante la gestación, el resto del seguimiento lo realiza la matrona de atención primaria, completando en una gestación que llega a término unas 10-12 visitas en total. Independientemente de las acciones formativas y promotoras de la salud que se ofrecen en las visitas protocolizadas durante el embarazo, se pone a disposición de las gestantes la EP grupal en los centros de atención primaria a partir de la semana 28 de gestación; su contenido se apoya en el Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva [17], siendo las matronas de cada centro de salud las responsables de diseñar y administrar las sesiones, según su criterio profesional, para adaptarlas a las necesidades de la población que atienden.

En la atención habitual en el HUMIC durante el periodo perinatal las mujeres son atendidas principalmente por matronas durante todo su proceso, y de forma conjunta con el equipo médico, según las circunstancias y los diferentes factores individuales. En el área de paritorio la mujer siempre tiene una matrona referente y, preferentemente, en acompañamiento “uno a uno”.

5.3.2. Intervención prenatal experimental

Las participantes asignadas aleatoriamente al GI fueron informadas mediante llamada telefónica de su inclusión en la primera fase del ensayo y recibieron adicionalmente a la EP habitual, cinco sesiones de EP grupal en línea, tal y como se describieron anteriormente, específicas para abordar el FOC. Se les explicó detalladamente el proceso objeto de estudio, resolviendo en ese momento cualquier duda. A través del correo electrónico el investigador envió un enlace con el acceso al programa de videoconferencia para las sesiones en línea mediante la aplicación *Zoom*[®], para el cual las mujeres fueron instruidas en su uso. El desarrollo de la educación a través de una plataforma de videoconferencia permitió la interacción entre el profesional y las mujeres participantes, pudiendo conectarse a través de dispositivos móviles o informáticos. A partir de este momento, las participantes pudieron contactar vía telefónica o por correo electrónico para resolver cualquier duda sobre su funcionamiento. Además, se estableció una primera comunicación individual a través de dicho medio, antes del inicio de la primera sesión para comprobar sus capacidades de uso.

El diseño y contenido de las sesiones se detallan en la *sección 4*. Las sesiones, con una duración que osciló entre 60-90 minutos, se realizaron preferentemente en sábado o domingo, para no interferir con los controles rutinarios de la gestación ni con las clases de EP de su centro de atención primaria o de otro centro sanitario. El día y hora de inicio de las sesiones se informó a cada participante, dándole la posibilidad de fechas alternativas con otros grupos en caso de imposibilidad para la fecha asignada. Por lo general, las sesiones se iniciaron alrededor de la semana 30 de gestación, a razón de una sesión por semana, con la intención de que en la semana 35-37 todas las participantes hubiesen tenido la posibilidad de asistir a la totalidad de las sesiones.

Después de cada sesión se dispuso de un espacio de debate y preguntas, además se les entregó documentación escrita sobre los temas tratados y las tareas propuestas. La

asistencia a las sesiones fue controlada por el docente y en caso de comprobar la ausencia de alguna participante, se contactó con ella para proponer fecha alternativa. El profesional que se encargó de administrar las sesiones fue el propio IP, cuya categoría profesional de enfermero especialista en obstetricia y ginecología le capacita para diseñar e implementar un programa de educación para la salud, según las necesidades específicas del grupo de población al que atiende.

Las mujeres dispusieron e hicieron uso, de comunicación constante con el IP a través de mensajería instantánea, obteniendo respuesta a las inquietudes producidas entre las sesiones. Se animó a las participantes del GI a acudir a las consultas habituales de seguimiento protocolizadas, así como a otras adicionales si fue preciso, con su matrona y tocólogo, así como al aprovechamiento de la EP grupal que desarrollan habitualmente en su centro de atención primaria.

Las participantes del GC fueron igualmente informadas, vía telefónica, de su inclusión en la primera fase del ensayo y recibieron nuevamente información detallada sobre el objeto de su participación en el estudio, animándolas a continuar el control de su gestación según las visitas protocolizadas y acudir a la EP grupal con la matrona asignada en su centro de atención primaria.

5.3.3. Intervención intraparto experimental

En la intervención intraparto se incluyeron todas las mujeres que finalizaron la fase prenatal y cumplían en ese momento los requisitos de elegibilidad.

Se procedió en el área de paritorio con una intervención de apoyo específico por matronas, que suplementó la atención que se proporciona habitualmente a todas las gestantes. El diseño y contenido de esta intervención se desarrolla en la *sección 4*. El grupo de matronas referentes para tal fin, se compuso de veintitrés matronas en turnos rotativos, diurnos y nocturnos, y dos matronas en turno fijo de diurnos. Se realizó una sesión informativa en línea, que pudieron visualizar de manera síncrona o asíncrona, impartido por el IP, donde se explicó el protocolo de estudio e información sobre FOC (concepto, prevalencia, factores de riesgo, consecuencias, diagnóstico y tratamiento).

El proceso de intervención dentro del HUMIC se inició al detectar en cualquier área de la unidad de paritorio, preferentemente en el área de triaje, a una participante del GI con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, a partir de ese momento la

matrona colaboradora actuaba como referente en la atención de la gestante, recibiendo igualmente la atención del resto de personal de la unidad de paritorio cuando fue necesario. La matrona referente puso en conocimiento del resto del equipo, si lo consideraba oportuno, que la mujer gestante sufría alto FOC. En los casos en los que no fue posible el acompañamiento por la matrona referente, otra de las matronas disponibles fue informada y actuó en ese sentido.

Para la identificación y seguimiento de las participantes que acudieron al paritorio del HUMIC se configuró un grupo de mensajería instantánea, mediante la aplicación *WhatsApp*[®], donde las matronas colaboradoras y el IP pusieron en común la existencia de participantes, dentro del área de urgencias o en planta de maternidad, facilitando así la atención continuada en los cambios de guardia. Al finalizar la estancia de la participante dentro del área de paritorio, por alta hospitalaria, ingreso en planta, o finalización del embarazo, la matrona referente, o la matrona que adquirió ese rol, cumplimentó un formulario en línea creado “*ad hoc*” para monitorizar la atención ofrecida en el abordaje intraparto del FOC (*anexo XXI*).

Las participantes del GC no fueron identificadas con alto FOC cuando acudieron a la unidad de paritorios, recibiendo, por tanto, la asistencia habitual sin que los profesionales que la acompañaron fueran conocedores de su participación en el estudio, y por tanto de su FOC. Actualmente no se contempla una detección rutinaria del FOC ni una práctica protocolizada para este problema en el ámbito del estudio, sino que los diferentes profesionales detectan a las mujeres con FOC, porque ella lo expresa o por determinados indicadores que lo hacen pensar; recibiendo en estos casos una atención y recursos individualizados según la sensibilización y experiencia del profesional que la acompaña.

5.4. Variables a estudio

5.4.1. Variable de resultado primario: miedo al parto prenatal

La medición del FOC prenatal se llevó a cabo mediante la versión española del cuestionario de expectativas de Wijma, el WDEQ-A-Sp [215], cuyas propiedades psicométricas se detallan en el apartado 1.5.4. De los 31 ítems que consta el cuestionario y que se puntúan con una escala Likert que va de 0 a 5, los ítems con calificación inversa son 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25 y 29.

5.4.2. Variable de resultado primario: miedo al parto postparto

Tras el parto se midió el FOC con la versión española del cuestionario de experiencia de Wijma, el WDEQ-B-Sp [216], cuyas propiedades psicométricas se detallan en el apartado 1.5.4. De los 33 ítems de que consta el cuestionario y que se puntúan con una escala Likert que va de 0 a 5, los ítems con calificación inversa son: 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25 y 29.

5.4.3. Variables sociodemográficas y obstétricas

-Edad: tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento hasta el momento que cumplimenta el formulario de valoración, medido en años enteros.

-Situación sentimental: se contempló en función de si la participante tiene o no pareja; con dos opciones de respuestas: con pareja o sin pareja.

-Nivel educativo: etapas que conforman la educación de un individuo. Se agruparon en cuatro categorías: sin estudios, estudios primarios (educación general básica/educación secundaria obligatoria), estudios secundarios (bachillerato unificado polivalente, bachiller, formación profesional), o estudios universitarios.

-Edad gestacional: semanas de gestación en el momento de cumplimentar los cuestionarios de valoración, calculada según seguimiento, por la fecha de última regla o por la ecografía del primer trimestre.

-Embarazos previos: se investigó sobre la fórmula obstétrica, identificando el número de: embarazos, abortos, partos vaginales, y cesáreas.

-Paridad: entendida como el número de veces que una mujer ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea): primípara (pare por primera vez), o múltipara (pare por más de una vez).

5.4.4. Variable de preferencia actual y experiencia de parto anterior

-Vía de finalización de su anterior embarazo: se investigó la vía de finalización de su anterior embarazo o último embarazo (en caso de que hubiesen parido más de una vez); con opciones de respuesta: vaginal o cesárea.

-Tipo de parto vaginal: en caso de parto vaginal anterior. En multíparas con más de un parto vaginal, se preguntó sobre su último parto); con cuatro opciones de respuesta: eutócico/cefálico, eutócico/podálico, distócico/fórceps, distócico/podálico.

-Modo de parto preferido: se evaluó mediante la pregunta " Si tuvieras que decidir hoy en día la vía del parto cuando llegue el momento... ¿Cómo preferirías dar a luz?"; con cuatro opciones de respuesta: parto vía vaginal, probablemente parto vía vaginal, probablemente parto por cesárea, o parto por cesárea.

-Pensamiento sobre lugar para parir: se evaluó mediante la pregunta "Hoy en día... ¿Dónde tienes pensado dar a luz?" con cinco opciones de respuesta: HUMIC u otro Hospital público, probablemente HUMIC u otro Hospital público, probablemente clínica privada, clínica privada, domicilio.

-Experiencia de parto anterior: se utilizó una escala lineal del 1 al 5, desde muy negativa hasta muy positiva, para completar la afirmación: "En general, mi experiencia personal en el último parto fue (respuesta)".

-Satisfacción en el parto anterior: se utilizó una escala lineal del 1 al 5, desde muy insatisfecha hasta muy satisfecha, para completar la afirmación: "En general, estoy (respuesta) con el apoyo recibido dentro del paritorio durante mi último parto"

5.4.5. Variables obstétricas del parto

-Tipo de inicio del parto:

- Espontáneo: cuando el parto estableció con una dilatación mínima del cérvix de tres centímetros, acompañada de dinámica uterina rítmica y regular, sin maduración cervical previa con medicación u otros métodos no farmacológicos.
- Estimulación/inducción: se definió como la inducción de contracciones uterinas en una gestante que no está clínicamente de parto con el propósito de desencadenarlo, generalmente mediante amniotomía y perfusión de oxitocina con o sin maduración cervical previa; con opciones de respuesta: sí o no.

-Uso de analgesia epidural: se definió como la administración, en cualquier periodo del parto, de anestésico local en el espacio epidural para bloquear las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal; con opciones de respuesta: sí o no.

-Uso de oxitocina: se consideró como el uso de una perfusión de oxitocina sintética con el objetivo de conseguir una dinámica adecuada para el periodo de parto considerado; con opciones de respuesta: sí o no.

-Tipo de finalización del parto:

- Eutócico-cefálico: parto que se desarrolló con normalidad, por las vías naturales y cuyo polo fetal más próximo al canal del parto fue la cabeza.
- Eutócico-podálico: parto que se desarrolló con normalidad, por vías naturales y cuyo polo fetal más próximo al canal del parto fueron las nalgas.
- Distócico-fórceps: parto que precisó la utilización de un instrumento que se aplica sobre la cabeza fetal extrayendo la presentación mediante tracción.
- Distócico-podálico: parto cuyo polo fetal más próximo al canal del parto fueron las nalgas y que precisa de la utilización de un instrumento o de realización de determinadas maniobras por parte del obstetra.
- Cesárea urgente: operación quirúrgica que consiste en la extracción fetal, mediante una incisión en la pared abdominal y uterina. No se hizo distinción respecto a las causas de cesárea.

-Edad gestacional al parto: semanas de gestación el día del parto calculadas a partir de la fecha de la última regla o ecografía, según seguimiento del embarazo.

-Trauma perineal: se definió como la rotura de tejidos durante el parto, ya sea por un desgarro tisular de cualquier tipo o por la realización de una episiotomía; con opciones de respuesta: si o no

-Desgarro perineal: se definió como la rotura de tejidos durante el parto por un desgarro tisular de cualquier tipo; con opciones de respuesta según el tipo de desgarro perineal: sin desgarro perineal (ausencia de rotura de tejido tisular); desgarro de grado I (implica mucosa vaginal y la piel); desgarro de grado II (implica la mucosa vaginal, piel y tejido muscular); desgarro de grado III (estructuras del grado II y afectado el esfínter anal); y desgarro de grado IV (estructuras del grado III que afecta a la mucosa rectal)

-Episiotomía: se define como la incisión quirúrgica en el perineo, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, y cuya finalidad es ampliar el canal blando para abreviar el parto y apresurar la salida del feto; con opción de respuesta: sí o no.

-Duración total del parto: se definió como el tiempo que transcurre desde que la gestante entra en paritorio hasta el alumbramiento de la placenta y membranas; se contabilizó en horas y minutos enteros.

5.4.6. Variables neonatales

-Alteraciones del crecimiento fetal: con diagnosticado antes del nacimiento; y opciones de respuesta: RN sin alteraciones en el crecimiento fetal; RN pequeño para la edad gestacional (peso menor P10); y RN con crecimiento intrauterino restringido

-Puntuación del Test de Apgar: se valoró la adaptación a la vida extrauterina del RN mediante la puntuación Apgar; puntúa 5 ítems (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, reflejos, color de la piel) en escala de 0 a 2, obteniendo puntuación total de 0 a 10; puntuaciones más altas corresponden a mejor adaptación. Se contabilizó al minuto y a los cinco minutos del nacimiento, en número enteros.

-Peso del neonato al nacimiento: se contabilizó el peso del recién nacido en gramos.

-Tipo de reanimación neonatal: según la clasificación: REA 0 (ninguna maniobra. Piel con piel); REA I (se aspiran secreciones); REA II (precisa oxígeno libre); REA III (precisa presión positiva); REA IV (se intuba); REA V (precisa medicación para la reanimación)

-Lactancia: se consideró el modo de lactancia identificado al alta hospitalaria materna; con cuatro opciones de respuesta: lactancia materna exclusiva, lactancia mixta, o lactancia artificial.

5.4.7. Variables de experiencia de embarazo y parto

-Experiencia materna con el parto: se valoró la experiencia materna con el parto mediante el cuestionario *Childbirth Experience Questionnaire*, en su versión validada al español (CEQ-E) [369]. Esta herramienta ofrece una alta consistencia interna de los ítems para el total del cuestionario, con un alfa de Cronbach de 0.88, siendo los valores para las dimensiones del modelo seleccionado: “capacidad propia”, “apoyo profesional”, “percepción de seguridad”, y “participación”, de 0.80, 0.90, 0.76, y 0.68, respectivamente. Los ítems se puntúan del 1 al 4, donde 1 sería la peor puntuación y 4 la mejor. Existen ítems de calificación inversa: 3, 5, 8, 9, 20. Los ítems 20 al 22 se evalúan mediante una escala visual analógica, siendo recodificadas con el objetivo de

administrarse mediante el formulario online; la escala se dividió en valores del 1 al 8 (donde 1 fue la peor puntuación y 8 la mejor), las opciones de puntuación posible fueron de 1 (si la participante seleccionaba la opción 1 o 2), 2 puntos (opciones 3 o 4), 3 puntos (opciones 5 o 6), y 4 puntos (opciones 7 y 8). Se consideró la puntuación total y la puntuación por dimensiones, sumando las puntuaciones de los ítems que componen cada dimensión y dividiendo por el número de ítems.

-Atención intranatal: se cuestionó sobre el apoyo que recibieron de las mujeres dentro del área de urgencias mediante la pregunta “En relación con la atención recibida por la matrona antes y durante su proceso de parto ¿Qué afirmación le parece acertada?; con opciones de respuesta: me sentí apoyada en todo el proceso, me sentí apoyada la mayor parte del tiempo, me sentí apoyada en varias ocasiones, me sentí apoyada en alguna ocasión, no me sentía apoyada en ningún momento.

-Asesoramiento por miedo al parto: se indagó sobre los profesionales de los que recibieron asesoramiento durante el embarazo para afrontar su FOC; se formuló la pregunta: “Durante su actual embarazo y parto, ¿Qué profesionales considera que le han ofrecido un mayor apoyo o asesoramiento para afrontar su miedo al parto?; con opciones de respuesta: médico/tocólogo, enfermera/matrona, psicólogo, auxiliar de enfermería

-Clases de educación prenatal: para evaluar la asistencia a las clases grupales de EP grupal ofrecidas por la matrona del centro de atención primario se les preguntó: “¿Asistió a las clases de educación maternal que le ofreció su matrona del centro de salud?; con opciones de respuesta: asistí a todas las sesiones, asistí a la mayoría de las sesiones, no asistí a la mayoría de las sesiones, no asistí a ninguna sesión o no me las ofrecieron”.

-Temas tratados en la educación prenatal: se indagó sobre los temas tratados en las clases grupales y en la educación maternal individual del centro de salud. Se propuso una selección de temas con posibilidad de respuesta múltiple, y una opción de respuesta libre.

5.5. Tamaño muestral

El tamaño muestral necesario se estimó, para la variable resultado principal, la medida del FOC en una misma población en dos momentos diferentes. Se partió del

resultado mostrado por *Moghaddam et al.* [79] sobre la efectividad de la educación/psicoeducación maternal para el GI en la reducción del FOC en comparación con el GC, donde se obtuvo una diferencia de medias (DM) estandarizada de -0.46. Aplicando la fórmula simplificada [370] para el cálculo del tamaño muestral que compara dos medias, aceptando un error bilateral del 5% y una potencia del 80% se obtuvo una $n = 16 / (\text{Diferencia de medias})^2 = 16 / 0.2116 = 76$ participantes. Asumiendo una pérdida de participantes del 20% y partiendo de la fórmula: n (número de participantes sin pérdidas) $\times (1/(1-R)) = 76 \times (1/(1-0.20)) = 95$ participantes por cada grupo. Teniendo en cuenta el diseño en dos brazos, se estimó un número total de mujeres participantes de 190.

5.6. Reclutamiento, aleatorización y enmascaramiento

En un primer momento se informó a los responsables de las diferentes áreas de obstetricia y ginecología (jefa de servicio, responsables de las unidades de paritorio y diagnóstico prenatal, supervisora de paritorio y de la unidad de diagnóstico prenatal), así como al personal colaborador de las diferentes áreas asistenciales, de manera verbal y escrita (*anexos XXII y XXIII*). Se les explicó el objetivo principal de la investigación, asegurando el entendimiento de los criterios de inclusión y exclusión de los posibles sujetos a estudio, así como los aspectos operativos de su puesta en marcha y desarrollo.

La muestra se reclutó en el área de diagnóstico prenatal del HUMIC. Las gestantes que acudieron para realizar la ecografía obstétrica morfológica rutinaria del segundo trimestre durante el periodo de captación, y que cumplían con los criterios para valorar su FOC, fueron informadas por parte del IP o personal colaborador de la naturaleza del estudio y su voluntariedad. A las gestantes que se mostraron interesadas en participar se les entregaron los siguientes formularios: hoja de información al paciente (*anexo XVII*), consentimiento informado (*anexo XVIII*), y cesión de datos personales (*anexo XIX*), al mismo tiempo se les recogieron sus datos de contacto (*anexo XXIV*). Una vez auto cumplimentados y firmados, se entregaron al IP o investigadora colaboradora, o en caso de no encontrarse presentes, fueron depositados en una urna debidamente identificada, sellada y custodiada en la citada área, a cuyo contenido solo pudo acceder el IP.

En el plazo máximo de una semana, desde la entrega del consentimiento de participación, el IP contactó personalmente vía telefónica, recordando nuevamente el

objetivo del estudio y resolviendo cualquier duda que les hubiera surgido. Tras comprobar que deseaban seguir con el proceso de valoración de FOC, y posible participación en el ensayo, se les envió un enlace mediante correo electrónico o mensajería instantánea, con el acceso en línea al formulario inicial (C1) (*anexo XXV*). Se les explicó, durante el contacto telefónico, sobre la importancia de la comprensión por parte de la participante de que el cuestionario no mide una sola respuesta correcta, y que se deberá responder con total sinceridad bajo la valoración personal. Se estimó e informó que la cumplimentación del cuestionario conllevaría de 15 a 20 minutos.

El IP comprobó diariamente los formularios cumplimentados en línea. Tras una semana desde el envío sin obtener respuesta, se volvió a contactar con la participante para comprobar si había tenido alguna dificultad, resolver dudas, o si deseaba declinar su consentimiento de participación; si tras el recordatorio no se obtuvo respuesta, la mujer fue retirada del estudio.

Tras evaluar la puntuación de FOC obtenido en el formulario C1 se determinó su inclusión o no en la primera fase prenatal del ensayo. Las mujeres que no obtuvieron un nivel alto de FOC, y que por tanto no cumplieron con los criterios de inclusión, no fueron informadas de sus resultados. En el caso de obtener valores de FOC alto, se procedió de manera aleatoria a su asignación al grupo de intervención o control, informando de ello a las participantes según la metodología descrita.

Con una razón de asignación 1:1, se procedió con una asignación aleatoria simple a uno de los dos brazos (grupo experimental y grupo control) mediante una tabla de números aleatorios generada con la página web RANDOM.ORG [371]. Leyendo la tabla (*anexo XXVI*) de izquierda a derecha, se fue asignando un número a cada mujer por orden de inclusión en el ensayo hasta completar como mínimo el tamaño muestral en ambos grupos. Las mujeres que aleatoriamente recibieron un número par se incluyeron en el GI, y las mujeres que recibieron un número impar en el GC.

Se confeccionó una base de datos con la fecha y hora de recepción de todos los cuestionarios, a efectos de garantizar la aleatorización de las participantes. Si durante el periodo de captación alguna participante, ya aleatorizada, declinaba su consentimiento o se producía cualquier otra circunstancia que justificara su retirada del estudio, se procedió a incluir el número de aleatorización asignado, por el orden en la tabla

inicialmente generada, al final de esta, posibilitando asignarlo nuevamente a otra participante.

La inclusión en uno u otro grupo se comunicó a las mujeres participantes. No fue posible el cegamiento de las mujeres participantes en la fase prenatal debido a la naturaleza del estudio. Durante la fase intraparto hubo un cegamiento a los proveedores de cuidados sobre las participantes del grupo de control. Los resultados fueron analizados de forma cegada por un estadístico externo que no conocía la distribución de los grupos.

5.7. Método de recopilación de datos

Los formularios en línea se administraron a través de *Google Form*[®]; cumplieron las siguientes recomendaciones de la iniciativa CHERRIES [372,373] para la descripción de la metodología:

- Aspectos éticos y legales: el estudio fue aprobado por el Comité de Ética. Se ofreció el consentimiento informado y hoja de información, que incluyeron información sobre los promotores, su objetivo, el proceso de almacenaje y confidencialidad de los datos que facilitó. No se facilitó información por escrito sobre la duración de las encuestas, pero se les informó, en el momento de la captación y en el formulario en línea, antes de iniciar las encuestas. Las participantes se identificaron en la encuesta mediante un número vinculado a ciertos datos personales, únicamente el IP pudo acceder a ellos. El acceso a la base de datos estuvo protegido con contraseña.
- Desarrollo y Pretest: se testó su usabilidad previa a la difusión, administrándose a sujetos no potencialmente participantes del estudio. Corrigiendo en ese momento errores de forma y programación de la encuesta. El contenido de las encuestas estuvo formado por preguntas formuladas “*ad hoc*” por el IP, y los cuestionarios indicados en el *apartado 5.4* fueron evaluados como fiables en el constructo que se midió.
- Proceso de reclutamiento: se trató de una encuesta “cerrada”, solo disponible para la muestra que el IP decidió, debiéndose identificar con el número suministrado durante la captación. Se contactó presencialmente con las participantes, y posteriormente vía mensajería instantánea. La encuesta no se publicitó en prensa o virtualmente. Sí se publicitó el estudio en el área de reclutamiento a través de cartelería, pero sin ofrecer el acceso al formulario.

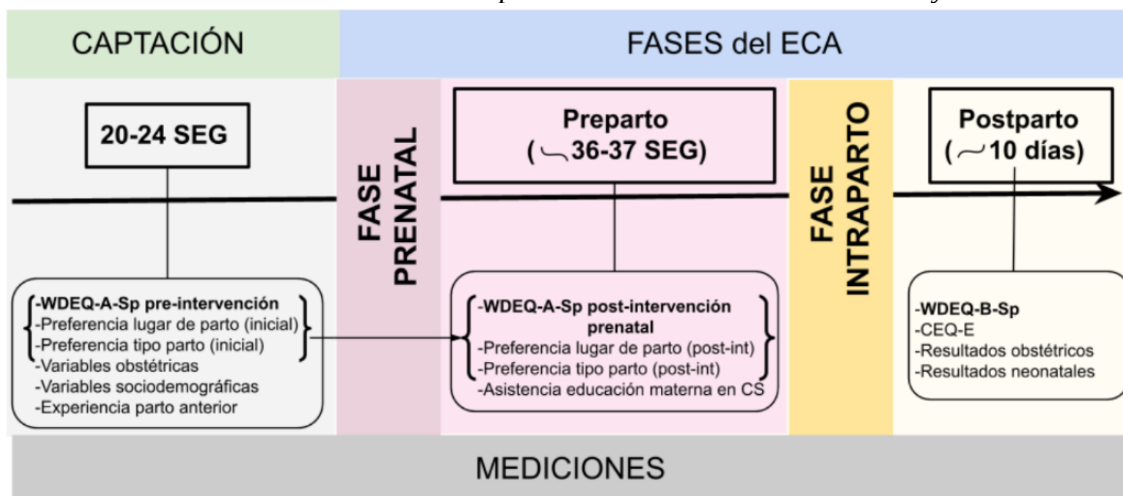
- Administración de la encuesta: se trató de una encuesta por Web (*Google Form*[®]). El enlace de acceso se facilitó vía mensajería instantánea o correo electrónico, según el deseo de la participante. Las respuestas introducidas en el formulario se volcaban automáticamente en una base de datos en formato *Excel*[®]. El sitio Web era exclusivo para la encuesta, sin otro contenido web que pudiera influenciar los resultados. La cumplimentación de las encuestas era voluntaria, pero la no realización supuso retirada de la fase en la que se encontrara la participante. Las diferentes encuestas estuvieron disponibles según su finalidad: la encuesta de captación desde junio de 2021 a junio de 2022, y las encuestas de seguimiento y valoración final, desde junio de 2021 hasta diciembre de 2022. Los elementos de la encuesta no se aleatorizaron ni alternaron para prevenir sesgos. En este sentido se evitó que la participante recibiera copia de sus respuestas, pues uno de los cuestionarios, por la naturaleza del estudio, se repitió pasado un tiempo determinado. Se adaptaron algunos ítems para ofrecerlos de forma condicional en función de los resultados recogidos en otras secciones, reduciendo así la complejidad y el número de preguntas. Las páginas/pantallas en las que se distribuyó el cuestionario fueron variables, desde páginas con 5 preguntas hasta 33 ítems. Se verificó que todos los campos estaban cumplimentados antes de reenviar la encuesta mediante la activación de la opción de “campos obligatorios”. Las participantes tuvieron la opción de cambiar respuestas antes del envío.
- Tasa de respuestas: no se ofreció el número de visualizaciones o tasa de participación. La tasa de finalización fue del 86.11%.
- Prevención de entradas repetidas: no se utilizaron cookies para asignar identificadores únicos a las participantes, ni se realizó comprobación por dirección IP. Para prevenir entradas repetidas se comprobó en la base de datos que solo hubiera una respuesta asociada al número de identificación suministrado. En los casos que existió más de una entrada por participante, solo se tuvo en cuenta para la selección o el análisis la primera respuesta registrada.
- Análisis: todos los cuestionarios en la base de datos estaban completos, puesto que para el envío era requerido cumplimentarlos al completo. No se excluyeron en el análisis cuestionarios por razón de margen de tiempo en rellenarlo.

Los datos obtenidos durante el ensayo clínico se recopilaron en tres periodos diferentes siguiendo la línea de tiempo que se muestra en la *ilustración 2*. La medida

basal (MB) de FOC en el segundo trimestre de gestación (20 - 24 SEG), y otros datos sociodemográficos, obstétricos, y de preferencia y experiencia anteparto, se recopilaban mediante el formulario inicial C1 (*anexo XXV*). Otros datos obstétricos, y destinados al control de las intervenciones o entrega de formularios, se recogieron desde la Historia Clínica electrónica en un formulario en línea por los investigadores, formulario A (GI) (*anexo XXVII*) y formulario A (GC) (*anexo XXVIII*).

Tras la intervención educativa en el GI, y a partir de las 36 -37 SEG en el GC, se procedió nuevamente a contactar vía telefónica con las gestantes, para comprobar que continuaban cumpliendo con los criterios de elegibilidad, acordando en ese momento el envío del enlace para el acceso al formulario de seguimiento, formulario C2 (*anexo XXIX*), que evaluó la Medida Postintervención Prenatal (PI-PreN) del nivel de FOC y las preferencias de parto tal cual se midieron en C1 (*anexo XXV*), además se evaluó la asistencia a la EM del centro de atención primaria (*anexo XXIX*). El equipo investigador registró en el formulario de control B (*anexo XXX*), la fecha de entrega del cuestionario cumplimentado y la edad gestacional en ese momento.

Ilustración 2. Línea de tiempo de las mediciones durante el ensayo



Nota. C1 = formulario inicial; C2 = formulario seguimiento; C3 = formulario final

El momento de finalización del parto se controló mediante la revisión diaria del formulario “libro de partos” en el programa de gestión de pacientes “Drago” del HUMIC. En caso de detectar algún parto de las participantes del estudio, se contactó con ella, y se acordó el envío del formulario final, formulario C3 (*anexo XXXI*), que debían cumplimentarlo en los diez primeros días postparto para valorar la Medida Postintervención Postnatal (PI-PosN) del FOC, la satisfacción materna con el parto, y otros resultados sobre la atención profesional recibida. Los investigadores recolectaron

al mismo tiempo, a través de los datos Historia Clínica electrónica, variables sobre los resultados obstétricos y neonatales del parto y cumplieron el formulario C (*anexo XXXII*).

Todos los cuestionarios fueron entregados y autocumplimentados en línea. En caso de no recibir contestación tras el envío de cualquiera de los formularios, se contactó con la participante para confirmar si deseaba continuar participando y resolver cualquier inconveniente, retirándose del estudio en caso de que así lo solicitaran. En caso de no realizar la entrega igualmente se procedió a retirar del estudio.

5.8. Gestión, análisis y monitorización de datos

Tras la cumplimentación y envío de los formularios, el IP recibió un correo electrónico confirmatorio con las respuestas que se almacenaban en línea y en memoria externa, como copia de seguridad. El programa transfirió automáticamente los datos a un archivo en formato *Excel*[®].

Se generó, a medida que se recolectaban datos, una matriz en el programa *IBM SPSS*[®] versión 22.0, donde cada participante tenía asignado un número de identificación, y únicamente el IP conocía a qué historia clínica estaba asociado. Tras finalizar el ensayo se procedió al cegado de los datos sensibles en la matriz, con el objetivo de que el profesional que realizó el análisis de los datos no pudiera identificar el grupo de estudio al que correspondían los datos de las variables.

El análisis de los datos de resultados primarios, satisfacción materna con el parto, y variables obstétricas y neonatales del parto se llevó a cabo mediante estrategias:

- Un análisis por intención de tratar (ITT) que se aproximó a la realidad de la práctica clínica diaria, en el que se incluyeron a todas las mujeres participantes del grupo experimental (designado en este análisis como grupo A) que finalizaron el ensayo, independientemente de si recibieron o no la intervención intraparto específica, y a las mujeres participantes del GC (designado como grupo B).
- Un análisis por protocolo (PP) en el que se formaron 3 grupos: mujeres participantes del grupo experimental que recibieron la intervención prenatal e intervención intraparto (grupo A), mujeres participantes del grupo experimental que recibieron la intervención prenatal pero no la intervención intraparto (grupo C), y mujeres participantes del GC (grupo B).

Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico *Jamovi®* en su versión 2.3.21.0. La significancia estadística se definió como un p-valor < 0.05 . Se describieron las variables categóricas mediante distribuciones de frecuencia y porcentaje, comparando entre grupos mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Las variables cuantitativas se describieron con medias y desviaciones estándar, comparando las medias entre los grupos mediante la T-Student, con un intervalo de confianza del 95%.

El análisis por ITT y PP de la medida de resultado primario se obtuvo mediante un ANOVA de medidas repetidas, previa normalización de las puntuaciones de ambas versiones del cuestionario WDEQ-Sp de 0 a 100 puntos, realizándose un contraste post hoc (la prueba de Tukey) para comprobar entre qué grupos existían las diferencias.

El análisis de las medidas de resultados secundarios se llevó a cabo mediante la prueba de U de Mann Whitney en caso del análisis ITT, y mediante el ANOVA de un factor en caso del análisis PP. Para las variables cualitativas, sobre los resultados obstétricos y neonatales, se crearon tablas de contingencia, obteniéndose la odds ratio (OR), el riesgo relativo (RR) y el cálculo de la prueba de Chi cuadrado de Pearson. La homogeneidad de varianzas se comprobó mediante la prueba de Levene y la homogeneidad de la distribución de la muestra mediante la prueba Shapiro-Wilk.

El seguimiento de la inclusión en el estudio, aleatorización, cumplimiento de las intervenciones, y variables de respuesta las llevó a cabo el IP e investigadores colaboradores. No se creó ningún comité para la monitorización puesto que se trataba de un ensayo pequeño y que fue considerado por el CEIm responsable como de baja intervención.

5.9. Aspectos éticos y de protección de datos

En la presente investigación se minimizaron los posibles riesgos, siendo estos razonables en comparación con los beneficios previstos y la importancia de la evidencia prevista. Antes de llevar a cabo la recogida de datos, el personal colaborador o el propio investigador entregó una hoja de información, se obtuvo el consentimiento informado y la autorización para la cesión de datos de las participantes seleccionadas (*anexos XVII a XIX*). Se garantizó el anonimato de las participantes, así como el correcto uso de los datos obtenidos según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía

del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, limitándose exclusivamente al IP del estudio o a los investigadores colaboradores el acceso a la Historia Clínica, así como a los datos obtenidos, al listado de codificación o a los cuestionarios cumplimentados en los que se pudiera identificar a las participantes.

Todos los datos de carácter personal de las participantes, potenciales y reclutadas, fueron custodiados. Los impresos en formato papel, del consentimiento informado y de datos personales, han sido guardados por un periodo de 5 años desde la finalización del ensayo. Los formularios en formato electrónico están guardados en línea y con copia de seguridad en memoria externa, que custodia el IP durante el mismo periodo que los datos en formato papel.

Se veló por no cometer ninguna conducta científica impropia, además se previno comunicar y manejar adecuadamente si existiera algún conflicto de interés. No existe ningún conflicto de interés económico, el interés principal del investigador fue el de ofrecer respuesta a los objetivos propuestos en el presente estudio, protegiendo la seguridad e intimidad de las participantes.

6. RESULTADOS

6. Resultados

6.1. Resultados descriptivos de la muestra reclutada

Puntos clave:

- Captación de 1008 mujeres; evaluación del miedo al parto en 868 de ellas.
- La variable “**dolor**” obtuvo la mayor puntuación media, **mayor temor**.
- La variable “**abandonada**” obtuvo la menor puntuación, **menor temor**.
- La puntuación total **WDEQ-A-Sp media** fue de 59.60 para el total de mujeres evaluadas.
- Para las **variables sociodemográficas**: edad media 32.1 años; 42.9% con estudios secundarios y el 39.1% con universitarios, y 92.5% tenía pareja.
- Para las **variables obstétricas y de experiencia** de parto anterior: 61.9% primíparas, y el 38.1% multíparas.
- La **experiencia de parto anterior** resultó muy positiva-positiva para el 62.8% de las multíparas, y entre muy negativa-negativa para el 18.7%.
- La **preferencia por el parto** en el hospital público fue expresada por cerca del 85%; el parto vía vaginal por más del 90% de ellas.

Se captaron entre junio de 2021 y junio de 2022 un total de 1008 mujeres que reunían los criterios establecidos para evaluar su inclusión en el ensayo clínico; de ellas, se evaluó inicialmente el FOC a 868 mujeres. Los resultados del cuestionario WDEQ-A-Sp, aplicado en el formulario C1, quedan detallados en la *tabla b1*; se muestran las respuestas por ítems independientes y la puntuación total del mismo.

Tabla b1. Puntuaciones medias del WDEQ-A-Sp en el C1

Ítems WDEQ-A-Sp ^a	M (DE)	IC 95%	
		Inferior	Superior
¿Cómo cree que va a ir el proceso de parto en general?			
ítem 1. ^b Fantástico	2.40 (1.20)	2.32	2.48
ítem 2. ^b Horrible	1.90 (1.16)	1.82	1.97
¿Cómo cree que se va a sentir en general durante el proceso de parto?			
ítem 3. ^b Sola	0.91 (1.14)	0.84	0.99
ítem 4. ^b Fuerte	2.22 (1.29)	2.13	2.30
ítem 5. ^b Confiada	2.49 (1.29)	2.40	2.58

Tabla b1. Puntuaciones medias del WDEQ-A-Sp en el C1

Ítems WDEQ-A-Sp ^a	M (DE)	IC 95%	
		Inferior	Superior
ítem 6. ^b Asustada	2.83 (1.35)	2.74	2.92
ítem 7. ^b Desatendida	1.19 (1.10)	1.11	1.26
ítem 8. ^b Débil	2.13 (1.16)	2.05	2.21
ítem 9. ^b Segura	2.47 (1.28)	2.38	2.55
ítem 10. ^b Independiente	2.86 (1.26)	2.78	2.95
ítem 11. ^b Desolada	1.39 (1.23)	1.31	1.47
ítem 12. ^b Tensa	3.00 (1.32)	2.91	3.09
ítem 13. ^b Contenta	1.66 (1.24)	1.58	1.74
ítem 14. ^b Orgullosa	1.45 (1.24)	1.36	1.53
ítem 15. ^b Abandonada	0.88 (1.11)	0.81	0.96
ítem 16. ^c Íntegra	2.03 (1.24)	1.95	2.12
ítem 17. ^b Relajada	3.37 (1.28)	3.29	3.46
ítem 18. ^b Feliz	1.41 (1.22)	1.33	1.49
¿Cómo cree que se va a sentir durante el proceso de parto?			
ítem 19. ^b Pánico	2.49(1.37)	2.39	2.58
ítem 20. ^b Desesperanza	1.43 (1.20)	1.35	1.51
ítem 21. ^b Deseosa del bebe	2.07 (1.26)	1.99	2.15
ítem 22. ^b Autoconfianza	0.44 (0.86)	0.38	0.50
ítem 23. ^b Confianza	1.98 (1.22)	1.90	2.06
ítem 24. ^b Dolor	3.63 (1.16)	3.55	3.71
¿Qué cree que pasará cuando el TP sea más intenso?			
ítem 25. ^b Me comportaré mal	1.31 (1.16)	1.23	1.39
¿Cómo se imagina que sentirá el momento de la salida del bebé?			
ítems26. ^b Agradable	1.80 (1.60)	1.69	1.90
ítem 27. ^b Natural	1.48 (1.26)	1.39	1.56
ítem 28. ^d Como debe ser	1.37 (1.20)	1.29	1.45
ítem 29. ^b Peligroso	2.00 (1.36)	1.91	2.09
¿Ha tenido durante el último mes fantasías sobre el proceso de parto y el nacimiento, por ejemplo:			
ítem 30. ^e ...Fantasías sobre si el bebé se muere durante el parto?	1.31 (1.64)	1.20	1.42
ítem 31. ^e ...Fantasías de que su bebé sufrirá lesiones durante el parto?	1.57 (1.71)	1.45	1.68
Puntuación Total WDEQ-A-Sp^f	59.60 (25.10)	57.93	61.27

Tabla b1. Puntuaciones medias del WDEQ-A-Sp en el C1

Ítems WDEQ-A-Sp ^a	M (DE)	IC 95%	
		Inferior	Superior

N total = 868.

Abreviaturas: M, media; DE, desviación estándar; IC 95%, intervalo de confianza al 95% de la media

^a Los ítems puntúan en una escala Likert del 0 al 5. Las respuestas a los ítems 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25 y 29 puntúan de manera invertida, y se exponen como tal en la tabla.

^d La puntuación 0 equivale a “extremo” y la puntuación 5 a “nada”.

^c La puntuación 0 equivale a “totalmente” y la puntuación 5 a “nada”.

^d La puntuación 0 equivale a “exactamente” y la puntuación 5 a “nada”.

^e La puntuación 0 equivale a “nunca” y la puntuación 5 a “muy a menudo”.

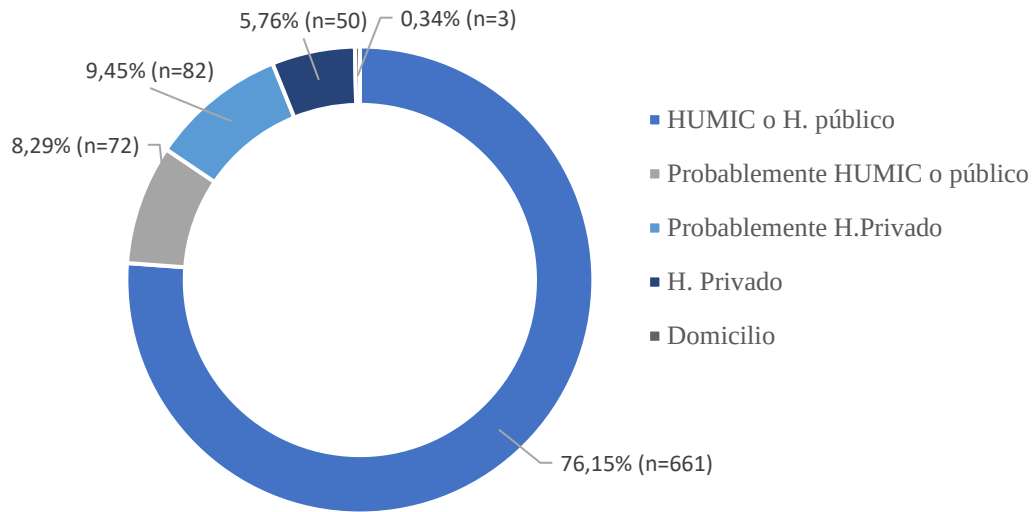
^f La puntuación total del cuestionario oscila de 0 a 155 (mayor puntuación mayor miedo).

Los resultados de las variables sociodemográficas exploradas en el momento C1 resultaron en una edad media de 32.1 años (DE = 5.41 años), con un rango de edades entre 18 - 48 años. En cuanto al nivel educativo el 42.9% poseía estudios secundarios (n = 372), el 39.1% estudios universitarios (n = 339), el 17.6% (n = 153) estudios primarios, y el 0.5 % no había cursado estudios (n = 4). Una amplia mayoría, 92.5% (n = 803), tenía pareja en el momento del reclutamiento.

En cuanto a las variables obstétricas y de experiencia de parto anterior en el momento C1, del total de muestra explorada (n = 868) se encontró que el 61.9% (n = 537) eran primíparas, y el 38.1% (n = 334) multíparas; y entre las mujeres que había parido vía vaginal, el 78.3% (n = 224) había parido una sola vez, y el 21.6% (n = 62) más de una vez. La vía de finalización del último parto, en las mujeres multíparas, fue la vaginal para el 85.5% (n = 283), y la cesárea para el 14.5% de ellas (n = 48). La experiencia de parto anterior resultó entre muy positiva-positiva para el 62.8% (n = 208) de las multíparas, y entre muy negativa-negativa para el 18.7% (n = 62); el 18.4% (n = 61) se mostró más indiferente ante esta cuestión. De igual manera, el 73.1% (n = 242) de las mujeres multíparas se sintieron entre muy satisfecha-satisfecha, el 11.8% (n = 39) entre muy insatisfecha-insatisfecha, y el 15.1% (n = 50) indiferentes para la satisfacción con su último parto.

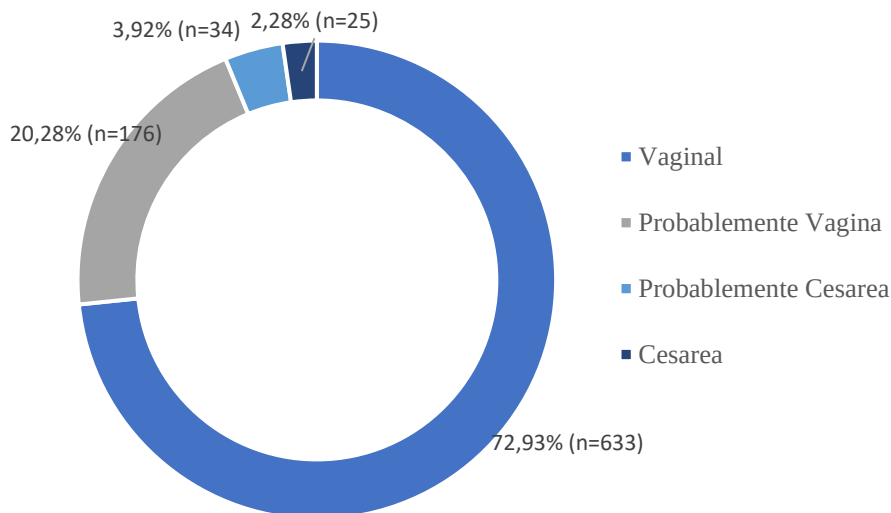
Las preferencias sobre el tipo de finalización y lugar de parto preferido fueron evaluadas en el segundo trimestre de la actual gestación. Se muestran los resultados descriptivos en las *ilustraciones 4 y 5* mediante gráficas de sectores con los resultados descriptivos obtenidos, en forma de porcentaje y número de sujetos.

Ilustración 3. Preferencias sobre el lugar de parto en el segundo trimestre



De las 868 mujeres evaluadas en el momento C1, 652 obtuvieron una puntuación en el WDEQA-A-Sp menor a 77 puntos, por lo que no cumplieron con el criterio fundamental de inclusión en el ensayo, quedando una muestra final con alto FOC de 216 mujeres. Dos mujeres de la muestra final a estudio fueron excluidas antes de la aleatorización, al encontrar el IP que la evaluación del C1 se había realizado con más de 24 SEG, no cumpliendo los criterios de inclusión establecidos. Se obtuvo por tanto durante el periodo de captación descrito, una muestra total de 214 mujeres que pasaron a formar parte del ensayo clínico.

Ilustración 4. Preferencias sobre el tipo de parto en el segundo trimestre



6.2. Resultados descriptivos la muestra incluida en el ECA

Puntos clave:

- Se incluyeron en el ensayo 214 mujeres, aleatorizándose 117 al grupo intervención y 97 al grupo control.
- Las **pérdidas de seguimiento en la fase prenatal** se propiciaron sobre todo por no completar las sesiones de educación en el grupo experimental, y no entregar el formulario de seguimiento en el grupo de control.
- Las **pérdidas de seguimiento en la fase intraparto** se sucedieron en su mayoría por cesárea en clínica privada en el grupo intervención, y por parto o cesárea en clínica privada para el grupo control.
- Entre las características basales de las participantes no existieron diferencias estadísticamente significativas, siendo por tanto **grupos comparables**.
- La media en las puntuaciones del **WDEQ-A-Sp**, **previo** al inicio de la intervención, fue de **91.68 en grupo experimental, y 92.88 en el control**.

Las 214 mujeres incluidas en el ensayo clínico se asignaron aleatoriamente a uno de los dos grupos del ensayo: 117 al GI y 97 al GC. En la *ilustración 5* se muestra el flujograma con datos sobre las mujeres reclutadas, las excluidas del ensayo, las aleatorizadas, las pérdidas de seguimiento y sus causas, así como el total de muestra analizada en cada fase. El seguimiento se completó en diciembre de 2022. Los datos se obtuvieron al inicio del ensayo mediante la medición C1 con una media de entrega en 21.3 SEG; tras la fase prenatal a través de la medición C2 con una media de 36.1 SEG y tras el parto mediante la medición C3 con una media en primeros 5 días tras el mismo.

Se incluyeron en el ensayo un número mayor de participantes de los calculados inicialmente, en concreto se reclutaron 22 participantes más de las estimadas en el GI, y 2 en el GC. Esto fue debido a la oportunidad que tuvo el IP de aumentar la muestra al prever, durante el desarrollo del ensayo, un número mayor de pérdidas de seguimiento que las estimadas inicialmente. En concreto, se tuvo en la fase prenatal unas pérdidas de seguimiento de 35 participantes en el grupo experimental, la mayoría (n = 16) por no acudir a todas las sesiones programadas, porque decidieron abandonar voluntariamente el estudio (n = 13), por falta de medios audiovisuales (n = 5), o por no entregar el formulario C2 (n = 2). En el GC las pérdidas de seguimiento (n = 19) se sucedieron, principalmente, por no entregar el formulario C2 (n = 12), por deseo de ser retirada su

participación (n = 4), o por parto pretérmino (n = 3). Durante la fase intraparto se sucedieron pérdidas de 12 participantes en el GI, siendo la mayoría por parto por cesárea en clínica privada (n = 11), y una participante por parto en otro hospital público; en el GC se sucedieron las pérdidas también, en su mayoría, por parto o cesárea en clínica privada (n = 14), seguido de la no entrega del cuestionario C3 (n = 6), la CE en el HUMIC (n = 2), o la muerte fetal anteparto (n = 1).

Las características basales de cada grupo obtenidas en el momento C1, previas al inicio del ensayo, se muestran a continuación. En la *tabla c1* se detallan las variables categóricas basales en toda la muestra, en la *tabla c2* las variables categóricas basales exploradas únicamente en mujeres multíparas, y en la *tabla c3* las variables cuantitativas. Como se puede observar no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en ninguna de las categorías exploradas, siendo por lo tanto comparables.

Tabla c1. Variables categóricas basales en la muestra del ensayo

Variables categóricas basales	Grupo experimental	Grupo control	Pearson χ^2
	N (%)	N (%)	
Pareja			p= 0.851
Con pareja	107 (91.5)	88 (90.7)	
Sin pareja	10 (8.5)	9 (9.3)	
Nivel de estudios			p = 0.401
Estudios primarios	19 (16.2)	20 (20.6)	
Estudios secundarios	48 (41.0)	44 (45.4)	
Estudios universitarios	50 (42.7)	33 (34.0)	
Preferencias de lugar de parto			p = 0.564
HUMIC u H. Público	85 (72.6)	78 (80.4)	
Probable HUMIC	12 (10.3)	8 (8.2)	
Probable C. Privada	13 (11.1)	8 (8.2)	
Clínica privada	7 (6.0)	3 (3.1)	
Domicilio	-	-	
Preferencias de tipo de parto			p = 0.054
Vaginal	69 (59.0)	43 (44.3)	
Probable vaginal	39 (33.3)	36 (37.1)	
Probable vesárea	5 (4.3)	12 (12.4)	
Cesárea	4 (3.4)	6 (6.2)	
Paridad			p = 0.236
Primípara	73 (62.4)	68 (70.1)	
Multípara	44 (37.6)	29 (29.9)	

N grupo experimental = 117 N; N grupo control = 97

Tabla c2. Variables categóricas basales en mujeres múltiples

Variables categóricas basales en múltiples	Grupo experimental		Grupo control	Pearson χ^2
	N (%)		N (%)	
Finalización del último parto				p = 0.728
Vaginal	32 (72.7)		20 (69.0)	
Cesárea	12 (27.3)		9 (31.0)	
Experiencia de parto anterior				p = 0.191
Muy negativa	5 (11.4)		7 (24.1)	
Negativa	9 (20.5)		8 (27.6)	
Ni negativa ni positiva	9 (20.5)		8 (27.6)	
Positiva	16 (36.4)		4 (13.8)	
Muy Positiva	5 (11.4)		2 (6.9)	
Satisfacción parto anterior				p = 0.429
Muy insatisfecha	4 (9.1)		1 (3.4)	
Insatisfecha	8 (18.2)		6 (20.7)	
Ni satisfecha ni insatisfecha	8 (18.2)		10 (34.5)	
Satisfecha	13 (29.5)		5 (17.2)	
Muy satisfecha	11 (25.0)		7 (24.1)	

N múltiples (N Grupo experimental = 44; N Grupo control = 29)

Tabla c3. Variables cuantitativas basales en la muestra del ensayo

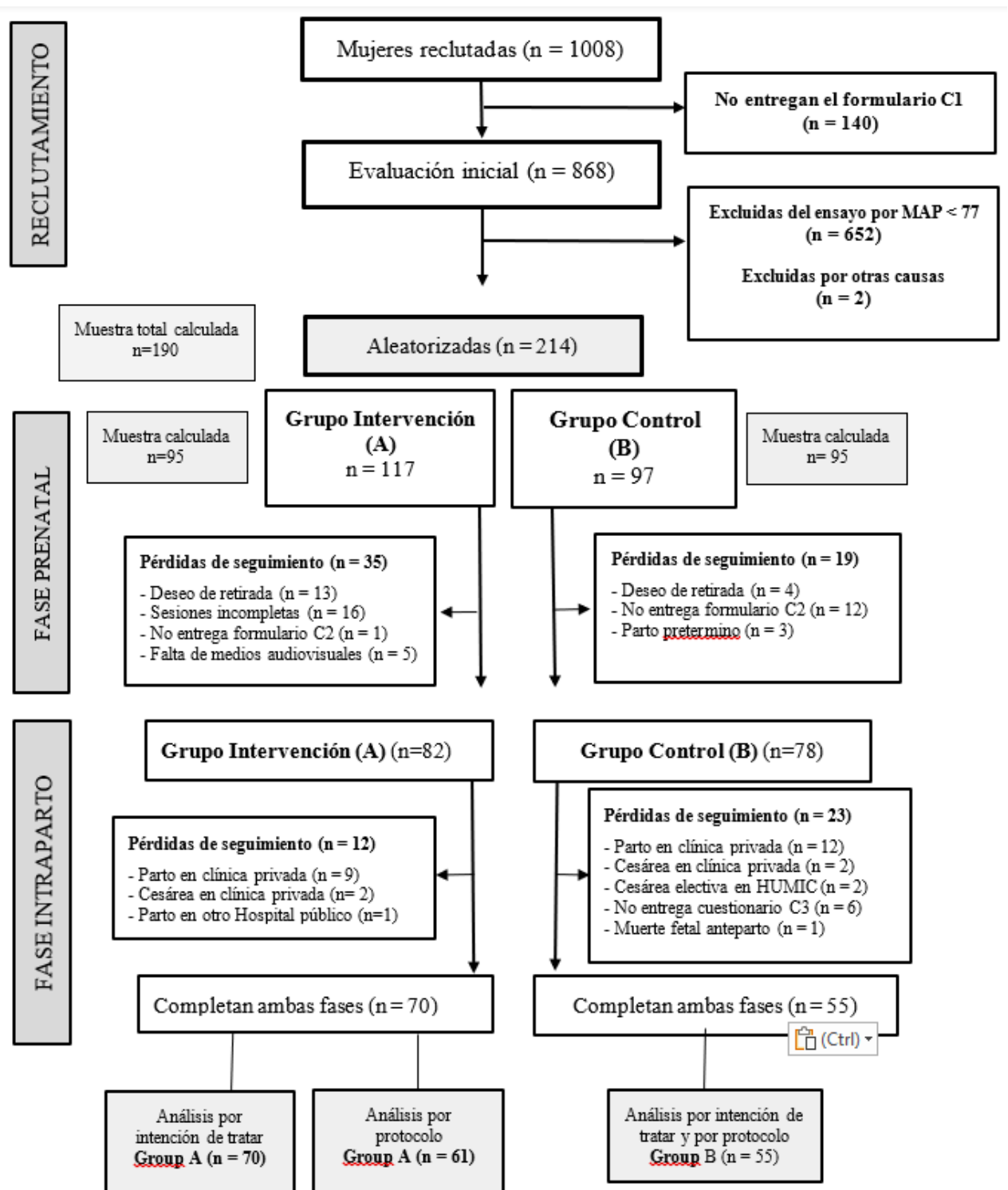
Variables cuantitativas basales	Grupo experimental		Grupo control		Student' t-test
	M	DE	M	DE	
Miedo al parto^a	91.68	13.02	92.88	14.91	p = 0.530
Edad materna	32.33	4.70	31.99	5.71	p = 0.629
SEG	21.32	0.65	21.29	0.76	p = 0.784
Gestaciones	1.98	1.31	1.86	1.07	p = 0.444
Partos	0.36	0.66	0.28	0.62	p = 0.364
Abortos	0.50	0.89	0.43	0.66	p = 0.565
Ectópicos	0.03	0.18	0.01	0.10	p = 0.252
Cesáreas	0.10	0.30	0.10	0.31	p = 0.999

N grupo experimental = 117; N grupo control = 97

Abreviaturas. M, media; DE, desviación estándar

^a Miedo al parto medido con Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-A-Spanish

Ilustración 5. Flujoograma del ensayo clínico



6.3. Resultados respecto a valores de miedo al parto

Puntos clave:

- Se incluyeron en el análisis de resultados en la fase de educación prenatal, un total de 82 mujeres en el grupo experimental y 78 en el grupo control.
- Cambio en el valor del miedo al parto **entre los grupos**, tras la intervención de educación prenatal, estadísticamente significativos, con una diferencia de medias de 25 puntos a favor del grupo experimental.
- La diferencia de medias intragrupo fue de 35 puntos en el grupo experimental ($p < .001$), y 10 puntos en el grupo control ($p < .001$).
- En el **análisis por intención de tratar, tras la fase prenatal e intraparto**, se incluyeron 70 participantes del grupo experimental y 55 del control.
- En el **análisis por protocolo** se dividió el grupo experimental en: 61 mujeres que recibieron ambas intervenciones y 9 solo la intervención prenatal.
- Las **comparaciones “Post Hoc”** del valor de miedo al parto en el análisis por intención de tratar, muestran una disminución del miedo al parto en todos los niveles a favor del grupo intervención, siendo en gran parte estadísticamente significativas.

Se describen a continuación, los resultados relativos al análisis por ITT y PP sobre la medida de FOC evaluada en las fases prenatal y postnatal mediante los cuestionarios WDEQ-A-Sp y WDEQ-B-Sp.

6.3.1. Efecto de la intervención prenatal sobre el valor de FOC

En el grupo A ($N = 82$) para el momento MB la media del valor FOC fue de 92.5 ($DE = 13.0$; $IC95\%$: 89.6 - 95.3), y la mediana de 89.5 puntos; en el momento PI-PrN la media del valor de FOC fue de 57.4 ($DE = 21.4$; $IC 95\%$: 52.7 - 62.1), y la mediana de 59.5. En el grupo B ($N = 78$) para el momento MB la media del valor FOC fue de 93.2 en la ($DE = 15.3$; $IC95\%$: 89.7 - 96.6), y la mediana de 89.0 puntos; en el momento PI-PrN la media del valor de FOC fue de 84.0 ($DE = 21.5$; $IC95\%$: 79.2 - 88.8), y la mediana de 79.0.

Previo al análisis de las diferencias entre grupos tras la intervención prenatal, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para el WDEQ-A-Sp; en el momento MB fue de 0.893 ($p < .001$) en el grupo A, y 0.860 ($p < .001$) en el grupo B; y en el momento PI-PrN se obtuvo 0.977 ($p = 0.139$) en el grupo A y 0.952 ($p = 0.005$) en el

grupo B. Tras comprobar con estos resultados la no normalidad de la muestra, se estimó utilizar pruebas no paramétricas en este análisis (U de Mann-Whitney), se muestran igualmente resultados calculados para la T-Student. El resultado en la prueba de Levene en el momento MB y PI-PrN fue de 1.30 ($p = 0.257$), y de $3.87e-5$ ($p = 0.995$), respectivamente, lo que indica varianzas iguales en los dos grupos.

Para el análisis de las diferencias intragrupo se comprobó nuevamente la normalidad de la muestra. La prueba Shapiro-Wilk para el grupo A obtuvo 0.978 ($p = 0.166$), y 0.963 ($p = 0.023$) para el grupo B. Los resultados indicaron la normalidad de la muestra en el grupo A, y lo no normalidad en el grupo B, siendo conveniente, por tanto, realizar los cálculos para el análisis intragrupos, mediante pruebas paramétricas en el primer grupo y pruebas no paramétricas en el segundo grupo; igualmente se muestran los resultados de ambos estadísticos.

En la *tabla d1* se expone el análisis de las diferencias de medias, antes y después de la intervención prenatal, como grupos independientes.

Tabla d1. Diferencias de FOC entre-grupos tras la intervención prenatal

Medidas de FOC		p-valor	DM	IC 95%		Tamaño de efecto ^a
				Inferior	Superior	
WDEQ-A-Sp (BM)*	T-Student	0.741	-0.74	-5.16	3.68	-0.0524
	U Mann-Whitney	0.936	2.16e-5	-3.00	-3.00	-
WDEQ-A-Sp (PI-PreN)**	T-Student	<.001	-26.561	-33.26	-19.86	-1.2382
	U Mann-Whitney	<.001	-25.0	-33.00	-19.00	-

Abreviaturas: IC 95%, intervalo de confianza al 95% de la media. BM, medida basal; PI-PreN, medida post-intervención prenatal; FOC, fear of childbirth; DM, diferencia de medias.

^a Tamaño de efecto medido con la d de Cohen

* medida en el cuestionario de captación C1, cumplimentado de media en la 21.3 SEG

**medida en el cuestionario C2, cumplimentado de media en la 36.1 SEG

En la *tabla d2*, se muestra el correspondiente análisis de los cambios intragrupo para el nivel de FOC, antes y después de la intervención prenatal.

Tabla d2. Diferencias de FOC intra-grupos tras la intervención prenatal

Comparación FOC MB* – PI-PreN**		p-valor	DM	IC 95%		Tamaño de efecto ^a
Grupo A WDEQ-A-Sp	T-Student			Inferior	Superior	
	W de Wilcoxon	<.001	35.0	30.1	39.9	1.58
		<.001	35.5	30.5	40.5	-
Grupo B WDEQ-A-Sp	T-Student	<.001	9.19	5.58	12.8	0.575
	W de Wilcoxon	<.001	10.0	7.00	13.5	-

Abreviaturas: 95% IC, intervalo de confianza al 95% de la media. MB, medida basal; PI-PrN, medida post-intervención prenatal. DM, diferencia de medias.

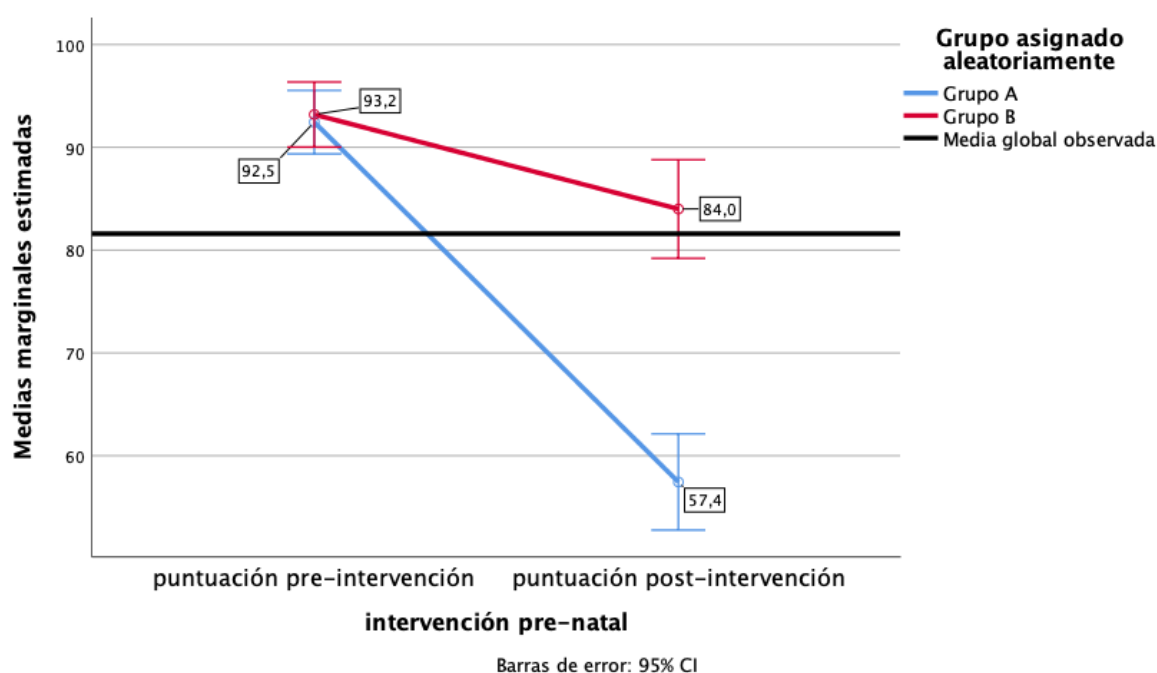
^a Tamaño de efecto medido con la d de Cohen

* medida en el cuestionario de captación C1, cumplimentado de media en la 21.3 SEG

**medida en el cuestionario C2, cumplimentado de media en la 36.1 SEG

Se calculó el cambio en el valor del FOC, tras la fase de intervención prenatal, aplicando un ANOVA de medidas repetidas (medida antes y después de la intervención) y por grupos de intervención. Se observa en la *ilustración 6* como son semejantes al inicio, pero hay diferencias en la medida posterior ($p < .001$); se concluye que, aunque ambos grupos mejoran su puntuación postintervención prenatal, el grupo A lo hace en mayor medida y de manera estadísticamente significativa.

Ilustración 6. Representación de medidas pre-post, y por grupos de intervención prenatal



6.3.1. Efecto de la intervención integral en el FOC (análisis ITT)

Se muestran en la *tabla e1* los resultados descriptivos de las medidas de FOC para el análisis ITT, recogidas en tres momentos diferentes: medida basal prenatal, medida postintervención prenatal, y medida postparto; con y sin estandarización de los resultados de las escalas; se detallan las diferencias de medias aplicando la prueba T para muestras independientes con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Tabla e1. Descriptivos y prueba T para muestras independientes (análisis ITT)

Descriptivas FOC (análisis ITT)		Grupo A	Grupo B	DM ^a (p-valor)	IC 95%	
		M (DE)	M (DE)		Inferior	Superior
WDEQ-A-Sp (C1*)	Escala bruta	92.5 (13.00)	93.2 (15.28)	-0.74 (p = 0.728)	-5.16	3.68
	Escala 0-100	59.6 (8.39)	60.1 (9.86)	-0.47 (p = 0.741)	-3.33	2.37
WDEQ-A-Sp (C2**)	Escala bruta	57.4 (21.41)	84.0 (21.49)	-26.56 (p <.001)	-33.26	-19.86
	Escala 0-100	37.1 (13.82)	54.2 (13.86)	-17.13 (p <.001)	-21.46	-12.81
WDEQ-B-Sp (C3***)	Escala bruta	50.8 (29.54)	65.4 (29.47)	-14.58 (p=0.007)	-25.11	-4.06
	Escala 0-100	30.8 (17.90)	39.6 (17.86)	-8.83 (p = 0.007)	-15.22	-2.46

N en las mediciones C1 y C2 (Grupo A = 82, Grupo B =78)

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Abreviaturas: M, media; DE, desviación estándar; IC 95%, intervalo de confianza de la media al 95%; DM, diferencia de medias.

^a Diferencia de medias calculada mediante la prueba T-Student.

*Cuestionario de captación, cumplimentado de media en la 21.3 SEG.

**Cuestionario cumplimentado tras la intervención prenatal, media entrega en la 36.1 SEG

***Cuestionario cumplimentado tras la intervención intranatal, media 5 días postparto

Se calculó un ANOVA de medidas repetidas dentro de los sujetos y entre los sujetos. Las comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC en el análisis por intención de tratar se muestran en la *tabla e2*, para su cálculo se utilizaron medidas estandarizadas en escala de 0-100 puntos. Las medidas marginales estimadas del FOC en el análisis ITT se exponen en la *ilustración 7* (grupo A-línea naranja y grupo B-línea azul).

Tabla e2. Comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC (análisis ITT)

Comparaciones “Post Hoc”				DM	P tukey
Medida FOC	Grupo ITT	Medida FOC	Grupo ITT		
		MB (C1*)	<u>Grupo B</u>	0.75	0.997
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo A</u>	22.74	<.001

Tabla e2. Comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC (análisis ITT)

Comparaciones “Post Hoc”				DM	P tukey
Medida FOC	Grupo ITT	Medida FOC	Grupo ITT		
MB (C1*)	<u>Grupo A</u>	PI-PreN (C2**)	<u>Grupo B</u>	6.61	0.017
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	28.95	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	20.11	<.001
	<u>Grupo B</u>	PI-PreN (C2**)	<u>Grupo A</u>	21.99	<.001
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo B</u>	5.86	0.005
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	28.20	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	19.36	<.001
PI-PreN (C2**)	<u>Grupo A</u>	PI-PreN (C2**)	<u>Grupo B</u>	-16.13	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	6.20	0.054
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	-2.63	0.941
	<u>Grupo B</u>	PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	22.33	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	13.50	<.001
PI-PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	-8.83	0.074

N en las mediciones C1 y C2 (Grupo A = 82, Grupo B = 78).

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

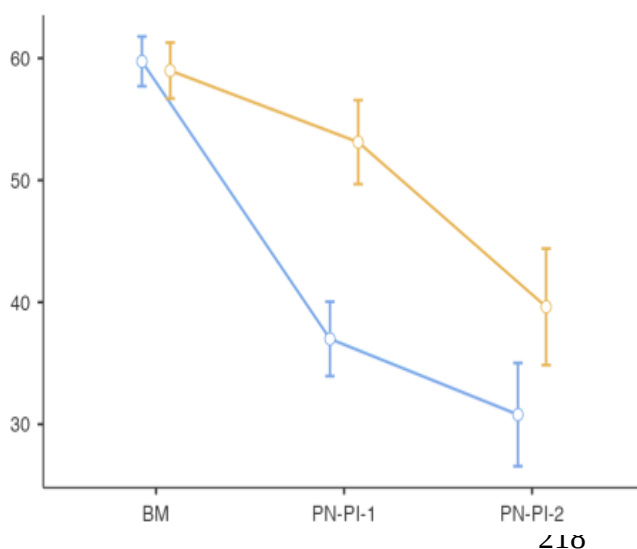
Abreviaturas: MB, medida basal; PI-PreN, medida post-intervención prenatal; PI-PosN, post-intervención postnatal; FOC, fear of childbirth. DM, diferencia de medias.

*Cuestionario de captación, cumplimentado de media en la 21.3 SEG.

**Cuestionario cumplimentado tras la intervención prenatal, media entrega en 36.1 SEG

***Cuestionario cumplimentado tras la intervención intranatal, media 5 días postparto

Ilustración 7. Medidas marginales estimadas de FOC en análisis ITT



Nota. El eje de ordenadas queda definido por las medias marginales del valor de FOC; el eje de abscisas por los tres momentos en la medición de FOC. Se representan los grupos de análisis PP mediante: **grupo A-línea amarilla, y grupo B-línea azul**

Abreviaturas: BM, Medida Basal; PN-PI-1, post-intervención prenatal; PN-PI-2, post-intervención postnatal.

6.3.2. Efecto de la intervención integral en el FOC (análisis PP)

Se muestran en la *tabla f1* los resultados descriptivos de las medidas de FOC para el análisis PP, realizadas en tres momentos diferentes: medida basal prenatal, medida postintervención prenatal, y medida postparto; con y sin estandarización de los resultados de las escalas.

Tabla f1. Descriptivos y Prueba de Tukey “post-hoc” para FOC (análisis PP)

Descriptivas FOC (análisis PP)		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Prueba de Tukey “post-hoc”		
		M (DE)	M (DE)	M (DE)	Grupo	DM	P Tukey
WDEQ-A-Sp (C1*)	Escala bruta	93.8 (12.95)	91.4 (13.85)	84.4 (9.66)	A – B	2.37	0.599
					A – C	9.36	0.119
					B – C	6.99	0.306
WDEQ-A-Sp (C2**)	Escala 0-100	60.1 (8.36)	59.0 (8.93)	54.5 (6.23)	A – B	1.53	0.599
					A – C	6.04	0.119
					B – C	4.51	0.306
WDEQ-A-Sp (C3***)	Escala bruta	57.5 (20.58)	82.3 (20.02)	56.0 (16.31)	A – B	-24.8	<.001
					A – C	1.54	0.975
					B – C	26.35	0.001
WDEQ-B-Sp (C3***)	Escala bruta	49.6 (29.68)	65.4 (29.47)	58.9 (28.95)	A – B	-15.8	0.013
					A – C	-9.28	0.654
					B – C	6.49	0.814
WDEQ-B-Sp (C3***)	Escala 0-100	30.1 (17.99)	39.6 (17.86)	35.7 (17.54)	A – B	-9.56	0.013
					A – C	-5.63	0.654
					B – C	3.94	0.814

N en las mediciones C1, C2 y C3 (Grupo A =61, Grupo B= 55, Grupo C =9)

Abreviaturas: M, media; DE, desviación estándar; DM, diferencia de medias

*Cuestionario de captación, cumplimentado de media en la 21.3 SEG.

**Cuestionario cumplimentado tras la intervención prenatal, media entrega en 36.1 SEG

***Cuestionario cumplimentado tras la intervención intranatal, media 5 días postparto

Se replicó el análisis por ITT calculando un ANOVA de medidas repetidas dentro de los sujetos y entre los sujetos. Las comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC en el análisis ITT se muestran en la *tabla f2*, para su cálculo se utilizaron medidas estandarizadas en escala de 0-100. Las medidas marginales estimadas del FOC en el análisis PP se exponen en la *ilustración 8* (grupo A-línea azul, grupo B-línea gris, y grupo C-línea amarilla).

Tabla f2. Comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC (análisis PP)

Comparaciones “Post Hoc”				DM	P tukey
Medida FOC	Grupo PP	Medida FOC	Grupo PP		
MB (C1*)	<u>Grupo A</u>	MB (C1*)	<u>Grupo B</u>	1.52	0.988
		MB (C1*)	<u>Grupo C</u>	6.03	0.553
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo A</u>	23.39	<.001
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo B</u>	7.39	0.014
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo C</u>	24.38	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	30.45	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	20.89	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo C</u>	24.82	0.002
MB (C1*)	<u>Grupo B</u>	MB (C1*)	<u>Grupo C</u>	4.51	0.864
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo A</u>	21.86	<.001
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo B</u>	5.86	0.012
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo C</u>	22.86	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	28.92	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	19.36	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo C</u>	23.30	0.006
	<u>Grupo C</u>	PI-PreN (C2**)	<u>Grupo A</u>	17.35	<.001
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo B</u>	1.35	1.000
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo C</u>	18.35	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	24.41	<.001
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	14.85	0.003
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo C</u>	18.79	0.084
	<u>Grupo A</u>	PI-PreN (C2**)	<u>Grupo B</u>	-16.00	<.001
		PI-PreN (C2**)	<u>Grupo C</u>	0.99	1.000
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo A</u>	1.05	0.068
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo B</u>	-2.50	0.995
		PI- PosN (C3****)	<u>Grupo C</u>	1.43	1.000

Tabla f2. Comparaciones “Post Hoc” del valor de FOC (análisis PP)

Comparaciones “Post Hoc”				DM	P tukey
Medida FOC	Grupo PP	Medida FOC	Grupo PP		
PI-PreN (C2**)	Grupo B	PI-PreN (C2**)	Grupo C	16.99	0.011
		PI- PosN (C3***)	Grupo A	23.06	<.001
		PI- PosN (C3***)	Grupo B	13.50	<.001
		PI- PosN (C3***)	Grupo C	17.43	0.125
	Grupo C	PI- PosN (C3***)	Grupo A	6.06	0.946
		PI- PosN (C3***)	Grupo B	-3.49	0.999
		PI- PosN (C3***)	Grupo C	0.43	1.000
PI-PosN (C3***)	Grupo A	PI- PosN (C3***)	Grupo B	-9.56	0.106
		PI- PosN (C3***)	Grupo C	-5.62	0.994
	Grupo B	PI- PosN (C3***)	Grupo C	3.93	1.000

N en las mediciones C1, C2 y C3 (Grupo A =61, Grupo B= 55, Grupo C =9)

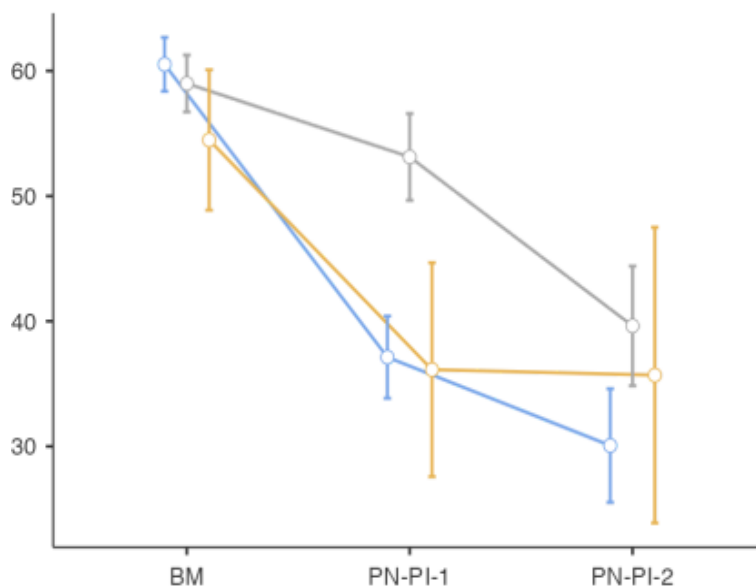
Abreviaturas: MB, medida basal; PI-PreN, medida post-intervención prenatal; PI-PosN, post-intervención postnatal; FOC, fear of childbirth. DM, diferencia de medias

*Cuestionario de captación, cumplimentado de media en la 21.3 SEG.

**Cuestionario cumplimentado tras la intervención prenatal, media entrega en 36.1 SEG

***Cuestionario cumplimentado tras la intervención intranatal, media 5 días postparto

Ilustración 8. Medidas marginales estimadas de FOC en análisis PP



Nota. El eje de ordenadas queda definido por las medias marginales del valor de FOC. El eje de abscisas queda definido por los tres momentos en la medición de FOC. Se representan los grupos de análisis PP mediante: **grupo A-línea azul, grupo B-línea gris, y grupo C-línea amarilla**

Abreviaturas: BM, Medida Basal;

PN-PI-1 = PI-PreN, post-intervención prenatal;

PN-PI-2 = PI-PosN, post-intervención postnatal.

6.4. Resultados en la satisfacción materna

Puntos clave:

- Para el **total de puntuación del cuestionario CEQ-E**, la media, en el grupo experimental y el control, resultó en 69.4 y 65.3 puntos respectivamente.
- El ítem con **mayor puntuación**, para el grupo experimental fue “La matrona me dedicó la atención necesaria”, con 3.87 puntos.
- El ítem con **mayor puntuación**, para el grupo control fue “Me sentí muy bien atendida por la matrona”, con una media de 3.78 puntos.
- El ítem con la puntuación más baja, y por tanto, el que causó **mayor insatisfacción**, para ambos grupos, fue el relacionado con el dolor.
- Para todos los subgrupos la satisfacción fue mayor en el grupo experimental.
- Para la **dimensión “percepción seguridad”** las diferencias significativas a favor del experimental en el análisis por intención de tratar ($p = 0.009$), y sin diferencias significativas en el análisis por protocolo de ($p = 0.05$).

Los resultados de satisfacción materna con el parto, evaluada mediante CEQ-E se muestran a continuación. Se compararon los resultados entre las participantes para los dos tipos de análisis convenidos: ITT y PP. Los datos descriptivos de las respuestas aportadas por las participantes se muestran en la siguiente *tabla g1*.

Tabla g1. Puntuaciones medias por ítems del CFQ-e en el C3

Ítems ^a CEQ-E en C3***	M (DE)	
	Grupo A	Grupo B
ítem 1. El parto fue como esperaba	2.63 (1.05)	2.35 (0.90)
ítem 2. Me sentí fuerte durante el parto	3.00 (0.83)	2.96 (0.96)
ítem 3. Tenía miedo durante el parto	2.50 (1.00)	2.05 (0.91)
ítem 4. Me sentí capaz durante el parto	3.09 (0.88)	3.02 (0.91)
ítem 5. Me sentí cansada durante el parto	2.09 (1.07)	1.82 (0.90)
ítem 6. Me sentí feliz durante el parto	3.14 (0.85)	2.93 (1.02)
ítem 7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto	3.11 (1.04)	2.96 (1.12)
ítem 8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto	2.96 (1.04)	2.56 (1.13)
ítem 9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto	3.11 (1.08)	2.64 (1.19)
ítem 10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	3.34 (1.06)	3.24 (1.02)
ítem 11. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	3.43 (0.91)	2.98 (1.18)
ítem 12. Me pareció que podía elegir entre diferentes	3.24 (0.99)	3.25 (0.98)

Ítems ^a CEQ-E en C3***	M (DE)	
	Grupo A	Grupo B
métodos para calmar el dolor		
ítem 13. La matrona me dedicó la atención necesaria	3.87 (0.44)	3.75 (0.58)
ítem 14. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja	3.80 (0.52)	3.69 (0.60)
ítem 15. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto	3.80 (0.46)	3.75 (0.67)
ítem 16. La matrona entendió mis necesidades	3.69 (0.67)	3.71 (0.71)
ítem 17. Me sentí muy bien atendida por la matrona.	3.84 (0.43)	3.78 (0.59)
ítem 18. Me dio seguridad la competencia de los profesionales	3.83 (0.51)	3.55 (0.74)
ítem 19. Me sentí capaz de manejar bien la situación	3.07 (0.85)	2.98 (0.89)
ítem 20. En general, durante el parto, ¿sentiste dolor?	1.77 (0.90)	1.73 (0.97)
ítem 21 ^b . En general, durante el parto, ¿sentiste que tenías control?	2.83 (0.93)	2.53 (0.99)
ítem 22 ^b . En general, durante el parto, ¿te sentiste segura?	3.24 (0.92)	3.07 (0.92)
Puntuación Total CFQ-e	69.4 (11.0)	65.3 (12.5)

N en la medición C3 (N grupo A= 70. N grupo B = 55)

Abreviaturas: M, media; DE, desviación estándar; CEQ-E, Childbirth Experience Questionnaire

^a Puntúan del 1 (peor puntuación) al 4 (mejor).

^b Se evalúan mediante una escala visual analógica recodificada en valores del 1 al 8, de peor a mejor puntuación: puntuación 1 (si seleccionaba valores 1 o 2), 2 puntos (valores 3-4), 3 puntos (valores 5-6), 4 puntos (valores 7-8).

***cumplimentado tras intervención intranatal, media 5 días postparto; calificación inversa: 3, 5, 8, 9, 20.

6.4.1. Efecto sobre la satisfacción materna (análisis ITT)

Los resultados descriptivos para esta medida se muestran gráficamente en las *ilustraciones 9 a 12*. Para el total de la muestra en el grupo A (N= 70) se obtuvo una media de 69.39 puntos (DE = 11.02) para el CEQ-E total, siendo por subgrupos: 2.7 (DE = 0.65) en “capacidad propia”, 3.80 (DE = 0.43) para “apoyo profesional”, 3.13 (DE = 0.71) en “percepción de seguridad”, y 2.63 (DE = 0.65) en “participación”. En el grupo B se obtuvo una puntuación media total de 65.29 (DE = 12.52), y por subgrupos: 2.54 (DE = 0.66) para “capacidad propia”, 3.73 (DE = 0.55) para “apoyo profesional”, 2.81 (DE = 0.77) en “percepción de seguridad”, y 2.54 (DE = 0.66) en “participación”.

La normalidad de la muestra se comprobó con la prueba de Shapiro-Wilk, obteniendo valores dispares. Para el total, el resultado del estadístico fue de 0.966 ($p = 0.003$), para la “capacidad propia” 0.982 ($p = 0.095$), para el “apoyo profesional” 0.574 ($p < .001$), en percepción de seguridad 0.945 ($p < .001$), y en “participación” 0.982 ($p = 0.095$). Por lo tanto, se comprueba la normalidad de la muestra en la dimensión “capacidad propia” y “participación”, y la conveniencia de utilizar pruebas no

paramétricas en el análisis del “total”, y de dimensiones “apoyo profesional” y “percepción de seguridad”. Los resultados se analizaron mediante los estadísticos correspondientes en ambos supuestos.

En cuanto a la homogeneidad de las varianzas, fue confirmada mediante la prueba de Levene, obteniendo resultados sin significancia estadística para el total de la puntuación, y para sus cuatro dimensiones.

En el análisis ITT, los resultados sobre la efectividad de la intervención en cuanto al valor obtenido en el CEQ-E, tras aplicar la prueba T para muestras independientes, se exponen en la *tabla h1*.

Tabla h1. Comparación de la satisfacción materna entre grupos (análisis ITT)

Dimensión CEQ-E^a	Estadístico	DM	p-valor
CEQ-E Total^a	T-Student	4.09	0.027
	U Mann-Witney	4.00	0.044
CEQ-E Capacidad propia^a	T-Student	0.16	0.085
	U de Mann-Witney	0.13	0.090
CEQ-E Apoyo profesional^a	T-Student	0.06	0.231
	U de Mann-Witney	3.00e-5	0.204
CEQ-E Percepción seguridad^a	T-Student	0.32	0.009
	U de Mann-Witney	0.33	0.009
CEQ-E Participación^a	T-Student	0.16	0.085
	U de Mann-Witney	0.13	0.090

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Abreviaturas: DM, diferencia de medias; CEQ-E, *Childbirth Experience Questionnaire*

^a Resultado obtenido en C3 tras la intervención intranatal, media 5 días postparto

Ilustración 9. Descriptivo CEQ-E “total” (análisis ITT)

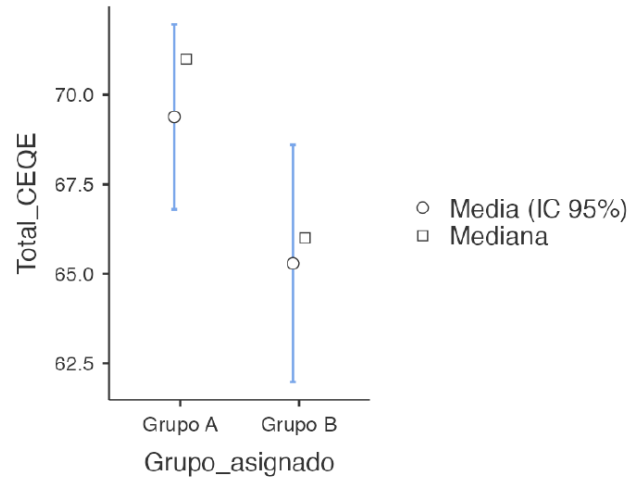


Ilustración 10. Descriptivo CEQ-E “capacidad propia” (análisis ITT)

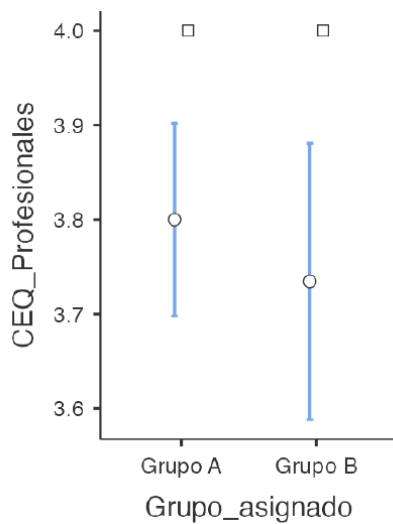


Ilustración 11. Descriptivo CEQ-E “apoyo profesional” (análisis ITT)

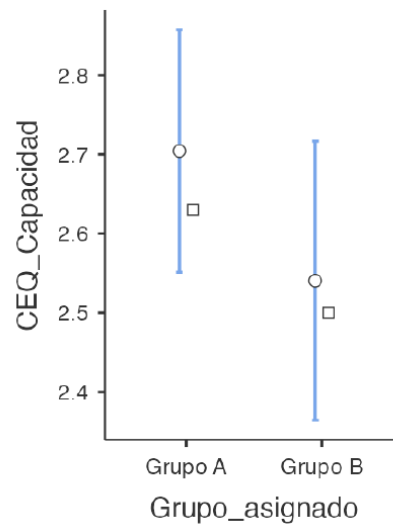


Ilustración 12. Descriptivo CEQ-E “percepción seguridad” (análisis ITT)

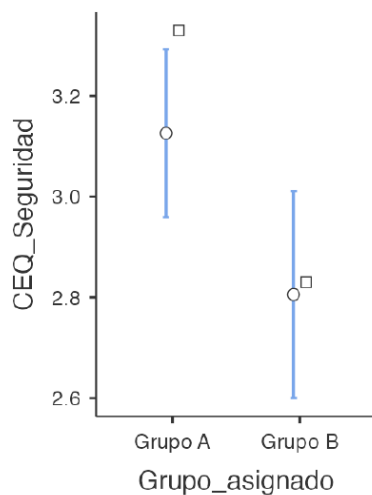
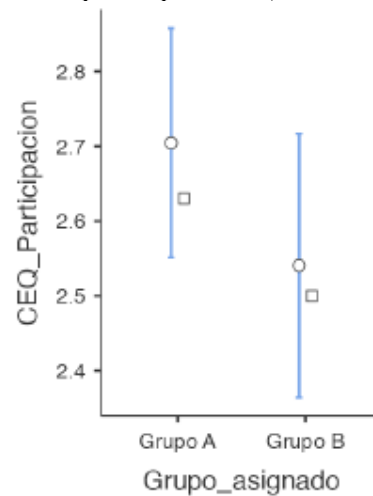


Ilustración 13. Descriptivo CEQ-E “participación” (análisis ITT)



6.4.2. Efecto sobre la satisfacción materna (análisis PP)

La puntuación media del grupo A (N= 61) para el CEQ-E total fue de 70.15 (DE = 10.86), siendo por subgrupos: 2.75 (DE = 0.63) para “capacidad propia”, 3.82 (DE = 0.43) para “apoyo profesional, 3.14 (DE = 0.72) en “percepción de seguridad”, y 2.75 (DE = 0.63) en “participación”. En el grupo B se obtuvo una media en la puntuación total de 65.29 (DE = 12.52) para el total del CEQ-E, y por subgrupos: 2.54 (DE = 0.66) para la “capacidad propia”, 3.73 (DE = 0.55) para el “apoyo profesional, 3.81 (DE = 0.77) en “percepción de seguridad”, y 2.54 (DE = 0.66) en “participación”. En el grupo C para el total se obtuvo una media 64.22 (DE = 11.37), para la “capacidad propia” 2.39 puntos (DE = 0.75), para el “apoyo profesional” 3.69 (DE = 0.47), para la “percepción de seguridad” 3.04 (DE = 0.62), y para la “participación” 2.39 (DE = 0.75).

La normalidad de la muestra se comprobó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, obteniendo, al igual que en análisis ITT, valores de dispare, según el subgrupo. Para el total de puntuación del CEQ-E el resultado del estadístico fue de 0.975 ($p = 0.019$), para la “capacidad propia” 0.988 ($p = 0.362$), para el “apoyo profesional” 0.592 ($p < .001$), en percepción de seguridad 0.946 ($p < .001$), y en “participación” 0.988 ($p = 0.362$). Por lo tanto, se comprueba la normalidad de la muestra para el cálculo total de CEQ-e, para las dimensiones “capacidad propia” y “participación”, y la no normalidad y la conveniencia de utilizar pruebas no paramétricas en el análisis de las dimensiones “apoyo profesional”, y “percepción de seguridad”. Los resultados se analizaron mediante los estadísticos correspondientes en ambos supuestos.

En cuanto a la homogeneidad de las varianzas, esta fue confirmada mediante la prueba de Levene, en la que se obtuvieron resultados sin significancia estadísticas para el total de la puntuación, y para sus cuatro dimensiones.

El análisis PP de los resultados obtenidos sobre la efectividad de la intervención en cuanto a la puntuación del CEQ-E total y por dimensiones, tras aplicar el ANOVA de un factor, se exponen en la tabla i1. El resultado de las pruebas “post-hoc” Games-Howell se muestran en la *tabla i2*.

Tabla i1. Comparación de la satisfacción materna entre grupos (análisis PP)

Dimensión CEQ-E ^a	Estadístico	F	p-valor
CEQ-E Total ^a	T de Welch	2.884	0.077
	Fisher	2.912	0.058
CEQ-E Capacidad propia ^a	T de Welch	1.966	0.164
	Fisher	2.131	0.123
CEQ-E Apoyo profesional ^a	T de Welch	0.554	0.582
	Fisher	0.535	0.587
CEQ-E Percepción seguridad ^a	T de Welch	2.773	0.083
	Fisher	2.933	0.057
CEQ-E Participación ^a	T de Welch	1.966	0.164
	Fisher	2.131	0.123

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

Abreviaturas: CEQ-E, *Childbirth Experience Questionnaire*

^a Resultado obtenido en C3 tras la intervención intranatal, media 5 días postparto

Tabla i2. Comparación “post-hoc” satisfacción materna (análisis PP)

Dimensión CEQ-E ^a	Grupos	DM	p-valor
CEQ-E Total ^a	A – B	4.86	0.072
	A – C	5.93	0.345
	B - C	1.07	0.964
CEQ-E Capacidad propia ^a	A – B	0.21	0.196
	A – C	0.35	0.403
	B - C	0.14	0.847
CEQ-E Apoyo profesional ^a	A – B	0.08	0.654
	A – C	0.12	0.731
	B - C	0.04	0.963
CEQ-E Percepción seguridad ^a	A – B	0.33	0.050
	A – C	0.10	0.895
	B - C	-0.23	0.593
CEQ-E Participación ^a	A – B	0.21	0.196
	A – C	0.35	0.403
	B - C	0.14	0.847

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

Abreviaturas: CEQ-E, *Childbirth Experience Questionnaire*

^a Resultado obtenido en C3 tras la intervención intranatal, media 5 días postparto

6.5. Resultados obstétricos y neonatales del parto

- La asociación estadísticamente significativa para el grupo experimental se obtuvo en el **inicio espontáneo del parto**, 55.7% frente al 32.7%.
- Para el uso de la **analgesia epidural** existe una asociación estadísticamente significativa; el 70% de participantes del grupo experimental hizo uso, frente al 89.1% del control.
- No se pudo confirmar la asociación entre los grupos asignados y **uso de la oxitocina, o el tipo de finalización del parto**.
- El 8.2% del GI tuvo una **cesárea urgente**, frente al 10.9% del control.
- En el análisis por intención de tratar se obtuvo **parto eutócico/cefálico en el** 78.7% del grupo experimental vs 72.7% del control.
- Para el **trauma perineal, desgarró perineal, y episiotomía** no se encontraron resultados significativos en ninguno de los análisis.
- La **duración del parto** fue de media 7.59 horas en las mujeres del grupo experimental y 10.8 horas en el grupo control.
- En los **resultados neonatales** del parto no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los análisis posibles.

El parto en las mujeres participantes se produjo de media en las 39.7 SEG para grupos de estudio, con una DE = 1.19 (Grupo A) y 1.25 (Grupo B). En los siguientes epígrafes se exponen los resultados asociados al parto, según los análisis ITT y PP.

6.5.1. Tipo de inicio del parto

Los resultados para el tipo inicio del parto se exponen en tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla j1*) y análisis PP (*tabla j2*).

Tabla j1. Tabla de contingencia para el inicio del parto (análisis ITT)

Tipo de inicio del parto		Grupo A	Grupo B	Total
Inducción/ estimulación	Observado	31	37	68
	% fila	45.6%	54.4%	100.0%
	%columna	44.3%	67.3%	54.4%
	% total	24.8%	29.6%	54.4%
Observado		39	18	57

Tabla j1. Tabla de contingencia para el inicio del parto (análisis ITT)

Tipo de inicio del parto		Grupo A	Grupo B	Total
Espontaneo	% fila	68.4%	31.6%	100.0%
	%columna	55.7%	32.7%	45.6%
	% total	31.2%	14.4%	45.6%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Para la variable resultado del tipo de inicio de parto, en el análisis ITT, se obtuvo un valor en la prueba de chi-cuadrado de 6.56 ($p = 0.010$) por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y el tipo de inicio del parto; las medidas comparativas exploradas resultaron en una OR = 0.38 (IC95%: 0.15 - 0.80) y un RR = 0.66 (IC95%: 0.48 - 0.91). El análisis PP también mostró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos y el tipo de inicio, con un resultado en la prueba de chi-cuadrado de 11.1 ($p = 0.004$).

Tabla j2. Tabla de contingencia para el inicio del parto (análisis PP)

Tipo de inicio del parto		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Inducción/ estimulación	Observado	30	37	1	68
	% fila	44.1%	54.4%	1.5%	100.0%
	%columna	49.2%	67.3%	11.1%	54.4%
	% total	24.0%	29.6%	0.8%	54.4%
Espontaneo	Observado	31	18	8	57
	% fila	54.4%	31.6%	14.0%	100.0%
	%columna	50.8%	32.7%	88.9%	45.6%
	% total	24.8%	14.4%	6.4%	45.6%
	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

Tabla j2. Tabla de contingencia para el inicio del parto (análisis PP)

Tipo de inicio del parto		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Total	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.2. Uso de analgesia epidural

Para el uso de la AE se muestran igualmente las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (tabla k1) y análisis PP (tabla k2)

Tabla k1. Tabla de contingencia para el uso de epidural (análisis ITT)

Uso de Epidural		Grupo A	Grupo B	Total
No	Observado	21	6	27
	% fila	77.8%	22.2%	100.0%
	%columna	30.0%	10.9%	21.6%
	% total	16.8%	4.8%	21.6%
Si	Observado	49	49	98
	% fila	50.0%	50.0%	100.0%
	%columna	70%	89.1%	78.4%
	% total	39.2%	39.2%	78.4%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Para esta variable en el análisis ITT se obtuvo un valor en la prueba de chi-cuadrado de 6.63 ($p = 0.010$) por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y uso de la epidural; las medidas comparativas exploradas resultaron en una OR de 3.50 (IC95%: 1.30 - 9.42) y un RR (comparando las filas en la tabla de contingencia) de 1.56 (IC95%: 1.17 - 2.06). El análisis PP también

mostró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos y el uso de la epidural, con un resultado en la prueba de chi-cuadrado de 14.8 ($p < .001$).

Tabla k2. Tabla de contingencia para el uso de epidural (Análisis PP)

Uso de epidural		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
No	Observado	15	6	6	27
	% fila	55.6%	22.2%	22.2%	100.0%
	%columna	24.6%	10.9%	66.7%	21.6%
	% total	12.0%	4.8%	4.8%	21.6%
Si	Observado	46	49	3	98
	% fila	46.9%	50.0%	3.1%	100.0%
	%columna	75.4%	89.1%	33.3%	78.4%
	% total	36.8%	39.2%	2.4%	78.4%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.3. Uso de oxitocina

En cuanto al uso de oxitocina durante se muestran las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla l1*) y análisis PP (*tabla l2*).

Tabla l1. Tabla de contingencia para el uso de oxitocina (análisis ITT)

Uso de Oxitocina		Grupo A	Grupo B	Total
No	Observado	31	17	48
	% fila	64.6%	35.4%	100.0%
	%columna	44.3%	30.9%	38.4%
	% total	24.8%	13.6%	38.4%
	Observado	39	38	77
	% fila	50.6%	49.4%	100.0%

Tabla 11. Tabla de contingencia para el uso de oxitocina (análisis ITT)

Uso de Oxitocina		Grupo A	Grupo B	Total
Si	%columna	55.7%	69.1%	61.6%
	% total	31.2%	30.4%	61.6%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Para el uso de oxitocina en el análisis ITT se obtuvo un valor en la prueba de chi-cuadrado de 2.33 ($p = 0.127$), no confirmándose la asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y uso de la oxitocina; las medidas comparativas exploradas resultaron en una OR de 1.78 (IC95%: 0.847 - 3.73) y un RR (comparando filas) de 1.28 (IC95%: 0.941 - 21.73). En el análisis PP sí se encontró una asociación estadísticamente significativa en este sentido con chi-cuadrado de 11.0 ($p = 0.004$).

Tabla 12. Tabla de contingencia para el uso de oxitocina (análisis PP)

Uso de Oxitocina		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
No	Observado	23	17	8	48
	% fila	47.9%	35.4%	16.7%	100.0%
	%columna	37.7%	30.9%	88.9%	38.4%
	% total	18.4%	13.6%	6.4%	38.4%
Si	Observado	38	38	1	77
	% fila	49.4%	49.4%	1.3%	100.0%
	%columna	62.3%	69.1%	11.1%	61.6%
	% total	30.4%	30.4%	0.8%	61.6%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.4. Tipo de finalización del parto

Los resultados para el tipo de finalización del parto se muestran las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla m1*) y análisis PP (*tabla m2*). Para el tipo de finalización del parto en el análisis ITT se obtuvo un valor en la prueba de chi-cuadrado de 3.97 ($p = 0.411$), lo que confirma la no asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y el tipo de finalización del parto. En el análisis PP sí se encontró una asociación significativa entre los grupos asignados y el tipo de finalización del parto, con chi-cuadrado de 17.2 ($p = 0.028$).

Tabla m1. Tabla de contingencia para tipo de parto (análisis ITT)

Finalización del parto		Grupo A	Grupo B	Total
Eutócico Cefálico	Observado	55	40	95
	% fila	57.9%	42.1%	100.0%
	%columna	78.6%	72.7%	76.0%
	% total	44.0%	32.0%	76.0%
Distócico Fórceps	Observado	7	9	16
	% fila	43.8%	56.3%	100.0%
	%columna	10.0%	16.4%	12.8%
	% total	5.6%	7.2%	12.8%
Cesárea urgente	Observado	5	6	11
	% fila	45.5%	54.5%	100.0%
	%columna	7.1%	10.9%	8.8%
	% total	4.0%	4.8%	8.8%
Distócico Podálico	Observado	1	0	1
	% fila	100.0%	0.0%	100.0%
	%columna	1.4%	0.0%	0.8%
	% total	0.8%	0.0%	0.8%
Eutócico Podálico	Observado	2	0	2
	% fila	100.0%	0.0%	100.0%
	%columna	2.9%	0.0%	1.6%
	% total	1.6%	0.0%	1.6%

Tabla m1. Tabla de contingencia para tipo de parto (análisis ITT)

Finalización del parto		Grupo A	Grupo B	Total
Total	Observado	70	55%	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Tabla m2. Tabla de contingencia para el tipo parto (análisis PP)

Finalización del parto		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Eutócico Cefálico	Observado	48	40	7	95
	% fila	50.5%	42.1%	7.4%	100.0%
	%columna	78.7%	72.7%	77.8%	76.0%
	% total	38.4%	32.0%	5.6%	76.0%
Distócico Fórceps	Observado	6	9	1	16
	% fila	37.5%	56.3%	6.3%	100.0%
	%columna	9.8%	16.4%	11.1%	12.8%
	% total	4.8%	7.2%	0.8%	12.8%
Cesárea urgente	Observado	5	6	0	11
	% fila	45.5%	54.5%	0.0%	100.0%
	%columna	8.2%	10.9%	0.0%	8.8%
	% total	4.0%	4.8%	0.0%	8.8%
Distócico Podálico	Observado	0	0	1	1
	% fila	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	%columna	0.0%	0.0%	11.1%	0.8%
	% total	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%
Eutócico Podálico	Observado	2	0	0	2
	% fila	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	%columna	3.3%	0.0%	0.0%	1.6%
	% total	1.6%	0.0%	0.0%	1.6%

Tabla m2. Tabla de contingencia para el tipo parto (análisis PP)

Finalización del parto		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Total	Observado	61	55%	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.5. Existencia de trauma perineal

Los resultados sobre la existencia de trauma perineal se muestran en las tablas de contingencia según el análisis ITT (tabla n1) y análisis PP (tabla n2).

Tabla n1. Tabla de contingencia para el trauma perineal (análisis ITT)

Trauma Perineal		Grupo A	Grupo B	Total
No	Observado	12	10	22
	% fila	54.5%	45.5%	100.0%
	%columna	17.1%	18.2%	17.6%
	% total	9.6%	8.0%	17.6%
Si	Observado	58	45	103
	% fila	56.3%	43.7%	100.0%
	%columna	82.9%	81.8%	82.4%
	% total	46.4%	36.0%	82.4%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Para el trauma perineal en el análisis ITT se obtuvo un valor en la prueba de chi-cuadrado de 0.022 ($p = 0.127$) que confirma la no asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y la existencia de trauma perineal; las medidas comparativas exploradas resultaron en una OR de 0.93 (IC95%: 0.369 - 2.35) y un RR

(comparando las filas en la tabla de contingencia) de 0.96 (IC95%: 0.63 - 1.47). En el análisis PP tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y el trauma perineal, con un chi-cuadrado de 0.282 ($p = 0.868$).

Tabla n2. Tabla de contingencia para el trauma perineal (análisis PP)

Trauma perineal		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
No	Observado	11	10	1	22
	% fila	50.0%	45.5%	4.5%	100.0%
	%columna	18.0%	18.2%	11.1%	17.6%
	% total	8.8%	8.0%	0.8%	17.6%
Si	Observado	50	45	8	103
	% fila	48.5%	43.7%	7.8%	100.0%
	%columna	82.0%	81.8%	89.9%	82.4%
	% total	40.0%	36.0%	6.4%	82.4%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.6. Tipo de desgarro perineal

Los resultados de la clasificación del tipo de desgarro perineal o la existencia de periné íntegro se describen en las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla p1*) y análisis PP (*tabla p2*). En el análisis ITT no se confirmó asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y el tipo de desgarro perineal, con un valor en la prueba de chi-cuadrado de 0.843 ($p = 0.839$), al igual en el análisis PP con un resultado en la prueba de chi-cuadrado de 1.31 ($p = 0.971$).

Tabla p1. Tabla de contingencia para el tipo de desgarro (análisis ITT)

Tipo Desgarro		Grupo A	Grupo B	Total
Periné íntegro	Observado	12	10	22
	% fila	54.5%	45.5%	100.0%
	%columna	17.1%	18.2%	17.6%
	% total	9.6%	8.0%	17.6%
Grado I	Observado	16	16	32
	% fila	50.0%	50.0%	100.0%
	%columna	22.9%	29.1%	25.6%
	% total	12.8%	12.8%	25.6%
Grado II	Observado	41	28	69
	% fila	59.4%	40.6%	100.0%
	%columna	58.6%	50.9%	55.2%
	% total	32.8%	22.4%	55.2%
Grado III	Observado	1	1	2
	% fila	50.0%	50.0%	100.0%
	%columna	1.4%	1.8%	1.6%
	% total	0.8%	0.8%	1.6%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

Tabla p2. Tabla de contingencia para el tipo de desgarro (análisis PP)

Tipo Desgarro		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Periné íntegro	Observado	11	10	1	22
	% fila	50.0%	45.5%	4.5%	100.0%
	%columna	18.0%	18.2%	11.1%	17.6%

Tabla p2. Tabla de contingencia para el tipo de desgarro (análisis PP)

Tipo Desgarro		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
	% total	8.8%	8.0%	0.8%	17.6%
Grado I	Observado	14	16	2	32
	% fila	43.8%	50.0%	6.3%	100.0%
	%columna	23.0%	29.1%	22.2%	25.6%
	% total	11.2%	12.8%	1.6%	25.6%
Grado II	Observado	35	28	6	69
	% fila	50.7%	40.6%	8.7%	100.0%
	%columna	57.4%	50.9%	66.7%	55.2%
	% total	28.0%	22.4%	4.8%	55.2%
Grado III	Observado	1	1	0	2
	% fila	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
	%columna	1.6%	1.8%	0.0%	1.6%
	% total	0.8%	0.8%	0.0%	1.6%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.7. Realización de episiotomía

Los resultados en cuanto a la realización de episiotomía en el parto se muestran en las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla q1*) y análisis PP (*tabla q2*).

Tabla q1. Tabla de contingencia para la episiotomía (análisis ITT)

Episiotomía		Grupo A	Grupo B	Total
No	Observado	51	46	97
	% fila	52.6%	47.4%	100.0%
	%columna	72.9%	83.6%	77.6%

Tabla q1. Tabla de contingencia para la episiotomía (análisis ITT)

Episiotomía		Grupo A	Grupo B	Total
% total		40.8%	36.8%	77.6%
Si	Observado	19	9	28
	% fila	67.9%	32.1%	100.0%
	%columna	27.1%	16.4%	22.4%
	% total	15.2%	7.2%	22.4%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

En la práctica de la episiotomía para el análisis ITT se obtuvo un valor en la prueba de chi-cuadrado de 2.06 ($p = 0.151$) por lo que se confirma la no asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y la realización de episiotomía; las medidas comparativas exploradas resultaron en una OR de 0.52 (IC95%: 0.216-1.28) y un RR (comparando las filas en la tabla de contingencia) de 1.49 (IC95%: 0.564-1.06). Asimismo, no encontró asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y la práctica de episiotomía en el análisis PP, con un resultado en la prueba de chi-cuadrado de 3.84 ($p = 0.147$).

Tabla q2. Tabla de contingencia para la episiotomía (análisis PP)

Episiotomía		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
No	Observado	46	46	5	97
	% fila	47.4%	47.4%	5.2%	100.0%
	%columna	75.4%	83.6%	55.6%	77.6%
	% total	36.8%	36.8%	4.0%	77.6%
Si	Observado	15	9	4	28
	% fila	53.6%	32.1%	14.3%	100.0%
	%columna	24.6%	16.4%	44.4%	22.4%
	% total	12.0%	7.2%	3.2%	22.4%

Tabla q2. Tabla de contingencia para la episiotomía (análisis PP)

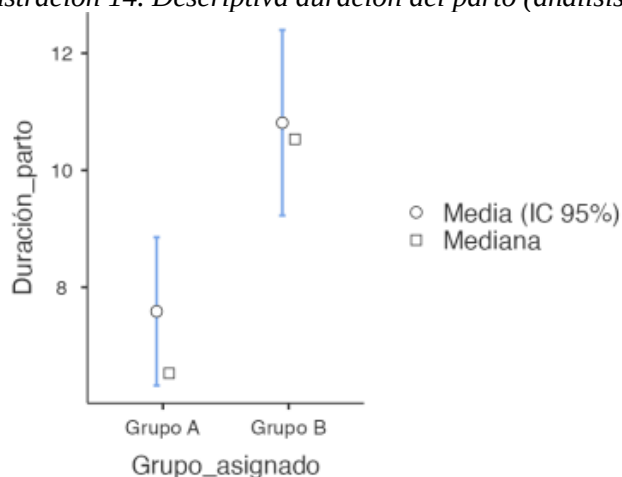
Episiotomía		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	46.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.8. Duración total del parto

Para el análisis ITT de la duración total del parto se comprobó la no normalidad de la muestra mediante la prueba de Shapiro-Wilk con un resultado de 0.963 ($p = 0.002$), y la homogeneidad de varianzas con un resultado en la prueba de Levene de 0.323 ($p = 0.571$). Las medidas descriptivas se ilustran en la *ilustración 14*, para el Grupo A ($N = 70$) se obtuvo una media de 7.59 horas ($DE = 5.41$), y para el Grupo B ($N = 55$) una media de 10.8 horas ($DE = 6.00$). La DM en la prueba U de Mann-Whitney para muestra independientes resultó estadísticamente significativa, con un resultado -3.09 puntos (IC95%: -inf- (-1.46))

Ilustración 14. Descriptiva duración del parto (análisis ITT)



Para el análisis PP de esta variable resultado fue conveniente usar estadísticas no paramétricas puesto la prueba Shapiro-Wilk resultó 0.964 ($p = 0.002$). La homogeneidad de las varianzas fue comprobada por la prueba de Levene que resultó 1.29 ($p = 0.279$). Los resultados descriptivos muestran en el Grupo A ($N = 61$) una media de 8.26 horas de duración ($DE = 5.34$), en el Grupo B ($N = 55$) una media de

10.81h (DE = 6.00), y en el Grupo C de 3.02 horas (DE = 3.37). Tras aplicar el ANOVA de un factor se obtuvieron en las pruebas “post-hoc” una DM estadísticamente significativas en todas las combinaciones de grupo: entre Grupos A-B de -2.55 ($p = 0.039$), Grupos A-C 5.24 ($p = 0.025$), y Grupos B-C 7.79 ($p < .001$).

6.5.9. Alteración del crecimiento fetal

En cuanto a la alteración del crecimiento fetal los resultados por análisis ITT muestran que solo hubo un caso de CIR en el grupo A (1.4% en este grupo), y 4 casos en el grupo B (7.3% en este grupo); la prueba de chi-cuadrado con un valor de 2.74 ($p = 0.098$) no encontró relación estadísticamente significativa entre el grupo asignado y la alteración del crecimiento fetal. Las medidas comparativas resultaron en una OR de 5.41 (IC95%: 0.58 - 49.9) y un RR de 2.87 (0.49 - 16.7). Para el análisis PP no se encontró ningún caso en el grupo C, resultado una prueba chi-cuadrado sin significancia estadística, con un valor de 2.79 ($p = 0.247$).

6.5.10. Puntuación en el test de Apgar y peso del recién nacido

En el análisis ITT para las variables Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos y peso al nacer, se utilizaron pruebas no paramétricas puesto el que test Shapiro Wilk resultó estadísticamente significativo, con 0.624 ($p < .001$), 0.830 ($p < .001$), y 0.977 ($p = 0.028$), respectivamente; se comprobó igualmente que las varianzas eran homogéneas con un resultado de la prueba de Levene para las tres variables sin significancia estadística: 1.44 ($p = 0.232$) para el Apgar al minuto, 2.38 ($p = 0.125$) para el Apgar a los 5 minutos, y 1.94 ($p = 0.166$) para el peso al nacimiento. Los resultados descriptivos y la prueba T para muestras independientes se muestran en la *tabla s1*.

Tabla s1. Descriptivos y prueba T para Apgar y Peso (análisis ITT)

Apgar y Peso (análisis ITT)	Grupo A	Grupo B	U de Mann-Whitney		IC 95%	
	M (DE)	M (DE)	DM	P-valor	Inferior	Superior
Apgar al minuto	8.44 (1.11)	8.31 (1.55)	7.33e-5	0.965	-1.85e-5	2.97e-5
Apgar 5 minutos	9.27 (0.65)	9.16 (0.63)	1.23e-5	0.344	-4.05e-5	1.04e-5
Peso al nacer	3350.86 (437.25)	3224.45 (586.67)	30.0	0.733	-154.88	207.69

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)
Abreviaturas: M = media; DE = Desviación estándar; DM, diferencia de medias

Para el análisis PP en estas variables se obtuvo igualmente un prueba de normalidad con significancia estadística, resultando para la prueba de Shapiro Wilk en el Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos y peso al nacer de 0.637 ($p < .001$), 0.833 ($p < .001$), y 0.973 ($p = 0.012$), respectivamente; se comprobó igualmente que las varianzas eran homogéneas con un resultado de la prueba de Levene para las tres variables sin significancia estadística: 2.24 ($p = 0.111$) para el Apgar al minuto, 1.23 ($p = 0.293$) para el Apgar a los 5 minutos, y 2.08 ($p = 0.129$) para el peso al nacimiento. Los resultados descriptivos y las comparaciones “post-hoc tras aplicar en ANOVA de un factor se muestran en la *tabla s2*.

Tabla s2. Descriptivos y Prueba de Tukey “post-hoc” para Apgar y Peso (análisis PP)

Apgar y Peso (análisis PP)	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Tukey “post-hoc”		
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	Grupos	DM	P Tukey
Apgar al minuto	8.39 (1.17)	8.31 (1.55)	8.78 (0.44)	A-B	0.08	0.937
				A-C	-0.03	0.696
				B-C	-0.46	0.588
Apgar a los 5 minutos	9.28 (0.66)	9.16 (0.63)	9.22 (0.66)	A-B	0.11	0.607
				A-C	0.05	0.968
				B-C	-0.05	0.966
Peso al nacer	3325.98 (451.39)	3324.44 (586.67)	3519.44 (290.11)	A-B	1.53	1.000
				A-C	-193	0.537
				B-C	-195	0.536

N en las mediciones C1, C2 y C3 (Grupo A =61, Grupo B= 55, Grupo C =9)
Abreviaturas: M = media; DE = Desviación estándar; DM, diferencia de medias

6.5.11. Tipo de reanimación neonatal

Los resultados de la clasificación del tipo de reanimación neonatal se describen en las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla t1*) y análisis PP (*tabla t2*). En el análisis ITT no se confirmó asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y el tipo de reanimación neonatal, con un valor en la prueba de chi-cuadrado de 2.75 ($p = 0.433$), al igual en el análisis PP con un resultado en la prueba de chi-cuadrado de 6.70 ($p = 0.349$).

Tabla t1. Tabla de contingencia para el tipo de reanimación (análisis ITT)

Tipo Reanimación		Grupo A	Grupo B	Total
REA 0	Observado	43	32	75
	% fila	57.3%	42.7%	100.0%
	%columna	61.4%	58.2%	60.0%
	% total	34.4%	25.6%	60.0%
REA I	Observado	20	12	32
	% fila	62.5%	37.5%	100.0%
	%columna	18.6%	21.8%	25.6%
	% total	16.0%	9.6%	25.6%
REA II	Observado	2	3	5
	% fila	40.0%	60.0%	100.0%
	%columna	2.9%	5.5%	4.0%
	% total	1.6%	2.4%	4.0%
REA III	Observado	5	8	13
	% fila	38.5%	61.5%	100.0%
	%columna	7.1%	15.4%	10.4%
	% total	4.0%	6.4%	10.4%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Tabla t2. Tabla de contingencia para reanimación (análisis PP)

Tipo Reanimación		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
REA 0	Observado	36	32	7	75
	% fila	48.0%	42.7%	9.3%	100.0%
	%columna	59.0%	58.2%	77.8%	60.0%
	% total	28.8%	25.6%	5.6%	60.0%

Tabla t2. Tabla de contingencia para reanimación (análisis PP)

Tipo Reanimación		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
REA I	Observado	19	12	1	32
	% fila	59.4%	37.5%	3.1%	100.0%
	%columna	31.1%	21.8%	11.1%	25.6%
	% total	15.2%	9.6%	0.8%	25.6%
REA II	Observado	1	3	1	5
	% fila	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
	%columna	1.6%	5.5%	11.1%	4.0%
	% total	0.8%	2.4%	0.8%	4.0%
REA III	Observado	5	8	0	13
	% fila	38.5%	61.5%	0.0%	100.0%
	%columna	8.2%	15.4%	0.0%	10.4%
	% total	4.0%	6.4%	0.0%	10.4%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.5.12. Tipo de lactancia al alta hospitalaria

Los resultados según el tipo de lactancia materna al alta hospitalaria se describen en las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla v1*) y análisis PP (*tabla v2*). En el análisis ITT no se confirmó asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y la lactancia al alta hospitalaria, con un valor en la prueba de chi-cuadrado de 2.31 ($p = 0.315$), al igual en el análisis PP con un resultado en la prueba de chi-cuadrado de 3.08 ($p = 0.545$).

Tabla v1. Tabla de contingencia para el tipo de lactancia (análisis ITT)

Tipo Lactancia		Grupo A	Grupo B	Total
Lactancia Artificial	Observado	9	9	18
	% fila	50.0%	50.0%	100.0%
	%columna	12.9%	16.4%	14.4%
	% total	7.2%	7.2%	14.4%
Lactancia Materna Exclusiva	Observado	45	28	73
	% fila	61.6%	38.4%	100.0%
	%columna	64.3%	50.9%	58.4%
	% total	36.0%	22.4%	58.4%
Lactancia Mixta	Observado	16	18	34
	% fila	47.1%	52.9%	100.0%
	%columna	22.9%	32.7%	27.2%
	% total	12.8%	14.4%	27.2%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Tabla v2. Tabla de contingencia para tipo desgarro (análisis PP)

Tipo Lactancia		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Lactancia Artificial	Observado	7	9	2	18
	% fila	38.9%	50.0%	11.1%	100.0%
	%columna	11.5%	16.4%	22.2%	14.4%
	% total	5.6%	7.2%	1.6%	14.4%
Lactancia Materna Exclusiva	Observado	40	28	5	73
	% fila	54.8%	38.4%	6.8%	100.0%
	%columna	65.6%	50.9%	55.6%	58.4%
	% total	32.0%	22.4%	4.0%	58.4%

Tabla v2. Tabla de contingencia para tipo desgarro (análisis PP)

Tipo Lactancia		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Lactancia Mixta	Observado	14	18	2	34
	% fila	41.2%	52.9%	5.9%	100.0%
	%columna	23.0%	32.7%	22.2%	27.2%
	% total	11.2%	14.4%	1.6%	27.2%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

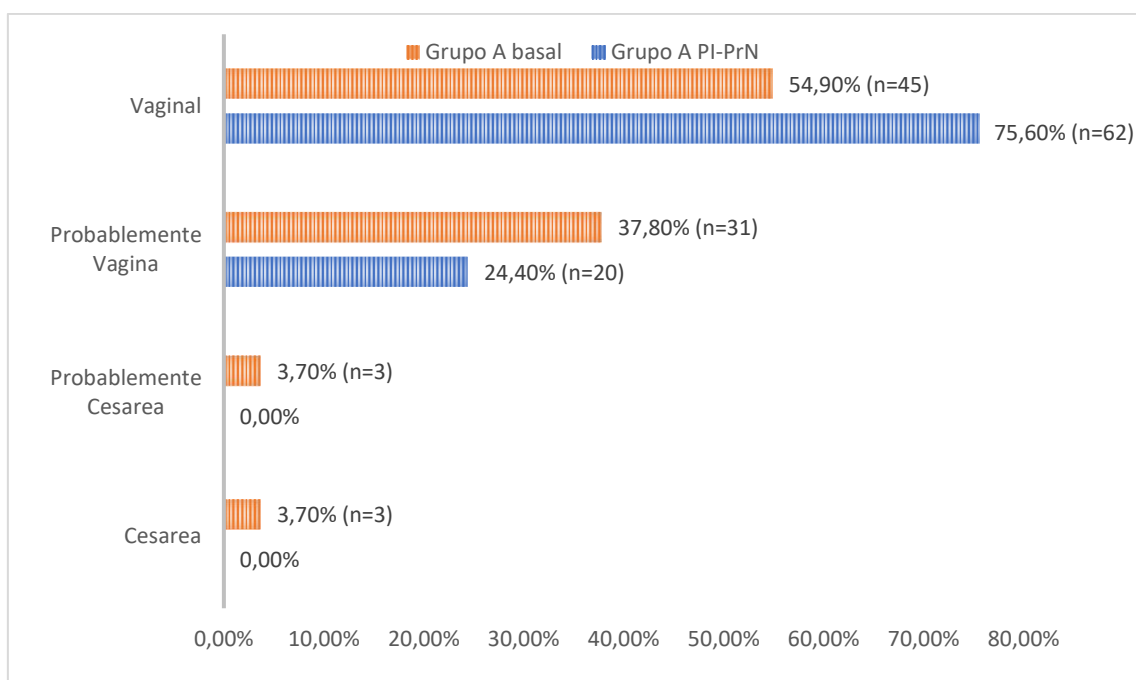
6.6. Resultados de preferencia de lugar y tipo de parto

Puntos clave:

- La **preferencia por el parto vaginal en el grupo experimental** varió de 54.9% a 75.6% tras la intervención de educación prenatal.
- En el **grupo de control** aumento la **preferencia por el parto vaginal**, de 42.3% a 52.6%.
- En cuanto al **lugar de parto preferido** se constató en el grupo experimental más preferencia por el HUMIC, y en el control más preferencia por la clínica privada.

Los resultados descriptivos para las variables preferencias de lugar y de tipo de parto se muestran en forma de diagramas de barras en las *ilustraciones 15 a 18*, como grupos independientes.

Ilustración 15. Preferencias tipo parto basales^a vs prenatales^b Grupo A

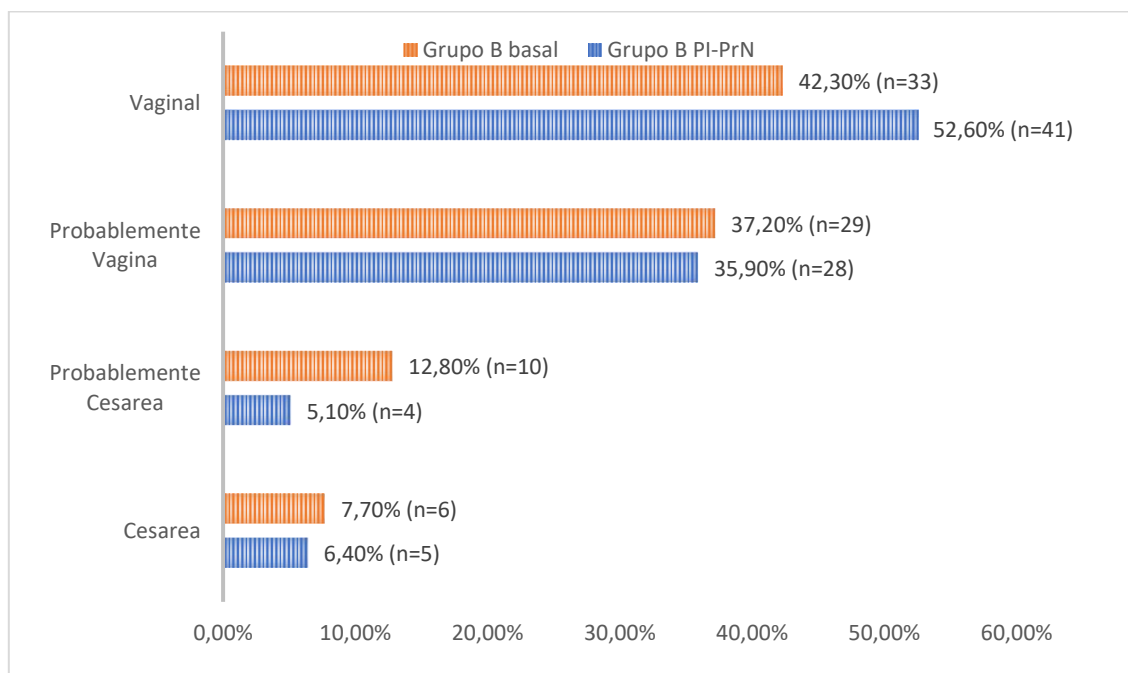


N = 82. PI-PrN = Postintervención prenatal

^a Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C1, media 21.3 SEG

^b Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C2, media 36.1 SEG

Ilustración 16. Preferencias tipo parto basales^a vs prenatales^b Grupo B

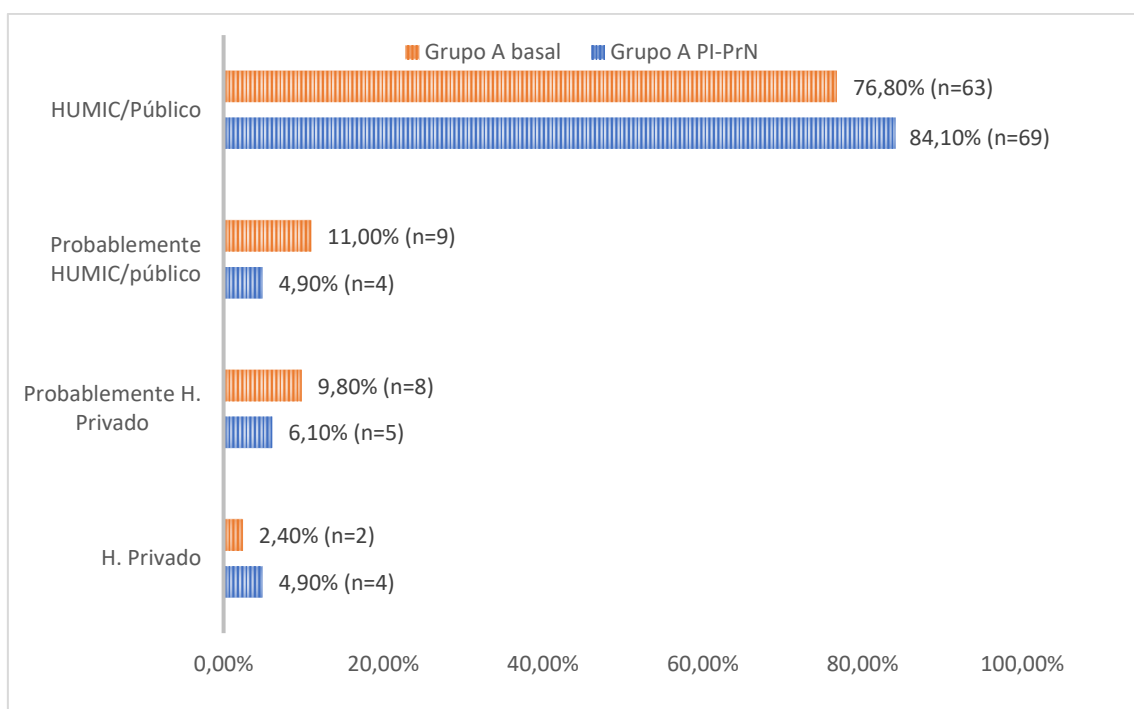


N = 78. PI-PrN = Postintervención prenatal

^a Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C1, media 21.3 SEG

^b Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C2, media 36.1 SEG

Ilustración 17. Preferencias lugar parto basales^a vs prenatales^b Grupo A

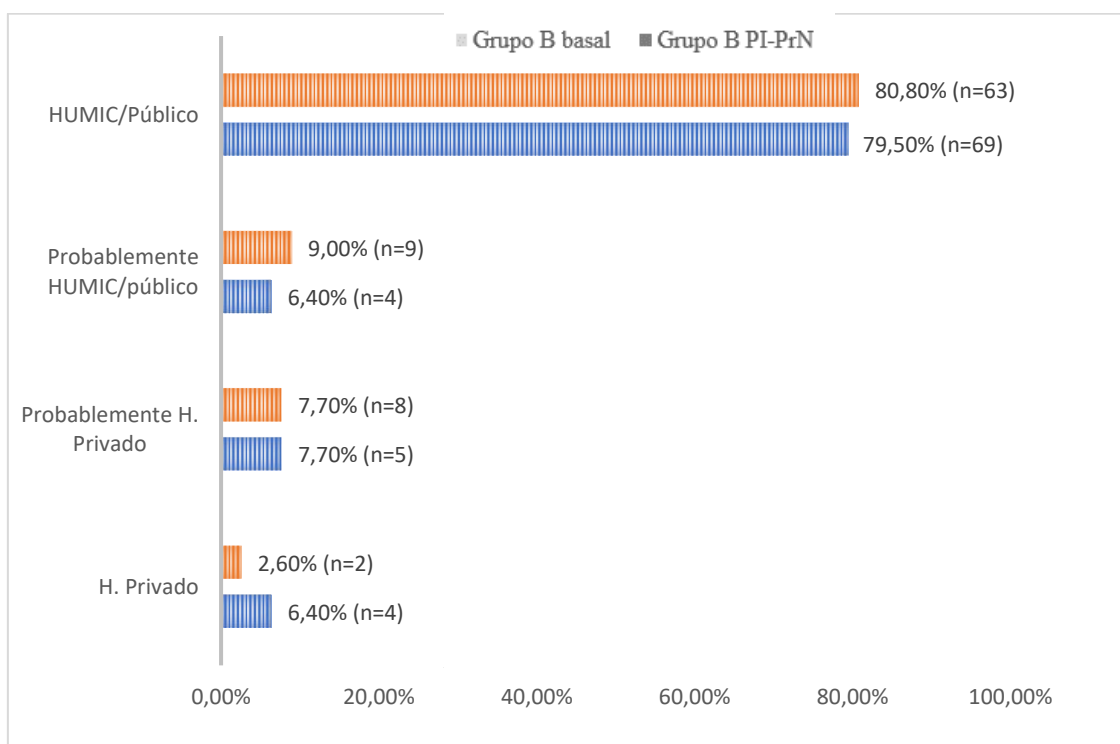


N = 82. PI-PrN = Postintervención prenatal

^a Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C1, media 21.3 SEG

^b Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C2, media 36.1 SEG

Ilustración 18. Preferencias lugar parto basales^a vs prenatales^b Grupo B



N = 78. PI-PrN = Postintervención prenatal

^a Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C1, media 21.3 SEG

^b Datos sobre preferencias del tipo de parto deseado medido en el C2, media 36.1 SEG

6.7. Resultados sobre la percepción de apoyo recibida

Puntos clave:

- **No se confirmó** una asociación estadísticamente significativa, entre los grupos para el **apoyo intraparto de la matrona, o equipo multidisciplinar**.
- La mujer se sintió **apoyada durante todo el tiempo** por la matrona en el 78.6% de las mujeres del grupo experimental, y en el 67.3% del control.
- Una mayor proporción de mujeres se sintió apoyada por la matrona en el grupo intervención 91.4% vs 81.8%.
- Una mayor proporción de mujeres del grupo control informaron de mayor apoyo médico 7.1% vs 18.2%.

Atendiendo a la atención recibida, se muestran los resultados explorados para la percepción el apoyo recibido de la matrona en el momento intraparto, y el apoyo profesional para el FOC recibido durante el embarazo y el parto.

6.7.1. Apoyo recibido por la matrona en el parto

Los resultados sobre apoyo de la matrona en el parto se describen en las tablas de contingencia para el análisis ITT (*tabla x1*) y análisis PP (*tabla x2*). En el análisis ITT no se confirmó asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y el apoyo intraparto de la matrona, con un valor en la prueba de chi-cuadrado de 2.52 ($p = 0.285$), al igual en el análisis PP con un chi-cuadrado de 3.33 ($p = 0.504$).

Tabla x1. Tabla de contingencia para el apoyo matrona (análisis ITT)

Percepción Apoyo		Grupo A	Grupo B	Total
Apoyada todo el tiempo	Observado	55	37	92
	% fila	59.8%	40.2%	100.0%
	%columna	78.6%	67.3%	73.6%
	% total	44.0%	29.6%	73.6%
Apoyada la mayor parte del tiempo	Observado	11	15	26
	% fila	42.3%	57.7%	100.0%
	%columna	15.7%	27.3%	20.8%
	% total	8.8%	12.0%	20.8%

Tabla x1. Tabla de contingencia para el apoyo matrona (análisis ITT)

Percepción Apoyo		Grupo A	Grupo B	Total
No apoyada la mayor parte del tiempo	Observado	4	3	7
	% fila	57.1%	42.9%	100.0%
	%columna	5.7%	5.5%	5.6%
	% total	3.2%	2.4%	5.6%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Tabla x2. Tabla de contingencia apoyo matrona (análisis PP)

Percepción Apoyo		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Apoyada todo el tiempo	Observado	48	37	7	92
	% fila	52.2%	40.2%	7.6%	100.0%
	%columna	78.7%	67.3%	77.8%	73.6%
	% total	38.4%	29.6%	5.6%	73.6%
Apoyada la mayor parte del tiempo	Observado	9	15	2	26
	% fila	34.6%	57.7%	7.7%	100.0%
	%columna	14.8%	27.3%	22.2%	20.8%
	% total	7.2%	12.0%	1.6%	20.8%
No apoyada la mayor parte del tiempo	Observado	4	3	0	7
	% fila	57.1%	42.9%	0.0%	100.0%
	%columna	6.6%	5.5%	0.0%	5.6%
	% total	3.2%	2.4%	0.0%	5.6%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

Tabla x2. Tabla de contingencia apoyo matrona (análisis PP)

Percepción Apoyo	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

6.7.2. Apoyo recibido para el miedo al parto

Los datos relativos al apoyo profesional para abordar su FOC durante el embarazo y parto se muestran en las tablas de contingencia según los grupos definidos en el análisis ITT (*tabla y1*) y análisis PP (*tabla y2*). En el análisis ITT no se confirmó asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y el profesional que ofreció más apoyo para su FOC, con un valor en la prueba de chi-cuadrado de 4.24 ($p = 0.120$), al igual en el análisis PP con un resultado en la prueba de chi-cuadrado de 5.03 ($p = 0.284$).

Tabla y1. Tabla de contingencia para apoyo profesional FOC (análisis ITT)

Apoyo FOC		Grupo A	Grupo B	Total
Médico / tocólogo	Observado	5	10	15
	% fila	33.3%	66.7%	100.0%
	%columna	7.1%	18.2%	12.0%
	% total	4.0%	8.0%	12.0%
Matrona / Enfermera	Observado	64	45	109
	% fila	58.7%	41.3%	100.0%
	%columna	91.4%	81.8%	87.2%
	% total	51.2%	36.0%	87.2%
Auxiliar Enfermería	Observado	1	0	1
	% fila	100.0%	0.0%	100.0%
	%columna	1.4%	0.0%	0.8%
	% total	0.8%	0.0%	0.8%
Total	Observado	70	55	125
	% fila	56.0%	44.0%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	56.0%	44.0%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 70, Grupo B = 55)

Tabla y2. Tabla de contingencia para apoyo profesional FOC (análisis PP)

Apoyo FOC		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Médico / tocólogo	Observado	5	10	0	15
	% fila	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
	%columna	8.2%	18.2%	0.0%	12.0%
	% total	4.0%	8.0%	0.0%	12.0%
Matrona / Enfermera	Observado	55	45	9	109
	% fila	50.5%	41.3%	8.3%	100.0%
	%columna	90.2%	81.8%	100.0%	87.2%
	% total	44.0%	36.0%	7.2%	87.2%
Auxiliar Enfermería	Observado	1	0	0	1
	% fila	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	%columna	1.6%	0.0%	0.0%	0.8%
	% total	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%
Total	Observado	61	55	9	125
	% fila	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%
	%columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	48.8%	44.0%	7.2%	100.0%

N en la medición C3 (Grupo A = 61, Grupo B = 55, Grupo C = 9)

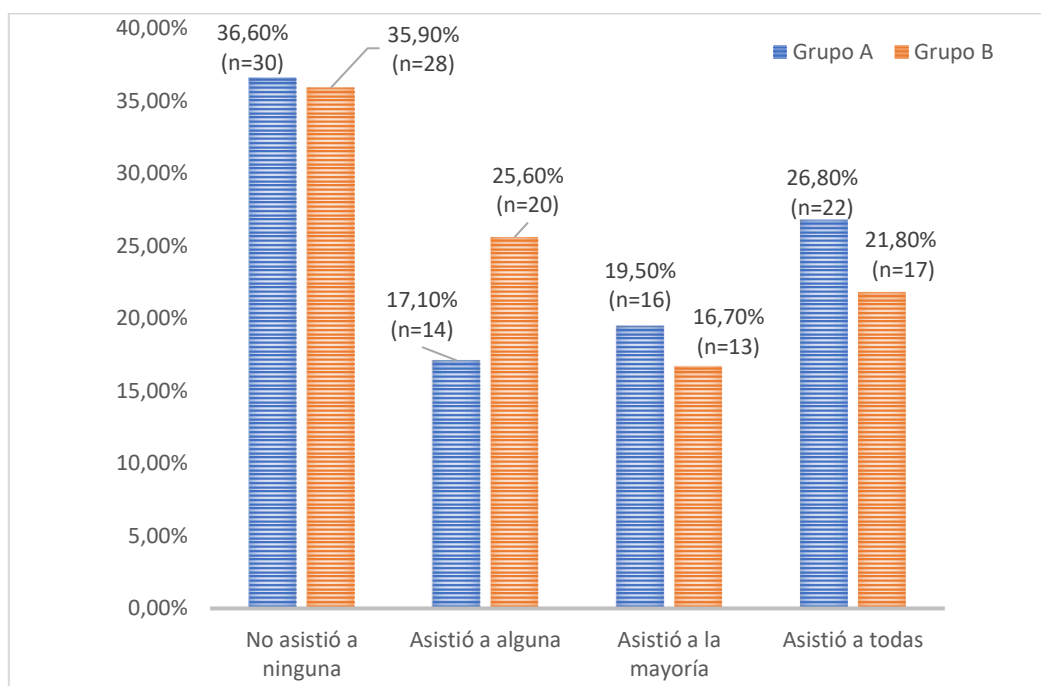
6.8. Adherencia y contenido de la educación habitual

Puntos clave:

- El **24,4%** de las participantes acudido a **todas las sesiones** de educación grupal que la matrona les ofreció en el centro de salud.
- El **36.3%** de las participantes **no acudió a ninguna sesión** de educación prenatal grupal, ya sea porque no se les ofreció o porque no quisieron.
- Más mujeres del grupo experimental acudieron a la educación habitual.
- Los temas **más frecuentes** fueron: plan de parto (43.1%), signos de inicio del parto (42.5%), lactancia (39.4%), y los cuidados del bebé (38.8%).
- Los **aspectos psicológicos** en el embarazo se trataron en menor medida.

Para el total de la muestra que finalizó la fase prenatal (N = 160) se evaluó su asistencia a las clases de EP que ofrece la matrona en el centro de atención primaria. Se obtuvo que el 24.4% (N = 39) acudió a todas las sesiones que le ofrecieron, el 18.1% (N = 29) acudió a la mayoría de las sesiones ofrecidas, el 21.3% (N = 34) solo fue a alguna de ellas, y un 36.3% (N = 58) del total de participantes no acudió a ninguna sesión. El porcentaje de asistencia por grupos de estudio se muestra en la *ilustración 19*.

Ilustración 19. Asistencia a la educación materna por grupos



Las mujeres participantes de ambos grupos del ensayo, que asistieron parcial o totalmente a las clases de EP del centro de salud, refirieron que, de mayor a menor frecuencia, se trató: el plan de parto (43.1%), el inicio del parto (42.5%), la lactancia (39.4%), los cuidados del RN (38.8%), los métodos de alivio del dolor y el puerperio con un 37.5% cada uno y la respiración (35.0%) y posiciones durante el parto (32.5%); temas menos frecuentes fueron el masaje perineal (29.4%), ejercicio físico (26.3%) y alimentación (23.1%) durante el embarazo, la relajación (24.4%) y los pujos en el parto (25.0%), y los autocuidados durante el embarazo (22.5%); el desarrollo fetal (13.6%), y los aspectos psicológicos durante el embarazo (21.9%), parto (20.6%), y puerperio (16.3%) también fueron los temas menos tratados. Algunas mujeres, entre un 1.9% y 0.6%, refirieron que se trató la: violencia obstétrica, parto respetado, parto instrumental, seguridad vial, porteo, pañales reutilizables, y las hormonas en el parto.

6.9. Experiencia en apoyo a mujeres con miedo al parto

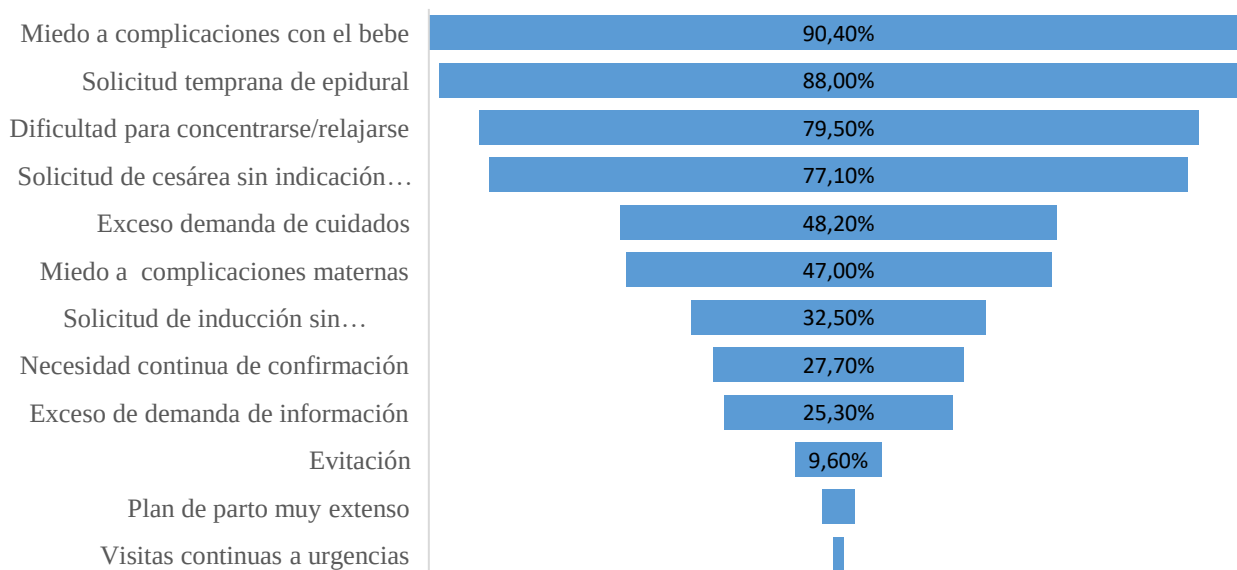
Puntos clave:

- 83 matronas respondieron al cuestionario de valoración; alrededor del 60% de ellas tenía más de 5 años de experiencia profesional.
- El 45% **identifica** más de veinte mujeres al año con miedo al parto, el 36.5% entre 20-11 mujeres, 20.5% entre 6-10 mujeres, y 7.2% 5 o menos.
- El **signo que más frecuentemente** identificaron en relación con el miedo al parto fue el “**daño al bebé**” (90.4%).
- Entre las **consecuencias negativas** del miedo en la práctica clínica se encuentra con mayor frecuencia (92.8%), la **solicitud de epidural**.
- La mujer que padece miedo al parto evoca más frecuentemente “**empatía**” en las matronas (80.7%).

Respondieron el cuestionario propuesto (*anexo VIII*) un total de 83 matronas. En su mayoría, un 53.0% (n = 44) presentaban tenía una edad menor o igual a 34 años, el 32.5% (n = 27) se encontraba entre los 35 - 44 años, un 12.0% (n = 10) entre los 45 - 54 años, y 2 matronas (2.4%) tenían 54 o más años. En cuanto a la experiencia profesional como matronas, el 38.6% (n = 32) tenía menos de 5 años trabajados, el 28.9% (n = 24) entre 6 -10 años, un 13.3 % (n = 11) entre 11-15 años, con mismo porcentaje de matronas con experiencia entre 15-20 años; el 2.4% (n = 2) y el 3.6% (n = 3) eran las matronas más veteranas, con entre 21-24 años, y 25 o más años de experiencia, respectivamente. En general indicaron que acompañan semanalmente una media de 4-6 mujeres en paritorio el 56.6% (n = 47), tres o menos mujeres el 34.9% (n = 29), y seis o más mujeres el 8.4% (n = 7).

Al indagar sobre las mujeres con FOC que acompañan anualmente, casi la mitad de ellas, un 45.8% (n = 38), refirió que detectan en su práctica a 20 o más mujeres con FOC al año, seguidas de un 36.5% que detectan entre 20-11 mujeres, un 20.5% (n = 17) entre 6-10 mujeres, y un 7.2% (n = 6) que detectan cinco o menos mujeres con FOC. En la *ilustración 20* se muestran la frecuencia de matronas que identifican en la práctica los signos, quejas o síntomas descritos y asociados con el FOC.

Ilustración 20. Frecuencia de identificación de signos/síntomas de FOC



Las matronas indicaron que entre las consecuencias negativas que tiene el FOC en la práctica clínica se encuentra con mayor frecuencia (92.8%), la solicitud temprana de epidural, seguido de la incapacidad de relajarse (78.3%), la realización de intervenciones innecesarias y la medicalización del parto (61.4%), la progresión anormal del TP (59.0%), el falso TP (55.4%), y la disociación o revivir anteriores embarazos (45.8%).

Ante la cuestión, *con qué frecuencia preguntas a las mujeres por su FOC*, un 16.9% indicó que “*siempre*” pregunta a las mujeres, un 71.1% que “*a veces*” lo pregunta, y un 12% que “*nunca*” pregunta por el FOC a las mujeres. Esta cuestión enlazó a una pregunta de texto libre sobre las situaciones que le hacen pensar a la matrona que la mujer pueda padecer FOC. Contestaron 51 matronas, con las siguientes transcripciones literales de las respuestas:

- “*Cuando detecto algo que esté relacionado con el miedo o ansiedad hacia el proceso del parto, al igual que cuando detecto desinformación o exceso de información con respecto al proceso de dilatación y expulsivo*”.
- “*Cuando muestran bloqueos emocionales, temen la llegada de la fase de expulsivo o lo manifiestan verbalmente de forma directa las propias gestantes*”.
- “*Cuando la embarazada se muestra muy nerviosa, ansiosa o bloqueada*”.
- “*Cuando no progresan, cuando tienen un nivel de umbral muy bajo, cuando pregunta por todo, cuando siento que lo tienen*”.
- “*Cuando percibo que la mujer tiene dificultad para relajarse, cuando demanda analgesia muy pronto o cuando reviven partos pasados*”.

- *“Cuando observo o la mujer verbaliza algún indicador de miedo al parto, pregunto y profundizo en el tema”.*
- *“En aquellas en las que hay una respuesta por parte de la gestante no acorde a la situación, rechazo a dar a luz, intolerancia desproporcionada al dolor o pérdida de control durante el proceso”.*
- *“Cuando la veo muy nerviosa y respira con dificultad, cuando verbaliza sus deseos de cesárea que no está indicada”.*
- *“Cuando empiezan con verborrea, nerviosismo”.*
- *“En aquellas ocasiones en que las noto nerviosas”.*
- *“Cuando percibo ansiedad por el proceso, situaciones que no evolucionan o demandantes de información constante”.*
- *“Cuando observo estrategias de afrontamiento negativas, cuando lo verbaliza, en situaciones donde no existe una colaboración en el proceso de parto”.*
- *“Cuando entran al paritorio”.*
- *“Cuando creo que lo tienen”.*
- *“Cuando encuentro gestantes con ansiedad o dificultad de asimilar información”.*
- *“Generalmente cuando lo expresan textualmente”.*
- *“Cuando detectó algún indicio”.*
- *“Cuando detecto ansiedad durante el proceso, el resto de las veces consideró el otro un proceso fisiológico y no me planteo el miedo si la mujer no lo percibe como un proceso peligroso”.*
- *“Cuando verbalizan sentimientos de ansiedad o necesidad de analgesia temprana”*
- *“Cuando estar nerviosas y con miedo”.*
- *“En fase de pródromos”.*
- *“Cuando detecto actitudes que me hacen pensar que puede tener miedo al parto”.*
- *“En pródromos mal tolerados, solicitud de analgesia temprana, consulta en urgencia con dinámica uterina escasa”.*
- *“Fases del parto que no fluyen”.*
- *“Cuando veo que el parto no evoluciona, cuando ella verbaliza sentir miedo”.*
- *“Cuando las veo muy nerviosas o demandantes”.*
- *“Pródromos y TP”*
- *“Cuando creo que lo tienen”.*
- *“Cuando lleva muy mal las contracciones y grita desesperadamente, cuando es evidente en su cara y su expresión que está atemorizada”.*
- *“Cuando le cuesta colaborar en recomendaciones que le proporcionó, o va perdiendo el auto control”.*

- *“Cuando manifiesta que tiene miedo”*
- *“Cuando detecto signos de miedo al parto o cuando tienen dudas, depende del caso, hay casos que fluye todo muy bien y no hace falta abordar el tema, pero en otros evidentemente sí”.*
- *“En mujeres con pródromos muy largos o con dilataciones muy lentas”*
- *“Parto activo”.*
- *“Cuando las veo muy inquietas”.*
- *“En inicio de inducción, al realizar pruebas de bienestar fetal, en expulsivos con alta intervención y expectación al entrar muchas personas en el paritorio”.*
- *“En el período de expulsivo”.*
- *“En situaciones en las que la mujer me verbaliza tener dudas del proceso, sentirse incapaz”.*
- *“Cuándo lo expresan. Cuando tienen muchas dudas. Cuando hay pródromos de parto muy largos, o se para la dinámica uterina durante el TP”.*
- *“Dependiendo de su comportamiento y de lo que ella exprese. si se ve con actitud cohibida, muchas preguntas negativas hacia el momento del parto, si solicita una cesárea sin indicación”.*
- *“Cuando están muy nerviosas”.*
- *“Si detecto algún comportamiento sugestivo de ello”.*
- *“Cuando es muy demandante o hay alteración del proceso del parto”.*
- *“Cuando detecto algún tipo de temor o ansiedad”.*
- *“Pródromos largos, partos distócicos anteriores, muerte fetal anteparto”.*
- *“Cuando no progresa el parto”.*
- *“Mujeres sin epidural, con contracciones irregulares y de intensidad media, bien llevadas, que desean analgesia epidural "ya" por si no les da tiempo”.*
- *“Cuando tienen síntomas”.*
- *“Individualizo cada caso. Intento captar que expresa la mujer tanto de forma verbal como no verbal”.*
- *“Cuando detecto ansiedad o preocupación”.*

El 98.79% de las matronas, ante la pregunta ¿Qué haces generalmente cuando notas que una mujer embarazada tiene miedo excesivo al parto?, refieren que: les preguntan además por la razón subyacente y tratan de ofrecer mayor apoyo y acompañamiento para darle más confianza; solo una matrona contestó: no entro en demasiados detalles y digo que muchas mujeres encuentran emocionante el parto y temen el dolor, y que puede recibir alivio del dolor.

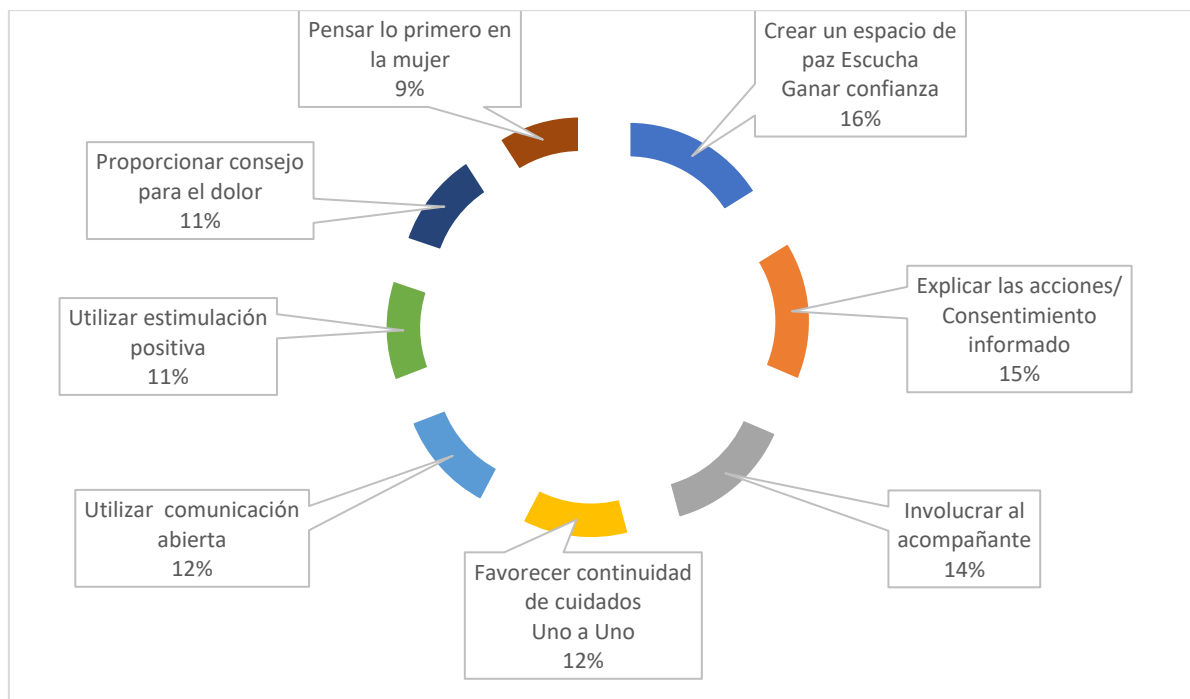
Hay determinadas acciones y/o comportamientos que la matrona realiza conscientemente durante el parto con la intención de reducir el miedo en la mujer en TP y/o reducir la experiencia de parto traumático (*ilustración 21*). En texto libre las matronas detallaron otras acciones como:

- “Utilizo el hipn parto y programación neurolingüística”.
- “Trato de descubrir el porqué de ese miedo y empoderarla frente a él”.
- “Busco la raíz que le atemoriza y hablamos sobre ello”.
- “Utilizo modulación de voz, el contacto, y la mirada para dar seguridad”.
- “Es un reto como profesional hacer se sienta bien y hable sobre sus miedos”.
- “Resolver dudas, dar apoyo”.
- “Preguntas abiertas como ...que te han dicho que vamos a hacer, que sabes, dónde te has informado, como pensabas que era esto. ¿Cómo te sientes?”.
- “Intento no utilizar la palabra miedo, ni dolor. Dejo que se exprese”.
- “Estar más presente y sensible a las necesidades de cada mujer”.
- “Individualizar y personalizar el cuidado según cada nacimiento”.
- “Empoderamiento de la mujer intentando que sea ella la protagonista y corresponsable de las decisiones tomadas y acciones realizadas”.
- “Que esté acompañada, no imponer mis consejos, ella elige tipo analgesia y como quiere parir. Empoderarla”.
- “Minimizar ruidos y silenciar el latido fetal y mantenerme a su lado continuamente”.
- “Generar confianza en sí misma”.

Al indagar sobre los sentimientos que evoca en la matrona una mujer que padece FOC, la amplia mayoría contestaron que les produce “*empatía*” (80.7%), menos frecuente fue el sentimiento de “*compasión*” (41.0%), “*pena*” (31.3%) e “*impotencia*” (20.5%). Pocas matronas señalaron sentimientos de “*frustración*” (14.5%), “*mayor intervención*” (8.4%), “*irritación*” (3.6%), “*enojo*” (1.2%), o “*incomprensión*”, “*dolor*” y “*culpa*” (2.4% cada uno). En este sentido, al preguntarles por sus sentimientos ante una mujer que refiere que vivió su anterior parto como traumático, se encontró que los sentimientos más frecuentes eran la “*empatía*” (68.7%), “*pena*” (53.0%), “*compasión*” (39.8%), “*frustración*” (24.1%) e “*impotencia*” (24,1%); siendo menos frecuentes el “*enojo*” (10.8%), el “*dolor*” (10.8%), la “*irritación*” (7.2%), y la “*culpa*” (2.4%); ninguna matrona identificó el sentimiento de “*incomprensión*” en este caso.

Por último, ante la afirmación “¿Guiar a mujeres con miedo al parto es un desafío interesante” ?, el 77.7% (n = 64) se mostró “totalmente de acuerdo”, el 21.7% (n = 18) se mostró “de acuerdo”, y solo una matrona indicó “ni de acuerdo ni en desacuerdo”.

Ilustración 21. Acciones de las matronas para abordar el FOC



7. DISCUSIÓN

7. Discusión

7.1. Heterogeneidad en las intervenciones y resultados

Puntos clave:

- **Primer ensayo clínico** relacionado con el miedo al parto en mujeres españolas.
- **Comparaciones** interpretadas **con cautela**, debido a diferencias notables de las poblaciones, los sistemas de salud y las prácticas profesionales.
- **Discusión** centrada en estudios que ponen en valor a **las matronas**.
- **Prevalencia de miedo alto al parto**: 24.6%.
- **Educación prenatal**, uno de los **métodos más recomendables** para aliviar el miedo al parto.
- Los elementos implementados **engloban varios de los enfoques** que han mostrado efectividad.

Los resultados de este estudio exploran el efecto de una intervención específica para abordar el FOC durante el embarazo mediante sesiones educativas grupales online, seguidas de apoyo y acompañamiento continuo durante el parto. Según nuestro conocimiento, este es el primer ECA liderado por matronas para reducir el FOC en el que se realiza una intervención integral, tanto prenatal como durante el parto, con un seguimiento del cambio del valor del FOC en tres momentos diferentes. Es, además, el primer ensayo clínico que evalúa una intervención para reducir el FOC en mujeres españolas, ya que este tema ha sido escasamente estudiado en nuestro país [36].

Las intervenciones examinadas para el FOC en mujeres embarazadas presentan gran variabilidad, no sólo en cuanto a las estrategias implementadas para intentar reducirlo, sino también en cuanto a los profesionales encargados de llevarlas a cabo [40,64,124]. Por ello, las comparaciones entre estudios deben interpretarse con cautela, debido a que existen diferencias notables en cuanto a las características de las poblaciones, los sistemas de salud y las prácticas profesionales reportadas. Para la presente discusión se tuvieron en cuenta los estudios de intervención dirigidos por matronas, así como los estudios en los que uno o varios profesionales especializados colaboraron con las matronas, siempre y cuando estas fueran eje fundamental para su

desarrollo; se han tenido menos presentes otros estudios expuestos anteriormente donde la presencia de la matrona fue puntual, incluso si los estudios comparaban intervenciones dirigidas por otros profesionales con la atención habitual por matronas. Más concretamente, esta discusión se ha centrado en los resultados de aquellos que ponen en valor el trabajo de las matronas, compartiendo objetivos comunes con otras matronas [37,254] que ya trabajan en el ámbito del FOC desde hace años, mediante diferentes asesoramiento, promoviendo el parto normal, fortaleciendo la confianza de la mujer en sí misma y en su capacidad para dar a luz, y brindando habilidades para ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas con respecto a su embarazo y parto.

La presente intervención ha querido poner énfasis en las funciones de la matrona como líder en el abordaje del FOC, siendo el eje central en el diseño y desarrollo de las intervenciones, con la presencia de otros profesionales cuando la evolución del embarazo y parto lo requirió. Aunque se ha encontrado que en intervenciones específicas compartidas con otros profesionales, preferentemente un obstetra, disminuyen significativamente el nivel de miedo al dolor y las solicitudes de CE [159], en otros casos se ha evidenciado que las mujeres que recibieron la atención prenatal de los obstetras informaron niveles más altos de FOC, en comparación con las que reciben atención dirigida por matronas [119,126]. Así, en estudios de intervención donde participaron conjuntamente mujeres nulíparas y multíparas con alto FOC [235] se observó una reducción significativa de FOC y menos CE si las intervenciones eran dirigidas solo por matronas, así como una menor tasa de partos traumáticos.

Los resultados explorados muestran variabilidad de las intervenciones asimilables a la nuestra, en término de diseño y objetivos de la investigación; por ejemplo, en algunos grupos de control las mujeres tenían tocofobia y en otros no, existió una variabilidad significativa en la definición de FOC, así como diferencias en las características sociodemográficas, obstétricas o de salud mental, lo que puede variar la interpretación de los resultados comparados. Este ECA incluyó a mujeres primíparas y multíparas, sin atender a sus antecedentes de salud mental, siendo un criterio de inclusión fundamental el que tuvieran miedo alto al parto, establecido en ≥ 77 puntos en el cuestionario WDEQ-A-Sp. La prevalencia de alto FOC en nuestra muestra estuvo por encima de la literatura más reciente; un 24.6% de las mujeres evaluadas obtuvieron una puntuación de categorizada con alto FOC, lo que resulta en una prevalencia mayor a la

mundialmente estimada en los últimos años por *Sanjari et al.* [55], que en 2022 ofreció una actualización sobre la prevalencia global de FOC, situada en el 16%.

Como se ha comentado, entre las características de la muestra incluida no se excluyeron a mujeres por razón de paridad o trastornos de salud mental, pues parece que a menudo estas características están presentes en las mujeres como moderadores del FOC, no considerándose conveniente considerarlas un criterio de exclusión. En relación con las mujeres multíparas, sabiendo que las mujeres con partos complicados son más propensas a desarrollar tocofobia secundaria, omitirlas de la participación es ignorar una proporción de mujeres que necesitan ayuda. Otro área de heterogeneidad son las características del grupo de comparación; establecer la efectividad de la intervención mediante la comparación entre mujeres con y sin tocofobia plantea dificultades en la interpretación de resultados, ya que si atendemos a la naturaleza de la tocofobia, parece razonable argumentar que es poco probable que cualquier intervención resuelva la condición en la medida en que los resultados son tan positivos como lo serían en una muestra sin tocofobia, por lo tanto, el presente ensayo incluyó únicamente a mujeres con niveles altos de FOC.

Para las intervenciones con mayor evidencia en el abordaje del FOC, se sugiere una mayor efectividad de la EP en comparación con la psicoeducación, según la RS y metaanálisis de *Moghaddam et al.* [79]. Estos resultados son acordes a los ofrecidos en la RS más recientemente, llevada a cabo por *Bakhteh et al.* [264] en 2024, sobre el efecto de las intervenciones para aliviar el FOC, que informó sobre intervenciones educativas como uno de los métodos más recomendables por su efecto en la disminución del FOC, obteniéndose un mayor rendimiento si son proporcionados por personal experimentado.

Aunque las intervenciones de psicoeducación han atraído recientemente mucha atención, parece que cambiar las creencias de las madres y sus actitudes, informando a las mujeres embarazadas sobre el parto y las prácticas relacionadas, puede tener influencias sustanciales en sus niveles de miedo, en sus expectativas, y experiencia positiva de parto. En contra de lo expuesto, otro reciente metaanálisis [374] sobre las intervenciones psicológicas administradas por Internet para reducir los síntomas depresivos, de ansiedad y el FOC en mujeres embarazadas, reveló un efecto pequeño en la reducción del FOC; estos resultados se muestran inconsistentes debido a los pocos

ensayos incluidos; encontrándose un efecto más claro en la mejora de los síntomas de depresión y ansiedad prenatales a corto y largo plazo. Es posible que hallazgos más favorables de revisiones sistemáticas anteriores, donde las intervenciones con un componente educativo parecían ser las más prometedoras, se deban a que se habían estudiado más, sin embargo, no está claro si esta es la única explicación, por lo tanto, se necesitan más ECA de alta calidad para examinar la efectividad de los diferentes tipos y componentes de las intervenciones en FOC [64].

Los elementos de intervención implementados por nuestra intervención integral para FOC coinciden con los más comunes descritos por *Souto et al.* [40], incluyendo: plan de parto escrito/verbal; visita a la sala de parto; educación sobre el parto abordando temas como las etapas del parto, posibles intervenciones durante el parto, ventajas y desventajas del parto vaginal y cesárea, opciones para aliviar el dolor, lactancia, maternidad y paternidad; técnicas de relajación y de respiración; promoción de la expresión de emociones y actitudes sobre el parto a través de preguntas de facilitación, escucha activa y retroalimentación; ayuda para procesar experiencias de parto negativas previas; conocimiento de las matronas que posiblemente les acompañarían en el parto y el entorno del mismo; recursos basados en tareas de terapia breve para mejorar el afrontamiento del parto; y acceso permanente con la matrona por mensajería instantánea, si precisaba de apoyo adicional. Las características de la EP implementada, concuerda en parte con lo expuesto en otras intervenciones como la terapia centrada en soluciones ofrecida por *Kaya et al.* [282], con sesiones de videoconferencia individual sobre cómo hacer frente a los temores del parto en mujeres con miedo severo al parto, que apoya la utilidad de combinar técnicas educativas y psicológicas; o la intervención de atención prenatal mejorada experimentada por *Swift et al.* [263], que combina la educación individual y grupal presencial.

Los programas de educación maternal son los mecanismos por los que las mujeres embarazadas adquieren la información y recursos para afrontar el proceso del parto, sin embargo, aunque pueden tener una eficacia limitada en mujeres que sufren FOC, se ha comprobado cómo las mujeres que asisten a clases prenatales tienen niveles más bajos de FOC y una mejor experiencia de parto, muy probablemente debido a la información recibida en estos cursos [167]. A la vista de los resultados obtenidos parece que la combinación de atención convencional presencial, individual y grupal, complementada con un refuerzo educativo específico en línea, promete una deseable

disminución de FOC en este grupo de mujeres. Otras técnicas similares han sido efectivas para aliviar los temores al parto, como la entrega de folletos informativos o la visita al paritorio, que proporciona mayor seguridad a las mujeres [251]. En nuestra EP, la visita “virtual” al paritorio, puede haber tenido un efecto muy similar a la presencial.

La efectividad de las intervenciones implementadas para el FOC en mujeres embarazadas, puede considerarse en función de diferentes resultados; no son solo la tasa de parto vaginal, sino también, el bienestar físico y mental de la mujer durante el embarazo y el periodo perinatal, su experiencia de parto, la satisfacción con la toma de decisiones y el proceso de parto, y el costo para los servicios de salud [235,283], variables que en múltiples aspectos no se han podido estimar adecuadamente debido a la escasez de estudios [375]. Hay que tener en cuenta que gran parte de la investigación se ha centrado en reducir la cesárea a petición materna, en lugar de reducir el miedo y evaluar el resultado general para la mujer (físico, psicológico y emocional). En los siguientes apartados se discuten nuestros resultados en diferentes términos, comparando con otros de similares características, y siempre considerando el constructo del FOC separado de otros diagnósticos como por ejemplo el TEPT o la ansiedad.

7.2. Cambios en el nivel de miedo al parto

Puntos Claves

- La **educación prenatal específica redujo significativamente el miedo** dentro de los grupos y entre los grupos de estudio.
- El **apoyo intraparto** muestra una reducción menos robusta pero más a favor del grupo experimental.
- Los enfoques educativos sobresalen en la reducción del miedo al parto.
- Está **poco investigada la efectividad de la educación prenatal** en mujeres con un nivel elevado de miedo al parto.
- Existe una **falta de seguimiento** en la **evolución de los niveles de miedo** según las intervenciones implementadas.
- **Los contenidos** de las intervenciones deben **combinar aspectos relacionados con los moderadores del miedo**.
- El **acompañamiento** intraparto de las matronas colaboradoras parece ser **tan efectivo** como el de las **no colaboradoras**.

Como objetivo primario de nuestro ensayo se comprobó la efectividad de la intervención en la reducción de los niveles de FOC, independientemente de los antecedentes obstétricos anteriores o actuales (excluyendo los descritos en los criterios de elegibilidad) y personales, características socioculturales, paridad, y tipo de finalización del parto anterior en caso de multíparas. Como ya se ha expuesto, en términos de variación en los niveles de FOC, la intervención de EP redujo significativamente el miedo al comparar a las participantes dentro de un mismo grupo, así como al comparar entre grupos de estudio, siendo mucho más acusada dentro del grupo experimental. Para la de fase de apoyo intraparto los resultados también mostraron una reducción en los mismos términos; parece que las mujeres del GC llegaron al paritorio con mucho más miedo que las mujeres del GI, pero tras el parto, la reducción del miedo fue proporcionalmente mayor dentro del GC; la comparación entre grupos resultó igualmente a favor del grupo experimental, aunque partía de niveles de miedo inferior antes del parto, tras el mismo su reducción no fue tan acusada.

A la hora de evaluar cómo evolucionan los niveles de FOC a lo largo del proceso perinatal se ha de tener en cuenta que el FOC preparto se correlaciona positivamente con FOC posparto ($R = 0.61$; $p = 0.01$), lo que indica que hay un cambio en los niveles de FOC asociados con el proceso de parto, independientemente de la congruencia entre el modo de parto preferido y el real [47,376]. *Fenwick et al.* [76] en un estudio de correlación de FOC medido con las versiones A y B del cuestionario WDEQ, a las 36 SEG y hasta 6 semanas postparto, respectivamente, encontró que la puntuación media para el WDEQ-A fue de 57.81 ($DE = 19.66$), estratificando por niveles de miedo: el 26% bajo miedo, el 47.9% miedo moderado y el 26.2% miedo alto. La puntuación media para el WDEQ-B fue de 52.46 ($DE = 24.13$), con 40% que informaron niveles bajos de miedo, 38% moderado y 22% alto. En general, los niveles de miedo, sin aplicar intervención específica, disminuyeron en el período posparto en un promedio de 5.41 puntos [76].

Participar en intervenciones no farmacológicas puede reducir los niveles de FOC medidos con el WDEQ, pero la reducción puede no ser clínicamente significativa [124]. En contra de esta afirmación, y a la vista de nuestro resultado, parece evidente la efectividad de intervenciones no farmacológicas de enfoque educativo como la experimentada en este ECA; en este sentido, el metaanálisis de *Webb et al.* [64] encontró un tamaño del efecto para este tipo de intervenciones de -1,27 ($z = -4.53$; $p <$

0.0001), lo que indica que las mujeres del grupo de intervención experimentaron mucho menos FOC en comparación con las del grupo de control, además, todos los estudios explorados por la RS menos uno [271], encontraron que la EP fue la intervención más frecuentemente (36%) asociada con una reducción del FOC en las embarazadas [249–251,269,274,275,280].

Aunque varias investigaciones han explorado la efectividad de la EP en la reducción del FOC [40], hasta ahora la mayoría de ellas se han evaluado en las mujeres embarazadas de forma general, donde un alto FOC no es criterio de inclusión necesario, estando por tanto poco investigada la efectividad de la EP en mujeres con un nivel elevado de FOC. Por otra parte, la mayoría de estos ensayos se han centrado en un periodo concreto, generalmente el prenatal [21,37,76,222,240,245,250,251,254,257,263,282], por lo que existe una falta de estudios con seguimiento en la evolución del FOC de las gestantes y puérperas.

Entre los estudios explorados con resultados favorables en el cambio del valor de FOC, y asimilables a nuestra metodología, se combinan generalmente enfoques mixtos educativos/psicoeducativos y de continuidad de cuidados. *Souto et al.* [40] señalaba que las matronas desempeñaban un rol facilitador para la implantación de las diferentes estrategias, siendo el asesoramiento y la psicoeducación las intervenciones más comunes donde se involucran. De forma general, los estudios reportan que estas intervenciones consiguen que las mujeres tomen conciencia y expresen sus miedos, fortaleciendo de esta forma su capacidad para afrontar el proceso del parto [40]. Una RS y metaanálisis sobre ensayos clínicos de intervenciones para reducir el FOC, publicada en 2018 [79] destacó que las intervenciones educativas se asociaron con una reducción, aproximadamente, tres veces mayor en los niveles de FOC. La mayoría de las clases de EP implementadas se centraron principalmente en la enseñanza sobre el embarazo, los procesos del parto, la matronería y las prácticas de enfermería durante el parto, así como familiarizarse con el entorno de parto.

Nuestros resultados se muestran ampliamente favorables para la reducción del FOC, apoyando la implementación de la EP específica como suplemento a la EP protocolizada. Otros estudios, con enfoque de EP o similar, han mostrado igualmente efectividad. Ensayos que aplicaron técnicas psicoeducativas por matronas y cuyos resultados reportaron una disminución estadísticamente significativa del valor del FOC

intra-grupos y/o entre-grupos son los basados en el BELIEF [21,222,245]. *Toohill et al.* [222] obtuvo un cambio medio en la puntuación de FOC para el GI de 19.52 (DE = 18.59), y para el GC de 9.28 (DE = 16.32); los autores indicaron que un cambio en el valor de FOC de 20 puntos era clínicamente significativo, criterio que cumplió el 49% de las mujeres del GI en comparación con el 26% del GC; al comparar entre los grupos también se obtuvo una diferencia significativa en las puntuaciones WDEQ-A posteriores a la intervención. Partiendo del criterio establecido por *Toohill et al.* [222], podemos afirmar igualmente unos resultados clínicamente significativos, con una reducción sobre 35 puntos tras la EP en el GI, y de 10 puntos en el GC.

Con resultados similares, *Firouzan et al.* [245] aplicó igualmente el enfoque BELIEF, y *Soltani et al.* [259] la psicoeducación orientada a la autoeficacia, concluyendo, en ambos casos, con una disminución significativa del FOC en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Para diferenciar entre tres posibles vías de abordaje del FOC, *Kaya y Guler* [282] comprobaron el cambio en el valor del FOC aplicando una psicoeducación centrada en soluciones, un entrenamiento de preparación por videoconferencia para el parto sobre el FOC, o una atención habitual sobre una población de primíparas turcas con miedo severo al parto, obteniendo igualmente resultados favorables en la disminución del FOC para ambas intervenciones educativas, incluso aumentó el miedo en la educación prenatal que no estuvo orientada al abordaje del FOC; concretando sobre este estudio [282] la disminución del FOC fue estadísticamente menor en el grupo de psicoeducación, lo que puede deberse al enfoque centrado en la solución de la intervención de educación alternativa, en lugar de analizar el problema. Menos efectiva se mostró la intervención educativa del estudio de *Veringa et al.* [310] consistente en sesiones individuales impartidas por matronas y diseñadas para abordar el FOC, organizadas, según la práctica en los Países Bajos, en el Modelo Biopsicosocial y el plan de parto de la Organización de matronas; los resultados descritos muestran que, aunque ambos grupos mostraron una disminución sustancial del FOC, las participantes del grupo experimental (atención plena) tenían un 40% menos de probabilidades de reportar puntuaciones altas de FOC ($WDEQ-A \geq 66$) que las participantes de la intervención de educación mejorada por matronas.

Al igual que en nuestro planteamiento, otros estudios ofrecieron intervenciones que suplementan a la atención habitual durante el periodo prenatal para mujeres con FOC. En esta línea, destacar el ECA de *Haapio et al.* [251] que, implementando una

educación ampliada por matronas, complementaria a la educación habitual sobre el parto en mujeres finlandesas, observó como resultado relevante que la vida cotidiana de las mujeres fue menos afectada por el miedo en el GI, además este grupo tenía menos miedos moderados y graves relacionados con el parto que el grupo de control (80 % vs 85 %), especialmente, los temores graves relacionados (3% vs 10%), siendo estos resultados estadísticamente significativos (OR = 0.58; IC 95%: 0.38 – 0.88). Por su parte, *Dai et al.* [267], con programa de simulación de educación para el parto en mujeres con FOC como complemento a la educación habitual, encontró una puntuación media del WDEQ-A posterior en el GI de 60.96 (DE = 14.10), mientras que en el control resultó 70.79 (DE = 14.85), lo que denota un cambio significativo del valor de FOC en el primer grupo de 14.54 puntos (DE = 11.67; $p < 0.001$) y sin disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de FOC para el GC, con una media de -3.23 (DE = 12.04, $p = 0.152$); al comparar entre los grupos, la disminución de las puntuaciones del GI fue igualmente significativa.

En la aplicación de intervenciones basadas en las características de la EP genérica, *Karabulut et al.* [250] evidenció en el GI una disminución en los niveles de puntuación del WDEQ-A de 53.25 a 33.72 puntos ($p < .001$); estando el GC formado por mujeres que no se ofrecieron como voluntarias para realizar la educación prenatal, y que obtuvieron una variación de 44.32 a 41.97 puntos ($p = 0.02$); asimismo la diferencia entre ambos grupos en el periodo postparto se identificó como estadísticamente significativa ($p < 0.005$). Implementando estrategias alternativas junto a la EP genérica, también se obtienen resultados favorables, como es la combinación con la “atención plena” en el estudio de *Byrne et al.* [246], con una variación del FOC, según puntuaciones del WDEQ-A, en el brazo experimental de 61.42 en el pre 38.93 en el post ($p < .001$). Otros resultados similares, como los obtenidos en el estudio cuasiexperimental de *Gökçe İsbir et al.* [249], apuntan a los beneficios del enfoque en EP genérica, encontrando en el GI un cambio significativo del valor de FOC, con una disminución de casi la mitad de la puntuación media en el WDEQ-A, de 66.8 puntos iniciales a 30.4 ($p < .001$). Otro estudio que presentó resultados con variaciones importantes del FOC fue el de *Kızıllırmak y Başer* [269], que tras comparar la aplicación de dos sesiones de EP sobre mujeres turcas con la atención habitual obtuvo una media de puntuación estadísticamente significativa entre el pre y el post

intervención, con valores que pasaron del 61.1 a 42 puntos (medido con WDEQ-A), con aumento de la media de FOC en el GC con la atención habitual.

Resultados menos favorables para la EP en el cambio del valor del FOC se encontraron tras aplicar una intervención de capacitación dirigida por matronas en el ECA de *Masoumi et al.* [271], con una metodología de clases grupales de educación general (nutrición, ejercicio, parto, alivio dolor) sobre mujeres iraníes, la disminución del FOC no fue significativa para el GI ($p = 0.25$), y sí experimentó un aumento significativo en el GC ($p = 0.01$) que recibió la educación prenatal de rutina del entorno de estudio. Así como en el modelo de atención diseñado e implementado mediante el estudio cuasiexperimental por *Swift et al.* [263], que con un enfoque combinado para la atención dirigida por matronas mediante sesiones de discusión orientadas en EP clásica, con un tamaño de efecto pequeño, el cambio en el valor medio del FOC no fue estadísticamente significativo entre los grupos, si bien se pudo deber a la restricción del análisis a mujeres que no asistieron a ninguna clase de EP. Por su parte *Yoruk et al.* [270] también comprobó, sobre una población de mujeres turcas, como con la EP no específica para mujeres con FOC no obtienen resultados tan favorables entre los grupos de estudio, aunque en este caso sí encontraron tales resultados en el análisis intragrupo. Por último, reseñar el estudio de *Geissbühler & Eberhard* [114] donde examinan y discuten las respuestas relativas al miedo relacionado con el parto de más de 8000 mujeres de diferente paridad que dieron a luz en un entorno hospitalario que practica la obstetricia moderna combinada con métodos de parto alternativos, donde determinaron la dificultad para establecer un beneficio claro de las clases de preparación al parto para reducir los temores al parto. Los resultados, más o menos favorables de la EP no específica en el abordaje del FOC deben interpretarse dentro del tipo de metodología aplicada, en su mayoría con diseño cuasiexperimental, con criterios de inclusión no restrictivos para FOC, y entornos de estudio donde la atención habitual sufre de carencias en EP.

Cabe discutir el modo en que se administraron las sesiones de EP. Nuestro estudio implementó el total de las clases grupales en línea, de manera sincrónica, incluyendo cuando la mujer lo precisó, asesoramiento individual fuera del horario de las sesiones a través de mensajería instantánea. Se ha sugerido que la realización de intervenciones en un entorno grupal o individual puede ser un modificador del efecto ($p = 0.001$), aunque debido al pequeño número de estudios en los subgrupos, no se puede

estar seguro acerca de la causa de la diferencia entre subgrupos [124]. *Kaya et al.* [282] con sesiones de videoconferencia individual que combinaron técnicas educativas y psicológicas, o *Swift et al.* [263] con la atención prenatal mejorada, apoyan el beneficio de la combinación de educación individual y grupal presencial. Por su parte, *Khedr et al.* [272], con una EP presencial y grupal mediante videos, comparando con clase tipo conferencia, encontró que independientemente del grupo asignado, la EP redujo el miedo ($p < .001$), pasando del 30% al 11% de mujeres con mucho miedo. Otros estudios [222,253,259] que incluyeron terapias de conversación realizadas por teléfono, encontraron una reducción en el FOC; sin embargo, en dos de ellos [234,252] los cambios del nivel de FOC no fueron significativos. *Navaee y Abedian* [256] plantearon una EP basada en el enfoque de juego de roles con un diseño cuasiexperimental que incluyó un GC de atención habitual (EP tipo conferencia), encontraron un cambio en el valor de FOC para el grupo de atención habitual (GC) significativo ($p = .047$), variando la puntuación media de 39.0 (DE = 7) a 36.3 (DE = 8); para el grupo de juego de roles, la significancia estadística fue aún mayor, con un cambio de 35.6 (DE = 8.5) a 30 (DE = 8.6) puntos. Más recientemente, *Khademioore et al.* [268] encontró beneficios en la disminución del FOC en mujeres con niveles de miedo moderado utilizando la “aplicación mHealth”, basada en el apoyo y la educación continua por matronas, con una disminución significativa del FOC en las mujeres del GI en comparación con el GC, después de ocho semanas de intervención (-20.9; IC 95%: -24.01 – (-17.83); $p < 0.001$) y después del parto (-30.8; IC 95%: -33.8 – (-27.97); $p < 0.001$).

Entendiendo que el enfoque implementado en nuestro estudio adopta ciertas características de “asesoramiento”, se discuten estudios donde las matronas implementan este método. En este grupo de intervenciones para el FOC, señalar los resultados de uno de los máximos representantes, *Ryding et al.* [234] que obtuvo una media tras el asesoramiento para el FOC en el GI de 44.3 (DE = 20.5) frente al GC con una media de 29.7 (DE = 7.4); en este caso la DM fue estadísticamente significativa, con un valor de 14.6 (IC 95: 9.4 - 19.7); hay que tener en cuenta en la interpretación de resultados que el GC estuvo formado por mujeres que no solicitaron asesoramiento por FOC, emparejándose las mujeres a cada grupo por los investigadores según determinadas características obstétricas y del parto. Otro asesoramiento individual por matronas lo ofreció *Andaroon et al.* [253] mediante un ECA, obteniendo diferencias significativas en cuanto al cambio en el valor del FOC medido con el WDEQ-A en tres

momentos, antes de la intervención, durante la misma y después del parto, 62.87 (DE = 12.66), 39.73 (DE = 17.09), y 35.89 (DE = 12.64) respectivamente en el GI; y 63.89 (DE = 14.13), 65.67 (DE = 15.02), y 61.69 (DE = 12.55) en el GC. Otros resultados menos favorables para el cambio en el valor de FOC con este tipo de intervención son los determinados por el estudio no experimental de *Larsson et al.* [252], que tras comparar el FOC entre mujeres que recibieron y no asesoramiento por matronas, observó un aumento del 40.7% frente al 13% que no lo recibieron; tampoco encontraron cambios significativos en el miedo desde la mitad del embarazo hasta un año después del nacimiento ($p = 0.198$), y las mujeres que recibieron la intervención expresaron experiencias de parto más negativas en comparación con el grupo sin asesoramiento 2 meses después del parto (OR = 2.0; IC 95%: 1.2 – 3.3).

El combinar terapias alternativas como las implementadas en nuestro ensayo (“Tareas de Terapia Breve” y ejercicios de respiración), que complementen a la atención habitual o específica por matronas en mujeres con FOC, podría sugerir un aumento de los beneficios del enfoque central de la intervención. Estudios que introdujeron terapias alternativas han mostrado beneficios limitados en este sentido. Las técnicas de relajación y la terapia artística se han asociado con una disminución del FOC [246,261,279,305,313,315,319], sin embargo, todos menos uno de estos estudios tenían un riesgo de sesgo medio o alto. La arteterapia experimentada por *Wahlbeck et al* [257], que, con un robusto diseño de ECA, encontró un alivio del FOC en ambos grupos de estudio, y sin diferencias significativas entre los grupos de mujeres embarazadas cuya FOC disminuyó de severo a cualquier nivel inferior; en un análisis cualitativo posterior [261], las mujeres que recibieron arteterapia describieron haber perdido el miedo durante la misma, experimentándola como una herramienta importante para promover procesos de curación interior en el tratamiento de su FOC; en mujeres multíparas esta intervención permitió abrir sentimientos profundamente ocultos, de un parto traumático u otros traumas relacionados con el FOC, las mujeres expresaron que les permitió conectarse con el miedo y liberarlo. En línea con las intervenciones alternativas, *Alivant et al.* [302] comparó la TCC administrada por un psicólogo clínico con una intervención de haptonomía por una matrona, encontrando que, pese a que ambas intervenciones redujeron significativamente el FOC antes y después del parto en análisis intragrupo, no fue así al comprar los datos entre ambos grupos de estudio; al igual que la comparación intragrupo tras aplicar “juego de roles” [256]. La

intervención de ejercicios que incluyen yoga, Pilates y “body ball” no encontraron impacto en el FOC [248], hecho que si sucedió al incluir únicamente Pilates [320]. Por último, la bioalimentación de la variabilidad de la frecuencia cardíaca también se asoció con un FOC más bajo [314].

Los resultados obtenidos en nuestra fase intraparto resaltan que las mujeres del GC, que mantuvieron niveles de miedo más elevados en la fase prenatal, consiguen disminuir su miedo tras el parto a niveles parecidos a los de las mujeres del grupo de intervención. Se evidencia que el acompañamiento durante el parto realizado por las matronas en los dos grupos fue similarmente efectivo para disminuir el FOC, aunque de manera global el GI obtuvo un menor nivel de FOC tras el parto. Esto es indicativo de la importancia del acompañamiento que realizan las matronas en el paritorio, que incluyen en su práctica habitual el abordaje de los temores y miedos de las mujeres, sin ser previamente identificadas según los niveles de FOC. Estos resultados nos llevan a discutir si es necesario incluir la identificación del FOC en la práctica clínica, si mediante la identificación objetiva de las mujeres que lo sufren, e implementando técnicas de apoyo complementarias, se pudo conseguir alivio del FOC más pronunciado, o es suficiente con la atención habitual. Estudios anteriores que resaltan igualmente la efectividad de una atención intraparto específica en el abordaje del FOC son, la atención intraparto mejorada [323,324], y el ECA de *Kahraman y Gökçe İsbir* [330].

Los resultados de los diferentes estudios sobre el efecto de la continuidad de cuidados (estudios que combinan atención prenatal e intraparto) por matronas en el FOC son contradictorios; además, los estudios que han intentado explorar esta temática adolecen de ciertas debilidades metodológicas. Mientras que *Hildingsson et al.* reporta resultados favorables con el modelo de atención de “matrona de carga de casos” modificado [323], donde tras evaluar el FOC con la Escala de Miedo al Nacimiento, este se redujo de media de 68,60 al inicio a 35,33 dos meses después del parto; el estudio multicéntrico llevado a cabo por *Kjærgaard et al.* [240] no encontró diferencias entre los grupos tras este tipo de enfoque. En este último estudio se comparaba, el FOC de mujeres suecas donde la atención prenatal y la atención del parto es realizada por diferentes matronas, con el FOC mujeres danesas donde toda la atención la realiza la misma matrona durante el embarazo y el parto; encontraron que si bien es alentador para las mujeres en TP encontrar un rostro familiar cuando llegan a la sala de partos, no obtuvieron ninguna diferencia en el FOC entre las mujeres que durante el embarazo

habían conocido a la matrona que asistió al parto y las que no lo hicieron, no pareciendo influir el hecho de conocer a la matrona que iba a realizar la atención de su parto; en cifras, el estudio de *Kjærgaard et al.* [240] tuvo que el 11% de las mujeres obtuvieron una puntuación > 85 en el WDEQ-A y el 10% obtuvo una puntuación > 70 en la evaluación durante el parto; el 60% de las mujeres puntuó un dolor > 7 ; el FOC medido en la semana 37 de gestación se correlacionó positivamente con el miedo al ingreso a la sala de partos en el entorno sueco ($p = 0.05$) y danés ($p = 0.05$); ninguna de las mujeres suecas había conocido previamente a la partera que le acompañó en el parto, y el 50% de las mujeres suecas sí conocía a la matrona antes del parto. Sin embargo, en nuestro ensayo, las mujeres sí conocían a las matronas colaboradoras a través de grabaciones reproducidas, siendo además en su mayoría atendidas por ellas. La percepción de las mujeres con el modelo de atención continuada por matronas fue investigada por *Hildingsson et al.* [325], encontrando que el 29.2% de las mujeres que contaban con una matrona conocida frente al 4.5% que no conocían a la matrona de antemano, afirmaron después del parto que su FOC desapareció. Los resultados de *Cankaya y Can* [328,329], con la atención continuada por matronas certificadas en el apoyo intraparto, obtuvieron un menor FOC ($p < 0,05$) que el GC. Se precisa la realización de estudios más robustos que evalúen si el hecho de que la mujer con alto FOC conozca a la matrona que acompañará durante el parto resulta un aspecto determinante para conseguir una disminución significativa de sus temores.

7.3. Satisfacción con el parto, las intervenciones, y la matrona

Puntos clave:

- El miedo al parto es un constructo muy relacionado con la satisfacción.
- Se identifica la satisfacción con la intervención, el proceso de parto y la experiencia de atención profesional.
- La **experiencia con las intervenciones es positiva**, las mujeres experimentan un aumento de la confianza y el empoderamiento.
- La intervención experimental produjo una **mayor satisfacción** materna, especialmente en la **dimensión “seguridad”**.
- **No se puede dar por sentado** que las intervenciones siempre tengan **efectos positivos** en la experiencia del parto.

Uno de los principales aspectos que promueve la salud perinatal es una buena experiencia del parto, incluidos los sentimientos de control sobre el cuerpo y comunicación con la matrona [221]. Para la correcta interpretación de estos resultados es importante recordar que la satisfacción con el cuidado no es lo mismo que el efecto del tratamiento, y que el FOC es un constructo que está muy relacionado con la satisfacción con el parto [167]. Se diferencia en este apartado de la discusión, tres aspectos que envuelven el constructo de satisfacción materna: la satisfacción con la intervención, con el proceso de parto y la experiencia de atención por los profesionales.

Para la satisfacción con la intervención por matronas, la revisión de *Souto et al.* [40] detectó su uso como medida de efecto en varios estudios [143,239,252,253,262,263], encontrando que, en general, las mujeres se muestran muy satisfechas, aumentando su percepción de seguridad y empoderamiento hacia el parto. En nuestro caso, no evaluamos específicamente la experiencia con la intervención, ni como les ayudó a la toma de decisiones durante su parto, aunque si recibimos durante su desarrollo un “*feedback*” positivo por parte de las participantes en este sentido. Otros autores, como *Swift et al.* [263] contempló esta medida de efecto, evaluó en un estudio que combinaba la atención dirigida por matronas con sesiones de discusión orientadas en una EP clásica, la satisfacción con el cuidado suministrado, encontrando diferencias significativas entre los grupos a favor de la EP, y sin diferencias entre los grupos en términos de autonomía en la toma de decisiones; la mayoría de las mujeres del GI consideró interesante escuchar las preguntas planteadas por otras mujeres y recibir el apoyo de otros miembros del grupo, además del que necesitaba de su matrona en la atención prenatal mejorada; en términos de seguimiento de su salud y la salud de su bebé, la satisfacción fue similar en ambos modelos, así como en la información suficiente sobre el embarazo y el parto. Otro estudio liderado por *Boz et al.* [292] que se centró en explorar las experiencias de las mujeres con el programa de psicoeducación basado en la Teoría del Cuidado Humano, identificó a las mujeres del GI con más esperanza y creencia en la naturalidad del proceso del parto, más empoderadas, y que aprendieron a gestionar el proceso de parto, sintiéndose preparadas para el mismo. En el asesoramiento ofrecido por *Larsson et al.* [233] la mayoría de las mujeres expresaron que contribuyó a mejorar su actitud hacia el parto, lo que viene a denominarse “empoderamiento”; sentimiento que también afloró en las mujeres del GI en el estudio de *Fisher et al.* [279], que describieron un despertar del potencial existente, una

sensación de ser participantes activas e informadas en el proceso del parto, con capacidad para mantener la calma y trabajar en equipo.

La satisfacción materna con el proceso de parto sí fue una de las medidas tenidas en cuenta en la evaluación de los resultados de nuestro ECA, evaluándose mediante el cuestionario CEQ-e. Los resultados obtenidos parecen apoyar la intervención integral para FOC para este aspecto de la satisfacción, con valores más elevados en las cuatro dimensiones (capacidad propia, apoyo profesional, percepción de seguridad y participación) para el GI, siendo en su mayoría no estadísticamente significativos, salvo para la dimensión “seguridad”; esta dimensión también fue explorada por *Kızıllırmak y Başer* [269], que tras comparar dos sesiones prenatales sobre mujeres turcas con la atención habitual, mostró que el 60% de las mujeres del GI se sintió más segura durante la primera etapa del parto, frente al 42.3% del GC. Datos diferentes en este sentido son los obtenidos por *Saisto et al.* [159], con experiencias de nacimiento más negativas en las mujeres del grupo de terapia intensiva, las cuales informaron sentirse menos seguras durante el parto que las mujeres en el GC; puede ser que al tratarse de un ECA las participantes no siempre recibieran la intervención de su elección y que esto socavó su confianza durante el parto. Otro modelo como el de atención continuada por matronas [325] parece que también apoya una mejor satisfacción materna con el parto, con una OR = 4.2 (IC 95%: 1.19 – 14.99), más mujeres que recibieron atención por matrona conocida durante el parto calificaron su experiencia como positiva/muy positiva (83.3%) en comparación con aquellas sin una matrona conocida (52.2%). En nuestra fase de atención intraparto alrededor del 60% de las mujeres recibió la atención por matronas colaboradoras y por tanto conocidas virtualmente en la EP; no se consideró realizar el análisis discriminando este aspecto, por lo que su relación con la satisfacción no se pudo discutir.

Atendiendo a la satisfacción con la matrona, en el caso de nuestro estudio, más mujeres del grupo experimental se sintieron apoyadas por estas profesionales todo el tiempo, 78.6% vs 67.3% en el GC; y sintieron, dentro del GI, que un mayor apoyo para su FOC provino de la matrona 91.4% vs 81.8%; este GC informó más frecuentemente de un apoyo por el equipo médico para su FOC, 18.2% vs 7.1%. Los resultados de otros estudios, como el de factibilidad del ECA de *Hildingsson et al.* [323], muestran también que el 80% de GI estaban en general muy satisfechas, con un 60% de mujeres muy satisfechas con el trato recibido de las matronas. Estos resultados favorables para

la atención por matrona, se ven apoyados con otros estudios donde las mujeres fueron atendidas por una matrona conocida durante el parto; en este caso, el 87.5% de ellas expresó que era muy importante este hecho, en comparación con el 60% de las mujeres que no tuvieron una matrona conocida, además el 95.8% de las primeras frente al 71.7% de las mujeres estaban satisfechas o muy satisfechas con el asesoramiento de matronería; en este mismo enfoque, el estudio piloto [324] corroboró que un tercio de ellas había recibido la atención continuada, estando más satisfechas con el asesoramiento, y en más ocasiones percibieron que su miedo desapareció. Otros estudios informan de la excelente percepción de atención obstétrica por matronas ($p < 0.05$), como es el caso de la intervención de atención continuada intraparto por matronas certificadas del estudio de *Cankaya y Can* [329].

Estudios de índole más cualitativa, como el de *Lyberg y Severinsson* [237,238] analizaron la percepción de las mujeres que recibieron atención de matronería por FOC. Las mujeres describieron que el sentirse tratadas con dignidad por la matrona, durante el embarazo, el parto y después del parto, era una forma de sobrevivir a la sensación de estar atrapada y con miedo a un parto impredecible. Los encuentros con la matrona del equipo hicieron que las mujeres se sintieran respetadas, dignas y muy satisfechas con la atención brindada y con el hecho de que las matronas del equipo siempre estuvieron accesibles por teléfono. Las mujeres consideraron a las matronas del equipo altamente profesionales y relataron que la relación profunda con la matrona aumentó su autoestima y desarrollo personal [238]. El estilo de supervisión de las matronas, creando relaciones de confianza y atención con las mujeres, comprendiendo su situación individual y familiarizándose con sus necesidades y deseos, fue calificado como competente, al asumir la responsabilidad de gestionar el proceso, crear un clima de trabajo propicio y empoderar a las mujeres [237]. En otro asesoramiento, como el llevado a la práctica por las matronas del Grupo Gaia [293], resultó un 93% de mujeres que se sintieron reconocidas, escuchadas y ganaron confianza en la matrona; un 70% de ellas pensaron que las sesiones de Gaia contribuyeron a que el resto del embarazo y el parto fueran una experiencia más positiva de lo esperado; hasta el 80% pensó que las sesiones les dieron más confianza para hacer frente al parto; y el 93% creían que la matrona Gaia era competente para celebrar tales sesiones. Tanto para las mujeres con FOC, como para sus matronas, el modelo de matronería de casos generó relaciones de confianza positivas entre la mujer y la matrona, lo que a su vez aumentó la confianza de

las mujeres, redujo su miedo y contribuyó a sus experiencias generalmente positivas con el nacimiento. En particular, las matronas también se sintieron mejor preparadas para abordar necesidades y proporcionar una atención más holística, siguiendo el modelo, que si hubieran brindado solo atención estándar [232]. Tales hallazgos sugieren que adoptar un modelo de continuidad de la atención de matronería podría ser una opción para apoyar a las mujeres con FOC y permitirles tener una experiencia positiva de parto.

Estudios anteriores [377] concluyeron que la satisfacción global de la mujer tras el parto en el HUMIC es alta, asociando aspectos como el miedo, el cansancio y el parto instrumental, a una menor satisfacción. Al comparar los resultados de un estudio [377] llevado a cabo en 2018 sobre una muestra de 257 puérperas con parto vaginal (eutócico o instrumental) en el mismo entorno de nuestro ensayo, encontramos que el ítem con mejor puntuación coincide con el identificado por nuestra muestra, “La matrona me dedicó la atención necesaria” la media fue en ambos de 3.87 con solo una diferencia de 0.02 puntos en la DE; para el mismo ítem en el grupo de control se obtuvo 3.75 puntos (DE = 0.58). Con estos resultados se entiende que la percepción sobre la atención de matronas durante el parto en nuestro GI es igual a la percepción de las mujeres en general, sin estratificar por FOC; en cambio para el GC se observa una percepción ligeramente disminuida respecto a la media de la población. La pregunta con peor puntuación en el estudio de *González-de la Torre et al.* [377] fue el ítem: “Me sentí cansada durante el parto”, con una puntuación media de 2 (DE=0.99). Para nuestro estudio encontramos resultados similares en el GI, con una puntuación de 2.09 (DE = 1.07), más dispar en el GC con 1.82 puntos (DE=0.90); puede parecer que las mujeres del grupo experimental estuvieron en general menos cansadas que la población media, al contrario que las mujeres del GC que se encontraron más cansadas durante el parto. Los resultados para la segunda pregunta con menor puntuación “Tenía miedo durante el parto”, ofrece una puntuación media de 2.30 puntos (DE=1.03) en la población general, la cual difiere en 0.20 puntos a favor de un menor miedo en nuestro GI, al contrario que en el GC con 0.25 puntos menos de satisfacción en este ítem. Estos datos parecen apoyar la hipótesis de que la intervención mejora la percepción del miedo durante el parto en el GI, más allá de la media de la población general y que, por el contrario, el grupo que no recibe la atención específica para el FOC empeora su puntuación, y por lo tanto sienten más temor durante el parto. Respecto al ítem del CFQ-e con menor puntuación obtenida en nuestro ensayo “En general, durante el parto, ¿sentiste dolor?”

los grupos experimental y de control, obtuvieron 1.77 puntos ($DE=0.90$) y 1.73 puntos ($DE=0.97$), respectivamente, que al compararlos con lo obtenido por *González et al.* [377] con 2.97 ($DE=1.05$), se puede concluir que las mujeres con FOC, independientemente de recibir o no la intervención experimental, experimentaron mayor dolor que la percibida por la población de gestante en general. Otro estudio relacionado que se llevó a cabo en el entorno español fue el de *Rúger-Navarrete et al.* [167], que tras analizar cómo afecta el FOC a la experiencia de parto, encontró que las mujeres que asistían a clases EP tenían niveles más bajos de FOC y, como consecuencia, una mejor experiencia de parto, muy probablemente debido a la información recibida.

Aunque varios tratamientos parecen disminuir el FOC, en ocasiones también pueden tener consecuencias negativas o resultados no significativos en la experiencia materna. Al estudiar la experiencia del parto, los síntomas de TEPT y la satisfacción con la atención, en madres primerizas que habían consultado a matronas especialmente capacitadas debido a FOC durante el embarazo [234], contrariamente a lo esperado, las mujeres en el grupo de intervención informaron una experiencia de parto más aterradora y síntomas más frecuentes de estrés postraumático relacionado con el parto, que las mujeres en el grupo de comparación; en la interpretación de estos resultados hay que tener en cuenta que el grupo de comparación estuvo formado por mujeres que no solicitaron asesoramiento por FOC, lo que justifica en parte este resultado. Otros resultados reportados por *Fenwick et al.* [21], exploran la satisfacción con el parto tras la intervención con el modelo de atención BELIEF, donde no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos; al igual que resultados con la TCC [296], de hecho, un estudio encontró que la TCC se asoció con un aumento en la experiencia negativa del nacimiento [236]. *Waldenström et al.* [53] también encontró que la satisfacción con el parto de los grupos que recibieron “consejería” por el equipo “Aurora” no fue mayor que en los otros dos grupos, determinando que el asesoramiento puede ayudar a las mujeres a tener una experiencia de parto más “aceptable” [53] en el GI, y más negativa en el GC [202]. Otros estudios basados en este último enfoque, informaron que aunque las mujeres estaban satisfechas con el asesoramiento que recibían debido al FOC, el miedo se mantuvo durante un año después del parto, y las mujeres prefirieron CE en el caso de un embarazo posterior [252]. Estos hallazgos enfatizan que las mujeres que buscan ayuda para FOC son un grupo vulnerable y que no se puede dar por sentado que las intervenciones únicamente tengan efectos positivos.

Una vez más, la amplia heterogeneidad en las intervenciones experimentadas, así como la naturaleza compleja del problema, dificultan la extracción de conclusiones sobre los elementos que, incluidos en las intervenciones, condujeron a una mayor satisfacción. Existe evidencia [239] de que formar parte de un grupo con preocupaciones similares fue un factor positivo para las participantes. Se debe llamar la atención de la conveniencia de incluir en futuros estudios de intervención sobre el FOC la medición de la satisfacción de la mujer como variable de medida de la efectividad de las intervenciones, como foco central de la investigación sobre los resultados de las intervenciones para el FOC, no únicamente como un resultado obstétrico [221]. La experiencia del parto en las mujeres puede perdurar hasta un año después del evento [204], por lo que *Waldenström et al.* [53] y *Nilsson et al.* [204] defienden que, desde la perspectiva de la mujer embarazada que teme al parto, su experiencia debe considerarse más importante que el modo de finalización del embarazo.

7.4. Resultados obstétricos y neonatales del parto

Puntos Claves

- **Pocos estudios** han explorado la influencia de las intervenciones para el miedo al parto en el **tipo de inicio** de este.
- La intervención integral muestra una **asociación** estadísticamente significativa entre el **grupo asignado y el tipo de inicio**.
- La **duración del trabajo de parto disminuye** con las intervenciones.
- La **analgesia epidural es el método más utilizado** para aliviar el dolor; su uso fue mayor en las mujeres del grupo de control que las del experimental.
- La evidencia en cuanto a la **variación del uso de la analgesia epidural**, como efecto de las intervenciones para el miedo al parto, es **equivoca**.
- La interpretación los resultados en cuanto al **tipo de finalización** del parto hay que tomarlos con **cautela, debido a factores de confusión**.
- Nuestros resultados parecen más **favorables** que otros para el **tipo de finalización**, con casi una media del 80% de partos vaginales eutócicos.
- En los **resultados neonatales** no se encontró ninguno estadísticamente significativo; otros autores, han encontrado resultados destacables en aspectos relacionados con la vinculación y apego maternofilial.

Puesto que se conocen de antemano los resultados del parto en la población general del entorno de estudio [377], se quiso comparar con los resultados obstétricos de nuestras participantes. Se obtuvo en el estudio de *González-de la Torre et al.* [377], en relación al tipo de inicio del parto, un parto espontáneo en el 56% de las puérperas, similar al 55.7% de nuestro grupo experimental, y más dispar en el de control que lo presentó en un 32.7%; para esta variable obtuvimos una asociación estadísticamente significativa entre el grupo asignado al ECA y el tipo de inicio del parto (OR = 0.38; IC95%: 0.18 - 0.80).

Pocos estudios de intervención para FOC han explorado esta variable. En el modelo de atención continuada por matronas [325], en el inicio del parto, se observó con una OR = 1.35 (IC95: 0.44 – 4.13), que el parto espontáneo fue más frecuente en el grupo de mujeres con matrona conocida (45.8%) en comparación con las mujeres con matrona no conocida (56.5%). En cambio, entre los estudios que llevaron a cabo el modelo de atención BELIEF, *Fenwick et al.* [21] no encontró diferencias significativas entre los grupos en cuanto a inicio del parto mediante inducción.

En la duración del parto nuestros resultados fueron estadísticamente significativos en todos los análisis, con un menor tiempo en las mujeres del grupo experimental. Otros estudios similares exploraron esta variable del parto. Se obtuvieron duraciones de partos más cortas con la aplicación de EP para FOC ($p > .05$) [267], con la atención continuada por matronas ($p < 0.05$) [329], que con el hecho de visitar el paritorio con una matrona antes del TP, en mujeres multíparas con FOC [241], así como la combinación de psicoeducación con visitas al paritorio ($p = 0.047$) [241].

El alivio del dolor puede ser importante para una experiencia positiva del parto, en especial en mujeres que temen el parto [165]. Los métodos farmacológicos para aliviar el dolor se utilizan ampliamente durante el TP [177], siendo la AE el método más utilizado para aliviar el dolor durante el TP en España [378]. En el entorno donde se desarrolló nuestro ECA se han obtenido previamente los datos [379] del uso de AE, con un 59.9% en mujeres que parieron en el HUMIC, además las mujeres se encontraban muy satisfechas con su uso, con una puntuación media de 24.45 sobre 28 en la máxima satisfacción. En nuestro caso, el uso de la AE aumentó hasta 78.4% de las participantes, siendo dentro de los grupos un uso del 70% en las mujeres del GI y del

89.1% del GC, comprobándose además una asociación estadísticamente significativa entre los grupos asignados y uso de AE con una OR de 3.50 (IC95%: 1.30 - 9.42).

El mayor uso de la AE entre las mujeres que reciben intervención por FOC también ha sido constatado en el asesoramiento por matronas del Grupo Gaia [293], con una frecuencia de uso de AE (64%) mayor en que en el total de partos de la población del entorno de estudio. Otros estudios han explorado la variación en el uso de la AE según el tipo de intervención administrada. En la RS realizada por *O'Connell et al* [124] encontraron, a partir de dos ensayos que informaron del uso de AE [222,284], que las intervenciones para FOC pueden aumentar el uso de AE en comparación con la atención habitual (RR = 1,21; IC95 %: 0.98 – 1.48). En este sentido, *Rondung et al.* [31] encontró en su revisión narrativa unos resultados equívocos; hay estudios que muestran un mayor deseo de evitar el dolor en las mujeres con FOC, otros concluyen con una relación positiva entre el FOC y el uso de la AE, y otros, con resultados ambiguos o sin diferencias.

Entre las intervenciones que claramente han demostrado un aumento de la tolerancia al dolor, o un menor uso de AE, se incluyen las que proporcionan un apoyo continuo durante el parto, que da como resultado un mejor alivio del dolor [114,230]; la atención continuada por matronas [329] con menor dolor en la fase activa del parto ($p < 0.05$); tener una matrona conocida en el parto, que se tradujo en una experiencia de dolor más positiva (OR = 1.5; IC95%: 1.09 – 2.13), con un tamaño de efecto de 0.72 [325], así como aplicar psicoeducación [166], que encontró un menor uso de AE en el GI (58.3%) frente al GC 26.7% ($p < .001$).

Otros estudios no han obtenido resultados tan favorables en esta variable; por ejemplo, al combinar la psicoeducación con TCC [241] no se observaron resultados significativos en el uso de analgésicos o la efectividad del alivio del dolor; al igual que con otro enfoque educativo [21], donde tampoco se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a uso de AE; o con la aplicación del programa simulación de educación para el parto [267], donde el uso de AE fue ligeramente diferente entre los dos grupos, pero sin diferencia estadísticamente significativa.

Según la revisión de *Souto et.al* [28], el modo de parto se evalúa en diferentes estudios de intervención por matronas [21,166,231,239,241,242,247,254,257]. Para interpretar adecuadamente los datos, se tendría que distinguir entre la forma en que

comenzó el proceso de entrega y cómo terminó, pues la mujer puede haber entrado en TP espontáneamente, o mediante inducción de este, pero eventualmente puede terminar teniendo un parto eutócico, un parto instrumental o una cesárea; ni en nuestro ECA, ni en los estudios explorados, este factor fue tenido en cuenta en el análisis de los resultados. En el metaanálisis cuantitativo de *Webb et al.* [64] se registró que, en general, las probabilidades de CE fueron menores en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 0.80; $z = -1.85$; $p = 0.065$). Se encontraron dos modificadores significativos en estos resultados: en los países escandinavos las probabilidades de una CE fueron significativamente menores en el grupo de intervención (OR = 0.66; IC95 %: 0.49 – 0.90), mientras que en los países de Oriente Medio las mujeres del grupo de intervención tenían más probabilidades de tener un CE (OR = 1.07; IC95%: 0.76 – 1.52); y el tipo de intervención, donde las mujeres que realizaron terapias de conversación tenían menos probabilidades de CE (OR = 0.48; IC95 %: 0.48 – 0.90), en comparación con las que recibieron EP (OR = 1.01; IC 95 %: 0,78 - 1,31).

Para el tipo de finalización del parto, en la población general del entorno de nuestro estudio [377] el 88.7% de los partos fueron eutócicos-cefálicos, disminuyendo en las mujeres del presente ECA unos diez puntos porcentuales, con 78.6% en el grupo experimental, y más bajo aún en el de control (72.7%). Al comparar los resultados de los dos grupos, resultó para el análisis PP (incluyó a toda la muestra) una asociación significativa entre el grupo asignado y el tipo de parto ($p = 0.028$), sin cumplir estos resultados en el análisis ITT ($p = 0.411$). Los resultados encontrados en nuestra población, para el tipo de parto, parecen más favorables que en otros en estudios similares. *Sydsjö et al.* [166] con su intervención sobre mujeres con FOC obtuvo, para la finalización del parto vaginal normal, un 50.9% de mujeres del GI frente al 74.7% del GC, para el parto instrumental 6.8% vs 10.7%; para la cesárea de emergencia 12.8% vs 10.7% y para la CE 29.5% vs 3.8%, respectivamente. En otro estudio de diseño cuasiexperimental [236], este mismo autor, combinó la terapia basada en psicoeducación con el apoyo intraparto, encontrando que al comprar el GI (mujeres con FOC) con el GC (mujeres sin FOC), existió un mayor porcentaje de mujeres del GC con parto vaginal (62.9% vs 51.7%) e instrumental (18.3% vs 14.4%), y resultados similares para la cesárea emergente (15.5% vs 14.4%). Nuestra intervención también parece desencadenar una mayor tasa de parto vaginal que el asesoramiento por

matronas del Grupo Gaia [293], donde encontraron que el 57,5% de las mujeres atendidas por FOC tuvieron un parto vaginal eutócico.

Hay que tener en cuenta que los estudios expuestos anteriormente incluyen grupos de comparación sin FOC.

Sobre la tasa resultante de cesáreas de emergencia, obtuvimos un 7,1% en el grupo experimental y un 10.9% en el control del ECA; resultados en ambos grupos menores que en otras intervenciones exploradas, como la del modelo de atención continuada por matronas [325], en la que resultó una probabilidad de CE de 1,75 veces más a favor del grupo de matrona conocida (16.7%) frente al de la matrona no conocida (26.1%). Otras intervenciones, como la atención intranatal, evidencian resultados que parecen indicar un aumento en las tasas de cesáreas de emergencia en el GI [241].

Entre los estudios que siguieron el modelo de atención BELIEF, *Fenwick et al.* [21], encontró en las mujeres del GI un 8% menos de probabilidad de tener una cesárea y más probabilidad de parto vaginal en primíparas (65 % vs 55 %); sin diferencias significativas entre los grupos para la cesárea de emergencia. De la misma manera, *Toohill et al.* [283], evidenció una mayor proporción de mujeres del GI con parto vaginal (66%) frente al de control (58%), siendo 2,34 veces más probable que las mujeres del GI tuvieran un parto vaginal ($p = 0.014$). Menos a favor de estos resultados, son los obtenidos en el estudio multicéntrico de *Henriksen et al.* [254], donde concluyeron que, entre los cinco centros de maternidad, las mujeres con FOC que no recibieron asesoramiento tenían más probabilidades de tener un parto vaginal (79.5% vs 58.2%) y menos probabilidades de tener una cesárea planificada (5% vs 22.8%). Otro estudio no experimental llevado a cabo por *Larsson et al.* [252] sobre asesoramiento por matronas, no encontró diferencias significativas en las tasas de parto vaginal, instrumental o de cesárea urgente, entre los grupos de estudio. Tampoco con el uso de terapias alternativas, como la arteterapia como complemento a la atención habitual, donde *Wahlbeck et al* [257] no encontró diferencias que fueran significativas para el modo de parto ($p = 0.06$); ni con la terapia de haptonomía por una matrona del estudio de *Alivant et al.* [302], donde a pesar de que se encontró mayor tendencia al parto vaginal que en los grupos de TCC y de control, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.107$). Al aplicar EP para FOC, como en el estudio de *Dai et al.* [267], sí parece obtenerse una menor tasa de cesáreas en el GI (34.61% vs

46.67%; $p > 0.05$); así como para la aplicación de mHealth de *Khademioore et al.* [268] con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.03$).

Hasta ahora, pocos estudios han explorado la influencia de las intervenciones para FOC en los resultados neonatales. En nuestro ECA, exploramos la alteración del crecimiento fetal, la puntuación del test de Apgar, el peso del RN, el tipo de reanimación neonatal y el tipo de lactancia materna al alta hospitalaria, no obteniendo, en ninguna de las variables, diferencias estadísticamente significativas. Otros autores han explorado otros resultados neonatales tras intervenciones para FOC, sin obtener igualmente diferencias significativas, así es el caso del parto prematuro, la lactancia materna a las 6 semanas, el ingreso neonatal [21] o la puntuación del test de Apgar [267]. En aspectos relacionados con la vinculación maternofilial, sí se ha encontrado que con la atención de apoyo continua durante el parto, evaluada *Kahraman y Gökçe İsbir* [330] se produjo un aumento del apego materno posparto ($p < 0.01$); y con la EP de *Karabulut et al.* [250], la aceptación del rol materno, muestra una diferencia significativa de niveles antes y después de la intervención en el GI, no así para el GC.

7.5. Preferencias de parto

Puntos clave:

- El **miedo al parto** está relacionado con los principales factores que influyen en las **preferencias en torno al nacimiento**.
- **No se establecieron las tasas de cesárea** por solicitud materna, como indicador de efectividad, debido a las características del sistema sanitario donde se desarrolló el estudio.
- **Las intervenciones con componente educativo** son un factor **protector** de las preferencias por **cesárea** electiva, en mujeres con miedo al parto.
- Las terapias de asesoramiento facilitan los deseos de las mujeres de tener una cesárea en lugar de reducir las tasas de cesárea.
- Las mujeres que alivian su miedo al parto tienen **más probabilidades de preferir un parto vaginal** en embarazo posterior.
- Las mujeres que **prefirieron y tuvieron una cesárea, no estaban satisfechas** y tenían más experiencias de parto negativas.
- La cesárea como una opción favorable para las mujeres con miedo, es un **área de debate activo**.

Las preferencias de parto cobran aún más importancia en mujeres con FOC, pues está asociado a los principales factores que las afectan; así, en la revisión de alcance [380] sobre las preferencias de las mujeres en cuanto al modo de parto, donde se incluyen un total de 65 estudios, se encontraron que las seis razones o factores principales que influyen en las preferencias de nacimiento son: percepciones de seguridad, miedo al dolor, experiencia previa de parto, estímulo y disuasión por parte de los profesionales de la salud, influencias sociales y culturales, acceso a la información y niveles educativos.

Por la naturaleza de este estudio, así como por la práctica clínica de su entorno, no se pueden discutir los datos aportados en la relación del parto que finaliza por CE sin indicación médica y el FOC. Pero sí se pueden utilizar los datos explorados en el ECA para comparar cómo influye la intervención para FOC en las preferencias del parto. Encontramos que en el grupo experimental las preferencias de parto por cesárea, antes de la intervención, eran de 3.7% de la muestra, y ninguna mujer lo prefirió tras la intervención de EP; en este sentido, para el GC se partió de un 7.7% y disminuyó al 6.4%. En las mujeres que se mostraban más indecisas, se obtuvo en el GI una disminución en favor de la preferencia por parto vaginal, pasando de 54.9% al 75.60%; en el GC, las mujeres indecisas para el parto vaginal también disminuyeron, pero en menor medida, pasando de un 42.3% a 52.6% de preferencia por el parto vaginal.

El metaanálisis elaborado por *Webb et al.* [64] encontró que las intervenciones con un componente educativo, a pesar de ser las más estudiadas, no eran las más efectivas si las tasas de CE se consideraba cómo el indicador de efectividad. Nuestro ensayo no consigue despejar esta cuestión, pues no permitió identificar a mujeres que optaron por una CE debido a un elevado FOC. Esto puede considerarse una limitación del presente estudio, si bien, debe tenerse en cuenta que, en el entorno de su realización, el sistema sanitario público español, las mujeres no tienen la capacidad de elección respecto a la posibilidad de una CE.

Aspectos relacionados con las preferencias del parto han sido estudiados en intervenciones por matronas para FOC, como expone *Souto et al.* [40] para las preferencias de modo de parto en el embarazo actual [143,245,247,252,256], en embarazos posteriores [21,143,222], así como las solicitudes de parto por CE [143,159,231,247,251]. El efecto variado de las intervenciones de FOC en las tasas de

cesárea no sorprende dados los muchos factores fisiológicos, psicosociales, contextuales, organizacionales y culturales que influyen en si una mujer quiere, necesita o tiene una cesárea [64].

En la revisión realizada por *O'Connell et al* [124] encontraron que intervenciones no farmacológicas probablemente reducen el número de mujeres que se someten a una cesárea (RR = 0.70; IC95 %: 0.55 – 0.89). Se encontró que, para el actual parto, mediante el enfoque BELIEF, menos mujeres en el GI prefirieron una cesárea ($p=0.04$), sin encontrar diferencias entre los grupos, tras el parto, en cuanto a las CE [21]. En el estudio de *Firouzan et al.* [245], con similar metodología de intervención, el 82.85% de las mujeres del grupo experimental declaró que preferían el parto vaginal, frente al 57.57% del GC ($p = 0,02$); así la intervención BELIEF parece eficaz para aumentar el deseo de las mujeres embarazadas de tener un parto vaginal. Otra intervención que se descubre muy efectiva para disminuir la preferencia por la cesárea es la capacitación dirigida por matronas implementada por *Masoumi et al.* [271], la cual produjo una fuerte caída de la solicitud en el grupo experimental del 80% al 9.3% y un ligero aumento en el GC, del 65.3% al 78.7% ($p <.001$). La psicoterapia también ha mostrado resultados satisfactorios en este aspecto, así, en el estudio de *Nerum et al.* [143] donde la terapia fue administrada principalmente por matronas, el 86% de las mujeres del grupo experimental cambiaron su forma de pensar sobre el modo de parto y se prepararon para el parto vaginal, derivando, en el 93% de las mujeres de bajo riesgo obstétrico, un cambio de opinión; por niveles de miedo, el 100% de las mujeres con FOC moderada cambiaron de opinión sobre la realización de la cesárea después de la intervención, lo que sucedió en el 79,3% de las mujeres con FOC grave. Utilizando los datos obtenidos por *Nerum et al.* [143], sus homólogos *Halvorsen et al.* [231] encontraron que, significativamente, más mujeres tratadas por la matrona con una actitud de 'afrontamiento' cambiaron su solicitud inicial de CE, en comparación con las mujeres asesoradas por parte de la matrona con actitud de "autonomía"; en la segunda muestra, cuando ambas matronas adoptaron la actitud de afrontamiento, los porcentajes de mujeres que decidieron planificar el parto vaginal fueron altos y no significativamente diferentes (97% y 93%) [202]. Otro estudio orientado en la educación, encontró que al aplicar la EP mediante vídeos se obtiene mayor reducción que con la clase magistral, así lo expuso *Khedr et al.* [272], donde en el primer grupo,

la preferencia por CE varió de un 50% a un 12.5% y en el segundo grupo de 56.3% al 34.4% ($p = 0.04$).

También se han encontrado resultados menos favorables con las intervenciones para FOC en el sentido del cambio de preferencias de parto, como en el ECA de *Haapio et al.* [251] que tras aplicar una educación ampliada por matronas, complementaria a la educación habitual, no se observó ningún impacto sobre el deseo de tener CE (intervención: 3% vs control: 3.9%). Igualmente, *Saisto et al.* [159] en el grupo de terapia intensiva, donde todas las mujeres se les ofreció una cita con una matrona, el 35% se negaron a aprovechar esta oportunidad y eligieron cesárea, en comparación con el 10% que visitaron individualmente a la matrona ($p = .008$), no encontrando diferencias entre los dos grupos, para el cambio en la elección del tipo de parto; sin embargo, utilizando la terapia de grupo [239] este mismo autor encontró que significativamente más mujeres en el grupo experimental intentaron el parto vaginal; cabe señalar que entre las participantes en el grupo de comparación se incluían mujeres que habían rechazado las sesiones de terapia grupal, las cuales pueden haber tenido una actitud cualitativamente diferente hacia el nacimiento que en el grupo experimental, posiblemente prefiriendo la opción de CE como una forma de manejar sus miedos en lugar de intervenciones para superarlos [202]. Al comparar las preferencias después de la intervención entre mujeres con y sin FOC, como era de esperar, parece que la preferencia por CE no resultó menor en el grupo de intervención (19.4%) en comparación con el grupo de control sin FOC (3.2%), siendo este resultado estadísticamente significativo [236].

Con el enfoque de asesoramiento por matrona implementado por *Halvorsen et al.* [231] sobre mujeres que solicitaron una CE, se obtuvo que el 86% no quiso someterse a la misma, obteniéndose un 70 % de partos vaginales. En el mismo enfoque de terapia, *Larsson et al.* [252] encontró que las mujeres que recibieron la intervención tenían menos probabilidad de planificar una CE, pero informaron de una experiencia de parto más negativa. Por su parte, *Waldenström et al.* [53] encontró en las mujeres que inicialmente tenían una tendencia al parto por cesárea, una menor inclinación hacia la misma tras el tratamiento con asesoramiento por matronas. Se describe que el efecto más importante en el asesoramiento fue el hecho de llevar a cabo los deseos de las mujeres de tener una CE en lugar de reducir las tasas de cesárea. Se debe tener en cuenta que, a pesar de presentar una experiencia de parto más aceptable en

el grupo de mujeres con asesoramiento, la tasa de cesáreas fue más elevada que en el grupo que no recibió asesoramiento por FOC, presentando este una experiencia más negativa del parto [53]. Otros tres estudios que analizaron el impacto de otras terapias de conversación para el FOC sobre la preferencia de nacimiento, encontraron una reducción en el deseo de CE [21,143,231].

Parece que resultan favorables las intervenciones que aseguran la conversión a un parto por cesárea, a petición de la madre como una opción durante el TP si esta lo percibía como demasiado traumático, y si el parto por cesárea era médicamente seguro. También la posibilidad de inducir el parto a petición materna, hizo posible que algunas mujeres pudieran afrontar el parto vaginal [37]. Por otra parte, se ha de tener en cuenta que las mujeres que prefirieron y que, en realidad, dieron a luz por cesárea, experimentaron FOC en un grado mayor en comparación con las mujeres con parto vaginal. A pesar de una solicitud cumplida, las mujeres que tuvieron una cesárea no estaban satisfechas con el proceso de toma de decisiones, estaban menos satisfechas con la atención prenatal y tenían más experiencias de parto negativas; lo que demuestra que una solicitud cumplida sobre el modo de nacimiento no garantiza una experiencia de parto positiva [143].

En las preferencias para los siguientes partos se ha comprobado que las mujeres que alivian su FOC, tienen más probabilidades de preferir un parto vaginal en el caso de un embarazo posterior [221]. La efectividad de las intervenciones en este aspecto se evaluó en el estudio de *Larsson et al.* [252] donde las mujeres que recibieron la intervención preferían en un 7.2% una CE en su próximo parto frente al 36.2% del grupo control.

Chen et al., en el 2018 [173], evaluó mediante una RS la efectividad y seguridad de las intervenciones no clínicas destinadas a reducir los nacimientos por cesárea. Aunque se evaluaron una variedad de intervenciones, para las intervenciones dirigidas disminuir los temores asociados al parto, se encontró que los talleres de capacitación sobre el parto, de relajación, de prevención psicosocial y de psicoeducación, pueden reducir las cesáreas y aumentar el parto vaginal espontáneo, aunque, en todos los casos, la evidencia de certeza fue baja. Las pocas intervenciones con evidencia de certeza moderada o alta estuvieron dirigidas principalmente a profesionales de la salud (implementación de directrices, pautas y retroalimentación y educación médica).

La CE como una opción favorable para las mujeres con FOC, considerando el mayor riesgo de complicaciones asociadas con una cirugía, es un área de debate activo. Cuando la solicitud de CE no es aceptada, las mujeres desarrollan niveles más altos de ansiedad, TEPT y depresión después del parto vaginal que las mujeres que habían planeado un parto vaginal y no solicitaron una CE [85]. Existen resultados que parecen apoyar la hipótesis de sugerir la CE como opción para mujeres con puntuaciones altas de FOC si las intervenciones para reducirlo no han resultado efectivas [85]. Para algunas mujeres, el nacimiento de su bebé sano mediante CE inició un proceso de curación de su FOC, mientras que otras notaron que su miedo disminuyó o se resolvió tras la confirmación de que tendrían una cesárea programada [160]. Las tasas de cesárea continúan suscitando preocupación mundial debido a su constante aumento, falta de consenso sobre la tasa apropiada de cesárea, riesgos adicionales asociados y costos a corto y largo plazo [155]. Múltiples factores están contribuyendo al aumento de la CE en todo el mundo, en una síntesis de evidencia cualitativa [381] que incluyó 52 estudios de 28 países encontraron que, los principales factores subyacentes a las preferencias de las mujeres por la CE tenían que ver con el fuerte miedo al dolor y a las lesiones de la madre y el niño durante el TP, la incertidumbre con respecto al parto vaginal y las opiniones positivas o las ventajas percibidas de la cesárea. La cuestión del derecho a elegir una cesárea sin indicación médica es de suma relevancia. Por un lado, debido a las crecientes tasas de cesáreas en todo el mundo, y por otro, por la fundamental importancia médica del principio de no dañar sino beneficiar al paciente [382].

7.6. Otros resultados asociados

Puntos clave:

- Aspectos como **ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático** se incluyen entre resultados de intervenciones para el miedo al parto.
- Para **la autoeficacia para el parto** los resultados indican que las intervenciones, en mayor o menor medida, aumenta esta capacidad.
- La **adherencia al tratamiento** es un resultado interesante de medir.
- Se han evaluado en algunos casos los **costos asociados a la atención** de mujeres con miedo al parto.

Cabe incluir en esta discusión otros resultados que, aun no siendo examinados en nuestro ECA, son relevantes en el sentido de la efectividad de las intervenciones para FOC.

La RS de *O'Connell et al.* [124] no informó de resultados de las intervenciones en cuanto a la ansiedad, pero encontramos que *Sydsjö et al.* [241] la evaluó en el estudio de psicoeducación con TCC, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en el alto nivel de ansiedad sufrida durante el parto, con el 80% de las mujeres del GI frente al 19.2% del GC ($p = 0.001$); estos resultados son esperables puesto que el GC estaba formado por mujeres sin FOC. Entre los estudios que contemplaron la depresión, la revisión de *Connell et al.* [124] identifica dos ensayos que informaron de poca o ninguna diferencia entre el grupo experimental y la atención habitual, medida con la Escala de depresión posnatal de Edimburgo, en concreto, se trató de estudios de intervención enfocados en BELIEF; así como, el estudio de *Fenwick et al.* [21] que encontró una media más elevada de depresión en el GI, con 6.2 puntos frente a los 5.5 puntos del grupo de control ($p = 0.3$); y *Toohill et al.* [222] que para los síntomas depresivos encontró una DM de 5.6 ($p = 0.09$) entre los grupos. Aplicando la EP, como en el estudio cuasiexperimental de *Gökçe İsbir et al.* [249], se encontró igualmente resultados favorables en el GI para la disminución de los síntomas de TEPT, significativamente inferiores al GC en el periodo postparto ($p < .001$).

Otra variable que ha causado interés en evaluarse, es la autoeficacia para el parto; en general, los resultados indican que las intervenciones para FOC, en mayor o menor medida, aumentan esta capacidad en las mujeres; ninguno de los estudios revisados expone resultados desfavorables. La autoeficacia en el parto se midió en varios estudios de intervención por matronas [40]. Para la psicoeducación de *Toohill et al.* [222] se encontró una DM, para la autoeficacia en el parto entre los grupos, de 41.40 ($p = 0.002$). *Firouzan et al.* [245], mediante el inventario de autoeficacia, a su vez, encontró que una intervención orientada en BELIEF, produjo una DM de 57.23 ($p = 0.001$) a favor del GI. Aplicando la metodología de psicoeducación, *Soltani et al.* [259] encontró el consecuente aumento de la autoeficacia hacia el parto, mayor en el grupo experimental ($p < .001$). También *Kaya y Guler* [282] en la postintervención con psicoeducación y EP, encontraron que la autoeficacia aumentó de manera similar en ambos grupos, disminuyendo en las mujeres del GC. Por su parte *Byrne et al.* [246] en el brazo de mujeres nulíparas a estudio, observó un aumento significativo de la

autoeficacia en el parto al aplicar EP con atención plena; además las mujeres se sintieron empoderadas e informaron de sentimientos de despertar el potencial existente, ser participantes activas e informadas en el proceso del parto, con capacidad para mantener la calma y trabajar en equipo [279]. Otros resultados a favor del aumento de la autoeficacia con la EP se muestran en el estudio cuasiexperimental de *Gökçe İsbir et al.* [249], con un cambio estadísticamente significativo, en este caso, hay que tener en cuenta que la población de estudio no fue estratificada por FOC; con la EP específica para FOC el estudio de *Dai et al.* [267] obtuvo unas puntuaciones de autoeficacia aumentadas en el tiempo 12.92 y 1.63 puntos en cada grupo, con un aumento estadísticamente significativo para GI. Por último, con resultados igualmente favorables con las intervenciones para FOC en el aumento de la autoeficacia, el estudio de *Khademioore et al.* [268], que utilizó la aplicación de mHealth, obtuvo después de ocho semanas, una puntuación media de autoeficacia en el GI significativamente mayor que en el GC ($p < 0.001$).

En cuanto a la adherencia a la intervención, de las 117 mujeres aleatorizadas del grupo experimental se tuvieron un 29% de pérdidas por diferentes motivos (deseo materno, no acudir a todas las sesiones de EP, no entregar formularios de evaluación o falta de medios audiovisuales). Todas las mujeres analizadas completaron las sesiones de EP y por lo tanto, fueron incluidas en los análisis pertinentes; por el contrario, en la fase intraparto, el 12% de las participantes del grupo experimental tuvieron que incluirse en un análisis ITT al no adherirse al protocolo establecido. Otros autores han estudiado este factor, así en el estudio piloto del modelo de atención continuada por matronas [324] solo un 34.3% de las participantes conocía a las matronas en el momento del parto, las cuales tuvieron más visitas de asesoramiento ($M = 3.20$) en comparación con las mujeres sin una matrona conocida ($M = 2.06$).

Otro aspecto que tuvo en cuenta *Toohill et al.* [222] fue el costo medio del tratamiento para las mujeres que recibieron la intervención, con un gasto de 72 dólares, y el costo medio por el uso de los servicios de salud, excluyendo el costo de la intervención, que fue menor en el GI (1193 dólares) que en el GC (1236 dólares), sin ser la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.78$). Por su parte, *Turkstra et al.* [383] realizó una evaluación económica y de calidad de vida relacionada con la salud después del parto, tras la aplicación del modelo BELIEF, encontrando que el número de citas con proveedores de atención médica durante el período de estudio fue similar en los

grupos de intervención y de control; el costo del uso de la atención médica (excluyendo partos y cuidados especiales) durante el período de estudio, fue significativamente mayor en el GI, sin embargo, en un análisis *post hoc*, se concluyó que las intervenciones psicoeducativas pueden ser rentables para aquellas mujeres con un gran FOC, aunque no mejoró los aspectos relacionados con la salud y calidad de vida de las mujeres. Otro estudio [384] encontró que en el entorno sueco, las mujeres nulíparas con FOC severo generan, perinatalmente, unos costos considerablemente mayores que las mujeres con bajo FOC, cuando se abordan de manera habitual.

7.7. Capacitación profesional

Puntos Claves

- Las matronas se muestran **interesadas en un tema poco explorado**, expresan su motivación para acompañar a las mujeres con miedo al parto.
- Las **carencias en la detección e intervención** de mujeres con miedo al parto, entre las matronas, son evidentes.
- Se requiere **aumentar la conciencia, conocimientos y habilidades** de las matronas para mejorar el apoyo a las mujeres con miedo al parto.
- Las **matronas se muestran como aliadas** de las mujeres que sufren física y emocionalmente por su miedo al parto.
- Hay **escenarios que hacen sospechar a las matronas** de un posible FOC.
- La **detección casual** en el momento del parto puede **no ser suficiente para elaborar una estrategia personalizada** de abordaje del miedo al parto.
- Las matronas perciben un mayor **uso de epidural y la solicitud de cesárea** en mujeres con miedo al parto.
- Las matronas **conscientemente ayudan** disminuir el miedo y crean un espacio de paz y escucha, explicando los procedimientos y solicitando consentimiento.

Las matronas que trabajan en la atención prenatal y especializada, deben ser conscientes de que las mujeres con FOC pueden curarse y tener una mejor experiencia de parto, si sienten el control de sus cuerpos y están bien informadas sobre el progreso del parto [221]; como profesionales competentes, deben asumir la responsabilidad de

asegurar que sus discursos y actitudes profesionales reflejan confianza en la capacidad de la mujer para dar a luz por vía vaginal [68]. En el presente estudio, el interés de las matronas del entorno, con el tema propuesto, queda reflejado por la amplia participación, con casi la totalidad de las matronas asistenciales de la muestra elegible en la evaluación de las experiencias en la atención de mujeres con FOC; como era de esperar una amplia mayoría de las matronas se siente motivada para el acompañamiento intraparto de estas mujeres.

El enfoque del cuidado proporcionado por las matronas desde la salud mental perinatal es necesario para evitar su deterioro [60,130]. En los últimos años se ha hecho evidente un aumento de la investigación en este sentido, y por ende sobre el FOC [36], aunque la experiencia y actitudes de las matronas en el abordaje de esta problemática ha sido poco estudiada. Como pioneras destacan las matronas suecas [133] que vienen debatiendo y actuando sobre el tema desde hace más de diez años. Las carencias en la detección e intervención de mujeres con FOC entre las matronas es evidente, poniéndose de manifiesto lagunas sustanciales en sus conocimientos sobre el tema [41,133,223,365]. Aunque las matronas entienden que el estado psicológico y los antecedentes personales de la mujer actúan como factores de riesgo importantes para el desarrollo de FOC, se requiere aumentar su conciencia, sus conocimientos y sus habilidades para mejorar la capacidad de brindar el mejor apoyo a estas mujeres [140,223,365].

Trabajar con mujeres con FOC es emocionalmente exigente [133], y produce no solo un desarrollo profesional sino también personal [255]. Cuando las matronas acompañan a una mujer con FOC o que ha sufrido un parto anterior traumático, se produce en mayor grado sentimientos de empatía, siendo menos palpables los de compasión o pena. También afloran en una parte significativa de ellas los sentimientos de impotencia y frustración. En este sentido las matronas se muestran como aliadas de las mujeres que sufren física y emocionalmente por su FOC, pues comprenden sus sentimientos y experiencias de partos terribles [71]. Las emociones evocadas por las matronas de nuestro estudio destacan por su naturaleza positiva, al igual que las expresadas por matronas de otros entornos [365], las cuales consideran que cuidar a mujeres con FOC es un desafío positivo [365].

Se sugiere que el apoyo que brindan las matronas es importante para mediar en las experiencias de miedo de las mujeres durante el parto [33], reflejándose en la mejora o empeoramiento del FOC. Un estudio de enfoque cualitativo [385] realizó entrevistas individuales semiestructuradas a matronas que habían atendido a mujeres con FOC durante el parto, concluyendo que asumir un rol profesional como matrona para cuidar a las mujeres con FOC implica la confianza en sí misma, el control, la competencia, experiencia, independencia, promoción del parto normal y la motivación; por otra parte, el tiempo que se le presta a estas mujeres es importante para la seguridad y la confianza, jugando un papel crucial para permitir un enfoque tranquilo y una relación basada en la confianza, así como para crear un sentido de continuidad.

Por lo general, la identificación de FOC ocurre durante embarazo, pero también puede tener lugar durante el proceso de parto o posparto. Hay escenarios que hacen sospechar a las matronas de un posible FOC, cuando una mujer tiene muchos síntomas es cuando la matrona se pone alerta, el pánico, llanto y la necesidad de apoyo personal continuo durante el TP son comportamientos claves que pueden indicar FOC [133]. Las matronas de nuestro estudio no preguntan sistemáticamente por el FOC (solo el 16% de las encuestadas lo hace), ni utilizan actualmente ninguna herramienta de detección prenatal, sino que lo detectan durante el acompañamiento en el periodo perinatal mediante indicadores que les inducen a preguntar a la mujer por su FOC; entre los indicadores más frecuentes se encuentran: la demanda AE de manera temprana, percibir las ansiosas o muy desinformadas, entre otros indicadores menos llamativos.

A muchas mujeres les resulta difícil comunicar la emoción del miedo a su matrona, provocando que no todas las mujeres con FOC sean identificadas, hecho que puede derivar también en una fuente de estrés para la matrona al cargo, ya que no están seguras de ofrecer las acciones más adecuadas [133]. Un amplio porcentaje de los factores percibidos por las matronas encuestadas coinciden con problemas de salud mental y aspectos psicológicos ya determinados en relación con el FOC [31,60]. Se puede entender que la detección casual en el momento del parto, puede no ser suficiente para elaborar una estrategia personalizada de abordaje del FOC, lo que crea la necesidad de contar con una herramienta simple y rápida de medición del FOC que cuente con puntos de corte bien establecidos y una validez adecuada [48,59].

La falta de reconocimiento del FOC por los profesionales de la salud puede ser debido a la falta de conocimientos. Tras evaluar la concienciación de las matronas y sus conocimientos con respecto a FOC [365] se ha encontrado que el 77.8% describen señales psicológicas, el 59.5% reconoce quejas físicas y más de la mitad de las matronas mencionaron signos relacionados con la medicina (56%). El miedo puede expresarse a través de otros miedos, como el miedo a las complicaciones con el bebé, detectado por el 90.4% de nuestras matronas, lo que coincide con la experiencia previamente descrita [59]. El miedo al dolor es predominantemente percibido como factor contribuyente al aumento del miedo en las mujeres [35,59,84,112,133], no solo por la capacidad de las mujeres para manejar la intensidad del dolor, sino también su preocupación sobre si recibirán el nivel adecuado de alivio del dolor para poder sobrellevarlo [112]. Factores como la solicitud temprana de analgesia farmacológica (detectado por el 88% de las matronas) se percibe además como una de las consecuencias negativas más frecuente del FOC (92.8% de respuestas afirmativas), que además se percibe como un riesgo asociado a complicaciones derivadas de uso de AE [133]. Por otra parte, las matronas han relacionado el FOC con la solicitud de cesárea sin indicación médica (77.1% de las matronas). Tanto el uso de la AE como la preferencia de cesárea como método de finalización del embarazo son de los resultados obstétricos más estudiados en relación con el FOC [60], siendo frecuente la percepción de un uso mayor de lo necesario en este grupo de mujeres [133].

Entre las intervenciones que conscientemente las matronas realizan para disminuir el FOC se encuentran, en mayor medida, crear un espacio de paz y escucha, así como, explicar y solicitar su consentimiento antes de realizar procedimientos, lo que concuerda con los datos previos [255,365]. En circunstancias desafiantes, las matronas se dedicaron a crear una relación de confianza para que las mujeres se sintieran seguras y expresaran sus miedos. Se sabe que, el simple hecho de mantener una actitud de escucha juega un papel fundamental [71] en el abordaje del FOC, siendo las conversaciones con los profesionales sanitarios, en este caso las matronas, una ayuda útil para mujeres con síntomas o factores de riesgo de enfermedad mental [81]. Algunas mujeres relatan que no se sienten escuchadas, lo que puede ser debido a una falta de comprensión del FOC por las matronas [223]. Otro aspecto importante para afrontar satisfactoriamente el parto en mujeres con FOC es el apoyo de su acompañante, pues como se ha comprobado, reduce las experiencias negativas del parto y aumenta su

satisfacción con el proceso [133,196]; en este sentido, los resultados aportados difieren con los explorados anteriormente, mientras que un 89% de matronas consideraron que involucrar al acompañante es eficaz para aliviar el FOC, este hecho solo fue identificado por el 31% de las matronas encuestadas por de *Vries et al.* [365].

Las matronas describen estrategias de asesoramiento diversas, aunque con similar enfoque y, a la vez, ciertos conflictos relacionados con la falta de modelos de atención centrados en la mujer con FOC [254,255,386]. Es evidente que tratar con mujeres con FOC requiere mucho tiempo; en la atención prenatal se necesita tiempo para identificar a esas mujeres; en el paritorio, para brindar la atención y apoyo más o menos continuos que, en ocasiones, se ve dificultado por estar al cuidado de más de una mujer en TP a la vez [133].

Las matronas necesitan pautas claras para el manejo de las mujeres con FOC, lo que hace imprescindible mejorar todos los aspectos relacionados con la atención a estas mujeres, de manera que se desarrollen directrices claramente definidas para el manejo de estos casos [385]. Todos los profesionales de la salud que brindan atención en el período perinatal deben recibir capacitación en habilidades de comunicación centrada en la mujer, evaluación psicosocial y atención culturalmente segura [122]; un entorno que favorezca una mejor conciencia y comprensión del FOC entre los profesionales, es fundamental en la atención de maternidad con tasas crecientes de FOC [68,220,223,255,365].

Para concluir este apartado, recordar el reciente documento de consenso de *Jomeen et al.* [41] que establece dentro de sus prioridades, el desarrollo de medidas robustas para la identificación de factores de riesgo, la evaluación de las vías de atención y las intervenciones a implementar. Las matronas se beneficiarán enormemente al identificar a otros profesionales a los que pueden solicitar asesoramiento, supervisión clínica o apoyo, en relación con la atención de la salud mental en el período perinatal, y en concreto con el FOC [122].

7.8. Identificación del miedo al parto

Puntos Claves

- El **cribado** las mujeres con miedo al parto debe **adaptarse a las circunstancias** del entorno local.
- La **posibilidad de identificación** del miedo al parto en mujeres **españolas** ha sido **solventada** con la validación de dos herramientas de diagnóstico.
- Medir el miedo con una **escala específica** es conveniente desde una perspectiva de investigación.
- Las escalas actuales de detección del miedo al parto pueden ser **poco prácticas, al ignorar los matices en las experiencias de las mujeres**.

La detección del FOC permite a los profesionales de la salud activar una vía de atención temprana y eficaz para estas mujeres [112]. Para abordar el FOC y disminuir su prevalencia se requiere de una atención integral y continuada que incluya la identificación, fiable y válida, de mujeres con esta problemática; debido a los diferentes modelos de maternidad y las diferencias culturales entre países, el cribado de las mujeres debe adaptarse, lógicamente, a las circunstancias locales [97].

La necesidad de identificación de las mujeres con alto FOC en España ha sido en parte solventada, con la reciente validación de dos herramientas: el WDEQ-Sp (versión A y B) [215,216] y el CFQ-e [217]. En la elección del WDEQ-Sp, como herramienta de valoración del FOC en este estudio, además de ser el único disponible en el momento de iniciar la captación de participantes, se tuvo en cuenta que actualmente es considerado el gold standard en los instrumentos de medida de FOC [40,64,200]. Si bien, los dos instrumentos disponibles cuentan con propiedades psicométricas sólidas, ambos presentan la limitación de que todavía no se han propuesto puntos de corte respecto a los diferentes niveles de FOC en la población española [215–217]. En estudios de intervención por matronas, el diagnóstico del FOC fue establecido por multitud de herramientas y diferentes puntos de corte para una misma herramienta [40].

Existe la necesidad de implementar medidas de diagnóstico de casos de FOC en la práctica clínica [226]. Actualmente la identificación está condicionada por la experiencia de la matrona, sus características personales, su interés en el área y su experiencia [32]; pese a que medir el FOC con una escala específica es conveniente

desde una perspectiva de investigación, esta detección y clasificación puede ser poco práctica al ignorar los matices en las experiencias de las mujeres [32], así, los métodos usados para estudiar el FOC, como el WDEQ, miden emociones y sentimientos relacionados con el parto, en lugar de fenómenos dependientes de la cultura en el que ocurrirá el parto [66,242].

Las actuales herramientas de identificación del FOC impresionan muy extensas y puede ser que no se adapten, por extensión y contenido, a la realidad práctica [48,59]. Deberían de obviarse evaluaciones unidimensionales del FOC e incluir una evaluación integral de todas las dimensiones que se atribuyen al estado anímico y emocional de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio [141]. Serían convenientes métodos de identificación, como el desarrollado en el contexto australiano [97] o finlandés [52], en el que el diagnóstico de FOC deriva sistemáticamente en una atención de maternidad especializada, donde las mujeres reciben apoyo y tratamiento en función de sus necesidades individuales [52].

7.9. Limitaciones y fortalezas

Las retiradas del estudio por parto en lugar distinto del HUMIC, fue una de las principales causas de pérdidas en porcentaje mayor al esperado. De la muestra total incluida en el estudio, para el GI, un 70% participó en la fase prenatal (30% de pérdidas) y 59% en la fase intraparto (41% de pérdidas); para el GC se tuvo una participación del 80% en la fase prenatal (20% de pérdidas) y 56% en la fase intraparto (44% de pérdidas).

Puesto que el tamaño de la muestra, en la segunda fase de intervención, no cumplió con el estimado inicialmente, se potenció una mayor captación durante el proceso de intervención para obtener, como mínimo, el tamaño muestral calculado en cada uno de los grupos. Entre las limitaciones de nuestro estudio se destaca que, aunque todas las mujeres participantes se captaron en el sistema de salud pública, existía un porcentaje de mujeres que recibían atención médica combinada (pública y privada), y que se decidieron a tener su parto en una institución privada, lo que motivó un número considerable de retiradas del estudio en la fase intraparto. Se incluyeron, intencionalmente, a todas las mujeres que cumplieron con los criterios de elegibilidad, independiente del lugar donde pensarán parir, en el momento de la captación, para

evaluar si se producía un cambio en las preferencias o diferencias entre los grupos de estudio en cuanto al hospital donde finalmente decidieron parir.

Existe la limitación del cegamiento de las participantes, el cual no fue posible debido al diseño del estudio, de forma similar a otros trabajos [222,245,251,263,282]. Al no poder cegar a las participantes en este tipo de estudio, el conocimiento de la intervención asignada pudo haber tenido un impacto en los resultados autoinformados y en el comportamiento.

Otra limitación derivada de la organización de la práctica profesional en el entorno de estudio sucedió en la fase intraparto, donde algunas mujeres del GI pudieron recibir el acompañamiento por matronas diferentes a las colaboradoras; situación conocida por las participantes. También pudo suceder que recibieran otras terapias no contempladas ni monitorizadas por el IP.

No se contempló explorar la opinión y experiencia de las participantes, o la opinión de las mujeres que no desearon participar, a pesar de cumplir con los criterios de elegibilidad, o que no desearon seguir en el estudio, lo que hubiera aportado mayor evidencia, además de ser útil para implementar mejoras en futuras intervenciones.

En cuanto a las experiencias de matronas con el FOC, se debe tener en cuenta que los datos se refieren a un grupo de matronas de un solo hospital de España, las cuales realizan su labor en el paritorio, obviando a las matronas de otras unidades incluida la atención primaria, por lo que los hallazgos pueden no ser generalizables a otros entornos o países. Por otro lado, las variables se evaluaron mediante autoinforme y preguntas cerradas, en su mayoría, viéndose limitadas las respuestas y obviando la oportunidad de aclarar preguntas y obtener una mejor comprensión de las respuestas. Una de las limitaciones metodológicas de esta parte del estudio es que no fue específicamente diseñado para extrapolar los datos a otras poblaciones, sino que pertenece a una parte del ECA que precisó organizar el grupo de matronas para la fase de intervención intraparto, y por lo tanto, no se estableció ningún tamaño muestral, sino que se pretendió conocer las actitudes del máximo número de matronas del entorno de estudio que cumplieran con los criterios establecidos. También hay que tener en cuenta, la necesidad de identificación de las matronas para ofrecer posteriormente su colaboración en el ECA, lo que pudo provocar que se sintieran observadas, no teniendo

la libertad de compartir sus pensamientos. La falta de un cuestionario validado es otra de las limitaciones en la valoración de las experiencias de las matronas.

En este estudio se incluyeron detalles suficientes sobre su metodología e intervenciones implementadas que permiten la replicación. La intervención de EP en línea permitió un mejor seguimiento en mujeres con compromisos laborales y otras responsabilidades, posibilitando que el 87% de mujeres incluidas en el grupo de intervención completaran todas las sesiones. Por el contrario, encontramos una baja participación en las clases de EP habitual, con un 24.4% de mujeres participantes que acudieron al total de sesiones ofrecidas.

El uso de herramientas de evaluación validadas en el entorno de estudio aporta calidad a los resultados, además de permitir comparar los resultados con otros estudios que utilicen herramientas similares. En cuanto al análisis, hay que destacar que los resultados fueron cegados para el analista de los datos, no conociendo a qué grupo de estudio pertenecían los resultados; que se ha evitado el sesgo de informe al aportar todos los resultados expuestos en el protocolo, y el sesgo de selección para la generación de la secuencia aleatoria, proporcionando información suficiente sobre el proceso de asignación al azar. Los resultados basales de ambos grupos no mostraron diferencias significativas en ninguna de las variables, y por lo tanto fueron comparables, lo que puso en evidencia el correcto proceso de aleatorización.

La intervención propuesta es un método eficaz para ayudar a las mujeres a experimentar el nacimiento de la manera que consideren aceptable. Este ensayo aporta juicios para considerar la introducción de servicios especiales que oferten asesoramiento por FOC dentro de la sanidad pública española. Todos los ensayos clínicos, similares al desarrollado en este estudio, publicados entre 2012 y 2020 [124], fueron realizados en países como Alemania, Irán Suecia, Finlandia y Turquía, no encontrando por tanto estudios equivalentes en España, lo que aporta un valor añadido a este ECA.

7.10. Nuevas líneas de investigación

Los resultados que aporta este estudio pueden utilizarse en futuras investigaciones, centradas en las intervenciones y actitudes de la matrona hacia el FOC y las mujeres que lo padecen. Se ha comprobado, durante el proceso de investigación, la escasez de estudios sobre las experiencias de la matrona sobre el FOC, información fundamental para el desarrollo de la atención basada en la evidencia. En este sentido,

también se debería continuar explorando los deseos y necesidades de las mujeres embarazadas con FOC, así como su aceptación de la intervención, y posibles dificultades en su implementación.

La generalización de los hallazgos puede limitarse a nuestro entorno más específico, por lo que sería beneficioso realizar estudios multicéntricos que mejoren la validez externa de los hallazgos. Si bien nuestro estudio se centró en los efectos a corto plazo de las intervenciones para FOC, la realización de estudios de seguimiento más amplios, proporcionaría una mayor comprensión de los efectos a largo plazo en los resultados de salud materno-infantil, hecho que contribuiría al desarrollo de intervenciones, servicios y apoyo más pertinentes.

Por otra parte, la revisión de la literatura y la necesidad práctica creada, nos lleva al deseo de disponer de herramientas validadas en el entorno en el que se desea detectar el FOC, que sean a la vez factibles, en cuanto a su administración, accesibilidad y aceptabilidad por parte de las mujeres. En este sentido hemos llevado a cabo un estudio, actualmente en fase de publicación, en el que se evalúa la validez convergente entre los instrumentos de detección del miedo al parto validados en España, WDEQ-A-Sp y CFQ-e; concluyendo la existencia de una correlación entre ambos cuestionarios, positiva y moderada, además de confirmar su fiabilidad en términos de consistencia interna y estabilidad temporal; la validez aparente también denotó buenos resultados.

Se sugiere la realización de análisis adicionales sobre las intervenciones para el FOC, desde una perspectiva sociocultural. Aunque se prevé un bajo coste con intervenciones similares a las implementadas en este estudio, es un tema pendiente para futuros estudios de coste-efectividad. El FOC es un problema prevalente, por lo que sería interesante saber la cantidad de recursos destinados a esta problemática, comparándolos con otros problemas prevalentes relacionados con la maternidad. Esta información ayudaría a canalizar adecuadamente los recursos hacia la implantación de programas específicos para mujeres con FOC, incluyendo la capacitación continua de los profesionales en las intervenciones más efectivas para su abordaje.

8. CONCLUSIONES

8. Conclusiones

Tras la ejecución del ensayo clínico y el análisis global de los datos aportados en esta investigación, se exponen a continuación las conclusiones obtenidas según el objetivo principal y objetivos secundarios inicialmente planteados en la tesis.

8.1. Conclusiones según el objetivo principal

En relación con el objetivo principal del estudio, evaluar la efectividad, en términos de variación, en los niveles de FOC con mujeres con altos niveles de miedo, de una intervención de EP y de apoyo intraparto específico para FOC, se concluye:

Efectividad con la intervención de educación prenatal:

- La intervención de EP diseñada e implementada con motivo de esta investigación es efectiva en el abordaje del FOC; al compararla con la atención habitual, en el grupo de mujeres con alto FOC, se observó una mayor disminución en la media de puntuación tras la intervención, entre las mujeres del GI (de 92.5 a 57.4 puntos) que, entre las mujeres del GC (de 93.2 a 84.0 puntos).
- Al analizar los resultados intragrupo en la fase prenatal, se encontró en ambos grupos diferencias de medias estadísticamente significativas, siendo en el grupo experimental de 35 puntos y en el control de 10 puntos; la diferencia entre ambos grupos supuso una media de 25 puntos a favor de la EP experimental; además, se obtuvo un mayor tamaño de efecto con esta intervención (1.58) que solo recibiendo la educación habitual (0.57).
- Tras la comparación entre grupos de estudio se evidencia, para la fase de EP, diferencias de medias estadísticamente significativas, con un tamaño de efecto muy grande (1.23).
- Se concluye que, tanto de manera independiente como en la comparación entre grupos, ambos mejoran su puntuación tras la intervención prenatal, pero el GI lo hace en mayor medida para todos los análisis.

Efectividad al aplicar ambas intervenciones

- Se tuvo que las mujeres de ambos grupos disminuyeron significativamente su miedo, siendo en el GI de 9.59 puntos más de media (puntuación estandarizada). Tras aplicar la intervención prenatal e intraparto, y considerando un análisis intragrupo de los resultados ITT, se produjo una disminución del miedo mayor en el

GI; si bien, tras la fase prenatal, presentaban una diferencia media de puntuaciones en ambos grupos, bastante más amplia para el GI, recortando distancias en este sentido el GC tras la fase intraparto.

- En la comparación entre grupos, al finalizar completamente la intervención, al contrario de los resultados obtenidos tras la fase de educación prenatal, las diferencias no fueron significativas, pero el GI consiguió disminuir su miedo en 8.83 puntos más de media que el GC.
- La disminución del miedo en el periodo intraparto dentro del GC puede entenderse dentro de un grupo de mujeres que llegaron al parto con mayor miedo, suponiendo, por tanto, un mayor margen para su alivio durante el parto; en cambio las mujeres del GI llegaron con menos miedo, y por tanto menos margen para su alivio.
- Se puede concluir que, si bien la educación prenatal habitual parece no ser suficiente o adecuada para este tipo de mujeres, el trabajo que realizan habitualmente las matronas del paritorio sí es efectivo en el alivio del FOC.
- Los resultados obtenidos en el análisis PP no parecen diferir significativamente de los enunciados anteriormente.
- Se apoya la hipótesis de que una intervención durante el embarazo, la EP en nuestro caso, es un pilar fundamental en la reducción del FOC, y que la atención de matronas, en el momento del parto, por sí misma, ya actúa como factor protector; este hecho, no menoscaba que la aplicación de intervenciones complementarias pueda disminuir aún más el nivel de miedo durante el momento del parto.

8.2. Conclusiones según los objetivos secundarios

1. Describir las variables sociodemográficas, obstétricas, de preferencia de lugar y tipo de parto deseado, así como la experiencia anteparto, en el segundo trimestre de embarazo de la población de mujeres evaluadas para participar en el ensayo clínico.
 - Se analizaron descriptivamente las respuestas de 868 mujeres en el segundo trimestre de gestación, cerca del 25% fueron clasificadas con alto FOC.
 - La edad media de la población evaluada fue de 32.1 años (DE = 5.41 años), con un rango de edades entre 18 - 48 años; una amplia mayoría poseía estudios secundarios o estudios universitarios y, casi la totalidad, tenía pareja en el momento de la evaluación.

- Para las variables obstétricas, un tercio de ellas eran multíparas, de las cuales el 21.6% había parido más de una vez. En general, la finalización del parto en este grupo de mujeres multíparas había sido vía cesárea en el 14.5% de los casos.
 - La experiencia de parto anterior resultó entre muy positiva y positiva para el 62.8%, y se mostraron entre muy satisfecha-satisfecha el 73.1% de ellas, el resto de las mujeres señalaron opciones más negativas o se mostraron indiferentes.
 - Las preferencias sobre el tipo y lugar de finalización del parto en el momento de la evaluación, el segundo trimestre de la actual gestación, en la muestra general de mujeres tuvo una mayor tendencia hacia el hospital público (88.4%) y la vía vaginal (93%).
 - Para la preferencia por el parto en clínica privada, opciones seleccionadas por el 15.2% de las encuestadas, se podría concluir que existe un grupo de mujeres con esta preferencia, pero realizan su seguimiento en el hospital público o combinan ambos sistemas sanitarios.
 - Aunque en pequeño porcentaje, es llamativa la preferencia por la cesárea en el grupo general de población (6.23%), sin estratificar FOC. Pese a que no es objetivo de esta tesis, sería interesante indagar sobre las causas de esta preferencia en nuestra población, así como la gestión que las mujeres hacen de ella en un entorno donde la sanidad pública no contempla la finalización de la gestación vía cesárea a decisión materna.
2. Describir las preferencias de lugar y tipo de parto deseado por las mujeres participantes en ambos grupos del ensayo clínico, en el segundo y tercer trimestre de gestación.
- Se obtuvo una mayor variación en las preferencias del tipo de finalización del parto en el GI. Mientras que antes de la intervención un 54.9% de las mujeres de este grupo estaban seguras de preferir un parto vaginal, tras la intervención experimental, esta opción fue elegida por el 75.6%; el resto de las mujeres estaba más indecisa; siendo por tanto la diferencia porcentual de 20%.
 - En el GC la tendencia hacia la preferencia de parto vaginal fue menos acusada. Si en el momento de la captación, un 42.3% estaba segura del parto vaginal y, tras la atención habitual prenatal, el 52.6% estaba segura de ello, solo se produjo una diferencia porcentual del 10%, la mitad que en el GI.

- Para la preferencia por la cesárea en el GI, se tuvo que, el 7.4% de las mujeres la contemplaba, pero ninguna mujer la prefirió o estaba indecisa tras la intervención de EP. Para este aspecto, en el GC se tenía inicialmente un mayor porcentaje (20.5%) que en el GI, disminuyendo hasta cerca de la mitad tras la intervención habitual durante el embarazo, persistiendo por lo tanto, en este grupo, un porcentaje de mujeres que deseaba finalizar su gestación mediante la cesárea.
3. Desarrollar e implementar una intervención de EP grupal en línea dirigida por una matrona y orientada al abordaje del FOC.
- Se desarrolló una intervención de EP, distribuida en 5 sesiones administradas en línea de manera síncrona.
 - El contenido de las sesiones estuvo orientado al abordaje de aspectos relacionados con las experiencias de las mujeres en anteriores intervenciones para FOC y que causan un mayor temor e incertidumbre.
 - Se trató el miedo, desde la visión de una emoción normal y común a todas las personas, concretándose en el miedo al parto; conocieron las opciones y procedimientos más habituales del hospital donde se desarrollaría su parto, incluyendo el “plan de parto” como instrumento de comunicación de sus deseos al personal que les acompañaría; comprendieron el proceso fisiológico del parto, desde los prodromos de parto hasta el puerperio, el significado del dolor y los métodos de alivio, las competencias de la matrona y la importancia del acompañamiento, entre otros temas.
 - Se incluyeron diferentes actividades dentro de la educación sanitaria (preguntas de facilitación, clase magistral, visualización del paritorio, audios para reflexionar, técnicas de terapia breve, ejercicio de respiración, espacio de debate y experiencias).
4. Evaluar la experiencia, en la atención de mujeres con FOC, de las matronas que prestan su atención en el área del paritorio del HUMIC.
- Tras evaluar la experiencia con el FOC en 83 matronas, se concluye que, a pesar de no estar visibilizada esta problemática, las matronas tienen conocimiento de ella y detectan a mujeres con FOC en su práctica clínica. Además, parece que están motivadas en la atención a estas mujeres pues cerca de la totalidad de ellas indicaron que les parece un “desafío interesante”.

- Se observó que en el entorno del paritorio, el 85% son matronas jóvenes, con edad por debajo de los 44 años y la mayoría cuenta con una experiencia profesional entre 5 y 15 años (38.6%). En cuanto a la carga asistencial, el 56.6% declaran que acompañan de 4 a 6 mujeres en el paritorio y más de la mitad detecta anualmente a menos de 20 mujeres con FOC (64.2%).
 - Puesto que no existe un uso de herramientas de detección objetiva del FOC en la práctica clínica, las matronas utilizan su experiencia e indicadores que les hacen pensar en la presencia del FOC en las embarazadas que llegan a paritorio. Solo el 16.9% de las matronas “siempre” pregunta por el miedo a todas las mujeres, la mayoría “a veces”, dependiendo de si detecta algún factor que pueda estar asociado.
 - El miedo a las complicaciones con el bebé les hace presuponer, a la mayoría de las matronas (90.4%), que la mujer tiene FOC; seguido, en orden de importancia, de la solicitud de analgesia epidural, la dificultad para relajarse y la solicitud de cesárea sin indicación médica, como indicadores más frecuentes.
 - Destaca la elección de la epidural como consecuencia negativa del FOC, percibida por el 92.8% de las matronas; lo que puede estar provocado, a su vez, por la incapacidad para relajarse, percibida como frecuente por las matronas (78.3%).
 - Las matronas consideran que es importante conocer la existencia de FOC y la causa subyacente, con el fin de ofrecer, en general, un mayor apoyo, un mejor acompañamiento y darles más confianza. Es de notar también, la carga emocional que este tipo de mujeres provoca en las matronas, así al 80.7% de estas profesionales les produce sentimientos de “empatía”.
5. Organizar un grupo de matronas experimentadas en la atención de mujeres con FOC, para ofrecer una intervención específica intraparto.
- Se seleccionó al grupo de matronas según criterios que incluyeron, en primer lugar, el deseo de participación como matronas colaboradoras en el ensayo clínico.
 - Por orden de importancia, para ser seleccionada, se estableció: los años trabajados, su preferencia por el trabajo de acompañamiento en paritorio, la capacidad de detección de mujeres con FOC, a través de, una mayor detección de síntomas y consecuencias negativas de FOC, el interés mostrado en ofrecer

un mejor acompañamiento a este tipo de mujeres, la cantidad de acciones que realiza para abordar el miedo y la sensibilidad emocional ante estas mujeres.

- En total 23 matronas formaron el grupo de expertas que ofrecieron preferentemente la intervención intraparto, con la premisa de conocer de manera objetiva que la mujer tenía FOC, ofreciendo cuidados específicos a criterio de cada una de ellas.
- Las matronas colaboradoras pertenecían a los 5 grupos que trabajan de manera rotativa, asegurando así que en todos los turnos de trabajo se encontrara presente alguna de ellas. Estas matronas pudieron asistir personalmente a las mujeres o informar de la presencia de FOC a los profesionales que las acompañaron.

6. Indagar sobre la adherencia de las mujeres participantes a las clases de EP habitual, impartidas por la matrona del centro de atención primaria de salud.

- La asistencia a la educación maternal habitual del centro de salud, promovida en todas las participantes, independientemente del grupo asignado, fue seguida en su totalidad únicamente por el 24.4% de la muestra de 160 mujeres; es significativo que de esta muestra, sobre el 36% en cada grupo, no acudió a ninguna sesión, ya sea por decisión propia o porque no se las ofrecieron.
- Como conclusiones sobre la adherencia por grupos de estudio, hay que señalar que parece que las mujeres del GI asistieron en mayor medida a la EP (46% de asistencia a todas o a la mayoría de las sesiones).
- Parece que las mujeres con FOC, que a priori necesitarían una mayor educación prenatal, no se adhieren adecuadamente a la oferta educativa de las matronas de atención primaria; las conclusiones en este sentido se ven limitadas por no poder comparar con la adherencia de mujeres sin alto FOC.
- Las mujeres señalaron los temas sobre los que se enfocó la educación, siendo el plan de parto, el inicio del parto y la lactancia materna los más frecuentes; los aspectos psicológicos durante el embarazo, parto y postparto los menos frecuentes. Se justifica la necesidad, dada la carencia referida por las mujeres, de incluir aspectos psicológicos, necesarios en todas las mujeres embarazadas, en la EP habitual.

7. Comparar la efectividad de la intervención integral, para FOC, con la atención habitual en términos de satisfacción materna.

- Las mujeres de ambos grupos mostraron una alta satisfacción con el parto, solo difirieron en 4 puntos a favor del GI en la puntuación total del cuestionario de evaluación administrado; todas las medias de las respuestas independientes en los grupos estuvieron entre los 3.80 y 2.54 puntos (rango de puntuación 1 - 4).
 - En las dimensiones de satisfacción, capacidad propia, apoyo profesional y participación, las diferencias de medias a favor del GI fueron mínimas. No así en la dimensión de seguridad, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que apoya el acompañamiento específico intraparto por FOC, que parece provocar en las mujeres una mayor sensación de seguridad.
 - Si se tienen en cuenta los resultados del análisis PP, en general, no aparecen cambios sustanciales, pero sí para el aspecto de la seguridad, pues en este análisis no muestra significancia estadística al no incluir a las mujeres del GI que llegaron al paritorio y no se identificaron con alto FOC.
8. Explorar el apoyo percibido para el FOC por las mujeres participantes, durante el embarazo y parto.
- Las mujeres, en general, se sintieron apoyadas por la matrona. Durante el parto, la mayoría de ellas se sintieron apoyadas la mayor parte o todo el tiempo y solo alrededor del 5% no se sintió suficientemente apoyada. Al comparar entre grupos se observó que, si bien en ambos grupos las mujeres sintieron el apoyo de la matrona, en el GI parece que fue sentido durante todo el tiempo de estancia en el paritorio (59.9% vs 40.2%). Para el análisis PP, los resultados no muestran variaciones significativas con lo expuesto para el análisis ITT.
 - Al indagar sobre el apoyo profesional recibido, específico para su FOC, encontramos diferencias que, si bien no son significativas, sí llaman la atención. En ambos grupos la matrona fue claramente el profesional que consideraron que ofreció un mejor apoyo, con diferencias a favor del GI de un 10% más; por el contrario, en los porcentajes de mujeres que sintieron mayor apoyo para el FOC por el médico, la diferencia se muestra a favor del GC con un 11% más.
 - Se puede concluir en este punto que, considerando únicamente a la matrona durante el parto, las mujeres de ambos grupos sintieron un buen apoyo, siendo ligeramente mayor en el GI. Al considerar el apoyo para su FOC durante el embarazo y parto, aunque no significativo, una mayor proporción de mujeres del GI sintió a la matrona como el profesional que más apoyo le ofreció; al

considerar el apoyo médico, las mujeres del GC son las que más lo sintieron como positivo para su FOC (18.2%), aunque con porcentajes muy por debajo de la percepción del apoyo de la matrona (81.8%).

9. Comparar la efectividad de la intervención integral para FOC, en términos de resultados obstétricos y resultados neonatales.

- Se concluye, en lo relativo a los beneficios de la intervención experimental para los resultados obstétricos, que prevalece una tendencia más positiva para el GI en todos los aspectos explorados (tipo de inicio del parto, uso de analgesia epidural, uso de oxitocina, tipo de finalización del parto, trauma perineal, realización de episiotomía y duración del parto).
- Priorizando, en esta comparación de resultados con el análisis PP, se puede afirmar que, las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas, para un mayor inicio del parto inducido en el GC y un 23% más de inicio espontáneo del parto en el grupo experimental (en el análisis ITT); los embarazos finalizaron de manera eutócica en un porcentaje mayor de mujeres del GI, siendo la cesárea urgente menos frecuente en este grupo. Los resultados expuestos, apoyan la eficacia de la intervención experimental en la mejora de los resultados obstétricos, pues tanto el tipo de inicio como el de finalización del parto están muy relacionados con complicaciones y comorbilidades durante el postparto. En este sentido se evidenció, de manera significativa, un mayor uso de oxitocina en el GC, intervención que se haya ligada a procesos como la inducción del parto y una menor duración del parto en el GI, con 3.21 horas menos de media,
- En la comparación del uso de la analgesia epidural, resulto bastante significativo cómo un 30% del GI no la precisó durante el parto, frente al 10.9% del GC, existiendo un riesgo de 1.56 más de uso en las mujeres de este grupo. A la vista de estos resultados, parece que, la intervención experimental actuó como un factor protector ante el uso de la analgesia epidural, que como se ha demostrado, no está exenta de riesgos y complicaciones durante el proceso del parto.
- En los resultados neonatales, las comparaciones entre los grupos no ofrecieron resultados significativos. Se señalan porcentajes ligeramente superiores las puntuaciones Apgar al minuto y a los cinco minutos, clasificación 0 en la

reanimación neonatal (contacto piel con piel) y lactancias maternas exclusivas al alta hospitalaria.

10. Evaluar la atención ofrecida por las matronas, durante el acompañamiento intraparto, de las mujeres del GI del ensayo clínico.

- Las matronas, tras realizar el acompañamiento intraparto de las mujeres del GI, cumplimentaron un cuestionario de evaluación en 96 ocasiones. Siendo la mayoría de las respuestas dadas por matronas colaboradoras, aunque con un alto porcentaje de matronas (41.1%) que no eran colaboradoras directas, pero que recibieron la información pertinente en cada caso. El primer contacto con la mujer se produjo dentro del paritorio (77.9% de las ocasiones).
- El tiempo que pudieron dedicar a estas mujeres en muchas ocasiones (25.3% de los registros) no fue el deseado, pero, aun así, las matronas pudieron llevar a cabo acciones para disminuir el miedo en estas mujeres. Las causas de esta falta de tiempo se justificaron por tener que vigilar varios paritorios o acompañar a dos mujeres en dos paritorios a la vez, debido a la alta carga de trabajo, a turnos con falta de cobertura de matronas o a situaciones puntuales de colapso en el paritorio u otras áreas de la unidad.
- Las acciones llevadas a cabo por las matronas y que fueron efectivas en la reducción del FOC fueron, por orden de frecuencia: explicar los procedimientos, crear espacio de tranquilidad, mostrar una comunicación abierta, la estimulación positiva, generar confianza, solicitar el consentimiento para procedimientos, dar consejo para el dolor, involucrar al acompañante, la escucha activa y procurar la continuidad de cuidados, entre otras acciones menos frecuentes.

9. PROPUESTAS

9. Propuesta de programa de intervención

9.1. Intervención integral para FOC

Reducir el FOC en mujeres embarazadas y promover el parto normal son cuestiones clave en la atención dirigida por matronas, en la que las intervenciones médicas dan paso a medidas de empoderamiento de las mujeres. El FOC debe reconocerse como un problema de salud pública que requiere un enfoque de atención especializada. Las características socioculturales y de atención sanitaria en los diferentes entornos, sumado a la etiología multifactorial, hace que diseñar una intervención universal para este problema pueda no ser viable, siendo más pertinente una atención adaptada al contexto sociocultural e individual de la mujer que la recibe.

Expuestos los claros beneficios y la ausencia de efectos adversos del apoyo integral y continuo, durante el embarazo y el parto, para mujeres con FOC, sería conveniente integrar dentro de la cartera de servicios de la matrona en el sistema sanitario español, unidades de apoyo para las mujeres que lo sufren; medidas similares a las implementadas en otros países del entorno europeo, donde la matrona actúa como el profesional sanitario mejor preparado y posicionado para el abordaje de esta realidad. La evidencia sugiere que el FOC debe ser abordado por un equipo multiprofesional que establezca el diagnóstico, seguimiento y asesoramiento durante el embarazo, con continuidad de cuidados en el momento del parto y postparto.

El objetivo principal sería implementar programas de detección temprana e intervención educativa orientados a disminuir los temores asociados al proceso fisiológico del parto, donde se incluyan necesariamente a las mujeres con experiencias negativas de parto, en las que cuidados adicionales disminuyan o eviten el FOC en posteriores embarazos. La evidencia apunta también a la necesidad de una mayor conciencia del FOC antes de la concepción [387]; en este sentido, se podría realizar un trabajo de prevención en población fértil, evitando que el parto se perciba como un evento peligroso y favoreciendo las creencias sobre la capacidad, como mujer, para enfrentarlo satisfactoriamente.

A partir de la evidencia aportada en este estudio y basándonos en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [2], el Sistema Nacional de Salud debe promover la atención y promoción de la salud reproductiva en mujeres con FOC a partir de la implementación o mejora de los servicios ya existentes. Se hace imprescindible

que los gestores de los hospitales públicos propicien ambientes de motivación y formación, estableciendo líneas de trabajo común basadas en la última evidencia científica disponible, poniendo en valor las cualidades individuales de los profesionales de la maternidad, en especial de las matronas, como profesionales de vital importancia para garantizar una atención de calidad que promueva la satisfacción materna. La especialidad de matronería necesita continuar presionando a nivel político para introducir modelos de prestación de servicios, dirigidos por matronas, basados en las necesidades de cuidados de las mujeres. Sabiendo que los recursos de nuestro sistema sanitario son limitados y siendo posible que las mujeres con FOC incrementen el consumo de estos, se justifica aún más la necesidad de implementar estrategias de atención que disminuyan este gasto, a la vez que mejoran los resultados asociados a la maternidad.

Debido a las características de nuestro sistema sanitario, hasta el momento no se ha evidenciado el problema, que se plantea en otros países, sobre la elección de cesárea como método para el alivio del FOC, pero es cierto que el debate en torno a la CE está abierto. Destaca en este sentido, la necesidad de planificar cuidadosamente la atención de la maternidad para aumentar la confianza de las mujeres embarazadas y brindarles una experiencia de parto positiva, antes de que este miedo afecte negativamente a su bienestar, salud y opciones reproductivas. Como se ha establecido [41], las orientaciones en las que se apoye la vía clínica del abordaje del FOC, deben haber surgido de un proceso de elaboración sistemático con un equipo multidisciplinar que haya considerado los riesgos, beneficios, preferencias de la paciente y cualquier evidencia emergente.

Es imperativo que las matronas y otros servicios de salud maternal, utilicen nuestros hallazgos para desarrollar programas de atención que aborden los temores de las mujeres hacia el parto. La difusión de nuestros resultados facilitará la transferencia de conocimiento, así como la replicación e introducción de intervenciones alternativas en otros centros o su utilización para la formación de los profesionales sanitarios. El objetivo es lograr la mayor cobertura posible, de manera que se demuestren los beneficios del abordaje de esta problemática, mediante intervenciones efectivas para reducir el FOC en mujeres embarazadas.

9.2. Educación prenatal específica

Los resultados de este ensayo apoyan la efectividad de la intervención de EP específica, realizada por matronas, para la disminución del nivel de FOC. Todos los miedos relacionados con el embarazo y el parto (al dolor, a la pérdida de control, a la incapacidad...) deben ser reconocidos y abordados en la atención prenatal, tanto en la consulta individual como en sesiones grupales, menos costosas e igualmente efectivas.

Como ya se ha evidenciado en estudios anteriores sobre población española [167], es de interés actuar durante la atención prenatal, proporcionando acciones que incentiven a las mujeres a asistir a clases de preparación al parto, además de proporcionarles información individualizada en cada consulta de seguimiento, de manera que las mujeres puedan explicar y expresar sus miedos y sentimientos. Así pues, cuando las matronas competentes para abordar los temores de las mujeres embarazadas sobre el parto, se las encuentren en la atención prenatal, deben escucharlas y no cuestionarlas, lo que no significa que todos sus deseos deben cumplirse, sino que sus sentimientos y los miedos no se subestiman y que son tomados en consideración al planificar su parto.

En el Servicio Canario de la Salud, desde la Dirección de Programas Asistenciales, se ha propuesto la actualización del obsoleto subprograma de Preparación a la Maternidad como parte del desarrollo del Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva [17]. Los cambios sociales y los avances científicos acontecidos en este campo en los últimos años, hacen necesaria la revisión de los contenidos de la educación para la salud que se venían ofertando a las embarazadas en nuestro sistema sanitario, con el fin de actualizar los existentes, atendiendo a la nueva evidencia científica, donde se enmarcan nuestros resultados, dando respuesta a las nuevas necesidades detectadas como es el tratamiento del FOC.

El conocimiento y adecuado manejo del FOC entre los profesionales de la salud es vital durante la atención prenatal. Es crucial que, desde las unidades de formación y servicios de salud pública, no solo las matronas, sino todo el personal que trabaja alrededor de la maternidad adquiera conocimientos adecuados en relación con el FOC, incluyendo una actualización constante sobre las intervenciones más oportunas basadas en la última evidencia científica disponible.

9.3. Apoyo intraparto específico

La intervención experimentada, que incluye la continuidad en la atención con un apoyo durante el parto, parece mejorar la experiencia de las mujeres con el parto y los resultados obstétricos, con mayores tasas de inicio del parto espontáneo y finalización eutócica del mismo, así como, un menor uso de analgesia epidural en comparación con las mujeres que únicamente recibieron la atención habitual. Se demuestra asimismo una disminución del FOC, lo que facilita el parto y reduce complicaciones asociadas a este factor de riesgo.

El personal de maternidad del hospital debe poder hacer frente a los miedos de la mujer, aumentando su confianza en el proceso fisiológico del parto. Tener una matrona conocida durante el parto parece garantizar unos mejores resultados y una experiencia de parto más positiva. Si bien, con la evidencia aportada por este estudio no podemos afirmar con rotundidad este factor protector, estudios anteriores [388] hacen inclinarnos a reconocer los beneficios de este modelo de atención.

Se puede concluir, a partir de nuestra experiencia y evidencia disponible, que el apoyo continuo durante el TP debe ser la norma y no la excepción, en todas las mujeres, y con más razón en mujeres con FOC. Los beneficios de este apoyo continuo derivan en una mayor presencia de la matrona en el paritorio, hecho que se ve dificultado por la escasez de matronas, situación que deben advertir los responsables políticos y gerentes de los hospitales.

Pese a que nuestra intervención intraparto no contempló, en esencia, pero sí en momentos puntuales, una naturaleza colaborativa y multidisciplinaria, las matronas y otros profesionales de la salud deben colaborar en el objetivo común de reducir el FOC, como problema de salud emergente, favoreciendo en última instancia una maternidad positiva.

9. BIBLIOGRAFÍA

10. Bibliografía

1. Fernández-Carrasco FJ, Gómez-Losada P, Aguilera-Pedrosa MD. Enfermería de la Mujer y de la Familia II: aspectos socio-antropológicos en salud reproductiva y sexualidad. En: Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Madrid: 2015.
2. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud; 2011.
3. Guía de asistencia práctica: control prenatal del embarazo normal. Rev. Of. Soc. Esp. Ginecol. Obstet. 2018;5:510-27.
4. Alba-Romero, Concepción, Aler-Gay, Isabel, Olza-Fernández, Ibone. Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
5. Bajo-Arenas J, Melchor-Marcos J, Mercé L. Fundamentos de obstetricia. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Madrid: 2007.
6. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco; 2010.
7. Olza-Fernández I, Gainza I. La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv. 2007;24:176-80.
8. Rivero-Gutiérrez C, Palomo-Gómez R, Mora-Morillo JM. Enfermería Maternal y del Recién Nacido I: Parte 3. En: Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica. Madrid: 2014.
9. Recomendaciones de la organización mundial de la salud: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. World Health Organization; Organización Panamericana de la Salud; 2019.
10. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
11. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
12. Asistencia al Parto. Documentos de Consenso. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2007.
13. Iniciativa al Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
14. Scollato A, Lampasona R. Tokophobia: when fear of childbirth prevails. Mediterr. J. Clin. Psychol. 2013;1.

15. Romeu-Martínez M, Rodríguez-Díaz L, Vázquez-Lara JM, de Dios-Pérez MI, Díaz-Lozano P. Enfermería Maternal y del Recién Nacido I: Parte 2. En: Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Madrid: 2017.
16. Pérez-Marín S, Arroyo Molina JA, Romeu-Martínez M. Enfermería Maternal y del Recién Nacido II: Parte 1. En: Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Madrid: 2014.
17. Preparación a la maternidad y paternidad. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de Salud y Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; 2009.
18. Pereda-Goikoetxea B, Huitzi-Egilegor JX, Uranga-Iturrioz MJ, Mujika A, Elordi-Guenaga U, Elorza-Puyadena MI. Kaleidoscope of emotions in hospital childbirth: A phenomenological study. *J. Health Psychol.* 2023;13591053231197911.
19. Grant AD, Erickson EN. Birth, love, and fear: Physiological networks from pregnancy to parenthood. *Compr. Psychoneuroendocrinology* 2022;11:100138.
20. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition. Leicester (UK): British Psychological Society; 2014.
21. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:284.
22. Buenas prácticas en atención perinatal: Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Sevilla: Ministerio de Sanidad y Política Social, y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2008.
23. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Brasil: Organización Mundial de la Salud; 1985.
24. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Available from: <https://ine.es/index.htm>
25. Safe midwifery staffing for maternity settings. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
26. Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido. Barcelona: World Association of Perinatal Medicine; 2001.
27. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012.
28. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:55-55.

29. Jiménez-García MA, Mérida-Téllez JM, Palomo-Gómez R. Educación para la Salud de la Mujer. En: Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2014.
30. Tazón-Ansola MP, Aseguinolaza L, García-Campayo J. Ciencias psicosociales. Masson; 2004.
31. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J. Anxiety Disord.* 2016;44:80-91.
32. O'Connell MA, Martin CR, Jomeen J. Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery* 2021;102:103079.
33. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Soc. Sci. Med.* 2006;63:64-75.
34. O'Connell M, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC. Tocophobia – the new hysteria? *Obstet. Gynaecol. Reprod. Med.* 2015;25:175-7.
35. Klabbers GA, van den Heuvel MMA, van Bakel HJA, Vingerhoets AJJM. Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psihologijske teme / Psychological Topics* 2016;25:107-27.
36. Dai L, Zhang N, Rong L, Ouyang YQ. Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. *PloS One* 2020;15:e0236567.
37. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. Counseling for childbirth fear – a national survey. *Sex. Reprod. Healthc.* 2016;8:82-7.
38. Wijma K. Why focus on «fear of childbirth»? *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2003;24:141-3.
39. Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, Whitmore J, Wood AG, Pretlove S, et al. Perinatal psychiatric disorders: an overview. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2014;210:501-509.e6.
40. Souto SPA do, Silva RCG da, Prata AP, Guerra MJ, Couto C, Albuquerque RS de. Midwives' interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a scoping review. *JBIM Evid. Synth.* 2022;20:2867-935.
41. Jomeen J, Martin CR, Jones C, Marshall C, Ayers S, Burt K, et al. Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2021;39:2-15.
42. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. World-wide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2017;96:907-20.
43. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. *Br. J. Psychiatry* 2000;176:83-5.

44. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand. J. Behav. Ther.* 2001;30:75-84.
45. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014.
46. Storksén HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2012;91:237-42.
47. Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, et al. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2015;291:1055-62.
48. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:1-N.PAG.
49. Imakawa CSO, Nadai MN, Reis M, Quintana SM, Moises ECD. Is it necessary to evaluate fear of childbirth in pregnant women? a scoping review. *Rev. Bras. Ginecol. E Obstet. Rev. Fed. Bras. Soc. Ginecol. E Obstet.* 2022;44:692-700.
50. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1981;12:262-6.
51. Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1982;13:98-107.
52. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2014;121:965-70.
53. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2006;113:638-46.
54. Lukasse M, Schei B, Ryding EL. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex. Reprod. Healthc.* 2014;5:99-106.
55. Shahrzad S, Chaman R, Shahrbanoo S, Goli S, Keramat A. Update on the global prevalence of severe fear of childbirth in low-risk pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Women's Health Reprod. Sci.* 2022;10:3-10.
56. Rondung E, Ekdahl J, Hildingsson I, Rubertsson C, Sundin Ö. Heterogeneity in childbirth related fear or anxiety. *Scand. J. Psychol.* 2018;59:634-43.
57. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women Birth* 2016;29:e44-9.

58. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2003;82:201-8.
59. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J. Clin. Nurs.* 2018;27:2523-35.
60. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth* 2019;32:99-111.
61. Zhou XL, Liu H, Li XH, Li F, Zhang SM, Zhang SR. Mediating effects of social support between antenatal depression and fear of childbirth among nulliparous woman. *Ann. Palliat. Med.* 2021;10:6399-409.
62. Sorenson DS, Tschetter L. Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspect. Psychiatr. Care* 2010;46:14-25.
63. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women and Men-Analysis of an Open-Ended Question. *J. Midwifery Womens Health* 2006;51:112-8.
64. Webb R, Bond R, Romero-Gonzalez B, Mycroft R, Ayers S. Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2021;51:1964-77.
65. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:275.
66. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2009;116:67-73.
67. Souto SP, Prata AP, Albuquerque RS, Caldeira S. Women's fear of childbirth during pregnancy: A concept analysis. *Int. J. Nurs. Knowl.* 2023;
68. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery* 2015;31:239-46.
69. do Souto SPA, Prata AP, de Albuquerque RS, Almeida S. Prevalence and predictive factors for fear of childbirth in pregnant Portuguese women: A cross-sectional study. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2022;31:100687.
70. Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, Sjögren B, Ryding EL, Wirfelt E, et al. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2007;86:814-20.
71. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being* 2020;15:1704484.

72. Fairbrother N, Thordarson DS, Stoll K. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2018;36:15-29.
73. Ozbek H, Pinar SE. The effect of haptonomy applied to pregnant women on perceived stress, fear of childbirth, and prenatal attachment: randomized controlled experimental study. *Curr. Psychol. N. B. NJ* 2022;1-10.
74. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. JOGNN* 2010;39:298-309.
75. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2009;88:807-13.
76. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J. Clin. Nurs.* 2009;18:667-77.
77. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2008;115:354-60.
78. Žigić Antić L, Nakić Radoš S, Jokić-Begić N. Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2019;40:226-31.
79. Moghaddam-Hosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth* 2018;31:254-62.
80. Melender RHL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:101-11.
81. Evans K, Spiby H, Morrell JC. Non-pharmacological interventions to reduce the symptoms of mild to moderate anxiety in pregnant women. A systematic review and narrative synthesis of women's views on the acceptability of and satisfaction with interventions. *Arch. Womens Ment. Health* 2020;23:11-28.
82. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2006;85:435-40.
83. Calpbinici P, Terzioglu F, Koc G. The relationship of perceived social support, personality traits and self-esteem of the pregnant women with the fear of childbirth. *Health Care Women Int.* 2023;44:1423-37.
84. Rondung E, Ekdahl J, Sundin Ö. Potential mechanisms in fear of birth: The role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth* 2019;46:61-8.

85. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F, et al. Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *J. Psychosom. Res.* 2019;116:37-43.
86. Jokic-Begic N, Zigic L, Nakic-Rados S. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2014;35:22-8.
87. Nakić-Radoš S, Žigić-Antić L, Jokić-Begić N. The role of personality traits and delivery experience in fear of childbirth: a prospective study. *J. Clin. Psychol. Med. Settings* 2022;29:750-9.
88. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2009;30:168-74.
89. Dursun E, Kızıllırmak A, Mucuk S. The relationship between personality characteristics and fear of childbirth: A descriptive study. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2021;35:296-302.
90. Asselmann E, Garthus-Niegel S, Martini J. Personality impacts fear of childbirth and subjective birth experiences: A prospective-longitudinal study. *PloS One* 2021;16:e0258696.
91. Gönenç İM, Aker MN, Güven H, Tekin ÖM. The effect of the personality traits of pregnant women on the fear of childbirth. *Perspect. Psychiatr. Care* 2020;56:347-54.
92. Uludağ E, Cerit E, Karatepe Y. Gender roles and personality traits as predictive factors for fear of childbirth. *Women Health* 2022;62:315-24.
93. Beal EM, Slade P, Krahé C. Cognitive processing biases associated with fear of childbirth. *J. Anxiety Disord.* 2023;99:102761.
94. Nath S, Lewis LN, Bick D, Demilew J, Howard LM. Mental health problems and fear of childbirth: A cohort study of women in an inner-city maternity service. *Birth Berkeley Calif* 2021;48:230-41.
95. Cho H, Ahn S. Do childbirth confidence, prenatal depression, childbirth knowledge, and spousal support influence childbirth fear in pregnant women? *Korean J. Women Health Nurs.* 2020;26:358-66.
96. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2011;118:1104-11.
97. Toohill J, Creedy DK, Gamble J, Fenwick J. A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice – An Australian perspective. *Women Birth* 2015;28:310-6.

98. Eberhard-Gran M, Slinning K, Eskild A. Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2008;29:258-61.
99. Lukasse M, Vangen S, Øian P, Kumle M, Ryding EL, Schei B. Childhood abuse and fear of childbirth: a population-based study. *Birth* 2010;37:267-74.
100. Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2011;90:33-40.
101. Porthan E, Lindberg M, Härkönen J, Scheinin NM, Karlsson L, Karlsson H, et al. Childhood trauma and fear of childbirth: findings from a birth cohort study. *Arch. Womens Ment. Health* 2023;26:523-9.
102. Miller YD, Danoy-Monet M. Reproducing fear: the effect of birth stories on nulligravid women's birth preferences. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21:451.
103. Smorti M, Ponti L, Simoncini T, Pancetti F, Mauri G, Gemignani A. Psychological factors and maternal-fetal attachment in relation to epidural choice. *Midwifery* 2020;88:102762.
104. i Font LC. Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata* 2015;129-45.
105. Vitek K, Ward LM. Risky, dramatic, and unrealistic: reality television portrayals of pregnancy and childbirth and their effects on women's fear and self-efficacy. *Health Commun.* 2019;34:1289-95.
106. Schaal NK, Hagenbeck C, Helbig M, Wulff V, Märthesheimer S, Fehm T, et al. The influence of being pregnant during the COVID-19 pandemic on birth expectations and antenatal bonding. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2023;41:15-25.
107. Muñoz-Vela FJ, Rodríguez-Díaz L, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Allande-Cussó R, Vázquez-Lara JM, et al. Fear and anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Int. J. Public Health* 2023;68:1605587.
108. Kanellopoulos D, Gourounti K. A systematic review of tocophobia rate before and during the COVID-19 pandemic. *Maedica* 2023;18:455-62.
109. Zilver SJM, Hendrix YMGA, Broekman BFP, de Leeuw RA, de Groot CJM, van Pampus MG. Fear of childbirth in pregnancy was not increased during the COVID-19 pandemic in the Netherlands: a cross-sectional study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2022;101:1129-34.
110. Souto SPA do, Albuquerque RS de, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev. Bras. Enferm.* 2020;73:e20200551.
111. Flink IK, Engström J, Vastamäki S, Vixner L, Engman L. Expecting the uncertain: The applicability of the intolerance of uncertainty model on fear of childbirth. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2023;44:2243648.

112. Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:96.
113. Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2013;34:116-21.
114. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2002;23:229-35.
115. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2013;92:210-4.
116. Sharma V, Sharma S. Tocophobia: a nosological quagmire. *Arch. Womens Ment. Health* 2023;26:713-5.
117. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2013;92:318-24.
118. Vaajala M, Liukkonen R, Kuitunen I, Ponkilainen V, Mattila VM, Kekki M. Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy: a nationwide case-control analysis in Finland. *BMC Womens Health* 2023;23:34.
119. Christiaens W, Van De Velde S, Bracke P. Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. *Women Health* 2011;51:220-39.
120. Arnau-Sánchez J, Martínez-Ros T, Castaño-Molina Á, Nicolás-Vigueras D, Martínez-Roche E. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal: Un estudio cualitativo. *Aquichan* 2016;16:370-81.
121. Viirman F, Hess-Engström A, Sjömark J, Hesselman S, Sundström Poromaa I, Ljungman L, et al. Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: A mixed methods study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2023;282:146-54.
122. Austin M, Highet N, Expert Working Group. *Mental Health Care in the Perinatal Period*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence; 2017.
123. Bilgiç G, Çıtak Bilgin N. Relationship between fear of childbirth and psychological and spiritual well-being in pregnant women. *J. Relig. Health* 2021;60:295-310.
124. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021;7:CD013321.
125. Bilert H. Tokophobia – a multidisciplinary problem. *Ginekol. Pol.* 2007;78.

126. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *JOGNN J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2009;38:567-76.
127. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2014;28:25-35.
128. Airo-Toivanen R, Korja R, Saisto T, Rouhe H, Muotka J, Salmela-Aro K. Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2018;36:363-80.
129. Hildingsson I, Rubertsson C. Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22:66.
130. Çapik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews Evid. Based Nurs.* 2018;15:455-63.
131. Yin A, Shi Y, Heinonen S, Räisänen S, Fang W, Jiang H, et al. The impact of fear of childbirth on mode of delivery, postpartum mental health and breastfeeding: A prospective cohort study in Shanghai, China. *J. Affect. Disord.* 2024;347:183-91.
132. Poggi L, Goutaudier N, Séjourné N, Chabrol H. When fear of childbirth is pathological: the fear continuum. *Matern. Child Health J.* 2018;22:772-8.
133. Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* 2010;26:327-37.
134. Bangma M, Kazemier BM, Papatsonis DNM, Van der Zaag-Loonen HJ, Paarlberg KM. The association between depressive symptoms during pregnancy and post-delivery fear of childbirth; a prospective study. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2020;38:367-77.
135. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2009;116:672-80.
136. Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin AJS. Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *L'Encephale* 2016;42:191-6.
137. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery* 2014;30:145-8.
138. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2024;S0002-9378(23)00713-5.

139. Grekin R, O'Hara MW, Brock RL. A model of risk for perinatal posttraumatic stress symptoms. *Arch. Womens Ment. Health* 2021;24:259-70.
140. Badaoui A, Kassm SA, Naja W. Fear and anxiety disorders related to childbirth: epidemiological and therapeutic Issues. *Curr. Psychiatry Rep.* 2019;21:N.PAG-N.PAG.
141. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clin. Eff. Nurs.* 2004;8:143-55.
142. Ryding EL, Lukasse M, Parys ASV, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth Issues Perinat. Care* 2015;42:48-55.
143. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through tris-orientated counseling? *Birth* 2006;33:221-8.
144. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2020;33:3867-72.
145. Elgzar WT, Alshahrani MS, Ibrahim HAF. Mode of delivery preferences: the role of childbirth fear among nulliparous women. *Front. Psychol.* 2023;14:1221133.
146. Potur DC, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlaci Y. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *Int. Nurs. Rev.* 2017;64:576-83.
147. Paarlberg KM, Wiel HBM van de, editores. *Ginecología y obstetricia biopsicosocial, Texto original: Un enfoque orientado a las competencias.* Springer International Publishing; 2017.
148. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010;26:394-400.
149. Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:78.
150. Alder J, Breiting G, Granado C, Fornaro I, Bitzer J, Hösli I, et al. Antenatal psychobiological predictors of psychological response to childbirth. *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* 2011;17:417-25.
151. Stützer P, Berlit S, Lis S, Schmahl C, Sütterlin M, Tuschy B, et al. Elective Caesarean section on maternal request in Germany: factors affecting decision making concerning mode of delivery. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2017;295:1151-6.

152. Aksu DF, Serçekuş P. Traumatic childbirth experiences, effects and coping: A qualitative study. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2023;37:100898.
153. Stoll K, Fairbrother N, Thordarson DS. Childbirth Fear: Relation to Birth and Care Provider Preferences. *J. Midwifery Womens Health* 2018;63:58-67.
154. Stoll KH, Hauck YL, Downe S, Payne D, Hall WA. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. *Reprod. Health* 2017;14:116.
155. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLOS ONE* 2016;11:e0148343.
156. D'Alton ME, Hehir MP. Cesarean delivery rates revisiting a 3-decades-old dogma. *JAMA* 2015;3.
157. World Health Organization. Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization; 2018.
158. Faisal I, Matinnia N, Hejar AR, Khodakarami Z. Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery* 2014;30:227-33.
159. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. 2001;98:7.
160. Bryanton J, Beck CT, Morrison S. When fear surrounding childbirth leads women to request a planned cesarean birth. *West. J. Nurs. Res.* 2022;44:643-52.
161. Dehghani M, Sharpe L, Khatibi A. Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *Eur. J. Pain* 2014;18:582-9.
162. Akintayo AA, Ade-Ojo IP, Olagbuji BN, Akin-Akintayo OO, Ogundare OR, Olofinbiyi BA. Cesarean section on maternal request: the viewpoint of expectant women. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2014;289:781-5.
163. Vaajala M, Liukkonen R, Ponkilainen V, Mattila VM, Kekki M, Kuitunen I. Birth rate among women with fear of childbirth: a nationwide register-based cohort study in Finland. *Ann. Epidemiol.* 2023;79:44-8.
164. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2011;205:45.e1-45.e9.
165. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2012;119:1238-46.

166. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2012;91:44-9.
167. Rúger-Navarrete A, Vázquez-Lara JM, Antúnez-Calvente I, Rodríguez-Díaz L, Riesco-González FJ, Palomo-Gómez R, et al. Antenatal fear of childbirth as a risk factor for a bad childbirth experience. *Healthc. Basel Switz.* 2023;11:297.
168. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2008;115:324-31.
169. Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2009;116:1350-5.
170. Molgora S, Fenaroli V, Cracolici E, Saita E. Antenatal fear of childbirth and emergency cesarean section delivery: a systematic narrative review. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2020;38:436-54.
171. Jespersen C, Hegaard HK, Schroll AM, Rosthøj S, Kjærgaard H. Fear of childbirth and emergency caesarean section in low-risk nulliparous women: a prospective cohort study. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2014;35:109-15.
172. Johnson R, Slade P, Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2002;109:1213-21.
173. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018;9:CD005528.
174. Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A, Sadan O. Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2012;91:16-21.
175. Vaajala M, Liukkonen R, Kuitunen I, Ponkilainen V, Mattila VM, Kekki M. Trends in the epidemiology of fear of childbirth and association with intended mode of delivery: A nationwide register-based cohort study in Finland. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2023;102:430-7.
176. Alehagen S, Wijma B, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2005;26:153-65.
177. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;
178. Fenaroli V, Saita E. Fear of childbirth: A contribution to the validation of the Italian version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ). *TPM Test. Psychom. Methodol. Appl. Psychol.* 2013;20:1-24.

179. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain* 2001;93:123-7.
180. Logtenberg SLM, Verhoeven CJ, Oude Rengerink K, Sluijs AM, Freeman LM, Schellevis FG, et al. Pharmacological pain relief and fear of childbirth in low risk women; secondary analysis of the RAVEL study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:347.
181. Sanni KR, Eeva E, Noora SM, Laura KS, Linnea K, Hasse K. The influence of maternal psychological distress on the mode of birth and duration of labor: findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Arch. Womens Ment. Health* 2022;25:463-72.
182. Deng Y, Lin Y, Yang L, Liang Q, Fu B, Li H, et al. A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Sci.* 2021;8:380-7.
183. Junge C, Soest T von, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth* 2018;45:469-77.
184. Chen X, Qiu P, Jing L, Huang S, Liu H, Zhang Q, et al. Beyond fear: unveiling the relationship between fear of childbirth and pharmacological pain relief. *Pain Manag. Nurs. Off. J. Am. Soc. Pain Manag. Nurses* 2023;24:659-65.
185. Kinsella MT, Monk C. Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2009;52:425-40.
186. Seefeld L, Weise V, Kopp M, Knappe S, Garthus-Niegel S. Birth experience mediates the association between fear of childbirth and mother-child-bonding up to 14 months postpartum: findings from the prospective cohort study DREAM. *Front. Psychiatry* 2021;12:776922.
187. Vismara L, Sechi C, Neri M, Paoletti A, Lucarelli L. Maternal perinatal depression, anxiety, fear of birth, and perception of infants' negative affectivity at three months. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2021;39:532-43.
188. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002;106:426-33.
189. Kaya A, Altuntu K. Investigation of the relationship between fear of birth and prenatal attachment in pregnancy. *Rev. Assoc. Medica Bras.* 1992 2023;69:e20230067.
190. Golmakani N, Gholami M, Shaghaghi F, Safinejad H, Kamali Z, Mohebbi-Dehnavi Z. Relationship between fear of childbirth and the sense of cohesion with the attachment of pregnant mothers to the fetus. *J. Educ. Health Promot.* 2020;9:261.

191. Jeró, Teixeira nima MA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999;318:153-7.
192. Aksoy AN, Aydin F, Kucur SK, Gözükar I. Maternal and fetal doppler velocimetry in women diagnosed with fear of childbirth. *Niger. J. Clin. Pract.* 2016;19:632.
193. Betegón ÁA, Moliner MG, Nadal GM, Sáez AC, Tercero SP, Tricas JG, et al. La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. 2017;9.
194. Beijers R, Buitelaar JK, de Weerth C. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2014;23:943-56.
195. Conrad MS, Trachtenberg E. Personality traits, childbirth expectations, and childbirth experiences: a prospective study. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2023;41:403-16.
196. Hosseini-Tabaghdehi M, Kolahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2020;33:3849.
197. Larsson B, Rubertsson C, Hildingsson I. Previous negative experiences of healthcare reported by Swedish pregnant women with fear of birth - A mixed method study. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2023;36:100859.
198. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance: Guidance NICE. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence; 2020.
199. Hendrix YMGA, Baas MAM, Vanhommerig JW, de Jongh A, Van Pampus MG. Fear of Childbirth in Nulliparous Women. *Front. Psychol.* 2022;13:923819.
200. Richens Y, Smith DM, Lavender DT. Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2018;16:98-112.
201. Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Biurrun-Garrido A, Castrillo-Pérez MI, Vicente-Hernández MM, Lluch-Canut T, et al. Miedo al parto: revisión bibliográfica de los instrumentos de medida. *Matronas Profesión* 2019;20:e36-42.
202. Weaver J, Browne J, Aras-Payne A, Magill-Cuerden J. A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). *JB Libr. Syst. Rev.* 2012;10:1-20.
203. Marshall CA, Jones C, Burt K, Lappin V, Martin CR, Jomeen J, et al. Practitioner perspectives on the use of selected fear of childbirth screening tools within a clinical context. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2023;1-13.

204. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women Birth* 2012;25:114-21.
205. Mudgal S, Shafqat N. Tools for Assessing Childbirth Fear: A Comprehensive Review and Psychometric Evaluation. *WHO South-East Asia J. Public Health* 2024;13:16-23.
206. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1998;19:84-97.
207. Garthus-Niegel S, Størksen HT, Torgersen L, Von Soest T, Eberhard-Gran M. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire -- a factor analytic study. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2011;32:160-3.
208. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2000;21:219-24.
209. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 2011;27:560-7.
210. Haines HM, Pallant JF, Fenwick J, Gamble J, Creed DK, Toohill J, et al. Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2015;6:204-10.
211. Roosevelt L, Low LK. Exploring fear of childbirth in the United States through a qualitative assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2016;45:28-38.
212. Roosevelt L, Zielinski R, Seng J, Low LK. Measuring Fear of Childbirth Among a Diverse Population in the United States: A Revised Wijma Delivery Expectancy/Experience Scale (WDEQ-10). *J. Midwifery Womens Health* 2023;68:581-7.
213. Fairbrother N, Collardeau F, Albert A, Stoll K. Screening for perinatal anxiety using the Childbirth Fear Questionnaire: a new measure of fear of childbirth. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 2022;19:2223.
214. Slade P, Balling K, Houghton G, Sheen K. A new scale for fear of childbirth: the Fear of Childbirth Questionnaire (FCQ). *J. Reprod. Infant Psychol.* 2022;40:602-12.
215. Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Castrillo-Pérez MI, Vicente-Hernández MM, Jimenez-Barragan M, et al. Reliability and validity study of the Spanish adaptation of the «Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire» (W-DEQ-A). *PloS One* 2021;16:e0248595.
216. Roldán-Merino J, Ortega-Cejas CM, Lluch-Canut T, Farres-Tarafa M, Biurrun-Garrido A, Casas I, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the

- “Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire” (W-DEQ-B). PLOS ONE 2021;16:e0249942.
217. González-de la Torre H, Domínguez-Gil A, Padrón-Brito C, Rosillo-Otero C, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Validation and psychometric properties of the spanish version of the Fear of Childbirth Questionnaire (CFQ-e). *J. Clin. Med.* 2022;11:1843.
 218. Fairbrother N, Albert A, Collardeau F, Keeney C. The Childbirth Fear Questionnaire and the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire as screening tools for specific phobia, fear of childbirth. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022;19:4647.
 219. Aguilera-Martín Á, Gálvez-Lara M, Blanco-Ruiz M, García-Torres F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *J. Clin. Psychol.* 2020;n/a.
 220. Striebich S, Ayerle GM. Fear of childbirth (FOC): pregnant women’s perceptions towards the impending hospital birth and coping resources - a reconstructive study. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2020;41:231-9.
 221. Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *JOGNN J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2011;40:532-43.
 222. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth Issues Perinat. Care* 2014;41:384-94.
 223. O’Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Women’s experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives* 2021;34:e309-21.
 224. Stoll K, Swift EM, Fairbrother N, Nethery E, Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth* 2018;45:7-18.
 225. Demirel G, Kaya N, Evcili F. The relationship between women’s perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother’s satisfaction. *J. Obstet. Gynaecol. J. Inst. Obstet. Gynaecol.* 2022;42:83-90.
 226. Imakawa CS de O, Nadai MN de, Reis MID, Quintana SM, Moises ECD. Fear of childbirth: it is time to talk about it! *Rev. Bras. Ginecol. E Obstet. Rev. Fed. Bras. Soc. Ginecol. E Obstet.* 2022;44:907-8.
 227. de Oliveira-Paes LB, Fabbro MRC, de Oliveira-Toso BRG, de Castro Bussadori JC, Ruiz MT, Salim NR, et al. Factors intervening in the childbirth experience: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024;24:14.

228. Onchonga D, Várnagy Á, Keraka M, Wainaina P. Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth. A qualitative interview study. *Sex. Reprod. Healthc.* 2020;25:100512.
229. Hamzehgardeshi Z, Ansari F. Non-pharmacological interventions may reduce levels of fear of childbirth, but the reduction may not be clinically significant. *Evid. Based Nurs.* 2022;ebnurs-2021-103475.
230. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;10:CD003766.
231. Halvorsen L, Nerum H, Sørli T, Øian P. Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth? *Midwifery* 2010;26:45-52.
232. Larsson B, Rubertsson C, Hildingsson I. A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2020;24:100504.
233. Larsson B, Hildingsson I, Ternström E, Rubertsson C, Karlström A. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women Birth* 2019;32:e88-94.
234. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2003;82:10-7.
235. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* 2018;61:97-115.
236. Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:1-5.
237. Lyberg A, Severinsson E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *J. Nurs. Manag.* 2010;18:391-9.
238. Lyberg A, Severinsson E. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. *J. Nurs. Manag.* 2010;18:383-90.
239. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2006;85:1315-9.
240. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes A, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2008;26:340-50.
241. Sydsjö G, Bladh M, Lilliecreutz C, Persson AM, Vyöni H, Josefsson A. Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment

- for severe fear of childbirth - a retrospective case control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:126.
242. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2013;120:75-84.
 243. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:190.
 244. Fenwick J, Toohill J, Slavin V, Creedy DK, Gamble J. Improving psychoeducation for women fearful of childbirth: Evaluation of a research translation project. *Women Birth* 2018;31:1-9.
 245. Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S, Moloodi R, Jafari E. The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:1-7.
 246. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J. Midwifery Womens Health* 2014;59:192-7.
 247. Brodrick A. Too afraid to push: dealing with fear of childbirth. *Pract. Midwife* 2014;17:15-7.
 248. Guskowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping* 2014;27:176-89.
 249. Gökçe İsbir G, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl. Nurs. Res.* 2016;32:227-32.
 250. Karabulut Ö, Potur DC, Merih YD, Mutlu SC, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int. Nurs. Rev.* 2016;63:60-7.
 251. Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand. J. Caring Sci.* 2017;31:293-301.
 252. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2015;94:629-36.
 253. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei S, Esmaeily H. The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *J. Educ. Health Promot.* 2017;6:97.
 254. Henriksen L, Borgen A, Risløkken J, Lukasse M. Fear of birth: Prevalence, counselling and method of birth at five obstetrical units in Norway. *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives* 2020;33:97-104.

255. Wulcan AC, Nilsson C. Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study. *Sex. Reprod. Healthc.* 2019;19:24-30.
256. Navaee M, Abedian Z. Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2015;20:7.
257. Wahlbeck H, Kvist LJ, Landgren K. Art therapy and counseling for fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Art Ther. J. Am. Art Ther. Assoc.* 2020;37:123-30.
258. Kordi M, Bakhshi M, Masoudi S, Esmaily H. Effect of a childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *J. Evid.-Based Care* 2017;7:26-34.
259. Soltani F, Eskandari Z, Khodakarami B, Parsa P, Roshanaei G. The effect of self-efficacy oriented counselling on controlling the fear of natural delivery in primigravida women. *J Pharm Sci* 2017;9.
260. Ghasemi F, Bolbol-Haghighi N, Mottaghi Z, Hosseini SR, Khosravi A. The effect of group counseling with cognitive-behavioral approach on self-efficacy of pregnant women's choice of vaginal delivery. *Iran. J. Psychiatry Behav. Sci.* 2018;In Press.
261. Wahlbeck H, Kvist LJ, Landgren K. Gaining hope and self-confidence—An interview study of women's experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth. *Women Birth* 2018;31:299-306.
262. Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrazi M, Gholinia H. Effect of psychotherapy on reduction of fear of childbirth and pregnancy stress: a randomized controlled trial. *Front. Psychol.* 2020;11:787.
263. Swift EM, Zoega H, Stoll K, Avery M, Gottfreðsdóttir H. Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives* 2021;34:381-8.
264. Bakhteh A, Jaberghaderi N, Rezaei M, Naghibzadeh ZAS, Kolivand M, Motaghi Z. The effect of interventions in alleviating fear of childbirth in pregnant women: a systematic review. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2024;42:5-21.
265. Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenatal education fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: a prospective randomized controlled study. *Clin. Nurs. Res.* 2021;30:818-29.
266. Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023;23:541.

267. Dai L, Shen Q, Redding SR, Ouyang YQ. Simulation-based childbirth education for Chinese primiparas: A pilot randomized controlled trial. *Patient Educ. Couns.* 2021;
268. Khademioore S, Ebrahimi E, Khosravi A, Movahedi S. The effect of an mHealth application based on continuous support and education on fear of childbirth, self-efficacy, and birth mode in primiparous women: A randomized controlled trial. *PloS One* 2023;18:e0293815.
269. Kızılırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl. Nurs. Res.* 2016;29:19-24.
270. Yörük S, Acikgoz A. Effect of antenatal class attendance on fear of childbirth and antenatal stress. *Rev. Saúde Pública* 2023;57:18.
271. Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaili-Vardanjani A, Rafiei H. Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: a randomized controlled trial. *J. Fam. Reprod. Health* 2016;10:115-21.
272. Fikry-Hassan-Khedr N. Effect of healthy instructions on reducing pregnant women's fear of normal delivery and preferences for cesarean delivery. *Am. J. Nurs. Sci.* 2017;6:176.
273. Uludağ E, Serçekuş P, Vardar O, Özkan S, Alataş SE. Effects of online antenatal education on worries about labour, fear of childbirth, preparedness for labour and fear of covid-19 during the covid-19 pandemic: A single-blind randomised controlled study. *Midwifery* 2022;115:103484.
274. Taheri Z, Mazaheri MA, Khorsandi M, Hassanzadeh A, Amiri M. Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women. *Int. J. Prev. Med.* 2014;5:1247-54.
275. El-Malky M, Samah M, El-Homosy, Seif E, Ashour S, Shehata Y, et al. Effectiveness of antenatal nursing intervention on childbirth's fears, psychological-wellbeing and pregnancy outcomes in primipara's women. *Int. J. Nurs. Sci.* 2018;4:17-24.
276. Hands KK, Clements-Hickman A, Davies CC, Brockopp D. The Effect of Hospital-Based Childbirth Classes on Women's Birth Preferences and Fear of Childbirth: A Pre- and Post-Class Survey. *J. Perinat. Educ.* 2020;29:134-42.
277. Mousavi SR, Amiri-Farahani L, Haghani S, Pezaro S. Comparing the effect of childbirth preparation courses delivered both in-person and via social media on pregnancy experience, fear of childbirth, birth preference and mode of birth in pregnant Iranian women: A quasi-experimental study. *PloS One* 2022;17:e0272613.
278. Ozdemir ME, Cilingir IU, Ilhan G, Yildiz E, Ohanoglu K. The effect of the systematic birth preparation program on fear of vaginal delivery and quality of life. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2018;298:561-5.

279. Fisher C, Hauck Y, Bayes S, Byrne J. Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:126.
280. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016;34:166-72.
281. Moshki M, Esmailzadeh-Asali F, Rahmani-Bilandi R, Esmaily H, Dehnoalian A, Jafari A. The effect of prenatal education in two ways, face-to-face and virtual, on the fear of natural childbirth in pregnant women. *Z. Gesundheitswissenschaften* 2023;1-9.
282. Kaya N, Guler H. Online solution-focused psychoeducation as a new intervention for treating severe fear of childbirth: A randomized controlled trial in the pandemic period. *Perspect. Psychiatr. Care* 2022;58:2116-26.
283. Toohill J, Callander E, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women - a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:217.
284. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding EL, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience - a randomised controlled trial. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2015;36:1-9.
285. Sjögren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. A follow up of 72 women. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1998;77:819-25.
286. Akgün M, Boz İ, Özer Z. The effect of psychoeducation on fear of childbirth and birth type: systematic review and meta-analysis. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2020;41:253-65.
287. Tola YO, Akingbade O, Akinwaare MO, Adesuyi EO, Arowosegbe TM, Ndikom CM, et al. Psychoeducation for psychological issues and birth preparedness in low- and middle-income countries: a systematic review. *AJOG Glob. Rep.* 2022;2:100072.
288. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J. Health Psychol.* 2012;17:520-34.
289. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2015;
290. Boz İ, Akgün M, Duman F. A feasibility study of a psychoeducation intervention based on Human Caring Theory in nulliparous women with fear of childbirth. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2021;42:300-12.

291. Yesildag B, Golbasi Z. Effects of the web-based birth preparation programme and motivational interviews on primigravida women: Randomized-controlled study. *Int. J. Nurs. Pract.* 2023;e13207.
292. Boz İ, Akgün M, Duman F. Women's experiences about the psychoeducational group programme with caring-healing modalities and peer support on fear of childbirth: A phenomenological study. *Perspect. Psychiatr. Care* 2022;58:1512-20.
293. Helk A, Spilling HS, Smeby NA. Psychosocial support by midwives of women with a fear of childbirth: a study of 80 women. *Nord. J. Nurs. Res. Clin. Stud. Vård Nord.* 2008;28:47-9.
294. Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997;76:948-52.
295. Baylis R, Ekdahl J, Haines H, Rubertsson C. Women's experiences of internet-delivered Cognitive Behaviour Therapy (iCBT) for Fear of Birth. *Women Birth* 2020;33:e227-33.
296. Hildingsson I, Rubertsson C. Childbirth experiences among women with fear of birth randomized to internet-based cognitive therapy or midwife counseling. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2020;41:205-14.
297. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Ternström E, Ekdahl J, Segeblad B, et al. Birth preference in women undergoing treatment for childbirth fear: A randomised controlled trial. *Women Birth* 2017;30:460-7.
298. Nieminen K, Malmquist A, Wijma B, Ryding EL, Andersson G, Wijma K. Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2015;122:1259-65.
299. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2016;37:37-43.
300. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Sundin Ö, Ekdahl J, et al. A randomized controlled study comparing internet-based cognitive behavioral therapy and counselling by standard care for fear of birth – A study protocol. *Sex. Reprod. Healthc.* 2017;13:75-82.
301. Uçar T, Golbasi Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2019;40:146-55.
302. Alivand Z, Nourizadeh R, Hakimi S, Esmaeilpour K, Mehrabi E. The effect of cognitive-behavioral therapy and haptonomy on fear of childbirth in primigravida women: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry* 2023;23:929.
303. Abdolalipour S, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mashayekh-Amiri S, Mirghafourvand M. The effectiveness of mindfulness-based interventions on self-

- efficacy and fear of childbirth in pregnant women: A systematic review and meta-analyses. *J. Affect. Disord.* 2023;333:257-70.
304. Kuo TC, Au HK, Chen SR, Chipojola R, Lee GT, Lee PH, et al. Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial. *Midwifery* 2022;113:103438.
305. Pour-Edalati M, Moghadam NK, Shahesmaeili A, Salehi-Nejad P. Exploring the effect of mindfulness-based stress reduction on childbirth fear among single-child mothers in the city of Kerman, Iran: a clinical trial study. *Med.-Surg. Nurs. J.* 2018;7:1-7.
306. Wang SL, Sun MY, Huang X, Zhang DM, Yang L, Xu T, et al. Benefits of Mindfulness Training on the Mental Health of Women During Pregnancy and Early Motherhood: A Randomized Controlled Trial. *Biomed. Environ. Sci. BES* 2023;36:353-66.
307. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:140.
308. Van der Meulen RT, Veringa-Skiba IK, Van Steensel FJA, Bögels SM, De Bruin EI. Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: outcomes of a randomized controlled trial assessing short- and longer-term effects on psychological well-being, birth and pregnancy experience. *Midwifery* 2023;116:103545.
309. van Steensel FJA, Veringa-Skiba IK, Sauer AR, de Bruin EI, Bögels SM. Cost-effectiveness of the mindfulness-based childbirth and parenting program for pregnant women with fear of childbirth. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. JOGNN* 2023;S0884-2175(23)00275-7.
310. Veringa-Skiba IK, de Bruin EI, van Steensel FJA, Bögels SM. Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing mindfulness-based childbirth and parenting with enhanced care as usual. *Birth Berkeley Calif* 2022;49:40-51.
311. Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJA, Dirksen CD, et al. «I've Changed My Mind», Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016;16:377.
312. Babbar S, Oyarzabal AJ. The application of hypnosis in obstetrics. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2021;64:635-47.
313. Bulez A, Ceber E, Sogukpinar N. Evaluation of the effect of hypnobirthing education during antenatal period on fear of childbirth. *Eur. Res. J.* 2018;5.

314. Narita Y, Shinohara H, Kodama H. Resting heart rate variability and the effects of biofeedback intervention in women with low-risk pregnancy and prenatal childbirth fear. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback* 2018;43:113-21.
315. Baleghi M, Akerdi EM, Pasha YZ. The effect of relaxation on childbirth and an increase in natural childbirth. *J. Babol Univ. Med. Sci.* 2016;18:14-9.
316. Hunter L, Bormann J, Belding W, Sobo EJ, Axman L, Reseter BK, et al. Satisfaction and use of a spiritually based mantram intervention for childbirth-related fears in couples. *Appl. Nurs. Res.* 2011;24:138-46.
317. Gönenç İM, Dikmen HA. Effects of dance and music on pain and fear during childbirth. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2020;49:144-53.
318. Rahmani R, Yaghoobi-Moghadam F, Hadizadeh-Talasaz F, Rahmani MR. The effect of peer education on fear of childbirth in pregnant women: a randomized clinical trial. *Int. J. Womens Health Reprod. Sci.* 2019;8:209-14.
319. Sezen C, Ünsalver BÖ. Group art therapy for the management of fear of childbirth. *Arts Psychother.* 2019;64:9-19.
320. Sarpkaya-Güder D, Yalvac M, Vural G. The effect of pregnancy Pilates-assisted childbirth preparation training on childbirth fear and neonatal outcomes: a quasi-experimental/quantitative research. *Qual. Quant.* 2018;52:1-13.
321. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WHM, Vingerhoets AJJM. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2019;40:38-47.
322. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WHM, Vingerhoets AJJM. Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement. Altern. Med.* 2014;14:1-10.
323. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2018;16:50-5.
324. Hildingsson I, Karlström A, Rubertsson C, Haines H. Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women Birth* 2019;32:58-63.
325. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2019;21:33-8.
326. Irmak-Vural P, Aslan E. Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2019;35:224-31.
327. Phumdoung S, Youngvanichsate S, Wongmuneeworn W. The effects of instrumental marching and cheerful music on women's sense of power, self-control,

- fear of childbirth, and second-stage duration during their second stage of labor. *Songklanagarind Med. J.* 2011;29:163-73.
328. İsbir GG, Serçekuş P. The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: a single-blind randomized controlled trial. *J. Nurs. Res. JNR* 2017;25:112-9.
329. Cankaya S, Can R. The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study. *Niger. J. Clin. Pract.* 2021;24:1624-32.
330. Kahraman HG, Gökçe İsbir G. The effect of continuous intrapartum supportive care on maternal mental health: a randomized controlled trial. *Women Health* 2023;63:774-86.
331. Vázquez Lara FJ, Pérez Marín S, Palomo Gómez R. *Enfermería Maternal y del Recién Nacido I: Parte 1.* En: Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Madrid: 2014.
332. Código deontológico de las matronas españolas. Asociación española de matronas; 2011.
333. Competencias esenciales para la práctica de la partería. The Hague, KN: International Confederation of Midwives.; 2002.
334. Banta. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Health Evidence Network Report; 2003.
335. Bradley R. Available from: <https://bradleybirth.com/WhyBradley.aspx>
336. International Childbirth Education Association [Internet]. Int. Childbirth Educ. Assoc. Available from: <https://icea.org/>
337. Hotelling BA. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *J. Perinat. Educ.* 2007;16:38-43.
338. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
339. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2014;28:3-12.
340. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, García-Álvarez A. Does the birth plan match what is relevant to women? Preferences of Spanish women when giving birth. *BMC Womens Health* 2024;24.
341. Coo S, Milgrom J, Kuppens P, Trinder J. Perinatal distress, an appraisal perspective. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2015;33:190-204.

342. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.* 1997;84:191-215.
343. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. Worth Publishers; 1997.
344. Carlsson IM, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery* 2015;31:1000-7.
345. Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PloS One* 2020;15:e0230992.
346. Orem DE. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. 1993.
347. Salazar Molina A, Valenzuela Suazo S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Rev. Bras. Enferm.* 2009;62:613-9.
348. de Farias MC, da Nóbrega MM. Nursing diagnoses in a high risk pregnant woman based on Orem's self-care theory: a case study. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 2000;8:59-67.
349. Torres G de V, Davim RM, da Nóbrega MM. Application of the nursing process based on Orem's theory: a case study with a pregnant adolescent. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 1999;7:47-53.
350. Hart MA. Orem's self-care deficit theory: research with pregnant women. *Nurs. Sci. Q.* 1995;8:120-6.
351. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España; 2011.
352. International confederation of midwives [Internet]. Available from: <https://internationalmidwives.org/es/home-espanol/>
353. Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. Available from: <https://federacionmatronas.org/>
354. El Parto es Nuestro [Internet]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
355. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Canarias. Protocolo: Dolor en el Parto. 2015;
356. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Canarias. Guía práctica sobre la atención al parto normal. 2013;
357. Vélez-Frías CR. Cartilla para aprender a dar a luz. Talasa Ediciones; 1998.
358. Vélez-Frías CR. Parir sin miedo: el legado de Consuelo Ruiz Vélez-Frías. OB STARE; 2008.

359. Gloria Lemay [Internet]. Available from: <http://www.glorialemay.com/>
360. Ibone Olza [Internet]. Available from: <https://iboneolza.org/>
361. Educación maternal: Preparación para el nacimiento. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública; 2009.
362. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ* 2014;348:g1687.
363. Beyebach M, Vega MH de. 200 Tareas en terapia breve (2ª ed.): individual, familiar y de pareja. S.l.: 2016.
364. El miedo (I) [Internet]. 2013 [citado 2024 feb 18]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=U39pGZYVoZ0>
365. de Vries NE, Stramrood CAI, Sligter LM, Sluijs AM, van Pampus MG. Midwives' practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum post-traumatic stress disorder. *Women Birth* 2020;33:e95-104.
366. Cobos-Carbó A, Augustovski F. Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Med. Clínica* 2011;137:213-5.
367. Morales LV, de León Socorro S. Protocolo: Control Prenatal de Embarazo de Bajo Riesgo. Las Palmas de Gran Canaria: Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil; 2011.
368. Fernández E. Control de la gestación de alto riesgo en consulta de obstetricia en ambulatorio. Las Palmas de Gran Canaria: Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil; 2019.
369. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:372.
370. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Inv Ed Med* 2013;2:217-24.
371. RANDOM.ORG - Servicio de Números Aleatorios Verdaderos [Internet]. Available from: <https://www.random.org/>
372. López-Rodríguez JA. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online. *Aten. Primaria* 2019;51:586-9.
373. Mattos-Vela MA, Alfaro-Carballido D. Calidad de las investigaciones basadas en encuestas: directrices para buenos informes. *Odontol. Sanmarquina* 2020;1:75-82.

374. Neo HS, Tan JH, Ang WHD, Lau Y. Internet-delivered psychological interventions for reducing depressive, anxiety symptoms and fear of childbirth in pregnant women: A meta-analysis and meta-regression. *J. Psychosom. Res.* 2022;157:110790.
375. Fear of childbirth, depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and assessment of medical, economic, social and ethical aspects. An HTA Report. Stockholm: Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU); 2021.
376. Sluijs AM, Wijma K, Cleiren MPHD, van Lith JMM, Wijma B. Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2020;41:266-74.
377. González-de la Torre H, Miñarro-Jiménez S, Palma-Arjona I, Jeppesen-Gutierrez J, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Satisfacción percibida por las mujeres durante el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias a través del Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). *Enferm. Clínica* 2020;S1130862120303259.
378. García ´-de Diego JM, Serrano-del Rosal R. Universalization, parity and evolution of the demand of epidural analgesia in labor in Andalusia (Spain). *Gac. Sanit.* 2019;33:427-33.
379. González-de la Torre H, Mies-Padilla S, Monzón-Déniz J, Jeppesen-Gutierrez J. Analgesia epidural: actitud y calidad percibida por las puérperas en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. *Matronas Prof.* 2021;21:27-34.
380. Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives* 2020;33:323-33.
381. Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, Long Q, Nion S, Bohren MA, et al. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *PloS One* 2021;16:e0251072.
382. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:195.
383. Turkstra E, Mihala G, Scuffham PA, Creedy DK, Gamble J, Toohill J, et al. An economic evaluation alongside a randomised controlled trial on psycho-education counselling intervention offered by midwives to address women's fear of childbirth in Australia. *Sex. Reprod. Healthc.* 2017;11:1-6.
384. Nieminen K, Wijma K, Johansson S, Kinberger EK, Ryding EL, Andersson G, et al. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2017;96:438-46.

385. Bjørseth H, Vinnes Kvarme C, Lundgren I. Norwegian midwives' experiences of encounter and support women with fear of childbirth during birth. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2023;37:100881.
386. Richens Y, Hindley C, Lavender T. A national online survey of UK maternity unit service provision for women with fear of birth. *Br. J. Midwifery* 2015;23:574-9.
387. Rondung E, Magnusson S, Ternström E. Preconception fear of childbirth: experiences and needs of women fearing childbirth before first pregnancy. *Reprod. Health* 2022;19:202.
388. Hildingsson I, Rubertsson C. The role of women's emotional profiles in birth outcome and birth experience. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2022;43:298-306.

10. CONTRIBUCIONES CIENTÍFICAS

11. Contribuciones científicas

Esta tesis concluye con las siguientes contribuciones científicas derivadas del ensayo clínico aleatorizado.

11.1. Publicaciones en revistas científicas.

1. Mies-Padilla S, González-de la Torre H, López-Alcaide E, Verdú-Soriano J, Martín-Martínez A. **Randomized controlled trial of interventions used by midwives to treat fear of childbirth.** Nurs Res. 2024. (*anexo XXXIII*)
2. Mies-Padilla S, González-de la Torre H, López-Alcaide E, Martín-Martínez A. **Las experiencias de las matronas en el acompañamiento intraparto de mujeres con miedo al parto.** Matronas Prof. 2023;24:4. (*anexo XXXIV*)

11.2. Comunicaciones orales

3. **IV Congreso de jóvenes investigadores/as de Canarias y II Congreso internacional de jóvenes por la investigación.** *Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la atención habitual: resultados preliminares.* (*anexo XXXV*)
4. **Sesiones de matronas del hospital universitario materno infantil de Canarias.** *Atención por Matronas en la Fase intraparto del Estudio FOC.* (*Anexo XXXVI*)
5. **Jornadas científicas del día internacional de la enfermería (2022).** *Resultados preliminares de un ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional.* (*anexo XXXVII*)

11.3. Comunicación tipo poster científico

6. **XXVI Encuentro internacional de investigación en cuidados / IV Jornada internacional de doctorandos.** *Intervención específica frente a la atención habitual para el abordaje del miedo al parto: ensayo clínico aleatorizado.* (*anexo XXXVIII*)

11.4. Comunicación tipo divulgación científica

7. **I Concurso de divulgación #HILOTESIS** organizado por Red Divulga Grupo de Divulgación y Cultura Científica de CRUE Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas. (*anexo XXXIX*)

11. ANEXOS

12. Anexos

12.1. Anexo I. Plantilla de la lista de comprobación TIDieR

N.º ítem		Pág.
Nombre abreviado		
1	Presente el nombre de la intervención o una frase que la describa	113
Por qué		
2	Describa el fundamento, el marco teórico, o el propósito de los componentes esenciales de la intervención	117-134
Qué		
3	Materiales: describa cualquier material físico o informativo empleado en la intervención, incluyendo el proporcionado a los participantes, el utilizado para aplicar la intervención o el empleado para formar a los encargados de aplicar la intervención. Informe sobre dónde se puede acceder a los materiales (por ejemplo, apéndice en línea)	186-188 y Anexos II a VI
4	Procedimientos: describa los procedimientos, actividades y procesos utilizados en la intervención, y cualquier actividad de facilitación o soporte	135-176
Quién realiza la intervención		
5	Describa la experiencia, formación y entrenamiento específico de cada perfil profesional que realice la intervención (por ejemplo, psicólogo o asistente de enfermería)	186-187
Cómo		
6	Describa la forma de realizar la intervención (por ejemplo, presencial o por otro medio, como por Internet o teléfono), y si la intervención se efectuó individual o grupal	186-187
Dónde		
7	Describa el lugar donde se realiza la intervención, incluyendo cualquier infraestructura necesaria o característica relevante	182
Cuando y cuánto		
8	Describa el número de veces que se realizó la intervención y durante cuánto tiempo, indicando el número de sesiones, la cronología, la duración y la intensidad o dosis	135,176
Adaptaciones		
9	Si la intervención se planificó para ser personalizada, con ajustes o adaptada, entonces describa qué, por qué, cuándo y cómo	-
Modificaciones		
10	Si se modificó la intervención en el curso del estudio, describa los cambios (qué, por qué, cuándo y cómo)	-
Cómo de bien		
11	Planificado: si se evaluó el cumplimiento o la fidelidad a la intervención describa cómo y por quién, y si se utilizaron estrategias para mantener o mejorar el cumplimiento, descríbalas	186-188
12	Observado: si se evaluó el cumplimiento o la fidelidad a la intervención, describa en qué medida la intervención se llevó a cabo según lo planeado	209-212

12.2. Anexo II. Presentación de la sesión 1

BIENVENIDAS....!!!



5 SESIONES / 45-60 MINUTOS / EN FIN DE SEMANA PREF.

ESPACIO TRANQUILO Y CONFORTABLE

TABLET , ORDENADOR O TABLET

PREFRENTE AURICULARES CON MICRÓFONO

CON O SIN VIDEO

CON O SIN SONIDO

CHAT ABIERTO

1

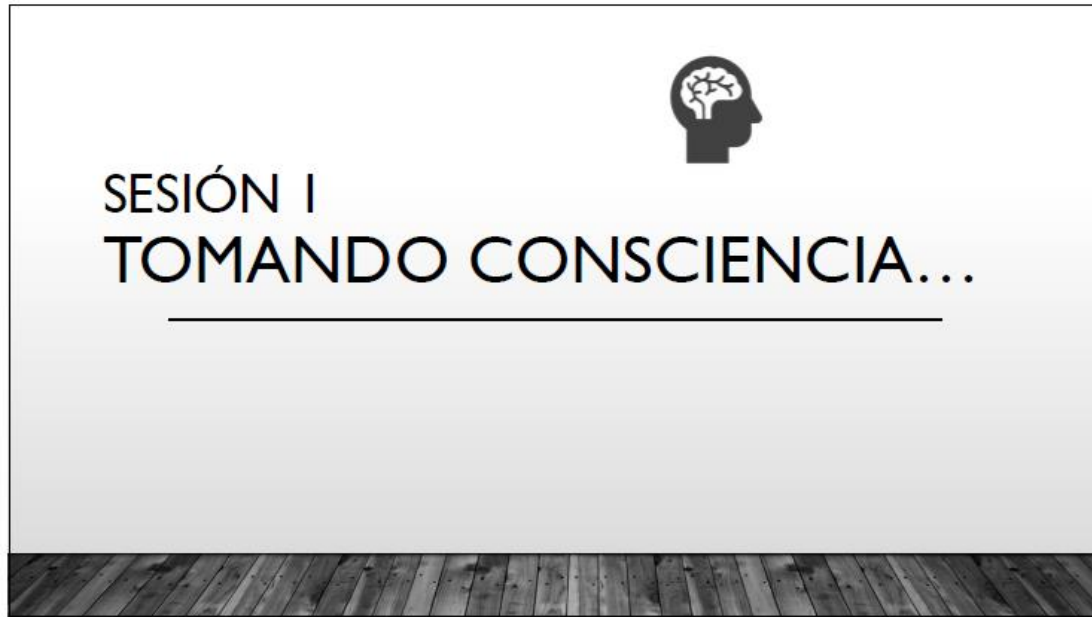


SESIÓN	¿?	TEMAS	VIDEOS	TERAPIA BREVE
1	Comunicar los miedos	Tomando consciencia...	La acogida	Caja recursos
				Carta despedida
				El amuleto
2	Tus deseos	Plan de parto	El Triage	La tarea del antropólogo
				Tarea del 5,4,3,2,1
3	Capacidad personal	El Parto	Expectantes	El Mantra
4	Acompañamiento	Competencias matrona	Paritorios	Detectar e implantar fortalezas
		Equipo de trabajo		
5	Afrontando el dolor	Adaptarse a las diferentes situaciones	Área de puerperio	Consejos de experto
			Servicio de transición	

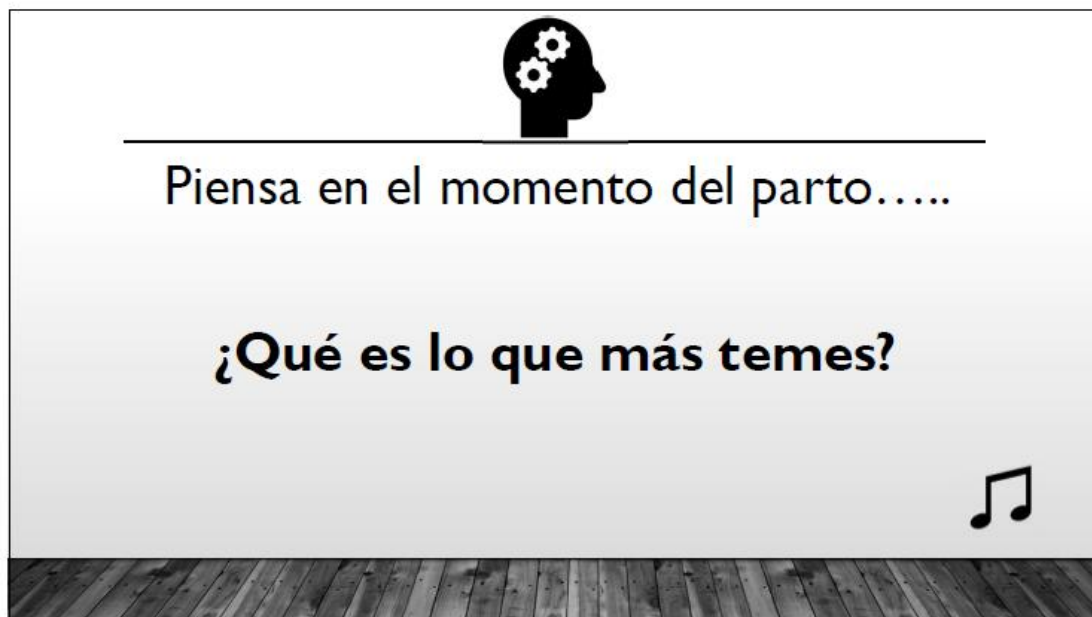
ORGANIGRAMA DE LAS SESIONES EDUCATIVAS



2



3



4

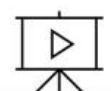
¿QUÉ ES EL MIEDO?

Según la RAE:

- Angustia por un **riesgo o daño real o imaginario**.
- Recelo o aprensión que alguien tiene de que **le suceda algo contrario a lo que desea**.



5



¿QUÉ ES EL MIEDO?

- Emoción **básica, Compartida** por todos los seres humanos y animales
- Reacción normal **adaptativa** que protege en situaciones amenazantes o las anticipa
- Es malo cuando impide o dificulta conseguir los objetivos que nos proponemos
- Miedos **innatos** Vs Miedos **aprendidos** (experiencias propias o contadas)

Más experiencias/aprendizaje → menos miedo o mejor afrontamiento

Transformar emoción negativa...
..en solución de problemas y crecimiento



6

TOMAR CONSCIENCIA DE LA EMOCIÓN REQUIERE...

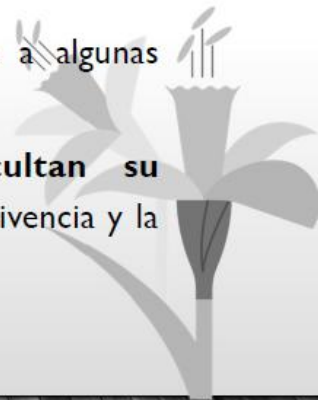
- Sentirla en el cuerpo
- Darle nombre
- Aceptarla y explorarla en el cuerpo
- Distanciarse de ella = No identificarse



7

¿QUÉ ES EL MIEDO AL PARTO?

- Estado de **ansiedad intensa** que lleva a algunas mujeres a temer el parto
- Continuo de pensamientos que **dificultan su preparación** psicológica para el parto, su vivencia y la transición a la maternidad



8

¿QUIÉN....?

Grupo **heterogéneo**

❖ Predisposición por:

- Característica personales
- Características relacionales
- Apoyo social
- Extranjera
- Nivel socioeconómico
- Nivel educativo
- Situación laboral
- Edad ...



9

¿POR QUÉ?

Causa **multifactorial**

❖ Causado por:

- Falta de conocimientos adecuados
- Historias contadas
- Situaciones traumáticas propias o transmitidas de generación en generación
- Sistema de salud caracterizado aumento de intervenciones obstétricas ...



10

¿A QUE...?

- Hacer algo mal durante el parto que pueda lesionar al niño o a ella misma
- Perder el control y su sentido de la realidad
- No poder respirar o empujar de manera correcta
- Falta de asistencia en caso de necesidad,
- Perder tu capacidad debido a una intervención médica
- Creencias y valores no sean respetados
- Falta adaptabilidad cuando no se cumplen las expectativas
- No ser tratada con empatía, de manera amistosa y respetuosa
- Quedarse sola
- Parto prolongado o Dolor durante el trabajo de parto sea intolerable
- Intervenciones (cesárea, episiotomía, parto instrumental, anestesia, desgarros...)



11

LO QUE CUENTA NUESTRO ENTORNO...

El miedo provocado las historias de terror que nos cuentan no se debe a que el parto sea algo muy difícil y peligroso, sino que pueden ser fruto de:

- Experiencias en partos que han sufrido alguna complicación
- Experiencias de partos donde no se han cumplido las expectativas
- Miedo al parto y al dolor inculcado culturalmente
- Atención inadecuada por parte de los profesionales



12

LO QUE ACEPTA LA SOCIEDAD...

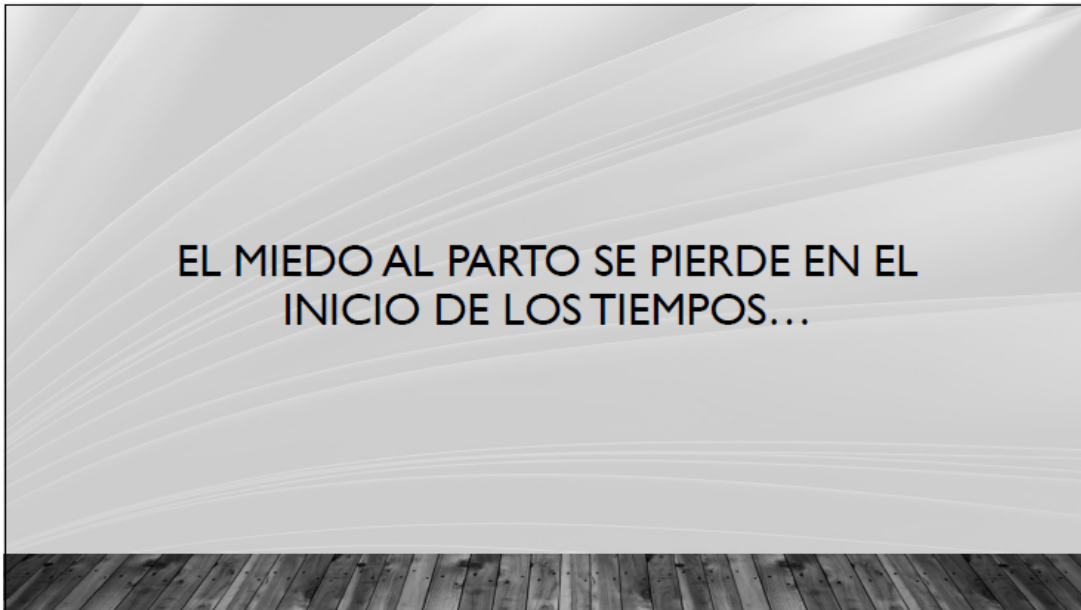
Es común que se piense en esta sociedad que las mujeres no pueden hacer nada, lo que incrementa aún más el miedo y provoca que se llegue al parto...

- En actitud de sumisión en vez de empoderamiento
- Pensando que el equipo médico te va a ayudar a parir....
....que te salva la vida a ti y a su bebe.
- Delegando en el médico o matrona toda responsabilidad



13

**EL MIEDO AL PARTO SE PIERDE EN EL
INICIO DE LOS TIEMPOS...**



14

Y QUE PUEDES HACER TU!!!

- Reconocer el miedo
- Diferenciar si es real o imaginario
- Contactar con nuestros propios recursos para afrontarlo
- Poner límites que te den seguridad
- Tener cuidado de respuestas evitativas
- Paciencia y Persistencia

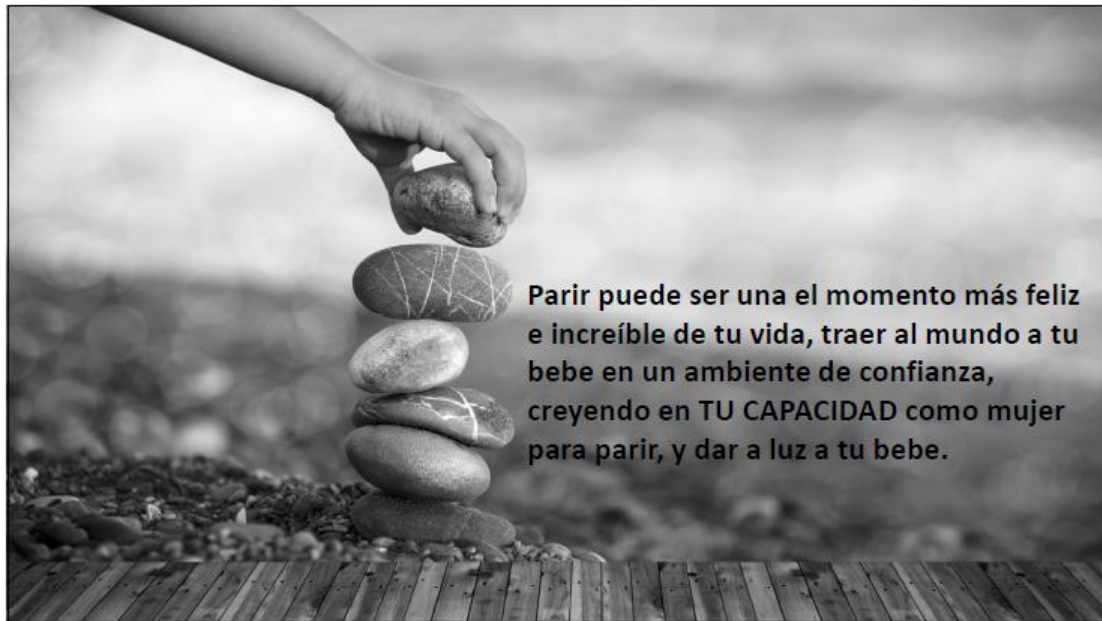


15



La información es una de las mejores armas contra el miedo.

16



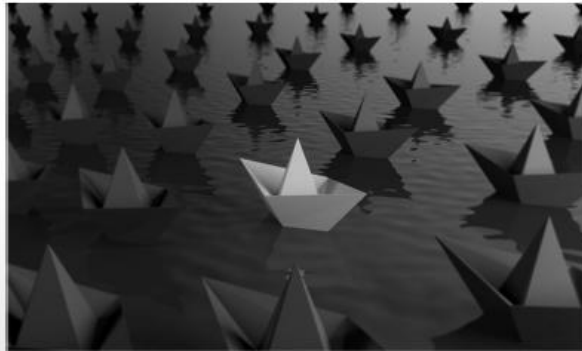
Parir puede ser una el momento más feliz e increíble de tu vida, traer al mundo a tu bebe en un ambiente de confianza, creyendo en TU CAPACIDAD como mujer para parir, y dar a luz a tu bebe.

17



Parir acompañada de profesionales que te proporcionaran las condiciones más adecuadas para hacer que ese momento sea único.

18



Podemos aprender a temer objetos o contextos....
....y también se puede desaprender

19



EMPIEZA A CONOCER TU PARITORIO....

La Acogida
Hospital Materno
Infantil de Gran
Canaria



20

CREANDO RECURSOS I

La caja de los recursos

- Prepararte una caja (bonita a ser posible) en la que irás guardando todo tipo de “recursos” que te puedan ayudar para afrontar tus miedos (fotos, amuletos,)
- Si en algún momento te sientes mal o el miedo no te deja disfrutar de tu embarazo o parto, puedes abrirla y utilizar alguno de ellos.



21



CREANDO RECURSOS II

La carta de despedida

- Escribe una carta de despedida a tu miedo al parto, en la que, tras agradecer los servicios prestados, detalles las razones por las que quieres prescindir de él. Como ejemplo:

“Querido miedo: esta es una carta de despedida. Se que a lo largo de estos meses/años me has hecho mucha compañía...pero me he dado cuenta de que ya no tienes nada que aportarme. Al contrario, ahora veo que te has impuesto entre mi parto y yo.... Quiero disfrutar de mi embarazo y mi parto...; quiero volver a despertarme por las mañanas sin agobiarme por el parto que se aproxima, disfrutar de..... Pero sobre todo quiero ser... Por eso te digo “Hasta Nunca”.

- Guárdala en tu caja de los recursos

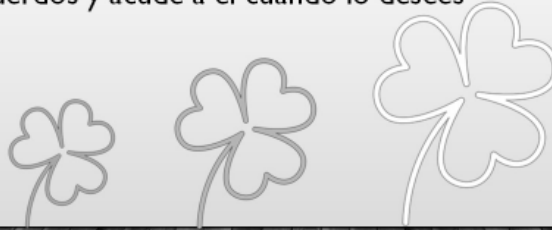


22

CREANDO RECURSOS III

El amuleto

- Elige o construye un amuleto que le recuerde al parto que deseas.
- Llévalo encima como un recordatorio de tus objetivos, o guárdala en tu caja de recuerdos y acude a el cuando lo desees



23



24

12.3. Anexo III. Presentación de la sesión 2



1



2

El plan de Parto....

- Debe permitir a la **mujer y a su pareja** expresar, a la matrona y al obstetra, cuáles son sus **expectativas y necesidades** de apoyo, y como quieren vivir el nacimiento de su hijo / hija.
- Se **elaborará durante el embarazo** y será revisarlo en el primer contacto de la mujer y su pareja con el hospital



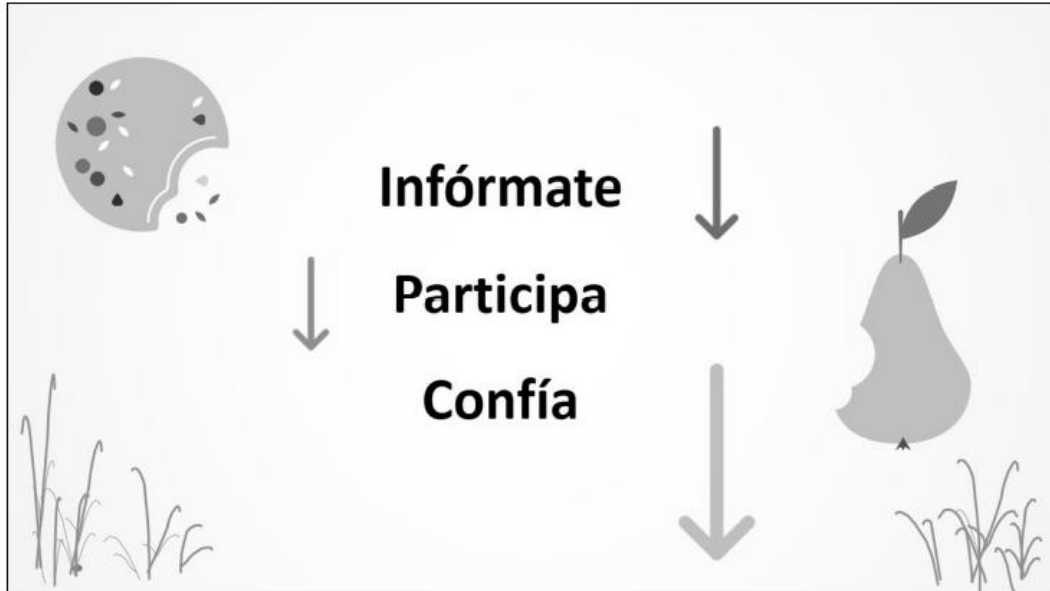
3

Aunque se hayan manifestado unos deseos concretos, esto **no compromete** a tener que seguirlos de forma inalterable....en cualquier momento le puede expresar sus nuevos deseos a la matrona

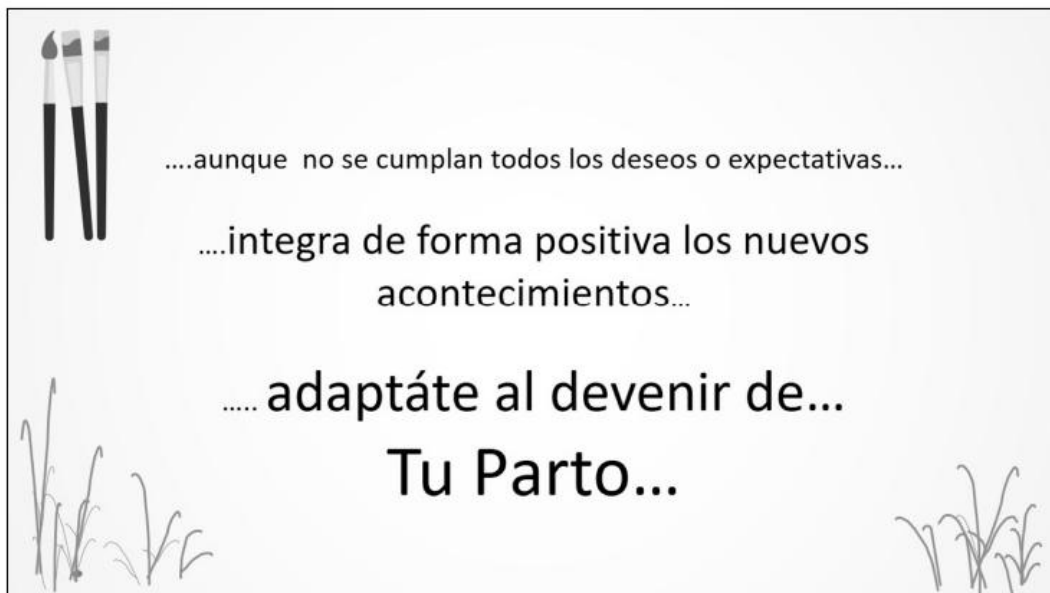
- Por que durante el parto se **cambia de opinión**
- Por que surge un **problema del bienestar** de su hijo / hija o de la madre
- Por **sensaciones imprevistas** producidas por el trabajo del parto (Cansancio, dolor).



4



5



6

Cuestiones para considerar antes de elaborar un Plan de Parto...

(FUENTE: El Parto es nuestro)

- A) Respecto al Hospital
- B) Respecto a la matrona / tocólogo
- D) Respecto al neonatólogo / transición / matrona

“LA INFORMACIÓN ES PODER”

7

A- Respecto a la INSTITUCIÓN...

- ...Qué **servicios** se ofrecen en mi isla? ¿Cómo es el **personal** del hospital o clínicas?
- ...Cuáles son sus **puntos de vista acerca del parto** y el nacimiento? ¿Estoy yo de acuerdo?
- ...Cuántas **personas** están presentes en sala de partos? ¿Por qué y para qué?
- ...Qué tipo de **controles** se le realizan al bebé y cuándo? ¿De manera rutinaria o sólo cuando es necesario?
- ...Deseo que haya a disposición una **unidad de cuidados especiales para bebés**?
- ...Por cuánto **tiempo debo permanecer en el hospital** y qué tendré a mi disposición para cuidar a mi bebé?
- ...Puedo **alimentar a mi bebé** cada vez que me parezca necesario?
- ...Cuáles son los **horarios de visita**?
- ...Puede **mi pareja permanecer conmigo** todo lo que yo desee? ¿Le pedirán que se vaya en algún momento?
- ...Puedo **utilizar mi propia ropa** y demás efectos personales?
- ...Podré **deambular** todo lo que quiera durante el trabajo de parto y dar a luz en **la posición que prefiera**?
- ...Podré trasladarme **caminando a sala de partos**?
- ...Me **atenderán las mismas personas** durante todo el parto?
- ...Tiene el hospital una sala de partos? ¿Tienen sillones de parto?
- ...Cuál es la **política** del hospital/médico respecto de **los calmantes, el monitoreo electrónico y la inducción**?
- ...Qué clase de **métodos de alivio del dolor** tengo a mi disposición?
- ...Podré **comer y beber** si lo deseo?
- ...Cuál es el manejo del médico respecto de las **episiotomías, las cesáreas y la expulsión de la placenta**?
- ...Cuál es la **política** del hospital respecto de la **separación de los padres y el niño**?
- ...Si tienen que realizarme una **cesárea** ¿podrán acompañarme **mi matrona y otra persona de mi confianza**?

8

B- Respecto a la MATRONA / TOCÓLOGO:

- ...Cuál es su **rol**? ¿Qué **formación** y que **experiencia** tiene?
- ...Trabaja **sola o con otras** matronas?
- ...Qué **ideas** tiene respecto del **manejo del parto**?
- ...De qué **equipamientos y equipo de resucitación** dispone para mí y para mi bebé?
- ...Me **acompañara** desde el momento que yo necesite?
- ...Qué piensa de la utilización de **oxitocina**? ¿Si evaluara que es necesario me informará previamente?
- ...El **rasurado** es necesario? ¿lo puedo hacer yo mismo? ¿Es necesario que me pongan **enema**?
- ...Qué piensa respecto de la **inducción** del parto?
- ...En qué circunstancias consideraría **romper las membranas**? ¿Lo realiza? ¿Es necesario?
- ...Cree que el **monitoreo electrónico** es una ayuda necesaria en todos los partos?
- ...Pueden **acompañarme** las personas que yo elija durante el trabajo de parto, el parto y/o **cesárea**?
- ...Qué piensa acerca de la **libertad de movimiento** y de las **técnicas de respiración** como ayuda para disminuir el dolor? ¿Qué **drogas** suele suministrar para **disminuir el dolor** durante el parto?
- ...Le molestaría utilizar **luces tenues** durante el parto?
- ...Puedo **optar por no utilizar drogas** para aliviar si no quiero?
- ...Puedo ingerir **comida ligera y beber líquidos** durante la labor?
- ...Qué opina acerca de que **tenga a mi bebé de pie o en cuclillas**?
- ...En qué situaciones consideraría usted que es necesario practicar una operación **cesárea**?
- ...Podemos poner el bebé **piel con piel inmediatamente** después de su nacimiento así sea **cesárea**?
- ...Cuánto **tiempo** considera que es necesario **permanecer ingresada** por parto normal?
- ...Puedo llevar **música y objetos personales** que me ayuden durante la labor? Ej.: imágenes, mandalas, fotos, etc.
- ...Puedo pedir que las **personas presentes estén concentradas en el nacimiento** sin conversar sobre otros temas?

9

D- Respecto al neonatólogo/equipo de transición/matrona:

- ...Cuál es su **rol**? ¿Qué **formación** y que **experiencia** tiene?
- ...Qué opina del **contacto inmediato piel a piel** de la mamá y el bebé?
- ...Si mi bebé nace **premature** también es posible el **contacto piel con piel**, así sea unos minutos? ¿Si nace a través de una **cesárea**, también es posible tenerlo en mis brazos por unos minutos?
- ...Realiza los primeros controles al bebé estando sobre la mamá o en un lugar específico para atender al bebé?
- ...Puedo **solicitar que lo hagan sobre la mamá**?
- ...Está **a favor de la lactancia**? ¿Estimula su inicio dentro de la primera hora de vida?
- ...En caso de que el **nacimiento sea por cesárea** puedo solicitar que me entreguen a mi bebé después de mi recuperación e inmediatamente iniciar la lactancia?
- ...Puedo pedir que **no le den leche de fórmula** sin mi consentimiento?
- ...Usted es la **persona que me ayudaría con los primeros conocimientos sobre la lactancia** materna?
- ...Cuándo **corta el cordón**? ¿Puedo hacerlo el padre? ¿Espera que deje de latir el cordón para cortarlo?
- ...Cuándo coloca **las gotas en los ojos**? ¿Usted está de acuerdo con esto, lo realiza?
- ...Está de acuerdo en el **suministro por vía oral de vitamina K**? ¿Usted lo hace?
- ...Fomenta la **internación conjunta**? ¿Posibilitará que no me separen de mi bebé?
- ...Esperará unas horas antes de **medirlo y pesarlo**? ¿Lo realiza una vez que nace?
- ...Qué otros **controles y/o procedimientos** realiza al recién nacido?
- ...Cuáles son los **controles** luego del momento del nacimiento mientras dura la hospitalización?

10



11



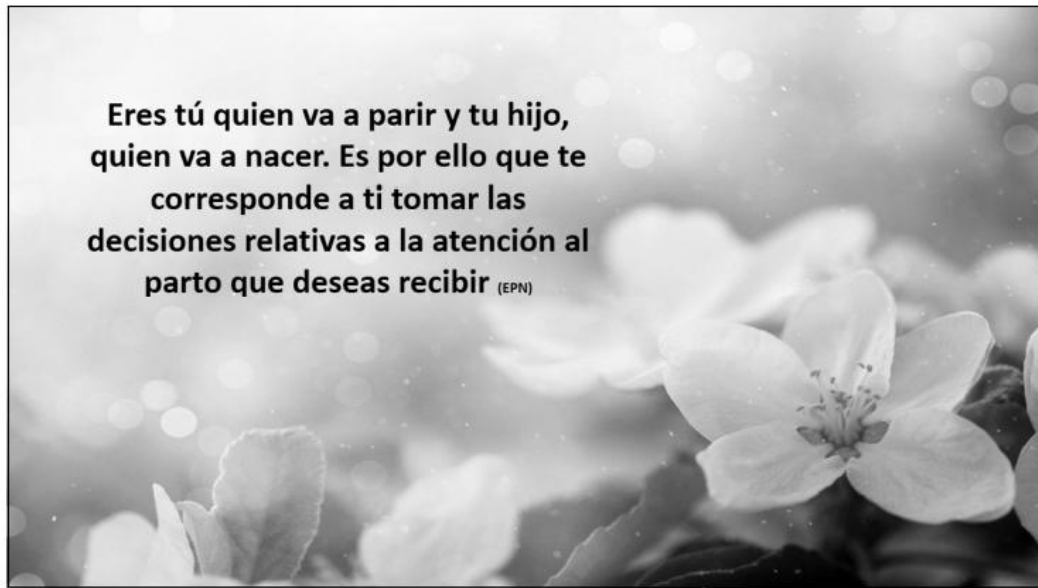
12



13



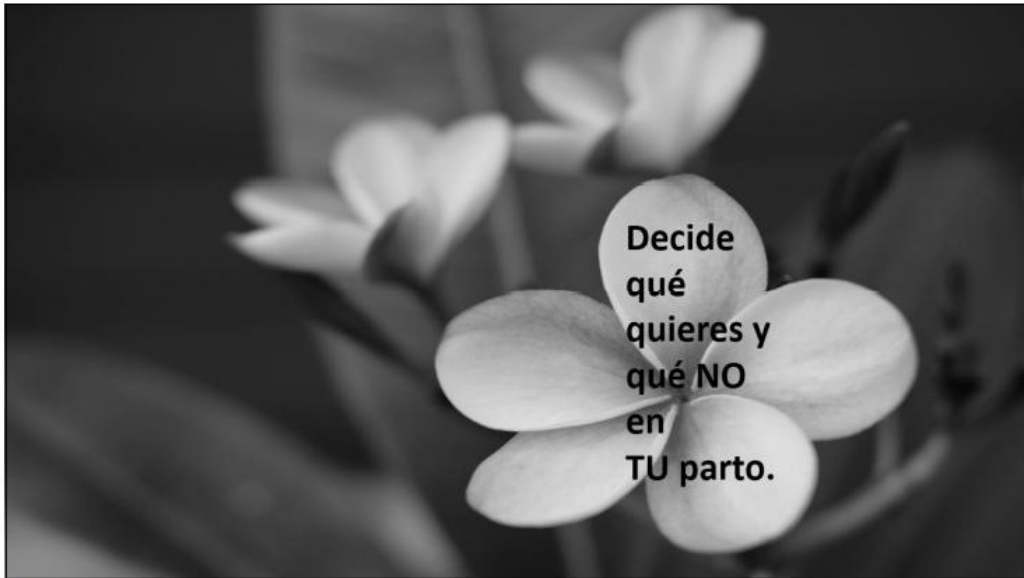
14



15



16



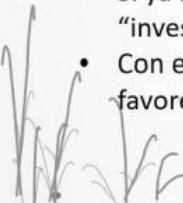
17



Creando Recursos IV

La tarea del antropólogo

- Realiza una “investigación antropológica” sobre las personas que le rodean y que hayan parido... ¿Qué temores tuvieron en sus partos? ¿Hay algo que hicieron que les alivió ese temor?
- Si ya has parido anteriormente puedes realizar también tu propia “investigación” y reflexionar sobre ello.
- Con ella podrás ampliar tu campo de visión sobre el parto y favorecer tus relaciones sociales



18

Creando Recursos V

Tarea del 5,4,3,2,1

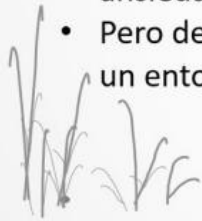
- La podéis realizar una vez al día, para que tras unas tres semanas puedas automatizarla y llevarla a cabo el día del parto.
- Debes fijar detalladamente tu atención durante 5 segundos en un objeto que esté alrededor y describe (mentalmente o en voz alta). Después en otro objeto, y en otro...hasta llegar a 5 objetos. A continuación, hacer lo mismo con 5 sonidos, uno a uno; y por último en 5 sensaciones corporales.
- Después en 4 de cada, 3 de cada, 2 de cada, y 1 de cada



19

Tarea del 5,4,3,2,1 (continuación...)

- Los objetos, sonidos y sensaciones no tienen por qué ser distintos en cada tanda, pero pueden serlo; es posible que pierdas la cuenta en algún momento y te repitas, pero no pasa nada.
- Este ejercicio de focalización te servirá para manejar tu ansiedad en el parto.
- Pero deberás automatizarlo mediante la practicándola en un entorno tranquilo

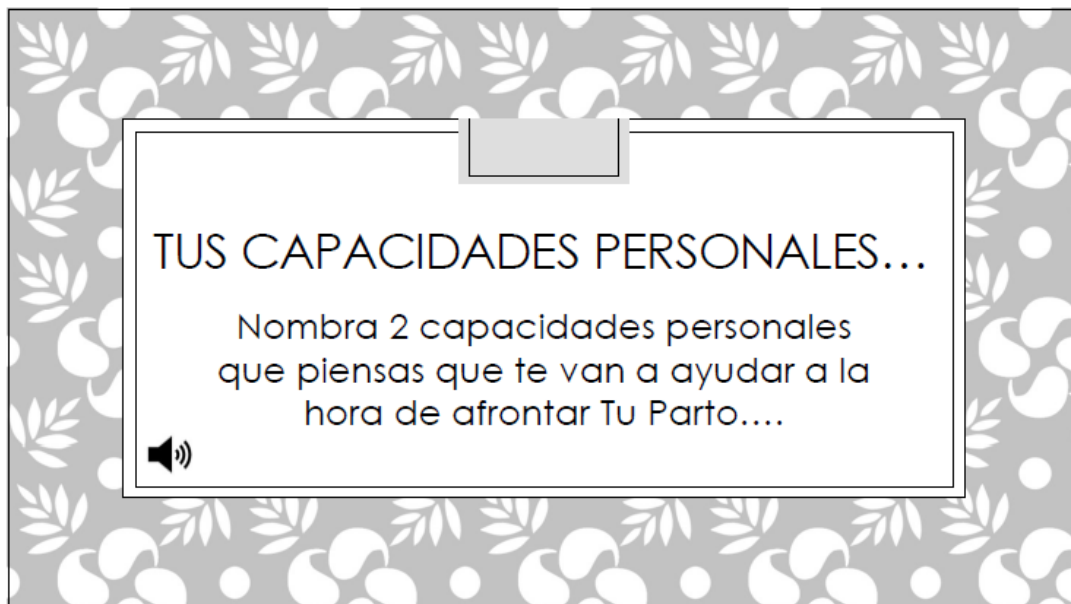


20

12.4. Anexo IV. Presentación de la sesión 3



1



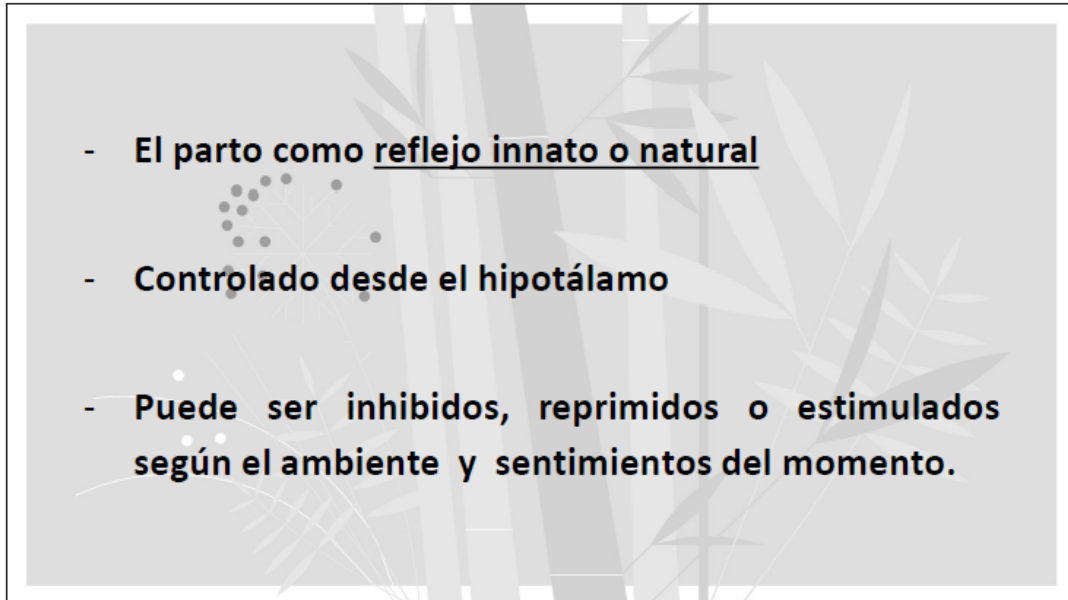
2



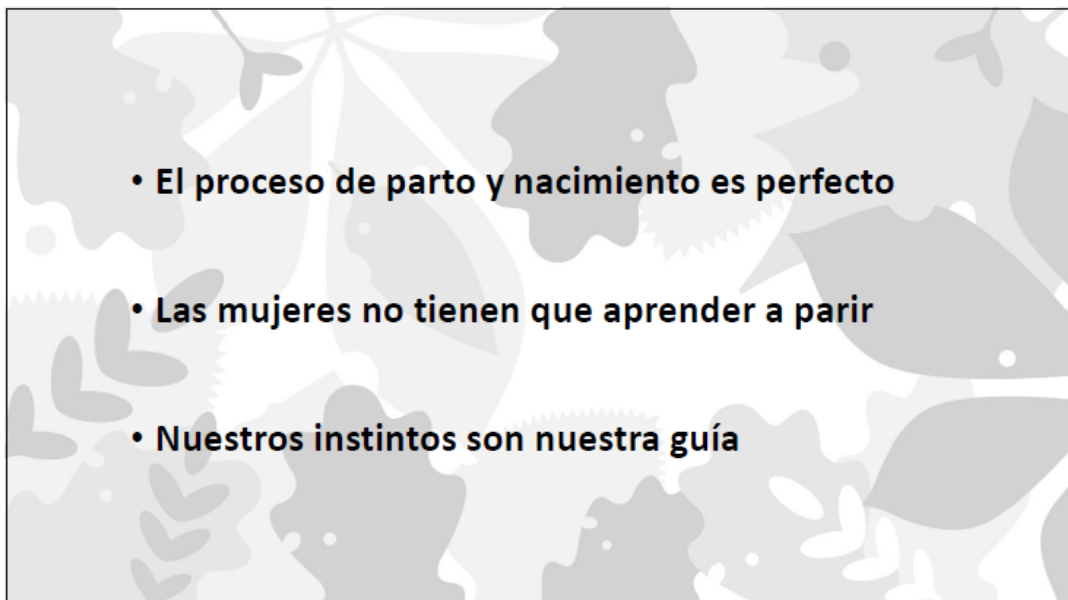
3



4



5



6

Las contracciones y sensaciones que experimentan las mujeres en el parto son en gran parte controladas por **Hormonas**

- No se pueden controlar conscientemente
- Son liberadas automáticamente
- Provocan reacciones instintivas y respuestas innatas.

7

La **Oxitocina**

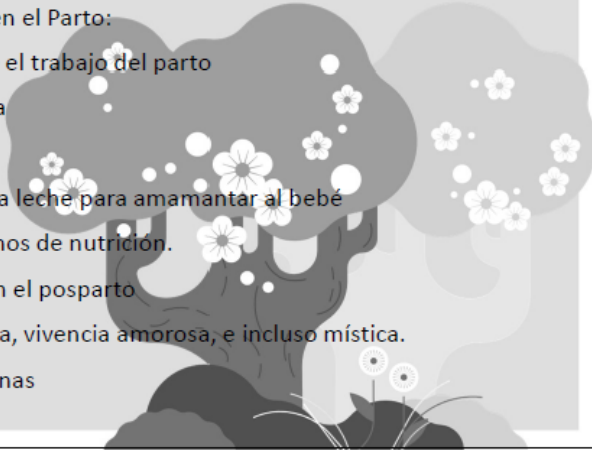
- Hormona del amor.
- Produce sensaciones de placer, sentimientos de amor, comportamientos de apoyo, confort, protección y fortalece la cercanía y el vínculo entre la pareja.
- En las mujeres se libera oxitocina cuando se estimula la vagina, el clítoris, el cuello del útero y los pezones.

8

Para que el parto fluya, se necesita Oxitocina

Algunas funciones de la oxitocina en el Parto:

- Induce las contracciones durante el trabajo del parto
- Inicia la separación de la placenta
- Prepara el calostro en los senos
- Produce el reflejo de bajada de la leche para amamantar al bebé
- Induce comportamientos maternos de nutrición.
- Provoca contracciones fuertes en el posparto
- Sensación de bienestar, confianza, vivencia amorosa, e incluso mística.
- Liberación progresiva de endorfinas



9

Las Endorfinas

- Claves en el éxito de la reproducción de nuestra especie.
- Ayudan a aguantar y superar el dolor del parto
- Los efectos de las endorfinas son:
 - Disminuye la percepción de dolor
 - Crea una sensación de bienestar
 - Altera la percepción de tiempo y lugar.



10

La **Adrenalina**

- Se produce con el miedo
- El cuerpo automáticamente la libera para luchar y/o huir.
- Inhibe el trabajo de parto → Disminuye el nivel de oxitocina
 - No permite la dilatación del cuello
 - Contracciones serán más dolorosas (útero con menos sangre/oxígeno)



11

El parto NO es controlado de forma CONSCIENTE por la mujer, sino que se produce un diálogo neuroquímico constante e irreplicable entre el cerebro materno y el del bebé.

De hecho son las neurohormonas fetales las que dan la señal que desencadena el parto en condiciones fisiológicas

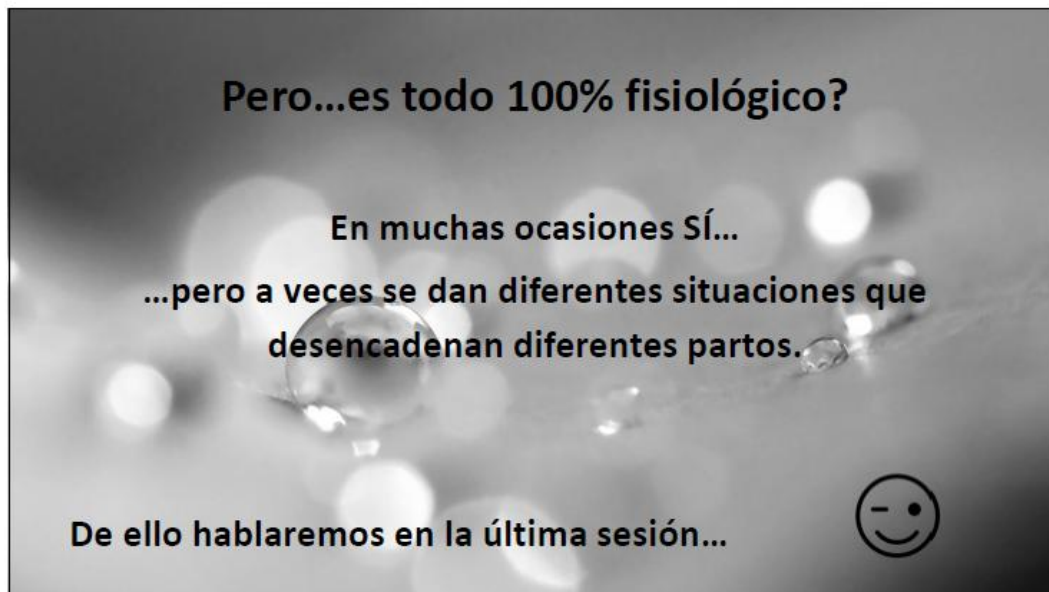
12

Pero...es todo 100% fisiológico?

En muchas ocasiones SÍ...

...pero a veces se dan diferentes situaciones que desencadenan diferentes partos.

De ello hablaremos en la última sesión...



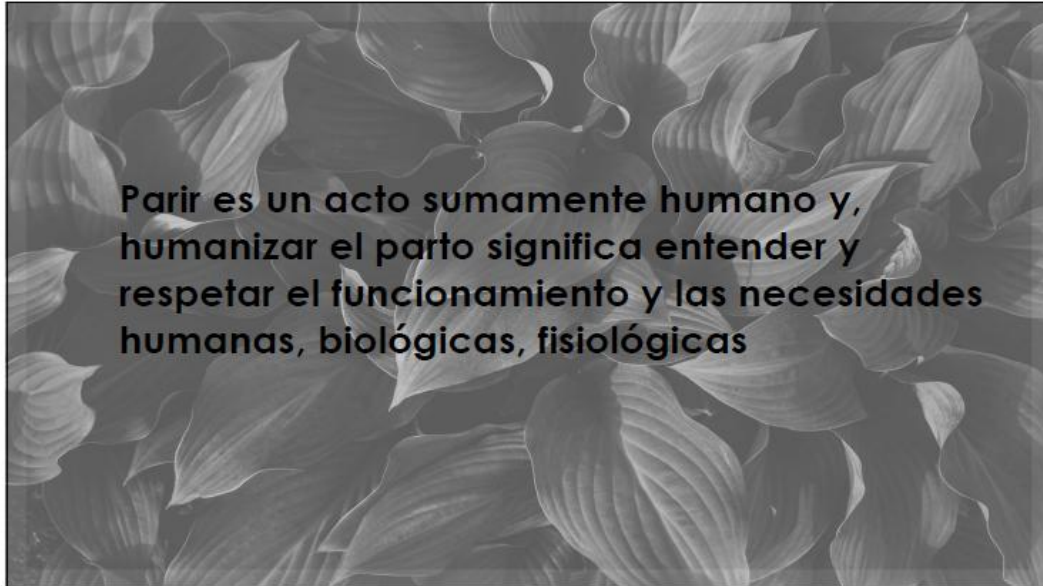
13

Conociendo TU PARITORIO..



El Área de Expectantes

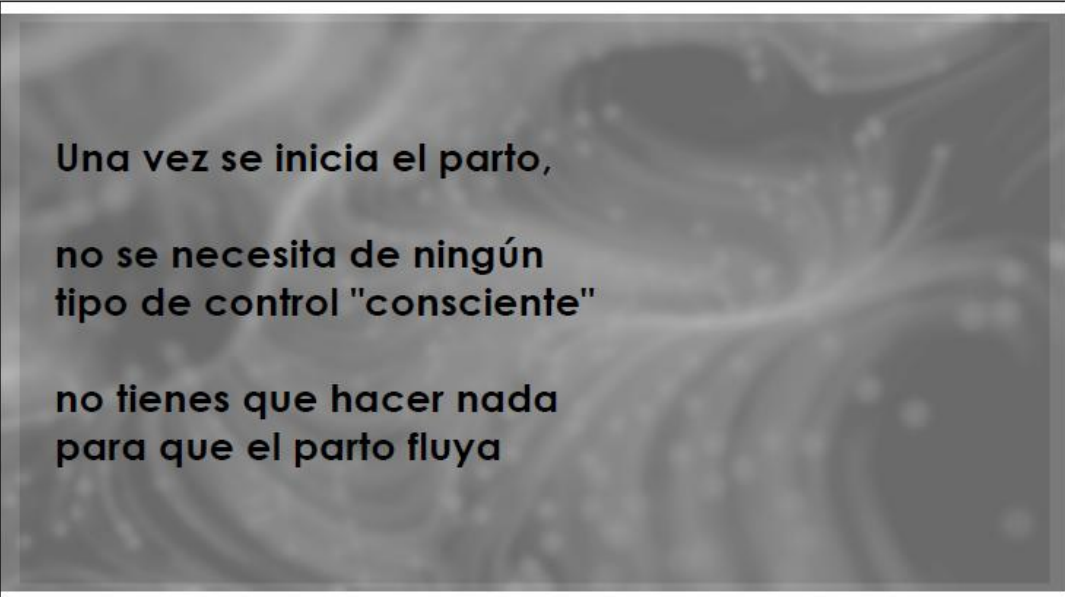
14



15



16



**Una vez se inicia el parto,
no se necesita de ningún
tipo de control "consciente"**

**no tienes que hacer nada
para que el parto fluya**

17

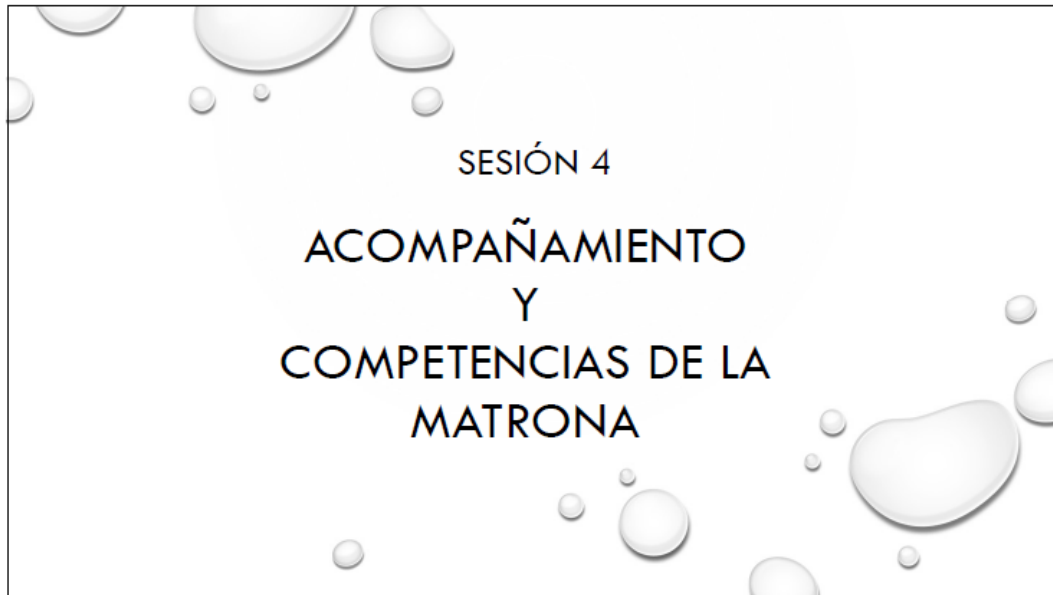
Creando Recursos VI

EL Mantra

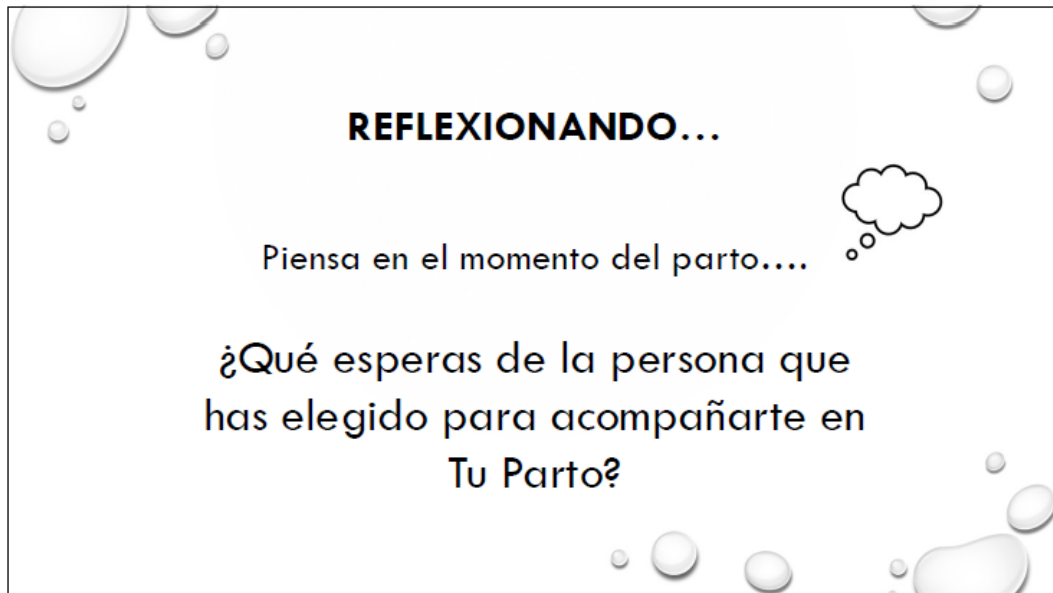
- Palabra o una frase que tenga sentido para ti; puede tomarse de alguna canción, novela, poesía, cuento, etc, que posea algún significado especial.
- Tienes que familiarizarte tanto con el mantra que acabes convirtiéndolo en parte de ti misma, para ello deberás practicar durante 10 min, 2 veces al día, recitando el mantra (en voz alta o para ti misma).
- Después, cuando tengas que enfrentarte al momento del parto podrás utilizarlo como forma de relajarte

18

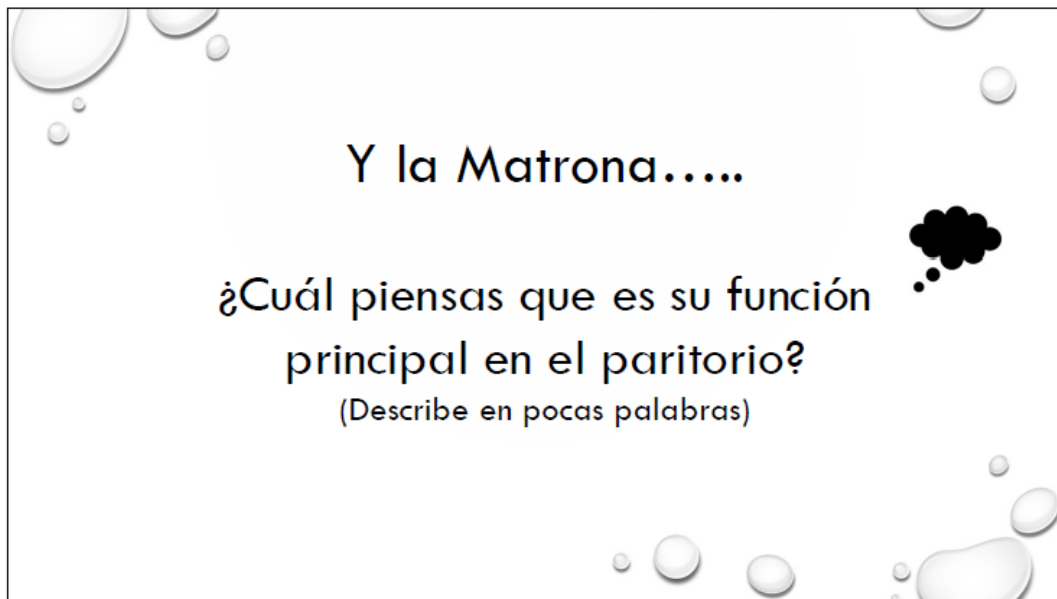
12.5. Anexo V. Presentación de la sesión 4



1



2



3



4



5



6



TE OFRECEMOS DURANTE EL PARTO...

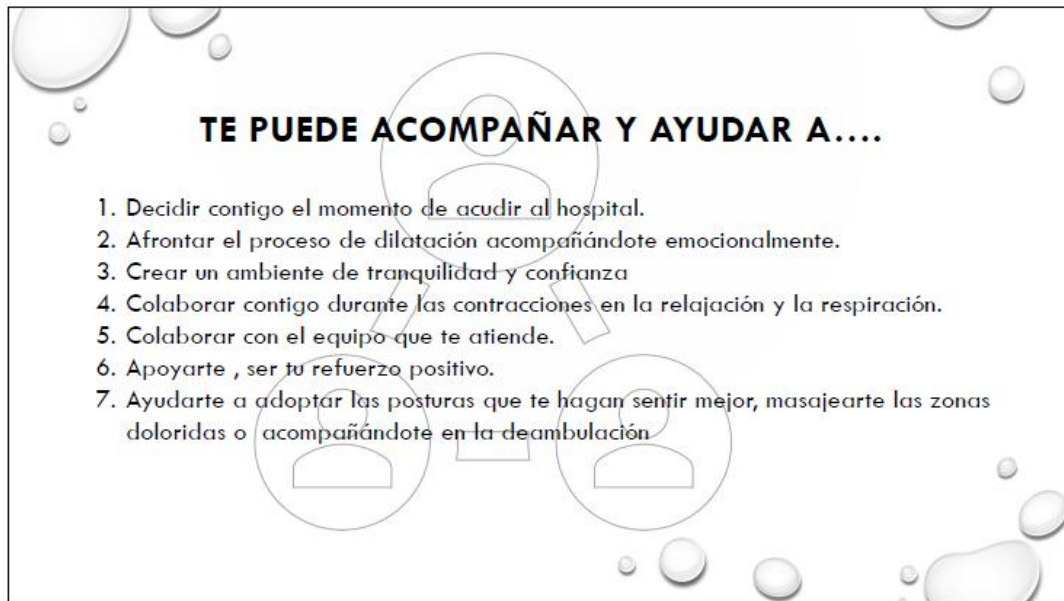
- Respeto
- Respuestas
- Apoyo emocional, empatía, compasión, y escucha activa.
- Apoyo para que comprendas y puedas elegir
- Te explicamos y procuramos tu consentimiento
- Te animamos a que expreses tus necesidades y preferencias,
- Información
- Privacidad y confidencialidad.
- Apoyo a tu acompañante

7



Haz partícipe a Tu Acompañante

8



TE PUEDE ACOMPAÑAR Y AYUDAR A....

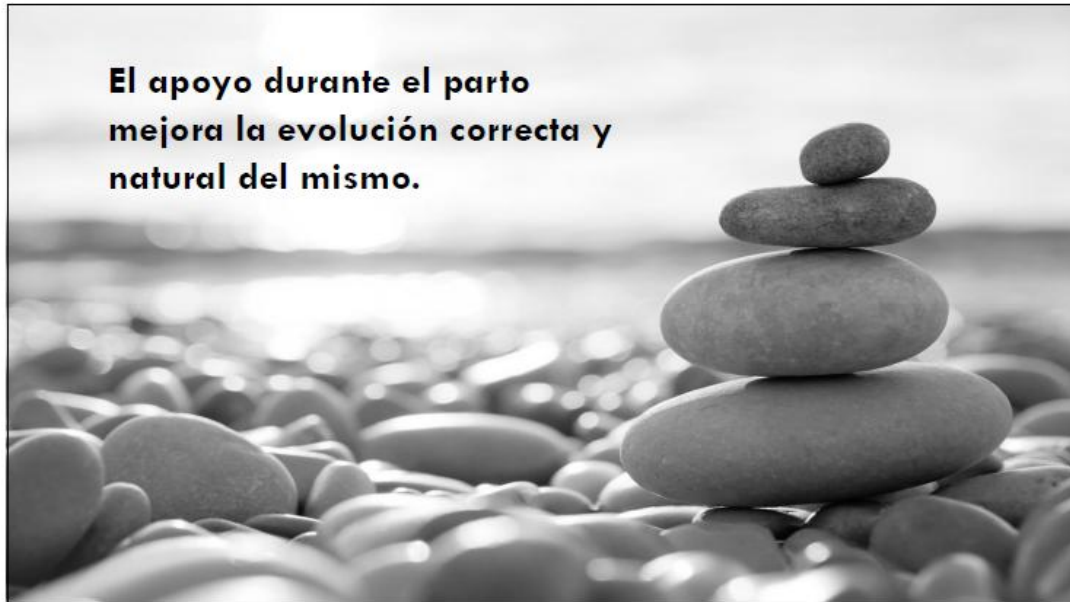
1. Decidir contigo el momento de acudir al hospital.
2. Afrontar el proceso de dilatación acompañándote emocionalmente.
3. Crear un ambiente de tranquilidad y confianza
4. Colaborar contigo durante las contracciones en la relajación y la respiración.
5. Colaborar con el equipo que te atiende.
6. Apoyarte , ser tu refuerzo positivo.
7. Ayudarte a adoptar las posturas que te hagan sentir mejor, masajearte las zonas doloridas o acompañándote en la deambulación

9

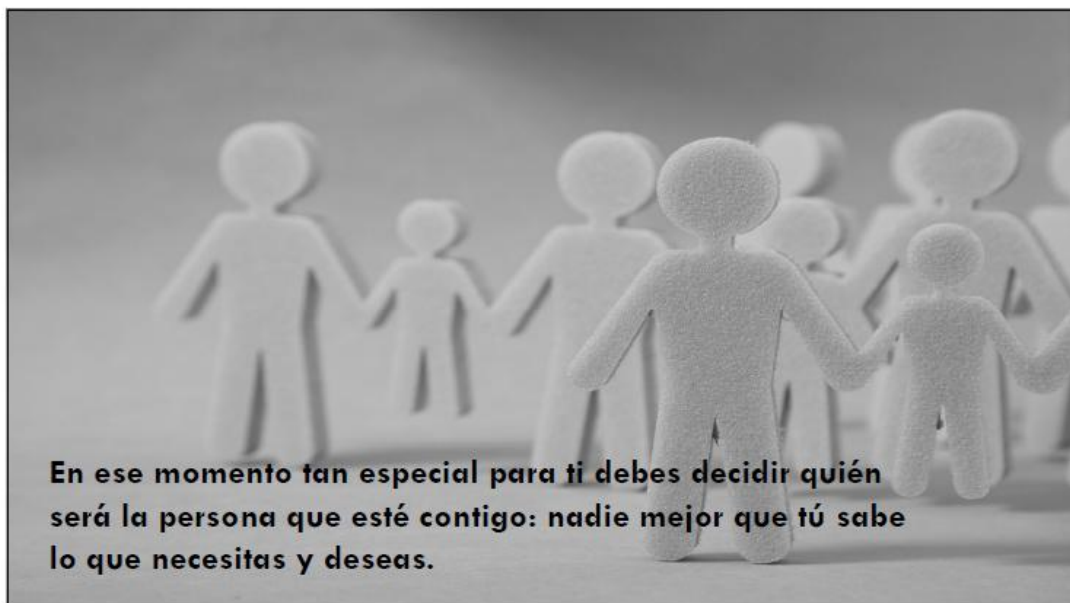


**La matrona que te atienda
te proporcionará apoyo
físico, informativo y
emocional de manera
continua y personalizada.**

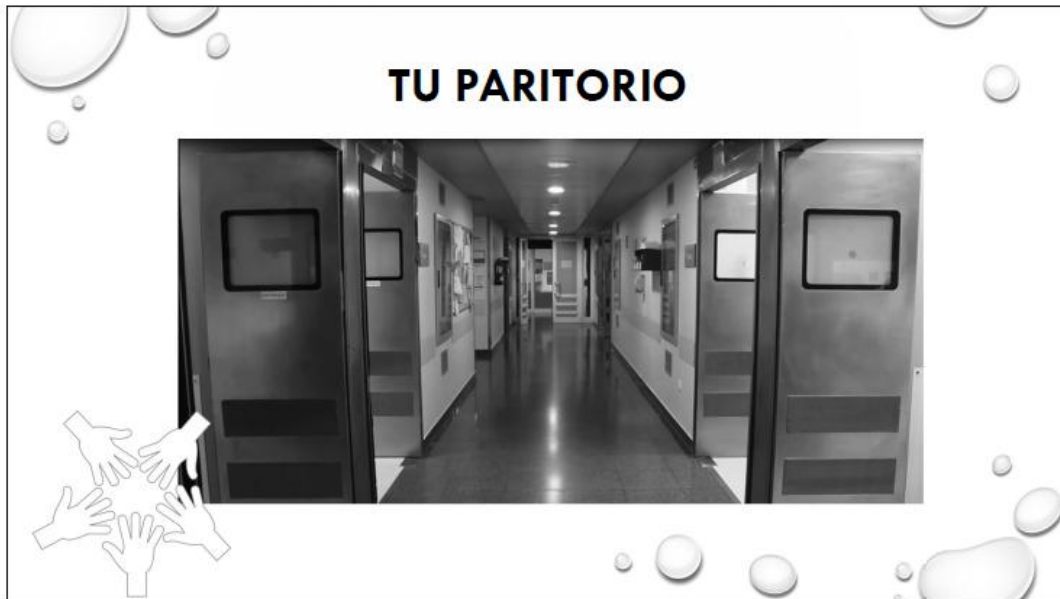
10



11



12



13

CREANDO RECURSOS V

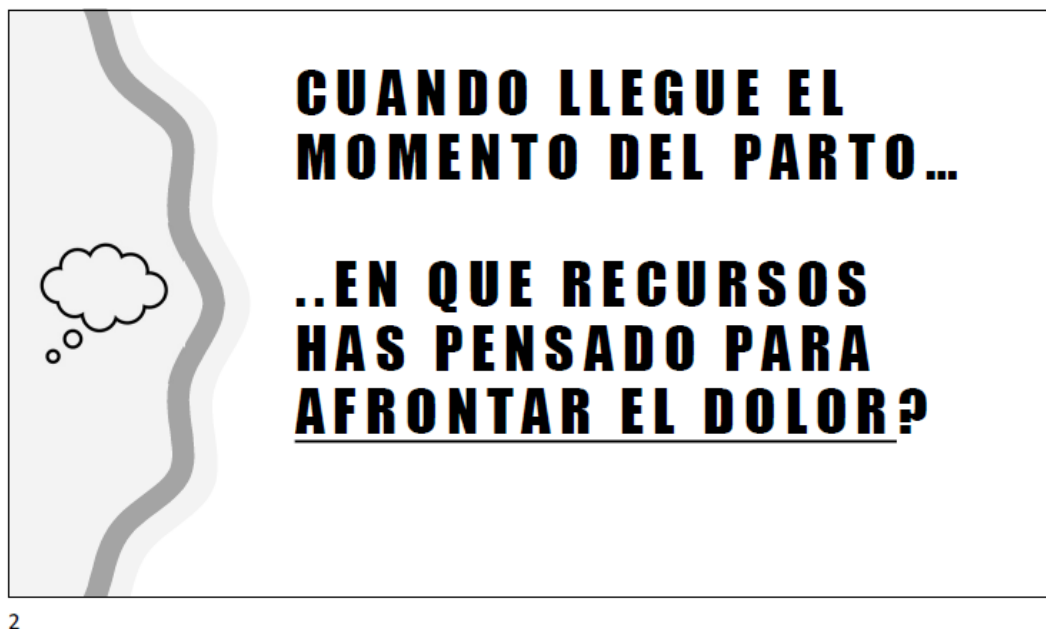
Detectar e implantar fortalezas

- Escribe 5 actividades/objetivos que has sido capaz de realizar gracias a tus fortalezas (competencias) y piensa en como las has utilizado para lograrlos y de qué manera te han sido útiles
- Con esta tarea serás más consciente de tus capacidades y podrás utilizarlas más

The slide features a magnifying glass icon on the left and a castle icon on the right. The text is centered. The slide is decorated with bubble-like shapes in the corners.

14

12.6. Anexo VI. Presentación de la sesión 5



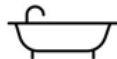
DE QUE HABLAMOS HOY....

- Pródromos de parto
- Trabajo de parto
- Rotura de membranas
- Inducción del trabajo de parto
- Dolor de parto
- Métodos no farmacológicos de alivio del dolor
- Métodos farmacológicos de alivio del dolor
- Periodos del parto: dilatación, expulsivo, y alumbramiento
- Puerperio inmediato

3

PRÓDROMOS DE PARTO

- PERÍODO PREVIO AL DEL TRABAJO DE PARTO
- DESDE UNAS HORAS HASTA VARIOS DÍAS
- CONTRACCIONES + INTENSIDAD Y FRECUENCIA NO SON REGULARES
- AUMENTA FLUJO VAGINAL
- PUEDES EXPULSAR EL TAPÓN MUCOSO



4

TRABAJO DE PARTO

Una vez se alcanzan los 3 cm de dilatación
Las contracciones se vuelven
RÍTMICAS
INTENSAS
NO CEDEN CON REPOSO

Es hora de ir al Paritorio!!!



5

ROTURA DE MEMBRANAS

“Romper la bolsa”

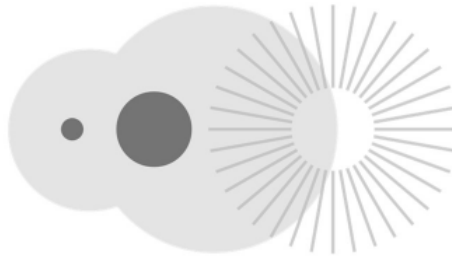
- ¿Cuándo se produce?
- ¿Qué hacer si “rompes la bolsa”?
- ¿Qué hacemos en nuestro de nuestro Hospital?



6

INDUCCIÓN DEL PARTO

- Cuando?
- Por qué?
- Como?



7

EL DOLOR EN EL PARTO

- Subjetivo
- No es un dolor de sufrimiento...o no tiene que serlo
- La contracción del musculo uterino
- ¿Qué puede hacer que duela más?
 - Tu actitud hacia el dolor
 - La actitud del acompañante y los profesionales
 - Estar incómoda, sola o insegura
 - La oxitocina exógena (explicar).
 - Tener la bolsa rota (explicar)



8

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR



9

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

- Relajación.
- Movilidad
- Agua caliente
- Ambiente adecuado
- Distracción mediante otros estímulos sensoriales
- Visualización de imágenes mentales.
- El masaje
- Aplicación superficial de calor
- La respiración.



10

PERIODOS DEL PARTO:

- LA DILATACIÓN



10

-EL EXPULSIVO



- EL ALUMBRAMIENTO



11

PUERPERIO INMEDIATO



12

**Inspirar por la nariz la mayor cantidad de aire posible,
y ve soltando lentamente, soplando por la boca.**

Uno de los motivos mas importantes de dolor en el parto es la mala respiración, el insuficiente aporte de oxígeno en relación con el trabajo que está efectuando musculo uterino.

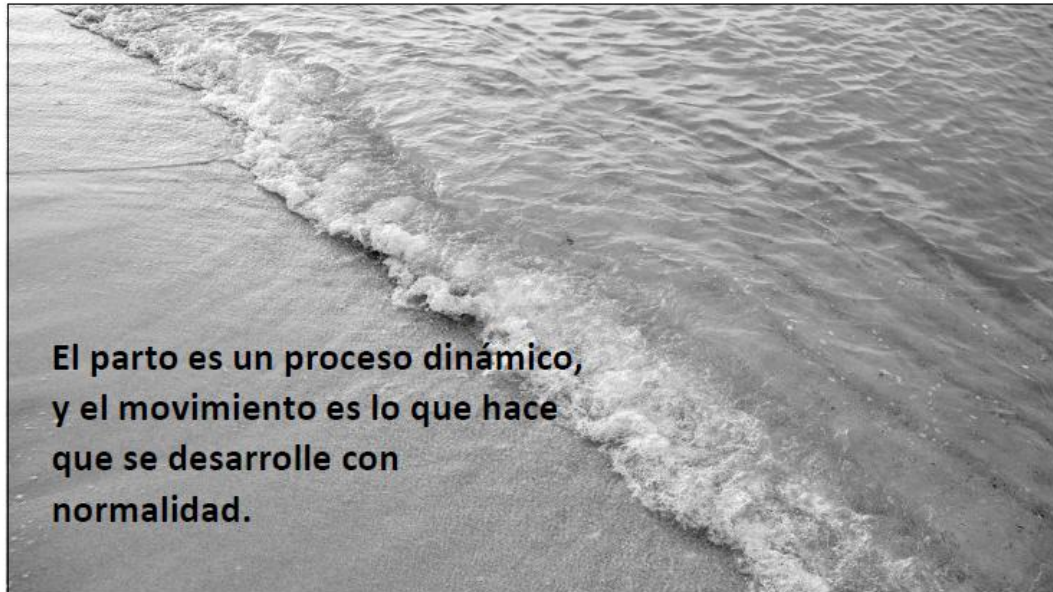
13

Piensa que vas a ser capaces de hacerlo...vas a recibir los
ánimos y el apoyo de los demás que te ayudará a
sobrellevarlo.

Piensa que es algo natural, unas sensaciones que
responden a un proceso fisiológico normal
y no a algo patológico

Recuerda que es algo pasajero que
tiene un fin concreto y maravilloso
que es el nacimiento de tu bebé.

14



15



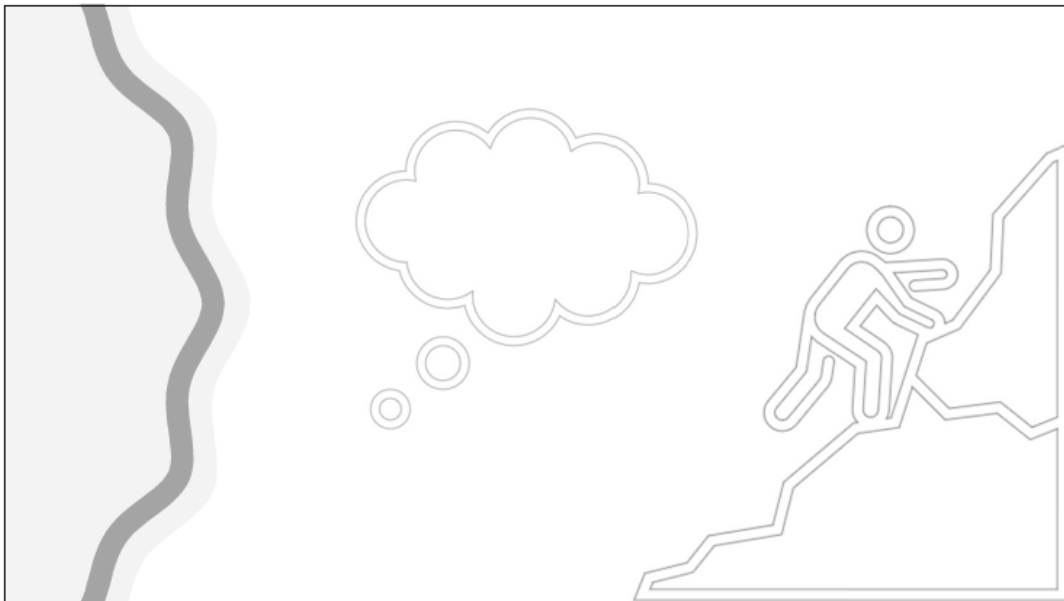
16

CREANDO RECURSOS VI

Consejos de experto

- Escribe una carta dirigida a otras embarazadas que puedan estar pasando por tu misma situación. Esta carta explica como se sentía cuando estaba mal y que cosas ha hecho que le han ayudado a sobrellevar el problema.
- Puedes guardarla en tu “caja de recursos”

17



18



...y recuerda que por ser participante del estudio además de la atención habitual... recibirás la atención de las matronas referentes en el “miedo al parto” que también te acompañará en este proceso.

- Rellena el “Formulario de seguimiento”
- Identifícate en TRIAJE como participante del “ESTUDIO MAP”

19



**MUCHAS
GRACIAS....**

Y FELIZ PARTO

(HASTA EL POSTPARTO)



20

12.7. Anexo VII. Consentimiento de captación de imágenes

 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil	CONSENTIMIENTO DE CESIÓN DE DATOS	 Gobierno de Canarias
	CONSENTIMIENTO EXPLICITO « CAPTACIÓN DE IMÁGENES PARA SU DIFUSIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN INTERNOS/EXTERNOS »	

El Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Complejo Hospitalario), es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** (Paciente, Usuario o Empleado) y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y Ley Orgánica sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, por lo que se le facilita la siguiente información sobre el tratamiento de los datos:

- **Fin del tratamiento de los datos:** realización de fotos y grabación de imágenes de las actividades llevadas a cabo por el Complejo Hospitalario para dar publicidad de las mismas en los medios de comunicación (Prensa escrita o Audiovisual, Carteles informativos, Intranet, Páginas web, ...). En ningún caso se publicará el nombre del Interesado.
Esta autorización queda limitada a la realización de fotos y grabación de imágenes que permita el Interesado, quedando expresamente prohibido que se realicen o graben imágenes de terceras personas o de la institución.
- **Criterios de conservación de los datos:** se conservarán mientras exista un interés legítimo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.
- **Comunicación de los datos:** el Interesado puede autorizar o no el tratamiento de los datos señalando con una "X" en la casilla correspondiente de SÍ (doy el consentimiento) o NO (no doy el consentimiento) para las siguientes categorías de destinatarios.

Sí ☐ No ☐ : **Publicación en medios de comunicación internos del Complejo Hospitalario**

Sí ☐ No ☐ : **Publicación en medios de comunicación externos del Complejo Hospitalario**

- **Derechos que asisten al Interesado:** Derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.
- **Datos de contacto para ejercer sus derechos u obtener información adicional:**
Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil.
Dirección Gerencia (gerenchuimi.scs@gobiernodecanarias.org)
Avda. Marítima del Sur, s/n. 35016 – Las Palmas de Gran Canaria (LAS PALMAS).

Para realizar el tratamiento de datos descritos, el Complejo Hospitalario necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal. El Interesado declara haber sido informado y ha entendido la información facilitada y por tanto consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre: _____, con DNI: _____

Representante legal de: _____, con DNI: _____

Firma del Interesado/Representante legal

Las Palmas, a _____ de _____ de _____

12.8. Anexo VIII. Formulario valoración: experiencia FOC

Valoración de experiencia sobre el Miedo al Parto

El siguiente cuestionario valora tu experiencia y actitud sobre el Miedo al Parto.

El objetivo es evaluar la experiencia sobre el "Miedo al Parto" entre las matronas que realizan su trabajo en el área de urgencias obstétrico-ginecológicas del HUMIC. Con los resultados obtenidos se propondrán a varias matronas la colaboración en el estudio: Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional.

Este cuestionario está dividido en cuatro partes:

- 1- Datos demográficos y de identificación
- 2- Preguntas informativas sobre el miedo al parto
- 3- ¿Qué se está haciendo en su práctica para el miedo al parto?
- 4- ¿Cómo experimentan las embarazadas con miedo al parto después de un parto anterior?

Se prevé una duración total de 5-10 minutos para contestar a todas las preguntas

No existe una respuesta correcta, se trata que responder con total sinceridad bajo tu experiencia personal durante tu labor como matrona asistencial

En caso de dificultades o ante cualquier duda contacte con el investigador a través del correo electrónico: sergiomies@gmail.com

Muchas gracias por tu colaboración.

1- Datos demográficos y de identificación

1. Nombre

2. ¿Cuál es tu edad?

Marca solo un óvalo.

- ☐ 34 años o menos
- ☐ 35-44 años
- ☐ 45-54 años
- ☐ 55 años o más

3. ¿Cuántos años has trabajado como matrona?

Marca solo un óvalo.

- ☐ 5 años o menos
- ☐ 6-10 años
- ☐ 11-15 años
- ☐ 16-20 años
- ☐ 21-24 años
- ☐ 25 años o más

4. En promedio por semana ¿A cuantas mujeres acompañas dentro del paritorio?
Sin tener en cuenta las fases del parto en las que las atiendes, ni el tipo de inicio o finalización del parto.

Marca solo un óvalo.

- ☐ Rara vez o ninguna
☐ 1-3
☐ 4-6
☐ > 6

2-Preguntas informativas

5. El miedo al parto es un miedo clínicamente relevante que se traduce en un estado de ansiedad intensa que lleva a algunas mujeres a temer el parto, pudiendo producir una respuestas fisiológicas que afecta a su vida diaria. Aproximadamente ¿con qué frecuencia anual detectas mujeres embarazadas que tienen miedo al parto?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Ninguna mujer
☐ 1-5 mujeres/año
☐ 6-10 mujeres/año
☐ 11-20 mujeres/año
☐ > 20 mujeres/año

6. ¿Qué signos, quejas o síntomas asociados con el miedo al parto ha encontrado en la práctica?

Puedes seleccionar varias opciones que consideres más frecuentes y especificar otros síntomas que no estén incluidos en el listado. Si no has detectado ningún signo y síntoma de MAP, deja la pregunta en blanco

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Dificultad para relajarse o concentrarse
☐ Miedo a complicaciones maternas
☐ Miedo a complicaciones del bebe
☐ Solicitud de Cesárea sin indicación médica
☐ Solicitud de Inducción sin indicación médica
☐ Solicitud temprana de analgesia farmacológica
☐ Muy demandante de cuidados
☐ Muy demandante de información
☐ Evitación
☐ Necesidad continua de confirmación
☐ Plan de parto muy extenso
☐ Otro: _____

7. ¿Qué consecuencias negativas del miedo al parto ha encontrado en la práctica?

Puedes seleccionar varias opciones que consideres más frecuentes, e incluir otras consecuencias que no estén en el listado Si no has detectado ninguna consecuencia negativa de MAP, deja la pregunta en blanco

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Incapacidad de relajarse
☐ Disociación o revive anteriores embarazos
☐ Solicitud temprana de analgesia farmacológica
☐ Intervenciones innecesarias / medicalización del parto
☐ Falso trabajo de parto
☐ Progreso anormal del trabajo de parto
☐ Otro: _____

3- ¿Qué se está haciendo en su práctica para el miedo al parto?

8. ¿Con qué frecuencia les pregunta a las mujeres embarazadas sobre el miedo al parto?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Yo siempre pregunto a las mujeres embarazadas *Salta a la pregunta 10*
☐ Yo nunca se pregunta a las mujeres embarazadas *Salta a la pregunta 10*
☐ A veces le pregunto a mujeres embarazadas

→

9. ¿En qué situaciones concretas le pregunta a la embarazada sobre el miedo al parto?

Salta a la pregunta 10

→

10. ¿Qué haces generalmente cuando notas que una mujer embarazada tiene un miedo excesivo al parto?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca entro en contacto con mujeres que tengan miedo al parto
☐ No entro en demasiados detalles y le digo que muchas mujeres encuentran emocionante el parto y temen el dolor
☐ No entro en demasiados detalles y digo que muchas mujeres encuentran emocionante el parto y temen el dolor, y que puede recibir alivio del dolor.
☐ Pregunto además por la razón subyacente y en caso de miedo excesivo trato de ofrecer mayor apoyo y acompañamiento para darle más confianza
☐ Otro: _____

11. ¿Existen determinadas acciones y / o comportamientos que realiza conscientemente durante el parto, con la intención de reducir la ansiedad en la mujer en trabajo de parto y / o reducir la posibilidad de una experiencia traumática ?

Puedes seleccionar varias opciones que consideres más frecuentes y añadir otras. Si no realizas ninguna acción o comportamiento para reducir el MAP deja la pregunta en blanco

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Crear un espacio de paz /escucha /ganar confianza
☐ Estimulación positiva /coaching
☐ Comunicación abierta
☐ Explicar las acciones /consentimiento informado
☐ Pensar lo primero en la mujer
☐ Consejo para el dolor
☐ Continuidad de cuidados/ uno a uno
☐ Involucrar al acompañante
☐ Otro: _____

12. ¿Qué tipo de sentimiento te hace sentir una mujer embarazada con miedo al parto ?

Puedes elegir múltiples respuestas que consideres más frecuentes y añadir otras

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Empatía
- ☐ Pena
- ☐ Compasión
- ☐ Intervención
- ☐ Incomprensión
- ☐ Enojo
- ☐ Dolor
- ☐ Culpa
- ☐ Frustración
- ☐ Impotencial
- ☐ Irritación
- ☐ Nada
- ☐ Otro: _____

13. ¿Qué sentimiento evoca en ti una mujer que indica que vivió su anterior parto como traumático ?

Puedes elegir múltiples respuestas que consideres más frecuentes y añadir otras

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Empatía
- ☐ Pena
- ☐ Compasión
- ☐ Intervención
- ☐ Incomprensión
- ☐ Enojo
- ☐ Dolor
- ☐ Culpa
- ☐ Frustración
- ☐ Impotencial
- ☐ Irritación
- ☐ Nada
- ☐ Otro: _____

14. Me parece que guiar a mujeres con miedo al parto es un desafío interesante.

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

12.9. Anexo IX. Criterios selección de matronas colaboradoras

CRITERIO	RESPUESTA	PTO
Años trabajados como matrona	5 años o menos	1
	6-10 años	2
	11-15 años	3
	16-20 años	4
	21-24 años	5
	25 años o más	6
Mujeres acompañas dentro del paritorio	Rara vez o ninguna	0
	1-3	2
	4-6	4
	> 6	6
Detectas embarazadas con miedo al parto	Ninguna mujer	0
	1-5 mujeres/año	2
	6-10 mujeres/año	4
	11-20 mujeres/año	6
	> 20 mujeres/año	8
Detecta síntomas asociados con el miedo al parto	1-3	1
	4-6	2
	7-10	3
	>11	4
Detecta consecuencias negativas	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3
	>7	4
Frecuencia pregunta mujeres	siempre pregunto	1
	nunca se pregunta	0
	A veces le pregunto	2
Situaciones que pregunta	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3

Abordaje del Miedo al Parto desde la perspectiva de la Matrona: Anexos

	>7	4
¿Qué haces cuando detecta mujer con miedo al parto?	Nunca entró en contacto	0
	No entro en demasiados detalles y le digo que muchas mujeres encuentran emocionante el parto y temen el dolor	2
	No entro en demasiados detalles y digo que muchas mujeres encuentran emocionante el parto y temen el dolor...	4
	Preguntó además por la razón subyacente y en caso de miedo excesivo trato de ofrecer mayor apoyo y acompañamiento	6
Acciones y / o comportamientos que realiza	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3
	>7	4
Sentimiento que evocan mujer con miedo al parto	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3
	>7	4
Sentimiento que evoca mujer con parto anterior traumático	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3
	>7	4
Desafío interesante	Totalmente de acuerdo	6
	De acuerdo	4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2
	En desacuerdo	0
	Totalmente en desacuerdo	-2

12.10. Anexo X. Cartel informativo paritorio

ESTUDIO MAP

Se comunica al personal del servicio de paritorio que se está llevando a cabo un **Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención habitual.**

Se solicita vuestra colaboración en la captación de las participantes del grupo intervención. Éstas conocen su participación, por lo que en algún momento pueden referirse como participantes del “**Estudio MAP**”.

Si detectan alguna participante por favor comunícalo a alguna de las matronas colaboradoras del estudio.

Matronas colaboradoras

Mañana: - Elizabet Machín - Nicolas Antunez Grupo 1: - Adonis Medina - Ana Portela - Sara Carro - Paula Pérez - Meli Narváez Grupo 2: - María José Pérez - Nayra Guadalupe - Guayarmina Santana - Teresa del Rosario	Grupo 3: - Alba Rabadán - Gabriel Pérez - Nira Montiel - Ana Belén Nogales Grupo 4: - Elena López - Tania Soto - Carla Rosillo - Dara Gonzales Grupo 5: - Lidia Armas - Noa González - Salvador Rodríguez - Karina Núñez

Para cualquier duda relacionada con el estudio contactar con la investigadora referente en esta fase del estudio, Elena López Alcaide, o con el investigador principal Sergio Mies Padilla

Muchas gracias por tu colaboración

12.11.Anexo XI. Lista de comprobación CONSORT

Se muestra la lista CONSORT del manuscrito enviado a la revista “*Nursing Research*”

CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*			
Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
	1a	Identification as a randomised trial in the title	Page 1
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	Page 1
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	Page 3
	2b	Specific objectives or hypotheses	Page 4
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	Page 4
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	-
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	Page 5
	4b	Settings and locations where the data were collected	Page 5
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	Pages 5-8
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	Page 8
Sample size	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	-
	7a	How sample size was determined	Pages 8,9
Randomisation: Sequence generation	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	-
	8a	Method used to generate the random allocation sequence	Page 9
Allocation concealment mechanism	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	Page 9
	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	Page 9
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	Page 9
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	Page 9
Statistical methods	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	Page 5
	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	Pages 9,10
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	Pages 9,10

Results		
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up
	14b	Why the trial ended or was stopped
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)
Ancillary analyses	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended
	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)
Discussion		
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence
Other information		
Registration	23	Registration number and name of trial registry
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders
Citation: Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMC Medicine. 2010;8:18. © 2010 Schulz et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/2.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.		

12.12. Anexo XII. Registro del protocolo en “ClinicalTrials.gov”

ClinicalTrials.gov PRS
Protocol Registration and Results System

ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System (PRS) Receipt

Release Date: July 8, 2021

ClinicalTrials.gov ID: [Not yet assigned]

Study Identification

Unique Protocol ID: Código CEIm HUGCDN: 2021-169-1

Brief Title: Randomized Controlled Trial to Address Fear of Childbirth

Official Title: Randomized Controlled Trial Comparing a Specific Intervention to Address Fear of Childbirth Versus Conventional Intervention.

Secondary IDs:

Study Status

Record Verification: July 2021

Overall Status: Recruiting

Study Start: June 1, 2021 [Actual]

Primary Completion: April 30, 2022 [Anticipated]

Study Completion: June 1, 2022 [Anticipated]

Sponsor/Collaborators

Sponsor: University of Las Palmas de Gran Canaria

Responsible Party: Principal Investigator

Investigator: Sergio Mies Padilla [smiespadilla]

Official Title: Sergio Mies Padilla

Affiliation: University of Las Palmas de Gran Canaria

Collaborators: Servicio Canario de Salud

Oversight

U.S. FDA-regulated Drug: No

U.S. FDA-regulated Device: No

U.S. FDA IND/IDE: No

Human Subjects Review: Board Status: Approved

Approval Number: 2021-169-1

Board Name: Dña Maria Dolores Fiuza Pérez

Board Affiliation: Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación/

Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Phone: +34928450971

Email: ceimprovipa.scs@gobiernodecanarias.org

Address:

CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN.

Data Monitoring: No

FDA Regulated Intervention: No

Study Description

Brief Summary: The main objective of the research is to implement a specific intervention directed by midwives to address the fear of childbirth in the prenatal and intrapartum periods. The results obtained in the specific intervention group under study will be compared with those of the control group that will follow the usual care.

Fear of childbirth is defined as a state of intense anxiety that leads some women to fear childbirth, provoking a response that can influence the course of pregnancy, childbirth, and postpartum, as well as well-being and child development. Beneficial results have been shown in counseling, and prenatal education for childbirth, appropriate therapies to prevent, or at least reduce this suffering and its consequences. These interventions must be specific to see an improvement in symptoms, and must use a combination of various approaches to promote not only a reduction in fear, but a positive birth experience.

The population under study will be made up of pregnant women with a fear of childbirth detected in the second trimester of gestation. The sample will be recruited in the area of prenatal diagnosis of the Hospital Materno Infantil de Canarias (HUMIC). The start of the recruitment of participants is expected in June 2021, the online prenatal education intervention in August 2021 and the intrapartum intervention in October 2020. The intervention is expected to end in April 2022. It will be carried out a consecutive sampling until reaching the estimated sample size of 190 participants with fear of severe delivery who will be randomized to one of the two arms of the trial.

Detailed Description: A parallel group randomized controlled trial will be conducted in a cohort of women with a high level of fear of childbirth. Participants will be randomized to one of two arms: specific intervention group or usual care control group.

Initially, the fear of childbirth and associated factors will be evaluated in the second trimester of pregnancy, between weeks 20 and 24 of gestation. This will be followed by prenatal intervention in women who meet the inclusion criteria. In the intervention group, it will begin around week 30 of gestation, supplementing the interventions that are usually offered to all pregnant women, and that the control group will also receive. The results of the prenatal phase will be evaluated by means of the changes in the value of fear of childbirth in each group.

The intranatal intervention begins after 37 weeks of gestation, once the pregnant women attend the obstetric-gynecological emergency service. The participants will remain in the same group assigned in the first part, intervention or intrapartum control. The efficacy of the intervention will be evaluated after delivery by comparing the changes in the value of fear of childbirth, experience, satisfaction, and obstetric and neonatal outcomes between both groups.

Secondarily, an observational, descriptive study is proposed, with an analytical component and a cross section on aspects such as: the factors detected in the pregnant women who participated in the initial evaluation of fear of childbirth, the aspects related to the care received during pregnancy and childbirth in the participants of both groups, and the information obtained in the evaluation of the experience of midwives about fear of childbirth as well as the details of the intrapartum care offered during the study.

Conditions

Conditions: Fear of Childbirth

Keywords: Fear
Childbirth
Midwifery
Education
Counseling

Study Design

Study Type: Interventional

Primary Purpose: Supportive Care

Study Phase: N/A

Interventional Study Model: Parallel Assignment

Number of Arms: 2

Masking: Single (Outcomes Assessor)

A single blind will be performed by masking the data analysis. It will not be carried out in blinding of the participants due to impossibility given the nature of the education study. As far as possible, the control group will not be identified as pregnant women with severe fear of childbirth in the delivery area, since it is about receiving the usual care

Allocation: Randomized

Enrollment: 190 [Anticipated]

Arms and Interventions

Arms	Assigned Interventions
Experimental: Specific intervention for fear of childbirth Online education intervention Participants randomly assigned to the experimental group will be informed by telephone call of their inclusion in the first phase of the trial. Participants in the intervention group will be encouraged to attend routine consultations with their midwife and obstetrician, as well as to take advantage of the group maternal education that they usually develop in their health center. Specific intranatal support An experimental group will be carried out with a specific support intervention in the obstetric-gynecological emergency area that will supplement the one usually provided to all pregnant women. At the end of the participant's stay within the emergency area due to hospital discharge, admission to the ward, or the end of the pregnancy, the collaborating midwife will fill out an online form designed to monitor the care offered. Said form will also be completed at the end of the work shift if the participant's care continues.	Behavioral: Online prenatal specific education The sessions will start around 30 weeks of gestation with the intention that around 35-37 weeks all pregnant women have had the opportunity to attend all the sessions. Five specific online group sessions have been established for the fear of childbirth, each divided into three parts, and lasting approximately 60 minutes. In the first part, the aspects that are most relevant according to the reported experience of women with fear of childbirth will be discussed. In a second part, videos will be displayed starring midwives who will collaborate in specific intrapartum support with the aim of presenting the personnel involved in the care of women during delivery and immediate postpartum, and where the procedures and options available in the obstetric service of HUMIC. The session will end with brief therapy tasks. After each session, written documentation on the topics discussed will be made available to the participants. Behavioral: Intrapartum specific support At first, a group of expert midwives will be formed in support of pregnant women with fear of childbirth. The objective is that three midwives from each work group shift will include the women from the experimental group in the intrapartum support team. The working

Arms	Assigned Interventions
	group will receive a seminar given by the researcher where the study protocol and an update on MAP will be explained, which will include information on: concept and prevalence, risk factors, consequences, diagnosis and treatment. For the follow-up of the participants, an instant messaging group will be formed where the collaborating midwives and the main researcher will be able to find out the existence of a participant within the emergency area or in the maternity ward, facilitating continued care in the changes of guard
Active Comparator: Routine intervention for fear of childbirth Usual care Participants randomly assigned to the control group will be informed by telephone call of their inclusion in the first phase of the trial. The process under study will be explained in detail, resolving any doubts at that time. Regular intranatal support The participants in the control group will not be identified as pregnant women with fear of childbirth, and will receive the usual care in the obstetric-gynecological emergency area.	Behavioral: Prenatal usual education The participants in this group will follow the development of the usual interventions by midwives and obstetricians according to the established protocol for monitoring the pregnancy and / or by the private care system, as well as additional consultations for complications in pregnancy or consultations on demand that are considered necessary Group maternal education is offered in PC centers starting at week 28 of gestation. Although its content is supported by the Affective-Sexual and Reproductive Health Care Program, midwives are responsible for preparing the sessions according to their criteria to adapt them to the population they serve. In addition to group interventions, pregnant women in the intervention environment also receive individualized educational attention in follow-up and control visits. After delivery, an inquiry will be made about the maternal education received by pregnant women during their current pregnancy. Behavioral: Intrapartum usual support A routine detection of fear of childbirth or a protocolized practice for this problem is currently not contemplated in the trial setting. The different professionals who pay their attention to the pregnant woman can detect the fear of childbirth thanks to their experience or different indicators such as the expression of fears by the pregnant woman, being able to offer individualized attention and resources for the approach, according to their awareness of the problem .

Outcome Measures

Primary Outcome Measure:

1. To assess the effects of implementing a specific intervention directed by midwives to address the fear of childbirth in the prenatal and intrapartum period.

Decreased fear, maternal satisfaction, and obstetric and neonatal outcomes

[Time Frame: At 20-24 weeks gestation, at 37 weeks and before 10 days postpartum]

Secondary Outcome Measure:

2. Describe and compare the sociodemographic, obstetric, preference and antepartum experience variables in the second trimester of pregnancy according to the degree of fear of childbirth detected.

Self-made questionnaire

[Time Frame: At 20-24 weeks gestation]

3. To compare the result of the measurement of fear of childbirth before and after the prenatal and intrapartum interventions between the experimental group and the control group.

Wijma expectations questionnaire spanish versión A and B

[Time Frame: At 20-24 weeks gestation, at 37 weeks and before 10 days postpartum]

4. To compare the result of the intra-individual measurement of fear of childbirth before and after the prenatal and intrapartum interventions between the experimental group and the control group.

Wijma expectations questionnaire spanish versión A and B

[Time Frame: At 20-24 weeks gestation, at 37 weeks and before 10 days postpartum]

5. To evaluate the experience in the care of women with fear of childbirth of midwives who provide care in the gynecological obstetric emergency area.

Self-made questionnaire

[Time Frame: At the end of intrapartum support]

6. To compare the experience and maternal satisfaction after delivery, between the experimental group with specific intervention and the control group with usual care.

Childbirth Experience Questionnaire, in its version validated into Spanish CEQ-E

[Time Frame: Before 10 days postpartum]

7. To compare the obstetric and neonatal outcomes after delivery, between the specific intervention experimental group and the usual care control group.

Data extracted from the medical history

[Time Frame: Before 10 days postpartum]

Other Pre-specified Outcome Measures:

8. Develop an online group prenatal education intervention aimed at addressing fear of childbirth.

Group of 95 women with high fear of childbirth

[Time Frame: In 4 months from the beginning of the recruitment of participants]

9. Organize a group of experienced midwives in the care of women with fear of childbirth who offer a specific intrapartum intervention.

Group of 17 midwives with experience and availability

[Time Frame: Before the start of intrapartum support]

Eligibility

Minimum Age: 18 Years

Maximum Age:

Sex: Female

Gender Based: No

Accepts Healthy Volunteers: Yes

Criteria: Inclusion Criteria:

- Over 18 years of age
- 20-24 weeks of gestation
- Fear of childbirth
- Normal morphological ultrasound.

Exclusion Criteria:

- Online questionnaire disability
- Videoconference disability

- Incomplete questionnaires
- Language barrier.

Withdrawal criteria:

- Elective caesarean section
- Delivery before 37 weeks of gestation
- Non-attendance at educational sessions
- Delivery in a place other than HUMIC
- Fetal death
- Decline of informed consent.

Contacts/Locations

Central Contact Person: Sergio Mies Padilla, Matrona
Telephone: 633539272 Ext. +34
Email: sergiomies@gmail.com

Central Contact Backup:

Study Officials: Sergio Mies Padilla, Matrona
Study Principal Investigator
Matrona asistencial del área del paritorio del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria

Locations: **Spain**

Hospital Materno Infantil de Gran Canaria
[Recruiting]

Las Palmas De Gran Canaria, Las Palmas, Spain, 35016

Contact: Sergio Mies Padilla, Matrona 928444500 sergiomies@gmail.com

Sub-Investigator: Alicia Martín Martínez, Doctora

Sub-Investigator: Jose Ángel García Hernández, Doctor

Sub-Investigator: Hector Gonzalez de la Torre, Doctor

IPDSharing

Plan to Share IPD: Yes

It is planned to share the training plan of the online sessions

Supporting Information:
Study Protocol

Time Frame:
After publication of results

Access Criteria:
Health professionals

URL:

References

Citations:

Links:

Available IPD/Information:

12.13. Anexo XIII. Dictamen del comité de ética asistencial



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN/COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña Maria Dolores Fiuza Pérez, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN)

CERTIFICA:

Que este Comité, según consta en el Acta **4/2021** de fecha **30/04/2021** ha evaluado la propuesta del promotor: **MIES PADILLA, SERGIO**, para que se realice el **PROYECTOS DOCENTES** titulado:

"Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional."

Promotor: **MIES PADILLA, SERGIO**

Código CEIm HUGCDN: **2021-169-1**

Docs. con versiones:

Tipo documento	Subtipo	Versión-Fecha
Protocolo		V.1.0 - 04/04/2021
HIP y DCI		V.1.0 - 04/04/2021

CEIC de Referencia: **CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN.**

Datos del Investigador Principal:

Nombre	Centro	Servicio
SERGIO MIES PADILLA	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Servicio de Ginecología y Obstetricia

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el PROYECTOS DOCENTES.

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0NINiQrJEQZlP5Eq4pJHSV3G6d_wc0hEo





Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento.

El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto este COMITÉ resuelve que el estudio queda **APROBADO** con fecha de hoy.

Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

Con la elevación de este Dictamen a la Dirección Gerencia de este Centro para valoración de su Conformidad, terminan las acciones competencia de este CEI/CEIm sobre su estudio.

Que en dicha reunión se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, dicho miembro no participa en la evaluación ni el dictamen del propio protocolo.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria

La Secretaria Técnica

Fdo.: Dra Dña Maria Dolores Fiuza Pérez

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0NINiQrJEQZiP5Eq4pjHSV3G6d_wc0hEo





ANEXO I:

La Composición actual del Comité es la siguiente:

PRESIDENTE:

Dr. D. Antonio García Quintana. F.E.A. Servicio de Cardiología HUGCDN

VICEPRESIDENTE:

Dr. D. Vicente Olmo Quintana Resp. Servicio Farmacia de Atención Primaria

SECRETARIA TECNICA:

Dra. D^a. M^a Dolores Fiuza Pérez. Médica Epidemiología Clínica HUGCDN

VOCALES:

Dr. D. Daniel López Fernández . Fisioterapeuta Rehabilitación HUGCDN
Dr. D. Antonio Tugores Cester. Unidad de Investigación CHUIMI
Dra. D^a. Attenya Alamo Medina. F.E.A. Farmacia Hospitalaria CHUIMI
Dr. D. José L. Alonso Bilbao. F.E.A. Técnico Salud Pública AP
Dr. D. Mauro Boronat Cortés. F.E.A. Endocrinología CHUIMI
Dr. D. David Aguiar Bujanda. F.E.A. Oncología Médica HUGCDN
Dra. D^a. Elisabet Guerra Hernández F.E.A. Anestesiología y Reanimación HUGCDN
D^a. Elisabeth Cheneau. D.U.E. Docencia Salud Mental CHUIMI
Dr. D. Félix Isidro López Blanco. Dpto. Farmacología ULPGC – CHUIMI
Dr. D. Francisco J. Navarro Vázquez. F.E.A. Técnico Salud Pública AP
Dr. D. Jesús María González Martín. Estadístico Unidad de Investigación HUGCDN
D. José Juan Morales Castro. D.U.E. Área de Quirófano CHUIMI
Dr. D. Octavio Ramírez García. F.E.A Ginecología y Obstetricia CHUIMI
Dr. D. Jorge Arencibia Borrego. F.E.A. Medicina Interna HUGCDN
Dr. D. Jorge Solé Violán. F.E.A. Medicina Intensiva HUGCDN
D. Julio Ángel de Santiago Angulo. Lcdo. en Derecho. Asesor Jurídico CHUIMI
D^a. Rita del Carmen Gutiérrez Gil. Lcda. en Derecho. Asesora Jurídica HUGCDN
Dra. D^a. M^a. Asunción Acosta Mérida. F.E.A. Cirugía General y Digestiva HUGCDN
Dra. D^a. Blanca Valenciano Fuente. F.E.A. Pediatría CHUIMI
Dra. D^a. Juana Teresa Rodríguez Sosa. F.E.A Psiquiatría HUGCDN
D^a. M^a. Dolores Jarillo López-Mora. D.U.E. Enfermería HUGCDN
Dra. D^a. Mireya Amat López. F.E.A. Farmacia Hospitalaria HUGCDN
Dr. D. Emilio José Sanz Álvarez. Farmacólogo Clínico Hospital Universitario de Canarias
Dr D. Bernardino Clavo Varas F.E.A U. Investigación HUGCDN
Dña Carmen Gonzalez Vecino. Miembro no lego Periodista.
Dña Casimira Domínguez Cabrera. F.E.A Análisis Clínicos HUGCDN
D^a. Dulce María Prinz Díaz. Lcda. en Derecho. Asesora Jurídica CHUIMI
Dña Margarita Medina Castellano. F.E.A Ginecología y Obstetricia CHUIMI





ANEXO II:

Centros colaboradores:

Investigadores:

SERGIO MIES PADILLA	Complejo Universitario Insular	Hospitalario Materno	Servicio de Ginecología y Obstetricia	
ALICIA MARTÍN MARTÍNEZ	Complejo Insular	Hospitalario Materno	Universitario	Servicio de Ginecología y Obstetricia
HÉCTOR GONZÁLEZ DE LA TORRE	Complejo Insular	Hospitalario Materno	Universitario	Servicio de Ginecología y Obstetricia
JOSE ÁNGEL GARCÍA HERNÁNDEZ	Complejo Insular	Hospitalario Materno	Universitario	Servicio de Ginecología y Obstetricia

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
MARIA DOLORES FIJAZA PEREZ -	Fecha: 05/05/2021 - 12:01:11
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0NINiQrJEQZiP5Eq4pjHSV3G6d_wc0hEo	 
El presente documento ha sido descargado el 05/05/2021 - 13:40:32	

12.14. Anexo XIV. Dictamen 1ª enmienda del comité de ética



Servicio
Canario de la Salud

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS PROVINCIAL LAS PALMAS.
CEI/CEIm



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/COMITÉ DE LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

Dña Maria Dolores Fiuza Pérez, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica-Comité de Ética en la Investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

CERTIFICA:

Que este Comité, según consta en el Acta 6/2021 de fecha 02/07/2021, ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice la Enmienda Relevante al **PROYECTO DOCENTE- Ensayos Clínicos titulado:**

TÍTULO: "Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional."

Promotor: MIES PADILLA, SERGIO

Código de L. Protocolo:

Código CEIC Negrín: 2021-169-1

Comité de Referencia: CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Investigador Principal: SERGIO MIES PADILLA. Servicio de Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Y considera que:

El CEI/CEIm del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, tras la evaluación de la siguiente **Enmienda Relevante:**

ACTUALIZACION PROTOCOLO - V.2 de 16/06/2021

emite un **DICTAMEN FAVORABLE** -

Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEI/CEIm del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín es la indicada en el Anexo I, teniendo en cuenta que en el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del estudio o de enmienda.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria,

Fdo.: Dña Maria Dolores Fiuza Pérez
La Secretaria Técnica

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
MARIA DOLORES FIUZA PEREZ -	Fecha: 06/07/2021 - 09:19:30
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0uAS54XKR8h12hC2D7Q5pQ_1MHPf4kcp	 
El presente documento ha sido descargado el 06/07/2021 - 11:33:47	



Servicio
Canario de la Salud

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS PROVINCIAL LAS PALMAS.
CEICEIm



ANEXO I:

La Composición actual del Comité es la siguiente:

Presidente:

- ANTONIO GARCÍA QUINTANA.FEA CARDIOLOGÍA HUGDN

Vicepresidente:

- VICENTE OLMO QUINTANA- FARMACIA AP

Secretario:

- M^{ra} DOLORES FIJZA PEREZ-EPIDEMIOLOGIA HUGCDN

Vocales:

- DAVID AGUIAR BUJANDA- ONCOLOGIA MEDICA HUGCDN
- JESUS MARÍA GONZALEZ MARTIN- ESTADISTICO U. INVESTIGACION HUGCDN
- FRANCISCO JOSÉ NAVARRO VÁZQUEZ. FEA TÉCNICO SALUD PUBLICA AP
- JORGE ARENCIBIA BORREGO- MEDICINA INTERNA HUGCDN
- JUANA TERESA RODRIGUEZ SOSA- PSIQUIATRIA HUGCDN
- RITA GUTIERREZ GIL- LDA DERECHO ASESORIA JURIDICA HUGCDN
- MARÍA DOLORES JARILLO LOPEZ-MORA- DUE HUGCDN
- MIREYA AMAT LOPEZ-FARMACIA HUGCDN
- ATTENYA ÁLAMO MEDINA- FARMACIA CHUIMI
- JOSÉ LUIS ALONSO BILBAO- M. PREVENTIVA A.P
- MAURO BORONAT CORTÉS- ENDOCRINOLOGIA CHUIMI
- ELISABETH CHENEAU DUE DOCENCIA SALUD MENTAL CHUIMI
- FÉLIX LÓPEZ BLANCO- PROFESOR FARMACOLOGIA ULPGC
- JOSÉ JUAN MORALES CASTRO- DUE CHUIMI
- OCTAVIO RAMÍREZ GARCÍA. FEA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA CHUIMI
- JULIO ÁNGEL DE SANTIAGO ANGULO- LDO DERECHO ASESOR JURIDICO CHUIMI
- ANTONIO TUGORES CESTER- U. INVESTIGACION CHUIMI
- BLANCA VALENCIANO FUENTE- PEDIATRIA CHUIMI
- JORGE SOLÉ VIOLAN- M. INTERNA HUGCDN
- ELISABET GUERRA HERNÁNDEZ- ANESTESIA HUGCDN
- ASUNCIÓN ACOSTA MÉRIDA- CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA HUGCDN
- DANIEL LOPEZ FERNANDEZ. FISIOTERAPEUTA REHABILITACIÓN HUGCDN
- EMILIO JOSÉ SANZ ÁLVAREZ- FARMACOLOGO CLINICO HUC
- BERNARDINO CLAVO VARAS- U. INVESTIGACION HUGCDN
- CARMEN GONZÁLEZ VECINO- MIEMBRO NO LEGO
- CASIMIRA DOMÍNGUEZ CABRERA. FEA ANALISIS CLÍNICO HUGCDN
- MARGARITA MEDINA CASTELLANO.FEA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- DULCE MARÍA PRINZ DÍAZ. ASESORIA JURÍDICA CHUIMI

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:

MARIA DOLORES FIJZA PEREZ -

Fecha: 06/07/2021 - 09:19:30

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0uAS54XKR8h12hdC2D7Q5pQ_1MHPF4kkp



El presente documento ha sido descargado el 06/07/2021 - 11:33:47

12.15.Anexo XV. Modificaciones aprobadas primera enmienda

Por la presente se comunica al Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN), las siguientes modificación sobre el protocolo original del Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional", presentado por el promotor Sergio Mies Padilla con código CEIm HUGCDN: 2021-169-1. Se adjunta protocolo actualizado.

1. El objetivo principal se clarifica, quedando de la siguiente manera: "Evaluar los efectos de implementar una intervención específica dirigida por matronas para el abordaje del miedo al parto en el periodo prenatal e intraparto"
2. Donde dice "Miedo severo al parto" se modifica a "nivel alto de miedo al parto"
3. El punto de corte para incluir a las participantes dentro de la fase de intervención se modifica, quedando justificado por la necesidad de establecer una puntuación lo más adaptada a las gestantes del entorno de estudio, además la inexistencia de estudios anteriores que hayan empleado la reciente versión del cuestionario WDEQ validada al español y que sirvan de referencia. Para establecer el punto de corte se realizará con una muestra piloto de las 100 primeras gestantes que cumplimente dicho cuestionario, la agrupación de los resultados en 3 subgrupos: alto nivel de miedo al parto (puntuaciones en el cuarto cuartil), nivel moderado de miedo de parto (puntuaciones en el segundo y tercer cuartil) y bajo nivel de miedo al parto (puntuaciones en el primer cuartil).
4. Se modifica el número de matronas que formarán el grupo de intervención intraparto. Esto viene motivado por la movilidad e inestabilidad de la plantilla de matronas del paritorio. De esta manera se intenta asegurar que en cada turno de trabajo se encuentre como mínimo una de las matronas colaboradoras.
5. Se clarifica la aleatorización de las participantes al incluir la fuente a través de la cual se genera la tabla de número aleatorizados
6. Se modifica el tipo de muestreo no probabilístico a conveniencia debido a la dificultad para el acceso a la toda las candidatas a la participación, garantizando así la rigurosidad del método científico empleado
7. Se incluye el consentimiento informado, hoja de cesión de datos personales y hoja de recogida de datos personales con las siguientes modificaciones
 - Inclusión de los membretes del Servicio Canario de Salud, y del Gobierno de Canarias.
 - Se facilita la identificación del lugar de firma con X
 - Donde dice: "Su tocólogo/ga le ha solicitado...." se cambia a "Se le ha solicitado..."

Las Palmas de Gran Canaria a 15/06/2021

El investigador principal:
Sergio Mies Padilla

12.16. Anexo XVI. Dictamen 2º enmienda del comité de ética



Servicio
Canario de la Salud

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS PROVINCIAL LAS PALMAS.
CEI/CEIm.



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/COMITÉ DE LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

Dña Maria Dolores Fiuza Pérez, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica-Comité de Ética en la Investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

CERTIFICA:

Que este Comité, según consta en el Acta 7/2021 de fecha 30/07/2021, ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice la Enmienda Relevante al **PROYECTO DOCENTE- Ensayos Clínicos titulado:**

TÍTULO: "Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional."

Promotor: MIES PADILLA SERGIO

Código CEIC Negrín: 2021-169-1

Comité de Referencia: CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Investigador Principal: SERGIO MIES PADILLA. Servicio de Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Y considera que:

El CEI/CEIm del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, tras la evaluación de la siguiente **Enmienda Relevante:**

Cambios realizados protocolo Versión 3 y nueva colaboradora ELENA LOPEZ ALCAIDE

emite un **DICTAMEN FAVORABLE** -

Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEI/CEIm del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín es la indicada en el Anexo I, teniendo en cuenta que en el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del estudio o de enmienda.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria,

Fdo.: Dña Maria Dolores Fiuza Pérez
La Secretaria Técnica





Servicio
Canario de la Salud

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS PROVINCIAL LAS PALMAS.
CEI/CEIm



ANEXO I:

La Composición actual del Comité es la siguiente:

Presidente:

- ANTONIO GARCÍA QUINTANA.FEA CARDIOLOGÍA HUGCDN

Vicepresidente:

- VICENTE OLMO QUINTANA- FARMACIA AP

Secretario:

- M^º DOLORES FIUZA PEREZ-EPIDEMIOLOGIA HUGCDN

Vocales:

- DAVID AGUIAR BUJANDA- ONCOLOGIA MEDICA HUGCDN
- JESUS MARÍA GONZALEZ MARTIN- ESTADISTICO U. INVESTIGACION HUGCDN
- FRANCISCO JOSÉ NAVARRO VÁZQUEZ. FEA TÉCNICO SALUD PUBLICA AP
- JORGE ARENCIBIA BORREGO- MEDICINA INTERNA HUGCDN
- JUANA TERESA RODRIGUEZ SOSA- PSIQUIATRIA HUGCDN
- RITA GUTIERREZ GIL- LDA DERECHO ASESORIA JURIDICA HUGCDN
- MARÍA DOLORES JARILLO LOPEZ-MORA- DUE HUGCDN
- MIREYA AMAT LOPEZ-FARMACIA HUGCDN
- ATTENYA ÁLAMO MEDINA- FARMACIA CHUIMI
- JOSÉ LUIS ALONSO BILBAO- M. PREVENTIVA A.P
- MAURO BORONAT CORTÉS- ENDOCRINOLOGIA CHUIMI
- ELISABETH CHENEAU DUE DOCENCIA SALUD MENTAL CHUIMI
- FÉLIX LÓPEZ BLANCO- PROFESOR FARMACOLOGIA ULP GC
- JOSÉ JUAN MORALES CASTRO- DUE CHUIMI
- OCTAVIO RAMÍREZ GARCÍA. FEA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA CHUIMI
- JULIO ÁNGEL DE SANTIAGO ANGULO- LDO DERECHO ASESOR JURIDICO CHUIMI
- ANTONIO TUGORES CESTER- U. INVESTIGACION CHUIMI
- BLANCA VALENCIANO FUENTE- PEDIATRIA CHUIMI
- JORGE SOLÉ VIOLAN- M. INTERNA HUGCDN
- ELISABET GUERRA HERNÁNDEZ- ANESTESIA HUGCDN
- ASUNCIÓN ACOSTA MÉRIDA- CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA HUGCDN
- DANIEL LOPEZ FERNANDEZ. FISIOTERAPEUTA REHABILITACIÓN HUGCDN
- EMILIO JOSÉ SANZ ÁLVAREZ- FARMACOLOGO CLINICO HUC
- BERNARDINO CLAVO VARAS- U. INVESTIGACION HUGCDN
- CARMEN GONZÁLEZ VECINO- MIEMBRO NO LEGO
- CASIMIRA DOMÍNGUEZ CABRERA. FEA ANALISIS CLÍNICO HUGCDN
- MARGARITA MEDINA CASTELLANO.FEA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- DULCE MARÍA PRINZ DÍAZ. ASESORIA JURÍDICA CHUIMI

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
MARIA DOLORES FIUZA PEREZ -	Fecha: 30/07/2021 - 12:33:15
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 00NkFnc0ZRscCrBcEtPVdCk-hv5-La3bi	
El presente documento ha sido descargado el 02/08/2021 - 09:36:07	

12.17. Anexo XVII. Hoja de información para la participante



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional.

Estimada Señora:

Se le ha solicitado, participar en este estudio, ahora y en cumplimiento de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica" reiteramos la explicación dada verbalmente, ahora, por escrito con objeto de que nos autorice a incluirla en el mismo.

Antes de decidir si desea tomar parte, es importante que entienda por qué se realiza este estudio y qué es lo que implica si acepta participar.

Por favor, lea con detenimiento la siguiente información y, si hay algo que no está claro o desea más información, no deje de consultarlo, puede solicitar la ampliación de información al investigador principal o sus colaboradores, o bien a su médico responsable. Le concederemos todo el tiempo que necesite para decidirse o no a participar.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Si acepta participar en el estudio el investigador se pondrá en contacto con usted y le explicará todo el proceso. En un primer momento se le hará llegar por internet un cuestionario que deberá cumplimentar para determinar su grado de miedo al parto y otra información que será usada para investigar sobre los factores asociados con el miedo al parto. Tras valorar los resultados se determinará si podrá seguir con la siguiente fase del estudio o habrá finalizado su participación. Si su miedo al parto es considerado en un grado severo continuará con la fase de ensayo clínico.

En este ensayo se realizará una intervención experimental en las mujeres que presenten miedo severo al parto. Se formarán al azar dos grupos de mujeres con miedo severo al parto. Ambos grupos de intervención recibirán la atención habitual a la mujer embarazada, por lo que su inclusión en uno u otro grupo no restará la oportunidad de aprovechar los recursos accesibles para el seguimiento y control de todas las embarazadas, pero solo uno de los dos grupos recibirá la intervención experimental de clases de educación maternal en línea, y de apoyo específico dentro del paritorio.

Sobre las 36-37 semanas de gestación y dentro de los 10 primeros días después del parto el investigador se volverá a poner en contacto con usted para que responda una serie de preguntas mediante el mismo método en línea, para valorar la efectividad de las intervenciones, su experiencia personal, y su satisfacción. Además se recogerán algunos datos del parto a través de su historia clínica electrónica.

OBJETIVO QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito de este estudio es mejorar la atención de las embarazadas que presentan cierto grado de miedo al parto para poder ofrecerles una mejor atención durante el embarazo y el parto

La participación es totalmente voluntaria. De ningún modo está obligado a participar y, si decide hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Todos los aspectos



de este estudio, incluidos los resultados personales, serán tratados de manera estrictamente confidencial.

¿POR QUÉ HA SIDO ELEGIDO?

Usted ha sido elegida debido a que se encuentra embarazada y como tal es susceptible de sentir miedo ante su próximo parto.

CONFIDENCIALIDAD:

Se garantiza el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de todos los datos relativos a su salud, tanto de los obtenidos durante la investigación, como de los que constan en su historia clínica, en los términos establecidos en la Ley 3/2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales y en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Para la finalidad expuesta, a Ud. se le identificará con un código y la información personal de sus archivos no será distribuida o cedida a terceras personas sin su consentimiento previo por escrito. En este sentido, no se le identificará personalmente en las publicaciones escritas o seminarios en los que se pudieran exponer los resultados de este estudio.

Los monitores, auditores, CEIC y las autoridades competentes tendrán acceso directo a la historia clínica original del sujeto para la verificación de los procedimientos y/o datos del estudio, sin violar la confidencialidad del sujeto, dentro de lo permitido por la norma pertinente y que, al firmar el formulario de consentimiento informado, el sujeto o su representante legal están autorizando el acceso a estos datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio se llevará a cabo siguiendo las reglas de buena práctica clínica, y tienen como exclusiva finalidad investigar a partir de los datos que nos aporte. Esto quiere decir que, al participar en este estudio, a Ud no se le someterá a ningún procedimiento innecesario, y tampoco dejará de recibir las atenciones necesarias para tratar su enfermedad si decide no participar.

DURACIÓN PREVISTA DE SU INCLUSIÓN EN EL ESTUDIO:

El estudio durará aproximadamente 12 meses hasta obtener los resultados de todas las gestantes que participen.

NÚMERO APROXIMADO Y CARACTERÍSTICAS DE PARTICIPANTES QUE SE PREVE INCLUIR EN EL ESTUDIO:

Serán seleccionadas 190 mujeres embarazadas mayores de 18 años

PREGUNTAS QUE PUDIERAN SURGIRLE DURANTE Y DESPUÉS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Si alguna vez necesita respuesta a alguna pregunta sobre este estudio, puede contactar con el investigador principal: Sergio Mies Padilla a través del correo electrónico sergiomies@gmail.com , o en el teléfono 633539272

COMPENSACIÓN ECONÓMICA: este estudio NO tiene compensación económica.

12.18. Anexo XVIII. Consentimiento informado del paciente



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

He leído y entendido la Hoja de información al paciente. He tenido la oportunidad de discutir las cuestiones relacionadas con esta información. Mis preguntas y dudas han sido respondidas de forma satisfactoria.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento y sin que esto vaya en detrimento de mis derechos legales. Entiendo que se pueden utilizar los datos de carácter anonimizados en otros documentos, quedando fuera de los mismos los datos personales y se tratarán con la debida reserva y confidencialidad.

Doy autorización para que se acceda a mis informes sin que se revele información personal.

Estoy de acuerdo con que la información relativa a mi participación en este estudio sea comunicada a mi facultativo especialista y médico de cabecera si lo solicita.

He leído la información anterior y acepto participar en el estudio.

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:

..... Firma: Fecha:

X

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos:

..... Firma padre, madre
o tutor legal: Fecha:

INVESTIGADOR

Nombre y apellidos:

..... Firma: Fecha:

REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

D/DÑA:..... de años de edad con
domicilio

(Nombre y dos apellidos del/ de la paciente)

en y D.N.I. nº

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y solicito la eliminación o anonimización de todos los datos personales y de las muestras que permanecen almacenadas sin que de ello se derive ningún perjuicio ni pérdida de los beneficios sanitarios a los que tengo derecho. Comprendo que esta eliminación no se extenderá a los datos resultantes del consentimiento otorgado para las investigaciones que ya se hubieran llevado a cabo.

En Las Palmas de Gran Canaria, a.....de.....de.....

12.19. Anexo XIX. Hoja de información y cesión de datos

HOJA DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, le informamos que los datos de carácter personal facilitados en el presente formulario, se incluirán y serán tratados con confidencialidad y seguridad en ficheros, responsabilidad de LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, cuya finalidad es realizar UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, haciendo uso de las nuevas tecnologías.

El destinatario de los datos es EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO de Obstetricia y Ginecología, SIENDO RESPONSABLE EL INVESTIGADOR PRINCIPAL Sergio Mies Padilla, no teniendo previsto realizar cesiones a terceros distintas de las previstas por Ley o, los expresamente autorizados por usted o su representante legal. De igual forma, asumirán dicha responsabilidad los Investigadores Colaboradores: Jose Ángel García Hernandez, Alicia Inmaculada Martín Martínez, Hector Gonzalez de la Torre.

Los datos aportados deben ser verdaderos, exactos, completos y actualizados. El interesado se hará responsable de cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, como consecuencia del incumplimiento de tal obligación.

En cumplimiento del principio de calidad de sus datos, la DIRECCIÓN GERENCIA DEL Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria conservará la información consignada con la finalidad descrita. Si desea modificarlos se tendrá que poner en contacto con el investigador principal.

El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la citada Ley Orgánica 3/2018 y normativa concordante ante la DIRECCIÓN GERENCIA DEL Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, ubicada en Edificio Anexo podrá revocar el consentimiento otorgado, sin efectos retroactivos, a través de solicitud por escrito ante EL REGISTRO GENERAL del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria, ubicada en Edificio Anexo, haciendo la mención expresa de "Protección de Datos", o por correo electrónico a la siguiente dirección sergiomies@gmail.com, o por correo ordinario a la dirección anteriormente reseñada y haciendo entrega de copia de DNI.

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:

..... Firma: Fecha:

X

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos:

..... Firma padre, madre

o tutor legal: Fecha:

INVESTIGADOR

Nombre y apellidos:

..... Firma: Fecha:

12.20. Anexo XX. Conformidad de la dirección hospitalaria



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular Materno-Infantil



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Dra. Dña **M^a Alejandra Torres Afonso**, Directora Gerente del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEI/CEIm) H.U.G.C. Dr. Negrín (**Acta 4/2021**).

CERTIFICA:

Que conoce la propuesta realizada por el promotor MIES PADILLA, SERGIO para que sea realizado en este Centro el PROYECTOS DOCENTES titulado:

"Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional."

Promotor: MIES PADILLA, SERGIO

Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2021-169-1

CEI/CEIm de Referencia: CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

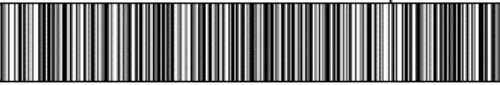
Y que será realizado por **SERGIO MIES PADILLA** del Servicio de Servicio de Ginecología y Obstetricia como Investigador Principal.

Que se está de acuerdo con las condiciones establecidas entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos relativos a este PROYECTOS DOCENTES y se acepta la realización en este Centro.

Lo que firma en Las Palmas de Gran Canaria

La Directora Gerente

Fdo: Dra. M^a Alejandra Torres Afonso

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
MARIA ALEJANDRA TORRES AFONSO - DIRECTOR GERENTE	Fecha: 04/05/2021 - 11:59:19
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0bPpH3qjN9UTC-9R2vm195q5DplgMv178	
El presente documento ha sido descargado el 06/05/2021 - 13:05:28	

12.21. Anexo XXI. Formulario de valoración de matronas

Formulario de atención matrona paritorio

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Nombre Matron/a *

2. Día y Turno de trabajo *

3. Número de HC de la paciente *

4. En que momento contactaste con la participante *

Marca solo un óvalo.

☐ Desde el área de triaje/puerta

☐ Desde expectantes

☐ Desde el paritorio

☐ Otro: _____

5. ¿Te identificaste como la matrona de referencia en la atención de mujeres con MAP o del estudio de MAP? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

☐ Otro: _____

6. Motivo de consulta en urgencias *

Identifica el motivo por el cual la gestante acudió a urgencias

Marca solo un óvalo.

☐ Trabajo de parto/Inducción del parto Salta a la pregunta 7

☐ Pródromos de parto Salta a la pregunta 7

☐ Disminución de movimientos fetales Salta a la pregunta 7

☐ Rotura prematura de membranas Salta a la pregunta 7

☐ Otros

Apoyo

7. Dentro del área de urgencias elige entre las opciones en que has centrado tu atención para disminuir el miedo al parto *

Puedes elegir varias y detallar otras que no estén reflejadas en el listado

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Crear un espacio de tranquilidad
- ☐ Estimulación positiva (elogios, motivación, fortalecer autoestima)
- ☐ Mostrar una comunicación abierta
- ☐ Explicar los procedimientos/acciones
- ☐ Pensar lo primero en la mujer
- ☐ Consejo para el dolor, ofrecer métodos de alivio
- ☐ Procurar la continuidad de cuidados
- ☐ Involucrar al acompañante
- ☐ Escucha activa
- ☐ Generar confianza
- ☐ Solicitar consentimiento para los procedimientos
- ☐ Atención uno a uno
- ☐ Otro: _____

8. ¿La organización y la carga de trabajo te ha permitido ofrecer todo el apoyo que deseabas? *

Explica con detalle si la situación de la unidad en ese momento te permitió brindar todo el apoyo que pensabas que era necesario para la mujer

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

12.22.Anexo XXII. Información: diagnóstico prenatal

Mediante el presente documento se desea informar al equipo médico y de enfermería del Área de Diagnóstico Prenatal del HUMIC de la realización de un estudio de investigación titulado: **Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional.**

El objetivo principal del estudio es implementar una intervención específica dirigida por matronas para el abordaje del miedo severo al parto en el periodo prenatal e intraparto. Como objetivos secundarios se plantea investigar sobre las preferencias y experiencias anteparto, el grado de miedo al parto antes y después de las intervenciones, el desarrollo de una intervención de educación prenatal grupal en línea y la organización de un grupo de matronas experimentadas en la atención intraparto de mujeres con miedo al parto, la experiencia y satisfacción materna tras las intervenciones, así como los resultados obstétricos y neonatales tras el parto entre ambos grupos de mujeres.

En el Área de Diagnóstico Prenatal se procederá con el reclutamiento de las participantes. La intervención educativa se realizará en el ámbito privado que las participantes elijan para la asistencia a las sesiones en línea, y la intervención de apoyo intraparto se realizará en las diferentes Áreas de Urgencias Obstétrico-Ginecológica.

A la población accesible de gestantes que acudan a la realización de la Ecografía Obstétrica morfológica entre 20-24 semanas de gestación y sean mayores de 18 años se les propondrá participar en el estudio y en caso de aceptar se procederá por parte del investigador a la evaluación de los criterios para ser incluida en el ensayo, previa firma del consentimiento informado. El proceso de entrega y recogida de formularios de evaluación se realizará de manera online, y se iniciará el 1 de Junio de 2021, pudiéndose prolongar su finalización, debido a las características del estudio hasta Diciembre de 2021. Se solicita la colaboración del personal que atiende a las gestantes en este área proporcionando información sobre el estudio y entregando el formulario de recogida de datos de contacto, la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado. Una vez autocumplimentados y firmados la participante los deberán depositar en una urna cerrada a la que accede asiduamente el investigador, el cual se pondrá en contacto con las participantes para enviarles acceso al formulario de evaluación en línea.

Por último informar que el presente ensayo cuenta con la aprobación del CEIm HUGCDN con el código: 2021-169-1, y la conformidad de la Directora Gerente del CHUIMI. Para cualquier duda o consulta sobre el proceso de investigación podrán contactar con el investigador principal: sergiomies@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.

En Las Palmas de Gran Canaria, Mayo de 2021

El Investigador principal, Sergio Mies Padilla

12.23. Anexo XXIII. Información: unidad de paritorio

Mediante el presente documento se desea informar al equipo médico y de enfermería del Área de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas del HUMIC de la realización de un estudio de investigación titulado: **Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la intervención convencional.**

El objetivo principal del estudio es implementar una intervención específica dirigida por matronas para el abordaje del miedo severo al parto en el periodo prenatal e intraparto. Como objetivos secundarios se plantea investigar sobre las preferencias y experiencias anteparto, el grado de miedo al parto antes y después de las intervenciones, el desarrollo de una intervención de educación prenatal grupal en línea y la organización de un grupo de matronas experimentadas en la atención intraparto de mujeres con miedo al parto, la experiencia y satisfacción materna tras las intervenciones, así como los resultados obstétricos y neonatales tras el parto entre ambos grupos de mujeres.

En el Área de Urgencias Obstétrico Ginecológicas se procederá con la intervención de apoyo intraparto. Para ello se formará un grupo de matronas voluntarias previa evaluación de su experiencia en la atención de embarazadas con miedo al parto. Estas matronas ofrecerán una atención que suplemente a la habitual en el área de urgencias obstétrico-ginecológica. Las gestantes que participan serán reclutadas en el área de Diagnóstico prenatal, y la intervención educativa ofrecida por el investigador principal la realizarán en el ámbito privado que las participantes elijan para la asistencia a las sesiones en línea.

A las participantes del grupo intervención que acudan a partir de la semana 37 de gestación, y que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión o retirada en ese momento, se les realizará un seguimiento y una atención por una matrona colaboradora durante su estancia en el servicio de urgencias, según el protocolo establecido y explicado previa reunión informativa. El proceso de evaluación de las matronas mediante formulario online se iniciará el 11 Mayo de 2021. Las gestantes se captarán entre las semanas 20-24 de gestación a partir del 1 de Junio de 2021, y sobre la semana 30 de gestación se iniciará la intervención prenatal objeto de estudio. Por tanto se prevé que a partir del 1 de Septiembre de 2021 se inicie la intervención intranatal del estudio

Por último informar que el presente ensayo cuenta con la aprobación del CEIm HUGCDN con el código: 2021-169-1, y la conformidad de la Directora Gerente del CHUIMI. Para cualquier duda o consulta sobre el proceso de investigación podrán contactar con el investigador principal: sergiomies@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.

En Las Palmas de Gran Canaria, Mayo de 2021

El Investigador principal, Sergio Mies Padilla

12.24. Anexo XXIV. Formulario de datos de contacto

8.8. Anexo VIII: Formulario datos de contacto.



Formulario Datos de contacto

Ha decidido formar parte de esta investigación y por ello el investigador principal se pondrá en contacto con usted para facilitarle el formulario de preguntas y resolver cualquier duda que le pueda haber surgido.

El cuestionario lo recibirá como un enlace a través del correo electrónico o teléfono móvil, y podrá cumplimentarlo mediante cualquier dispositivo móvil u ordenador.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Número de Historia Clínica: _____

(Si no ha sido identificado en el formulario su Historia Clínica por el profesional que le ha atendido, solicite su número de historia clínica)

2. Nombre y Apellidos _____

3. Teléfonos de contacto _____

(Identifique los teléfonos donde poder contactar con usted, es preferible su teléfono móvil)

4. Correo electrónico _____

(Identifique el correo electrónico al cual desea recibir el cuestionario)

12.25. Anexo XXV. Formulario de valoración inicial (C1)

Formulario Inicial Estudio MAP

Antes de iniciar la cumplimentación del cuestionario tenga en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas, se trata de que responda con total sinceridad bajo su valoración personal.

Se estima que la cumplimentación le llevará 10 minutos aproximadamente

Los datos personales que aporte serán tratados únicamente con fines de investigación, sin figurar en los resultados ningún dato que pueda identificarle a usted.

El investigador principal será la única persona que acceda al formulario cumplimentado.

Si se le presenta cualquier duda o dificultad puede ponerse en contacto con el investigador a través de correo electrónico: sergiomies@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Datos de identificación y sociodemográficos

1. Número de identificación *

Escriba el número de identificación proporcionado por el investigador (en caso de no recordarlo escriba el número de teléfono de contacto proporcionado en el formulario escrito)

2. Primer apellido *

3. Edad *

4. Situación sentimental *

Elija su estado civil actual

Marca solo un óvalo.

☐ En pareja

☐ Sin pareja

5. Nivel educativo *

Elija el mayor grado de nivel académico cursando actualmente o finalizado

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios primarios (equivalente a EGB/ESO)
- ☐ Estudios Secundarios (BUP, bachiller LOGSE) / Formación Profesional
- ☐ Estudios Universitarios

Preferencias de Parto

6. Si tuvieras que decidir a día de hoy la vía del parto cuando llegue el momento.....¿Cómo preferirías dar * a luz?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Parto Vaginal
- ☐ Probablemente Parto Vaginal
- ☐ Probablemente por Cesárea
- ☐ Parto por Cesárea.

7. A día de hoy...¿Dónde tienes pensado dar a luz?" *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Hospital Materno Infantil de Gran Canaria u otro Hospital Público
- ☐ Probablemente Hospital Materno Infantil de Gran Canaria u otro Hospital Público
- ☐ Probablemente en una Clínica Privada
- ☐ En una Clínica Privada
- ☐ En Domicilio

8. ¿Has parido anteriormente? *

Por cualquier vía de parto (vaginal o cesárea)

Marca solo un óvalo.

- ☐ No Salta a la pregunta 14
- ☐ Si Salta a la pregunta 9

Experiencia de Parto

9. ¿Cuántas veces has parido por Vía Vaginal?

Indica el número de veces que has parido por esta vía (deja en blanco si no has parido por esta vía anteriormente)

10. ¿Cuántas veces has parido por Cesárea?

Indica el número de veces que has parido por esta vía (deja en blanco si no has parido por esta vía anteriormente)

11. ¿Cuál ha sido la vía de finalización de tu anterior embarazo? *

Indica la vía de finalización del último parto (en caso de que hayas parido más de una vez), o del ANTERIOR embarazo (si solo has parido una vez)

Marca solo un óvalo.

☐ Vaginal

☐ Cesárea

12. En general, mi experiencia personal en el anterior parto fue... *

Señala el valor que mas coincida con tus pensamientos.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

13. En general, estoy.....con el apoyo recibido dentro del paritorio durante mi último parto *

Señala el valor que mas coincida con tus pensamientos.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Satisfecha

Cuestionario WDEQ-A de valoración del miedo al parto

Este cuestionario trata los sentimientos y pensamientos que pueden tener las mujeres ante la perspectiva del proceso de parto.

Las respuestas a cada pregunta aparecen con una escala de 0 a 5. Los extremos de las respuestas (0 y 5 respectivamente) corresponden a los opuestos de un sentimiento o pensamiento.

Por favor, elija la opción que más se acerca a cómo se imagina que será su parto.

Por favor, responda a cómo se imagina que será su parto – no como desearía que fuera.

14. Pregunta 1-¿Cómo cree que VAA IR EL PROCESO de parto en general? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente fantástico					Nada fantástico

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Pregunta 2-¿Cómo cree que VAA IR EL PROCESO de parto en general? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente horrible					Nada horrible

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Pregunta 3-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente sola					Nada sola

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Pregunta 4-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente fuerte					Nada fuerte

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Pregunta 5-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente confiada				Nada confiada	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Pregunta 6- ¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente asustada				Nada asustada	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Pregunta 7-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente desatendida				Nada desatendida	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Pregunta 8-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente débil				Nada débil	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Pregunta 9-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente segura				Nada segura	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. Pregunta 10-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente independiente				Nada independient	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. Pregunta 11-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente desolada				Nada desolada	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Pregunta 12-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente tensa				Nada tensa	

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. Pregunta 13-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente contenta					Nada contenta

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

27. Pregunta 14-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente orgullosa					Nada orgullosa

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. Pregunta 15-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente abandonada					Nada abandonada

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. Pregunta 16- ¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Totalmente íntegra					Nada íntegra

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Pregunta 17-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente relajada					Nada relajada

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Pregunta 18-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente feliz					Nada feliz

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Pregunta 19-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Pánico extremo					Ningún pánico

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. Pregunta 20-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Desesperanza extrema					Ninguna desesperanza

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Pregunta 21-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente deseosa del bebé					Nada deseosa del bebé

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

35. Pregunta 22-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Autoconfianza extrema					Ninguna autoconfianza

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. Pregunta 23-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Confianza extrema					Ninguna confianza

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

37. Pregunta 24-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Dolor extremo					Ningún dolor

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. Pregunta 25-¿Qué cree que pasará cuando el trabajo de parto sea más intenso? *

0	1	2	3	4	5
Me comportaré extremadamente mal			No voy a comportarme mal en absoluto		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

39. Pregunta 26-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente agradable			Nada agradable		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

40. Pregunta 27-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente natural			Nada natural		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

41. Pregunta 28-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Exactamente como debe ser					En absoluto como debe ser

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

42. Pregunta 29-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente peligroso					Nada peligroso

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

43. Pregunta 30-¿Ha tenido durante el último mes fantasías sobre el proceso de parto y el nacimiento, por ejemplo.....
Fantasías sobre si el BEBE SE MUERE durante el parto? *

0	1	2	3	4	5
Nunca					Muy a menudo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

44. Pregunta 31-¿Ha tenido durante el último mes fantasías sobre el proceso de parto y el nacimiento, por ejemplo.....
Fantasías de que su BEBE SUFRIRÁ LESIONES durante el parto? *

0	1	2	3	4	5
Nunca					Muy a menudo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

12.26.Anexo XXVI. Tabla de números aleatorizados

True Random Number Service

Random Integer Set Generator

You requested 1 set with 190 unique random integers, taken from the [1,190] range and generated with randomization from 2021-06-01. The integers were not sorted.

Here is your set:

Set 1: 120, 65, 40, 12, 122, 29, 147, 41, 154, 89, 128, 17, 18, 145, 2, 35, 161, 115, 136, 164, 31, 60, 37, 77, 44, 87, 184, 119, 34, 42, 131, 22, 152, 179, 8, 63, 94, 55, 30, 88, 66, 138, 61, 13, 173, 7, 83, 90, 123, 86, 28, 26, 117, 79, 69, 56, 67, 70, 4, 116, 74, 96, 103, 78, 19, 99, 108, 149, 93, 135, 168, 49, 106, 143, 177, 162, 113, 50, 33, 11, 36, 75, 174, 48, 25, 62, 160, 175, 10, 102, 20, 95, 146, 6, 52, 144, 91, 58, 156, 155, 107, 111, 153, 71, 98, 148, 1, 15, 137, 112, 80, 129, 16, 81, 46, 32, 169, 127, 186, 59, 43, 134, 85, 47, 14, 142, 101, 92, 100, 57, 181, 190, 24, 9, 45, 158, 104, 151, 159, 105, 64, 114, 188, 3, 170, 150, 180, 187, 38, 21, 133, 73, 23, 141, 118, 172, 27, 183, 109, 140, 166, 132, 84, 76, 39, 176, 182, 97, 51, 165, 124, 72, 54, 121, 5, 163, 178, 53, 171, 125, 82, 189, 185, 167, 110, 68, 157, 126, 130, 139

Timestamp: 2021-06-09 19:12:36 UTC

Go Back

© 1998-2021 RANDOM.ORG

Follow us: Twitter | Facebook

Terms and Conditions

About Us

12.27. Anexo XXVII. Formulario A (GI) de datos de la HC

GI_Formulario de variables A

A rellenar por el investigador principal con datos de HC o informe de participante

1. Numero identificación

2. Edad Gestacional (FUR o ECO 1T) en el momento que se recibe el formulario cumplimentado

3. Puntuación WDEQ A Inicial

4. Fecha en que cumple 30 SEG (Según control por FUR o ECO)

Ejemplo: 7 de enero del 2019

5. Fecha en que cumple 37 SEG (Según control por FUR o ECO)

Ejemplo: 7 de enero del 2019

6. Fórmula obstétrica

Marca solo un óvalo por fila.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
G	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Paridad

Marca solo un óvalo.

☐ Primípara

☐ Multípara

Parto vaginal

8. Último parto vaginal?

Marca solo un óvalo.

☐ No

☐ Si

Tipo de parto vaginal

9. Tipo de parto

Marca solo un óvalo.

☐ Eutócico/cefálico

☐ Eutócico/podálico

☐ Distócico/forceps

☐ Distócico/podálico.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

12.28. Anexo XXVIII. Formulario A (GC) de datos de la HC

GC_Formulario de variables A

A rellenar por el investigador principal con datos de HC o informe de participante

1. Número Identificación

2. Edad Gestacional (FUR o ECO 1T) en el momento que se recibe el formulario cumplimentado

3. Puntuación WDEQ Inicial

4. Fecha en que cumple 37 SEG (Según control por FUR o ECO)

Ejemplo: 7 de enero del 2019

5. Formula obstétrica

Marca solo un óvalo por fila.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
G	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Paridad

Marca solo un óvalo.

☐ Primípara

☐ Multípara

Parto vaginal

7. Último parto vaginal?

Marca solo un óvalo.

☐ No

☐ Si

Tipo de parto vaginal

8. Tipo de parto

Marca solo un óvalo.

☐ Eutócico/cefálico

☐ Eutócico/podálico

☐ Distócico/forceps

☐ Distócico/podálico.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

12.29. Anexo XXIX. Formulario de seguimiento (C2)

Formulario seguimiento Estudio MAP

Antes de iniciar la cumplimentación del cuestionario tenga en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas, se trata de que responda con total sinceridad bajo su valoración personal.

Se estima que la cumplimentación le llevará 10 minutos aproximadamente

Los datos personales que aporte serán tratados únicamente con fines de investigación, sin figurar en los resultados ningún dato que pueda identificarle a usted.

El investigador principal será la única persona que acceda al formulario cumplimentado.

Si se le presenta cualquier duda o dificultad puede ponerse en contacto con el investigador a través de correo electrónico: sergiomies@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Datos de identificación y sociodemográficos

1. Número de identificación *

Escriba el número de identificación proporcionado por el investigador (en caso de no recordarlo escriba el número de teléfono de contacto proporcionado en el formulario escrito)

2. Primer apellido *

Preferencias de Parto

3. Si tuvieras que decidir a día de hoy la vía del parto cuando llegue el momento.....¿Cómo preferirías dar * a luz?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Parto Vaginal
- ☐ Probablemente Parto Vaginal
- ☐ Probablemente por Cesárea
- ☐ Parto por Cesárea.

4. A día de hoy...¿Dónde tienes pensado dar a luz?" *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Hospital Materno Infantil de Gran Canaria u otro Hospital Público
- ☐ Probablemente Hospital Materno Infantil de Gran Canaria u otro Hospital Público
- ☐ Probablemente en una Clínica Privada
- ☐ En una Clínica Privada
- ☐ En Domicilio

Clases Educación Maternal

5. ¿Asistió a las clases de educación maternal que le ofreció su matrona del centro de salud? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si, asistí a TODAS las sesiones
- ☐ Si, asistí a LA MAYORÍA de las sesiones
- ☐ Si, asistí A ALGUNA de las sesiones
- ☐ NO ASISTÍ a ninguna sesión / No me las ofrecieron *Salta a la pregunta 7*

Educación maternal grupal

6. Temas tratados *

Señala a continuación los temas tratados en las clases grupales de educación maternal en su Centro de Salud.
Puedes señalar varias

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Desarrollo fetal
- ☐ Autocuidados durante el embarazo
- ☐ Masaje perineal
- ☐ Alimentación durante el embarazo
- ☐ Ejercicio físico durante el embarazo
- ☐ Aspectos Psicológicos en el embarazo
- ☐ Inicio del trabajo de parto
- ☐ Métodos de alivio del dolor
- ☐ Aspectos Psicológicos durante el parto
- ☐ Posiciones durante el parto
- ☐ Respiración durante el parto
- ☐ Pujos en el Parto
- ☐ Relajación en el Parto
- ☐ Plan de Parto
- ☐ Puerperio
- ☐ Aspectos Psicológicos durante el puerperio
- ☐ Cuidados del Bebe
- ☐ Lactancia
- ☐ Otro: _____

Cuestionario WDEQ-A de valoración del miedo al parto

Este cuestionario trata los sentimientos y pensamientos que pueden tener las mujeres ante la perspectiva del proceso de parto.

Las respuestas a cada pregunta aparecen con una escala de 0 a 5. Los extremos de las respuestas (0 y 5 respectivamente) corresponden a los opuestos de un sentimiento o pensamiento.

Por favor, elija la opción que más se acerca a cómo se imagina que será su parto.

Por favor, responda a cómo se imagina que será su parto – no como desearía que fuera.

7. Pregunta 1-¿Cómo cree que VAA IR EL PROCESO de parto en general? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente fantástico					Nada fantástico

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Pregunta 2-¿Cómo cree que VAA IR EL PROCESO de parto en general? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente horrible					Nada horrible

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Pregunta 3-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente sola					Nada sola

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Pregunta 4-¿Cómo cree que SE VA A SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente fuerte					Nada fuerte

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Pregunta 5-¿Cómo cree que SE VA A SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente confiada					Nada confiada

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Pregunta 6- ¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente asustada					Nada asustada

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Pregunta 7-¿Cómo cree que SE VA A SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente desatendida					Nada desatendida

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Pregunta 8-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente débil					Nada débil

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Pregunta 9-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente segura					Nada segura

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Pregunta 10-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente independiente					Nada independiente

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Pregunta 11-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente desolada					Nada desolada

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Pregunta 12-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente tensa			Nada tensa		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Pregunta 13-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente contenta			Nada contenta		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Pregunta 14-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente orgullosa			Nada orgullosa		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Pregunta 15-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente abandonada			Nada abandonada		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Pregunta 16- ¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Totalmente íntegra			Nada íntegra		
<i>Marca solo un óvalo.</i>					
0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. Pregunta 17-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente relajada			Nada relajada		
<i>Marca solo un óvalo.</i>					
0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. Pregunta 18-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR EN GENERAL durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente feliz			Nada feliz		
<i>Marca solo un óvalo.</i>					
0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Pregunta 19-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Pánico extremo			Ningún pánico		
<i>Marca solo un óvalo.</i>					
0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. Pregunta 20-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Desesperanza extrema			Ninguna desesperanza		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

27. Pregunta 21-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente deseosa del bebé			Nada deseosa del bebé		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. Pregunta 22-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Autoconfianza extrema			Ninguna autoconfianza		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. Pregunta 23-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Confianza extrema			Ninguna confianza		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Pregunta 24-¿Cómo cree que SE VAA SENTIR durante el proceso de parto? *

0	1	2	3	4	5
Dolor extremo			Ningún dolor		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Pregunta 25-¿Qué cree que pasará cuando el trabajo de parto sea más intenso? *

0	1	2	3	4	5
Me comportaré extremadamente mal			No voy a comportarme mal en absoluto		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Pregunta 26-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente agradable			Nada agradable		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. Pregunta 27-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente natural			Nada natural		

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Pregunta 28-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Exactamente como debe ser					En absoluto como debe ser

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

35. Pregunta 29-¿Cómo se imagina que SENTIRÁ el momento de la salida del bebé? *

0	1	2	3	4	5
Extremadamente peligroso					Nada peligroso

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. Pregunta 30-¿Ha tenido durante el último mes fantasías sobre el proceso de parto y el nacimiento, por ejemplo..... Fantasías sobre si el BEBE SE MUERE durante el parto? *

0	1	2	3	4	5
Nunca					Muy a menudo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

37. Pregunta 31-¿Ha tenido durante el último mes fantasías sobre el proceso de parto y el nacimiento, por ejemplo..... Fantasías de que su BEBE SUFRIRÁ LESIONES durante el parto? *

0	1	2	3	4	5
Nunca					Muy a menudo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐

12.30. Anexo XXX. Formulario B de datos de control

Formulario de variables obstétricas B

A rellenar por el investigador principal con datos de HC o informe de participante

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Grupo asignado

Marca solo un óvalo.

☐ INTERVENCIÓN

☐ CONTROL

2. Número Identificación *

3. Edad Gestacional a fecha de entrega de cuestionario *

Según edad gestacional en el seguimiento del embarazo (FUR o ECO)

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

12.31. Anexo XXXI. Formulario de valoración final (C3)

Formulario Final

Antes de iniciar la cumplimentación del cuestionario tenga en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas, se trata de que responda con total sinceridad bajo su valoración personal.

Se deben de responder todas las preguntas.

Se estima que la cumplimentación le llevará 10-15 minutos.

Los datos personales que aporte serán tratados únicamente con fines de investigación, sin figurar en los resultados ningún dato que pueda identificarle a usted.

El investigador principal será la única persona que acceda al formulario cumplimentado.

Si se le presenta cualquier duda o dificultad puede ponerse en contacto con el investigador a través de correo electrónico: sergiomies@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Datos de identificación

1. Número de identificación *

Escriba el número de identificación proporcionado por el investigador

2. Primer apellido *

Cuestionario WDEQ-B de valoración del miedo al parto

Este cuestionario trata los sentimientos y pensamientos que pueden tener las mujeres después del parto.

Las respuestas a cada pregunta aparecen con una escala de 0 a 5. Los extremos de las respuestas (0 y 5 respectivamente) corresponden a los opuestos de un sentimiento o pensamiento.

Por favor, complete cada pregunta eligiendo la opción que más se acerca a cómo piensa ahora que fue su parto.

Por favor, responda a cómo piensa que fue su parto – no de la manera que hubieras deseado que fuera

3. 1-¿Cómo vivió el proceso de parto en general? *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Extr ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nada fantástico

4. 2-¿Cómo vivió el proceso de parto en general? *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	Nada horrible

5. 3-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	Nada sola

6. 4-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	Nada fuerte

7. 5-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	Nada confiada

8. 6-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	Nada asustada

9. 7-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	Nada desatendida

10. 8-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada débil

11. 9-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada segura

12. 10-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada independiente

13. 11-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada desolada

14. 12-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada tensa

15. 13-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada contenta

16. 14-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada orgullosa

17. 15-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada abandonada

18. 16-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada íntegra

19. 17-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada relajada

20. 18-¿Cómo se sintió en general durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada feliz

21. 19-¿Qué sentiste durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Pán	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ningún pánico

22. 20-¿Qué sentiste durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Des	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ninguna desesperanza

23. 21-¿Qué sentiste durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Des	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ningún deseo por el bebé

24. 22-¿Qué sentiste durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Aut	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ninguna autoconfianza

25. 23-¿Qué sentiste durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Con	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ninguna confianza

26. 24-¿Qué sentiste durante el proceso de parto? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Dol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ningún dolor

27. 25-¿Qué paso cuando el trabajo de parto fue más intenso? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Me	☐	☐	☐	☐	☐	☐	No voy a comporté mal en absoluto

28. 26-¿Qué paso cuando el trabajo de parto fue más intenso? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Perr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	No perdí el control que mi cuerpo tomara el control total

29. 27-¿Qué paso cuando el trabajo de parto fue más intenso? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Perr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	No perdí el control de mí misma en absoluto

30. 28-¿Cómo fue el momento de la salida del bebé? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada agradable

31. 29-¿Cómo fue el momento de la salida del bebé? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada natural

32. 30-¿Cómo fue el momento de la salida del bebé? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Tot	☐	☐	☐	☐	☐	☐	En absoluto como debía de ser

33. 31-¿Cómo fue el momento de la salida del bebé? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Extr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nada peligroso

34. 32-¿Tuvo durante el trabajo de parto y nacimiento fantasías como, por ejemplo.....Fantasías de que su bebé podría morir durante el trabajo de parto y nacimiento? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muy a menudo

35. 33-¿Tuvo durante el trabajo de parto y nacimiento fantasías como, por ejemplo.....Fantasías de que su bebé podría lesionarse durante el trabajo de parto y nacimiento? *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muy a menudo

Cuestionario de Experiencia CEQ-E

¡Para ti que acabas de ser madre!

Uno de los objetivos de los profesionales en el área materno-infantil es el de ofrecer una experiencia positiva durante el parto.

El propósito de este cuestionario es conocer tus experiencias durante el parto, y comparar tus respuestas con las de otras madres, para poder evaluar la atención que ofrecemos.

Por favor, es importante que respondas todas las cuestiones.

Hay respuestas en las que debes elegir una de las opciones y respuestas a cada pregunta que aparecen con una escala de 1 a 8. Los extremos de las respuestas (1 y 8 respectivamente) corresponden a los opuestos de un sentimiento o pensamiento.

36. 1-El parto fue como esperaba *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ Bastantes de acuerdo
- ☐ Bastante en desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

37. 2-Me sentí fuerte durante el parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

38. 3-Tenía miedo durante el parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

39. 4-Me sentí capaz durante el parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

40. 5-Me sentí cansada durante el parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

41. 6-Me sentí feliz durante el parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

42. 7-Tengo muchos recuerdos positivos del parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

43. 8-Tengo muchos recuerdos negativos del parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

44. 9-Me ponen triste algunos recuerdos del parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

45. 10-Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

46. 11-Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

47. 12-Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

48. 13-La matrona me dedicó la atención necesaria. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

49. 14-La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

50. 15-La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

51. 16-La matrona entendió mis necesidades. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

52. 17-Me sentí muy bien atendida por la matrona. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

53. 18-Me dio seguridad la competencia de los profesionales. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

54. 19-Me sentí capaz de manejar bien la situación. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ Bastantes de acuerdo
☐ Bastante en desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

55. 20-En general, durante el parto, ¿sentiste dolor? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ning	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	El peor dolor imaginable

56. 21-En general, durante el parto, ¿sentiste que tenías control? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	El máximo control posible

57. 22-En general, durante el parto, ¿te sentiste segura? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
No r	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me sentí segura del todo

Atención recibida

58. "En relación a la atención recibida por la matrona desde que entraste en el área urgencias hasta que se produjo el parto ¿Qué afirmación le parece acertada? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Me sentí apoyada todo el tiempo
- ☐ Me sentí apoyada la mayor parte del tiempo
- ☐ No me sentí apoyada la mayor parte del tiempo
- ☐ No me sentí apoyada en ningún momento

59. Durante su embarazo y el actual parto, ¿Qué profesionales considera que le ha ofrecido una mayor apoyo o asesoramiento para afrontar su miedo al parto? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Médico/Tocólogo,
- ☐ Enfermera/Matrona
- ☐ Auxiliar de Enfermería
- ☐ Psicólogo

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

12.32. Anexo XXXII. Formulario C de variables obstétricas

Formulario de variables obstétricas C

A rellenar por el investigador principal con datos de HC o informe de participante

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Número Identificación *

2. Fecha de entrega de cuestionario *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

3. Fecha de parto *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

4. Edad Gestacional al parto(FUR)

5. Edad Gestacional al parto (ECO 1T)

6. Tipo de inicio del parto *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Espontaneo
☐ Inducción/estimulación

7. Uso epidural *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

8. Uso Oxitocina *

Con el objetivo de conseguir una DU adecuada

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

9. Tipo de finalización del parto *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Eutócico-cefálico
☐ Eutócico-podálico
☐ Distócico-Forceps
☐ Distócico-Podálico
☐ Cesárea urgente

10. Trauma perineal *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No

11. Desgarro Perineal *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Periné íntegro
☐ I grado
☐ II grado
☐ III grado
☐ IV grado

12. Episiotomía *

Marca solo un óvalo.

- ☐ si
☐ no

13. Duración total del parto *

14. Alteración del crecimiento fetal *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sin alteraciones
- ☐ PEG
- ☐ CIR

15. Apgar al minuto *

16. Apgar 5 minutos *

17. Peso al nacimiento *

18. Reanimación neonatal *

Marca solo un óvalo.

- ☐ REA 0
- ☐ REA 1
- ☐ REA 2
- ☐ REA 3
- ☐ REA 4
- ☐ REA 5

19. Lactancia *

Marca solo un óvalo.

- ☐ L.M.E
- ☐ L.Mixta
- ☐ L.A
- ☐ Otro: _____

12.33.Anexo XXXIII. Contribuciones: Nursing Research



OPEN

Randomized Controlled Trial of Interventions Used by Midwives to Treat Fear of Childbirth

Sergio Mies Padilla  ▼ Héctor González de la Torre  ▼ Elena López Alcaide  ▼ José Verdú Soriano  ▼ Alicia Martín Martínez 

Background: Fear of childbirth affects women worldwide and can have adverse consequences. Midwives have implemented a number of interventions, autonomously or as part of a professional team. However, midwives have been unable to identify the most appropriate intervention for ensuring the reduction or alleviation of this fear to provide the best perinatal outcomes.

Objective: This study aimed to evaluate the effectiveness of a prenatal educational intervention followed by specific support during childbirth, designed and delivered exclusively by midwives for women with a high fear of childbirth.

Method: This randomized controlled trial was performed with two arms in two phases: an online prenatal education phase followed by a support phase during childbirth. Participating women with a high fear of childbirth, which was determined using the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire A–Spanish version, were assigned to the experimental group or the usual care control group at a 1:1 ratio.

Results: Women showed a reduction in fear of childbirth in both phases of the study. According to the intention-to-treat analysis, a significant mean difference was observed in the prenatal stage in favor of the intervention group, and a nonsignificant difference was observed in favor of this same group after delivery.

Discussion: The effectiveness of continuous specific prenatal education with preferential support during childbirth by midwives was indicated by improvements in the level of fear of childbirth.

Key Words: childbirth • counseling • fear • midwifery • prenatal education

Nursing Research, November/December 2024, Vol 73, No 6, E221–E231

In recent years, public awareness of maternal mental health has considerably increased, which has led to a growing interest in the study of fear of childbirth (FOC), and investigations have attempted to elucidate the most appropriate interventions for its prevention and treatment (Dai et al., 2020). Regarding FOC, there is no single definition (O'Connell, Martin, & Jomeen, 2021; Richens et al., 2018; Souto et al., 2023) in part

because of heterogeneity in the methods used to study the phenomenon and also because sometimes researchers include differently related, but not always comparable, concepts such as fear, anxiety, preoccupation, and tokophobia (Souto et al., 2023). Fear—a value-laden term—is interpreted in a psychobiological dimension and perceived as predominantly negative. Although in certain cases, fear can be considered a normal emotion in pregnancy (O'Connell, Khashan, et al., 2021), FOC is a nonoptimal individual condition related to the circumstances of a woman's life, evidenced by the inability to create positive meaning from childbirth and the ability to give birth, which can lead to negative or favorable effects, depending on whether the coping strategies have been part of a fearful woman's pregnancy (Souto et al., 2023). Although many variables and circumstances influence its etiology, to a large extent, FOC arises from a lack of information and self-confidence in a person's abilities, as well as from the stories told or the experiences lived by women themselves and the limited perceived social support (Dencker et al., 2019).

FOC can negatively influence pregnancy, childbirth, or postchildbirth and consequently cause pertinent mental problems, including anxiety, depression, or posttraumatic stress disorder (Dencker et al., 2019; Hildingsson & Rubertsson, 2022). Cesarean section has been considered a method of childbirth to reduce FOC (Jenabi et al., 2020; Wigert et al., 2020), as has increased use of epidural analgesia (Smorti et al., 2020), which may indirectly

Sergio Mies Padilla, RM, is PhD Student, University of Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), Canary Islands, Spain; and Midwife, Insular Maternal and Child University Hospital Complex of Gran Canaria, Canary Islands, Spain.

Héctor González de la Torre, RM, PhD, is Research Assistant, Insular Maternal and Child University Hospital Complex of Gran Canaria, Canary Islands, Spain; and Associate Professor, University of Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), Canary Islands, Spain.

Elena López Alcaide, RM, is Midwife, Insular Maternal and Child University Hospital Complex of Gran Canaria, Canary Islands, Spain; and Associate Professor, University of Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), Canary Islands, Spain.

José Verdú Soriano, RN, PhD, is Professor, University of Alicante, Spain.

Alicia Martín Martínez, MD, PhD, is Head of Obstetrics and Gynaecology Medical Service, Insular Maternal and Child University Hospital Complex of Gran Canaria, Canary Islands, Spain; and Associate Professor, University of Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), Canary Islands, Spain.

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives License 4.0 (CCBY-NC-ND), where it is permissible to download and share the work provided it is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially without permission from the journal.

Copyright © 2024 The Authors. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000756

Nursing Research

www.nursingresearchonline.com

E221

exert its influence by inhibiting the onset and progression of childbirth (Klabbers et al., 2016), which negatively affects the bond between a mother and her baby (Vismara et al., 2021).

Women who experience high FOC need special care and support from specially qualified health professionals who can intervene to prevent or reduce FOC-associated adverse events. Midwives are considered the most appropriate professionals to accomplish this (O'Connell et al., 2020; Souto et al., 2022) as they can offer continuous, compassionate, and respectful care to women (Larsson et al., 2020; O'Connell et al., 2020) and focus on mothers' innate ability to give birth (Wigert et al., 2020). Furthermore, midwives can empower expectant mothers to take an active role in childbirth, allowing them to better manage their fear (O'Connell et al., 2020). Women want a positive childbirth experience in a safe environment with continuity of care and support from competent professionals who enhance their sense of personal empowerment and control through shared decision-making, even when medical intervention is necessary (O'Connell et al., 2020).

Evidence about FOC interventions is inconclusive (O'Connell, Khashan, et al., 2021; Webb et al., 2021). Although some interventions can reduce FOC compared with treatments involving usual care, the reduction achieved may not be clinically significant (O'Connell, Khashan, et al., 2021).

Educational programs and continuous prenatal and childbirth counseling administered by midwives are among the most notable interventions (Bakhteh et al., 2024; Swift et al., 2021). Midwives may perform these interventions autonomously or as part of a multidisciplinary team. Although the effectiveness of prenatal education in reducing FOC has been explored in the past (Souto et al., 2022), the current research aims to evaluate the reduction of FOC in pregnant women in general. Furthermore, most trials for FOC have been focused on a specific period of time, generally the prenatal period (Fenwick et al., 2015; Firouzan et al., 2020; Haapio et al., 2017; Kaya & Guler, 2022; Toohill et al., 2014). Therefore, research on the progression of FOC in pregnant women and the effectiveness of FOC interventions over time is lacking.

The main hypothesis of the study was that a specific prenatal education intervention aimed at reducing FOC added to another intervention that implements usual care by expanded midwives during childbirth would significantly reduce fear levels in women with high FOC to a greater extent than usual care. The main objective of this study was to evaluate the effectiveness of an intervention of prenatal education designed exclusively for women with high FOC followed by specific support provided by a midwife during childbirth, spanning the prenatal to postnatal periods. A second hypothesis was that the intervention would improve women's childbirth experiences and obstetric-neonatal outcomes. Thus, a secondary objective was to compare the effectiveness of specific support for FOC and usual care regarding maternal satisfaction with childbirth and improved obstetric-neonatal outcomes.

METHODS

Design

A two-arm, randomized controlled trial was performed in two phases: prenatal and during childbirth. The study design was prepared according to the recommendations of the Consolidated Standards of Reporting Trials and registered in the ClinicalTrials.gov database (Registration No. NCT05000203).

The ethics and research committee of the Dr. Negrín University Hospital of Gran Canaria approved the study. All participating women received written information about the study's aim and the nature of their participation.

Participants

Participating women were selected from the Maternal and Child Hospital of Gran Canaria prenatal diagnosis unit, a third-level referral hospital for childbirth care in the province of Las Palmas (Canary Islands, Spain). At this hospital, 3,173 vaginal births and 348 cesarean sections were conducted in 2022, and the birthing unit comprised 10 childbirth rooms for noninterventional or high-level intervention care. Furthermore, a team of 10 midwives works during each shift, organized according to the "one-to-one" model in childbirth care.

Convenience sampling was used in the prenatal diagnosis unit among women who underwent the protocolized obstetric morphological ultrasound between Weeks 20 and 24 of pregnancy. Potential participants were included in the recruitment process if they met the following criteria: >18 years, gestational age of 20–24 weeks, and normal morphological ultrasound. The exclusion criteria were inability to complete the online questionnaire and/or presence of a language barrier.

The inclusion criterion for women to participate in the trial included the presence of high FOC at the time of recruitment, which was determined with the score obtained through the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire A–Spanish version (WDEQ-A-Sp; Ortega-Cejas et al., 2021). Taking the variability in cutoff points for the different levels of FOC in the studies reviewed into consideration (Richens et al., 2018) and the fact that no study had used the Spanish version of this tool to date, we decided to define the cutoff points based on a pilot sample with the first 100 women who completed the WDEQ-A-Sp questionnaire. We grouped them into three subgroups according to their scores: high FOC (scores in the fourth quartile, ≥ 77 points), moderate FOC (scores in the second and third quartiles, 76–41 points), and low FOC (scores in the first quartile, ≤ 42 points).

Intervention

Midwives are the healthcare professionals who monitor and supervise pregnancy, childbirth, and the postpartum period, that is, the setting in which this study was performed. The usual prenatal care consisted of successive and individual consultations with a midwife in primary healthcare centers; this is

combined with face-to-face group education on more general aspects. Furthermore, care includes follow-up medical care according to established protocol visits but does not include routine screening for detecting and managing FOC. Women who come to the maternity unit at the Maternal and Child Hospital of Gran Canaria predominantly receive care from midwives together with the medical team throughout the process, depending on circumstances and various individual factors. Regardless of their assigned group, all women who participated in this trial received usual care from the medical and midwifery teams.

Specific Prenatal Intervention Women in the intervention group received online group antenatal education sessions via videoconferencing specifically designed to address FOC and oriented on the theory of self-care deficit. Self-care agency, a multidimensional concept in Orem's self-care deficit nursing theory, includes motivation, decision-making, energy, and knowledge necessary to perform self-care actions; basic conditioning factors affect individuals' development and exercise of self-care agency (Hart & Foster, 1998). Videoconferencing education enabled healthcare professionals and participating women to interact via mobile and/or computer devices. The professional responsible for conducting the sessions was the lead researcher: a midwife trained to deliver and implement health education programs according to the specific needs of women with FOC.

Five sessions were conducted in groups of seven to 10 women, organized according to a predetermined schedule (see Supplementary Digital Content [SDC] Table 1, <http://links.lww.com/NRES/A522>). The sessions started after approximately 30 weeks of gestational age, at a rate of one session per week, without interfering with usual prenatal care. The specific sessions were organized as follows:

1. The first session, called *Becoming Conscious*, was centered on understanding fear as a basic emotion shared by everyone. The women were able to recognize their own fears and the associated factors.
2. The second session, *Plannin'*, was designed to create a childbirth plan as an instrument for communicating with professionals. This session focused on answering the women's questions related to the hospital's operation and the birthing unit staff's vision regarding management of factors that usually lead to greater uncertainty and fear in women.
3. In the third session, *Childbirth*, the women were introduced to the most physiological view of childbirth, explaining the influence of emotions and hormones in its onset and development, with special emphasis on the woman's innate ability to cope.
4. The fourth session, *Accompaniment*, aimed to explain the midwife's skills and availability as the reference professional trained to accompany a woman during childbirth. Furthermore, the importance and functions of the trusted person chosen by a woman to accompany her during the perinatal process were discussed.
5. The fifth session, *Different Childbirth*, focused on the process of birthing prodromes on the procedures that are individually performed within the birthing unit—according to each woman's personal factors, as well as the meaning and management of pain.

Each session was divided into four parts, with a total mean duration of 90 minutes:

1. Contact was established to promote group reflection, and facilitation questions associated with each session's main topic were posed.
2. The most relevant aspects were discussed according to the reported experiences of women with FOC in previous births (O'Connell et al., 2020).
3. Videos featuring the midwives who were going to collaborate in the birth phase of the trial were viewed. The purpose of the videos was to offer a virtual tour of the environment where the childbirth would take place, apart from introducing the midwives who would be involved in the mother's care, who then explained the procedures and pain management options available.
4. Several brief therapy tasks were proposed based on the ideas proposed by Beyebach and Vega (2016). Per session, performing 1–3 was recommended; this was done to allow patients to express and become aware of FOC and acquire distraction strategies to cope with the pain of childbirth. The women performed this part independently and voluntarily at home, without monitoring by the principal investigator. At the end of each session, time was allocated for discussion and questions.

The women were in constant contact with the principal investigator via instant messaging, which they used to get answers to their questions between sessions. Failure to attend any of the scheduled sessions resulted in withdrawal from the study. Women in the intervention group were encouraged to attend usual follow-up appointments with their midwives and obstetricians and take advantage of group antenatal classes usually offered at their primary care center.

Specific Intervention During Childbirth The women in the intervention group who had completed the prenatal phase were included during the birth phase, where the specific approach was implemented when they attended the delivery unit of the Maternal and Child Hospital of Gran Canaria for their childbirth. In this phase, through continuity in care and the promotion of the exercise of self-care agency, a group of midwives who were experts and motivated to support pregnant women with FOC was organized. Their attitudes and experiences in supporting women with FOC were assessed using a questionnaire designed based on previous studies (de Vries et al., 2020). Three midwives were selected for each of the five working groups in an attempt to ensure that these midwives would accompany the women in the childbirth room.

The intervention was initiated when a woman in the experimental group was identified on admission. From that moment, the midwife from the expert group acted as the reference and responsible midwife for the pregnant woman and offered her support together with the rest of the maternity unit staff. The midwife also informed the rest of the team that the pregnant woman experienced high FOC. The support provided by the midwife was recorded on an online form after the support.

Outcome Measures

The primary outcome variables considered were the intra- and intergroup changes in FOC. FOC was measured before and

after the prenatal phase and after childbirth to achieve this. The tool used for the prenatal measurement of FOC was WDEQ-A-Sp—an instrument comprising 31 items with response options based on a Likert scale, where 0 and 5 indicated *extremely* and *not at all*, respectively. The total score ranged from 0 to 155 (higher scores corresponded to greater fear). An overall Cronbach's alpha coefficient of .91 and an omega coefficient of .93 were reported for this instrument. After childbirth, the FOC was evaluated using the Wijma Delivery Experience Questionnaire B-Spanish version (WDEQ-B-Sp; Roldán-Merino et al., 2021) composed, in this case, of 33 items whose total score ranged between 0 and 165 points. Similar to the prenatal version, it had a high internal consistency, with a Cronbach's alpha and an omega coefficient for the entire questionnaire of .93.

Maternal satisfaction was measured as a secondary outcome variable using the Childbirth Experience Questionnaire Spanish version (CEQ-E; Soriano-Vidal et al., 2016). This instrument consisted of 22 items organized in four dimensions (personal capacity, professional support, perceived security, and participation), which were scored on a 4-point Likert scale, with higher scores identifying the most satisfied women. The instrument provides a global score or a score by dimensions. The internal consistency measured by Cronbach's alpha was .88 for the global score (Soriano-Vidal et al., 2016). Other secondary outcome variables that were taken into consideration included the type of beginning (spontaneous and induced) and completion of childbirth (eutocic/dystocic and vaginal/cesarean section), the use of oxytocin to provoke contractions during childbirth (yes/no), the use of epidural analgesia during childbirth (yes/no), and the total duration of childbirth from the time the woman entered the childbirth room (measured in hours).

Sample Size

The required sample size was estimated for the main outcome variable, with the measurement of FOC in the same sample at two different times. A standardized mean difference of -0.46 was obtained in favor of maternal education/psychoeducation based on the result reported by Hosseini et al. (2018) regarding the effectiveness of the intervention group in reducing FOC compared with the control group. Applying the simplified formula (García-García et al., 2013) for calculating a sample size that compared two means—accepting a bilateral error of 5% and a power of 80%—we obtained $n = 16 / (\text{difference of means})^2 = 16 / 0.2116 = 76$ participants. Assuming a loss of 20% participants and using the pertinent formula— n (number of participants without losses) $\times (1/1 - R) = 76 \times (1/1 - 0.20) = 95$ participants for each group—a total number of participating women was estimated at 190, considering the two-arm design.

Randomization

A simple random assignment was performed to one of the two arms (Group A: experimental group and Group B: control

group) with a 1:1 allocation ratio using a random number table generated with the website "RANDOM.ORG-Integer Generator." Reading the table from left to right, a number was assigned to each woman in order of inclusion in the trial, at least until the sample size was completed in both groups. Women who randomly received an even number were included in the intervention group, and women who received an odd number were included in the control group.

Women were informed regarding their allocation to the pertinent groups. Owing to the nature of the study, blinding the women participating in the prenatal phase was not possible. During childbirth, the caregivers were blinded to the control group of women, and the results were analyzed in a blinded manner by an external statistician who was unaware of the group allocation.

Data Collection

Data from women participants were obtained as follows:

- **Baseline measurement:** Performed between 20 and 24 weeks of gestational age, and baseline FOC was evaluated using the WDEQ-A-Sp questionnaire score, in addition to collecting baseline sociodemographic and obstetric variables.
- **Post-intervention prenatal measure:** FOC was reevaluated using the WDEQ-A-Sp questionnaire score after completing five online education sessions in the prenatal phase of the intervention group and approximately 36 weeks of gestational age in the control group.
- **Post-intervention postnatal measure:** Final measurement was performed in the first 10 days after childbirth, evaluating the FOC experience through the WDEQ-B-Sp questionnaire score and maternal satisfaction with childbirth through the CEQ-E questionnaire score.

Data related to obstetric outcomes of childbirth were collected from the electronic medical records of participating women.

Analysis

Analysis of the results was performed using the following two strategies:

- An intention-to-treat analysis was performed to approximate the reality of daily clinical practice, where all women participating in the experimental group (Group A) who completed the trial were included, regardless of whether they received the specific intervention during childbirth or not, as well as the women participating in the control group (Group B).
- A per-protocol analysis was performed, and the following three groups were formed: women participating in the experimental group who received prenatal intervention and intervention during childbirth (Group A), women participating in the control group (Group B), and women participating in the experimental group who received prenatal intervention but not intervention during childbirth (Group C).

The Jamovi statistical program (Version 2.3.21.0; <https://www.jamovi.org/>) was used for data analysis. Statistical significance was indicated by $p < .05$. Categorical variables were described using frequency and percentage distributions, and inter-group comparisons were performed via Pearson's chi-square test.

The quantitative variables were described via means and standard deviations, and the intergroup comparisons of mean values were performed using the Student's *t*-test, with a 95% confidence interval.

The intention-to-treat and per-protocol analyses of the primary outcome measure were obtained through repeated measures analysis of variance (ANOVA) after normalizing the scores of both versions of the WDEQ-Sp questionnaire from 0 to 100 points; a post hoc contrast (Tukey's test) was performed to verify the groups that showed the differences.

The secondary outcome measures were analyzed using the Mann-Whitney *U* test in case of intention-to-treat analysis and using one-way ANOVA in case of per-protocol analysis. Contingency tables were created for the qualitative variables, and the Pearson chi-square test was applied. Homogeneity of variances was tested using the Levene test, and the homogeneity of the sample distribution was tested using the Shapiro-Wilk test.

Ethics Statement

The protocol of this trial was approved by the ethics and research committee of Dr. Negrín University Hospital of Gran Canaria (code: 2021-169-1) and revised with two amendments.

At the same time, approval was obtained from those responsible for the center where the recruitment and intervention took place. The research team's main interest was to respond to the proposed objectives: protecting the safety and privacy of the participating women minimizing possible risks. An information document explaining the study's objectives was given to the participants, and written informed consent was obtained from all.

RESULTS

Between August 2021 and June 2022, 214 women were included in the trial. The final sample comprised 24 more women than initially calculated. These women participants were randomized into the experimental ($n = 117$) and control ($n = 97$) groups. Figure 1 shows the study flowchart for recruitment, exclusion, randomized included, randomized, lost to follow-up and their causes, and total sample analyzed at each stage. Follow-up was completed in December 2022.

At baseline, participants were 21.3 weeks of gestation at the start of the intervention and 36.1 weeks of gestation by the post-intervention prenatal measurement; the post-intervention postnatal measurement occurred on average in the first 5 days after birth. The baseline characteristics of each group are shown in Table 1.

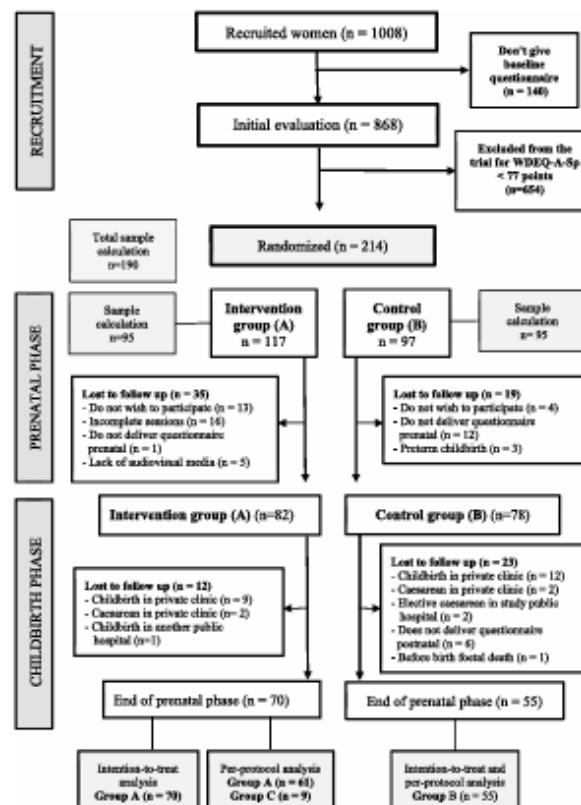


FIGURE 1. Flowchart that describes the recruitment process and the phases of intervention.

TABLE 1. Baseline Variables of the Study Groups

Categorical baseline variables	Experimental group		Control group		Pearson χ^2
	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		
Couple					<i>p</i> = .851
With couple	107 (91.5)		88 (90.7)		
Single	10 (8.5)		9 (9.3)		
Level studies					<i>p</i> = .401
Primary studies	19 (16.2)		20 (20.6)		
Secondary studies	48 (41.0)		44 (45.4)		
University studies	50 (42.7)		33 (34.0)		
Parity					<i>p</i> = .236
Primipara	73 (62.4)		68 (70.1)		
Multiparous	44 (37.6)		29 (29.9)		
Completion of last childbirth ^a					<i>p</i> = .728
Vaginal birth	32 (72.7)		20 (69.0)		
Cesarean section	12 (27.3)		9 (31.0)		
Quantitative baseline variables	Experimental group		Control group		Student's <i>t</i> -test
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Fear of childbirth ^b	91.68	13.02	92.88	14.91	<i>p</i> = .530
Maternal age	32.33	4.70	31.99	5.71	<i>p</i> = .629
Gestational age	21.32	0.65	21.29	0.76	<i>p</i> = .784
Gestations	1.98	1.31	1.86	1.07	<i>p</i> = .444

Note. Experimental group = 117; Control group = 97; *M* = mean; *SD* = Standard deviation.

^a Multiparous women (*n* = 44 in experimental group and *n* = 29 in control group).

^b Fear of childbirth measured with Wijma Delivery Expectancy Questionnaire A–Spanish version.

Results Regarding FOC

Descriptive data on the FOC measure were obtained using the WDEQ-A-Sp and WDEQ-B-Sp questionnaires before and after standardization of scores for each of the analyses (see SDC Table 2, <http://links.lww.com/NRES/A522>, and SDC Table 3, <http://links.lww.com/NRES/A522>). Post hoc comparisons of the intention-to-treat and per-protocol analyses are shown in Table 2. These comparisons reflect the results of intraindividual and intergroup mean differences in both study phases. The results of both analyses are presented graphically in Figure 2.

Results Regarding Maternal Satisfaction

Descriptive data were obtained for the intention-to-treat and per-protocol analyses to measure maternal satisfaction using the CEQ-E questionnaire (see SDC Table 4, <http://links.lww.com/NRES/A522>, and SDC Table 5, <http://links.lww.com/NRES/A522>). In the intention-to-treat analysis, a significant mean difference of 4 points were obtained in favor of the experimental group ($p = .044$) for the total questionnaire score. In terms of dimension, the safety dimension demonstrated a significant difference of 0.33 points ($p = .009$). Differences were obtained in favor of the experimental group in the capacity, professional, and participation dimensions with 0.13 ($p = .090$), 0.053 ($p = .204$), and 0.13 ($p = .090$), respectively. The results of the per-protocol analysis on this outcome measure between the three groups are shown in Table 3.

Obstetric Results

Obstetric outcomes were described (see SDC Table 6, <http://links.lww.com/NRES/A522>, and SDC Table 7, <http://links.lww.com/NRES/A522>) and were analyzed using intention-to-treat and per-protocol analyses.

The analysis between study groups for the start of childbirth shows that there was a significant association between the group to which the women belonged and the type of start of childbirth. The results of the χ^2 test were 6.56 ($OR = 0.38$, 95% CI [0.18, 0.80], $p = .010$) and 11.1 ($p = .004$) in the intention-to-treat and per-protocol analyses, respectively.

Regarding the type of childbirth completion, the per-protocol analysis revealed a significant association between the group to which the women belonged and the type of childbirth completion; the result of the χ^2 analysis was 17.2 ($p = .028$) in the per-protocol analysis. However, this association could not be affirmed in the intention-to-treat analysis, with a χ^2 result of 3.97 ($p = .411$).

A significant correlation was observed between group membership and use of epidural analgesia when comparing both groups in terms of epidural analgesia use. In the intention-to-treat analysis, result χ^2 of 6.63 ($OR = 3.50$, 95% CI [1.30, 9.42], $p = .010$) and the analysis per-protocol of 14.8 ($p < .001$). Regarding the use of oxytocin during labour, a χ^2 of 11.0 ($p = .004$) was obtained in the per-protocol analysis; however, in the intention-to-treat analysis, χ^2 of 2.33 was obtained ($OR = 1.78$, 95% CI [0.84, 3.73], $p = .127$).

TABLE 2. Comparisons Post Hoc Fear of Childbirth Measures in ITT and PP Analyses

Comparison of fear of childbirth With WDEQ-A-Sp (group)		ITT analysis		PP analysis	
		MD	p Tukey	MD	p Tukey
BM (A)	PN-PI-1 (A)	22.74	<.001	23.39	<.001
BM (A)	PN-PI-2 (A)	28.95	<.001	30.45	<.001
PN-PI-1 (A)	PN-PI-2 (A)	6.20	.054	7.05	.068
BM (B)	PN-PI-1 (B)	5.86	.012	—	—
BM (B)	PN-PI-2 (B)	19.36	<.001	—	—
PN-PI-1 (B)	PN-PI-2 (B)	13.50	<.001	—	—
BM (C)	PN-PI-1 (C)	—	—	18.35	<.001
BM (C)	PN-PI-2 (C)	—	—	18.79	.084
PN-PI-1 (C)	PN-PI-2 (C)	—	—	0.43	1.000
BM (A)	BM (B)	0.75	.997	1.52	.988
BM (A)	BM (C)	—	—	6.03	.553
BM (B)	BM (C)	—	—	4.51	.864
PN-PI-1 (A)	PN-PI-1 (B)	-16.13	<.001	-16.00	<.001
PN-PI-1 (A)	PN-PI-1 (C)	—	—	0.99	1.000
PN-PI-1 (B)	PN-PI-1 (C)	—	—	16.99	.011
PN-PI-2 (A)	PN-PI-2 (B)	-8.83	.074	-9.56	.106
PN-PI-2 (A)	PN-PI-2 (C)	—	—	-5.62	.994
PN-PI-2 (B)	PN-PI-2 (C)	—	—	3.93	1.000

Note. ITT = intention-to-treat; PP = per-protocol; WDEQ-A-Sp = Wijma Delivery Expectancy Questionnaire A–Spanish version; MD = mean difference; BM = baseline measure; PN-PI-1 = post-intervention pre-natal measure; PN-PI-2 = post-intervention post-natal measure.

Finally, regarding duration of childbirth, the difference in means was -3.09 hours in favor of Group A ($p < .001$) for the intention-to-treat analysis. Mean differences were identified between Groups A and B of -2.55 hours ($p = .039$) in the per-protocol analysis, 5.24 hours ($p = .025$) between Groups A and C, and 7.79 hours ($p < .001$) between Groups B and C.

DISCUSSION

This trial evaluated the effect of a specific intervention to reduce FOC during pregnancy through online group education sessions and ongoing support and care during childbirth. The results support the main hypothesis, indicating that prenatal online group education carried out by midwives is effective in reducing FOC in pregnant women with a high level of fear. However, the secondary hypothesis cannot be accepted; the intervention during childbirth consisting of continuous support by a midwife was not more effective in improving women's childbirth experience or obstetric and neonatal outcomes than usual care. To the best of our knowledge, this is the first midwife-led trial to reduce FOC using a comprehensive intervention—both prenatally and during childbirth—and monitoring the change in FOC at three different points in time. Furthermore, it is also the first clinical trial to evaluate an intervention to reduce FOC in Spanish-speaking women, as this topic has been scarcely studied in Spain (Dai et al., 2020).

Interventions for FOC demonstrate high variability in terms of not the strategies used to reduce FOC, as well as the professionals responsible for performing these interventions (O'Connell, Khashan, et al., 2021; Souto et al., 2022;

Webb et al., 2021). Therefore, comparisons between studies must be interpreted with caution owing to the presence of notable differences in the characteristics of the samples, health systems, and reported professional practices. Thus, although there are numerous studies of interventions to address FOC, we focus this discussion on the results of those that assess the work of midwives (Henriksen et al., 2020; Larsson et al., 2016) who have worked in the field of FOC for years through different types of counseling, promoting normal childbirth, strengthening women's confidence in themselves and their ability to give birth, and providing skills to help women make informed decisions in terms of their pregnancies and childbirth.

Most trials for FOC that included prenatal education interventions like ours have demonstrated effectiveness. However, not all results were significant. Intranatal interventions have been studied less and have shown contradictory results regarding their effectiveness in reducing FOC. Regarding the combination of both interventions in the same study, we have not found trials comparable to ours.

The studies that have reported favorable results change in FOC scores and are comparable to our methods generally combine mixed educational/psychoeducational and continuity of care approaches. Souto et al. (2022), in a recent scoping review on interventions performed by midwives to reduce FOC, indicated that midwives played facilitating roles in implementing various strategies, with counseling and psychoeducation being the most common interventions in which they were involved. In general, studies report that these interventions enable women to identify and express their fears, thereby

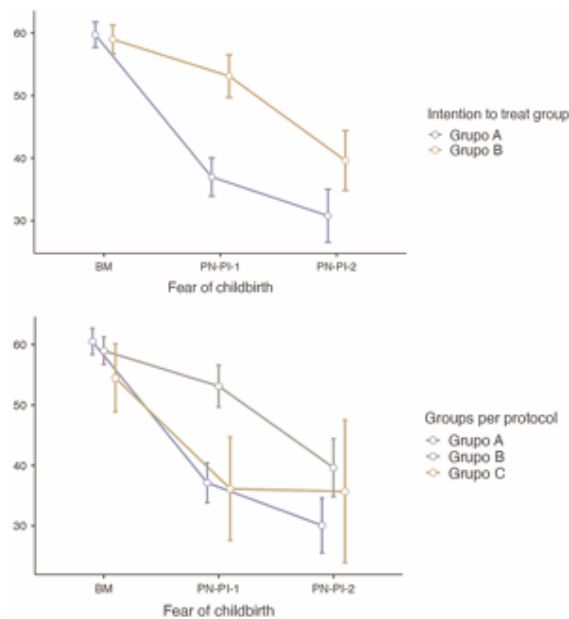


FIGURE 2. Graphic description of intraindividual group and between-group fear of childbirth measurements for ITT and PP analysis.

increasing their ability to cope with the childbirth process (Souto et al., 2022).

However, Webb et al. (2021) reported that interventions with an educational component were not the most effective, especially when elective cesarean section rates were used to indicate effectiveness. This trial does not allow us to answer this question because its design did not allow us to identify women who opted for an elective cesarean section because of high FOC. This can be considered a limitation of this study;

however, it must be taken into account that in the environment in which it was carried out—the Spanish public health system—women do not generally have the option to have an elective cesarean section; if they want this option, they have to seek private healthcare.

Among the trials that used midwifery-led educational/ psychoeducational techniques and whose results showed a significant intra- or intergroup reduction in FOC scores, those based on the educational program "Birth Emotions and Looking

TABLE 3. Comparisons Post Hoc Maternal Satisfaction Measures in PP Analyses

Comparison of satisfaction with CEQ-E (group)		PP analysis	
		MD	p
Global score (A)	Global score (B)	4.86	.072
Global score (A)	Global score (C)	5.93	.345
Global score (B)	Global score (C)	1.07	.964
Personal capacity score (A)	Personal capacity score (B)	0.21	.196
Personal capacity score (A)	Personal capacity score (C)	0.35	.403
Personal capacity score (B)	Personal capacity score (C)	0.14	.847
Professional support score (A)	Professional support score (B)	0.08	.654
Professional support score (A)	Professional support score (C)	0.12	.731
Professional support score (B)	Professional support score (C)	0.04	.963
Perceived security score (A)	Perceived security score (B)	0.33	.060
Perceived security score (A)	Perceived security score (C)	0.10	.896
Perceived security score (B)	Perceived security score (C)	−0.23	.593
Participation score (A)	Participation score (B)	0.21	.196
Participation score (A)	Participation score (C)	0.35	.403
Participation score (B)	Participation score (C)	0.148	.847

Note. PP = per-protocol; CEQ-E = Childbirth Experience Questionnaire Spanish version; MD = mean difference.

to Improve Expectant Intervention stand out Fear (BELIEF)" was strongest (Fenwick et al., 2015; Firouzan et al., 2020; Toohill et al., 2014). In this program, in contrast to our online group sessions, midwives listen and respond to women's feelings about childbirth, provide information about the pros and cons of vaginal and cesarean births, and teach women strategies for coping with the elements of childbirth that they identify as distressing, including contact with the midwife. The possibility of contacting a midwife at any time, as was also offered in the prenatal phase, may have been a key factor in the effectiveness of the intervention provided, as many of women participants made use of this service and resolved their concerns between the sessions and in the days leading up to the birth.

The solution-focused therapy offered by Kaya and Guler (2022) with individual videoconferencing sessions on coping with fears of childbirth in women with severe FOC appears to support the usefulness of combining educational and psychological techniques. In the present study, an attempt was made to implement this aspect by means of facilitation questions to make them aware of their emotions and the short therapy tasks. Indeed, Swift et al. (2021) supported the effectiveness of combining individual and group face-to-face education with improved antenatal care, which was similar to the care provided in our setting.

Considering the results obtained in the different interventions for women with high FOC, a combination of usual face-to-face individual and group care—complemented with specific online educational reinforcement taught by the same midwife—appeared to ensure a desirable reduction in FOC in this group of women. Similar techniques have effectively alleviated fears of childbirth, including providing information brochures or visiting the birth unit, which gives a greater sense of security among women (Haapio et al., 2017). In our case, although the visit was "virtual," we believe it had a very similar effect to an in-person visit.

The results obtained in the intrapartum phase demonstrated that the women in the control group—who maintained a higher level of fear in the prenatal phase—managed to reduce their fear after childbirth to a level similar to that of the women in the intervention group. We interpreted this to mean that the support provided by the midwives during childbirth was effective in reducing FOC in both groups. Notably, the intervention group achieved a lower level after childbirth; however, this difference was not significant. This highlighted the importance of the support provided by the midwives in the labor ward, who have a common practice of addressing women's fears and anxieties—even if those with high FOC have not previously been identified.

The results of the different studies that have evaluated the effect on the FOC of the continuity of care administered by midwives in pregnancy and childbirth care are contradictory. Furthermore, the studies that have attempted to explore this topic experience certain methodological weaknesses. Although

Hildingsson et al. (2018) reported favorable results using the modified caseload midwifery care model, no differences were noted in the multicenter study performed by Kjærgaard et al. (2008). The latter study compared the FOC of Swedish women, where prenatal and maternity care was provided by different midwives, with that of Danish women, where all care during pregnancy and birth is provided by the same midwife. Similar levels of FOC were reported in both groups of women, both at the end of pregnancy and on arrival at the maternity unit and knowing which midwife would be caring for their birth did not seem to make a difference. However, in our trial, women knew the collaborating midwives through reproduced recordings and were mostly cared for by them. More robust studies are needed to assess whether the fact that a woman with high FOC knows the midwife who will attend her birth is a critical factor in achieving a significant reduction in her fears.

Psychoeducation implemented by midwives—along with other usual care practices—has shown that, in addition to being effective in reducing FOC, they can help achieve more positive childbirth experiences (Souto et al., 2022). Indeed, FOC is a construct closely related to satisfaction with childbirth (Rúger-Navarrete et al., 2023); notably, few intervention studies on FOC have evaluated this outcome variable. Although the data obtained in this study seem to support this fact—with higher satisfaction scores in the four dimensions of the CEQ-E in the experimental group—the results were not significant. Considering this outcome measure, within the studies reviewed, we only found that Fenwick et al. (2015) explored satisfaction regarding the mode of birth, finding no statistically significant differences. For their part, Swift et al. (2021) observed significant intergroup differences, although they only evaluated satisfaction with prenatal care. It is therefore desirable to include in future FOC intervention studies the measurement of women's satisfaction as a variable to measure the effectiveness of interventions.

In Spain, this problem has remained unseen despite the increase in significance and relevance of FOC in many countries in recent years (Dai et al., 2020). The need to identify women with high FOC in Spain has been partially solved with the recent validation of two instruments: the WDEQ-Sp (Ortega-Cejas et al., 2021; Roldán-Merino et al., 2021) and the FOC Questionnaire (CFQ-e; González-de la Torre et al., 2022). The choice of the WDEQ-Sp as the FOC assessment tool in this study was influenced by the fact that it is currently considered the gold standard in FOC measurement instruments (Richens et al., 2018). Although both instruments have good psychometric properties, both have the limitation that cutoff points have not yet been proposed regarding which score should be considered a high FOC for Spanish women (González-de la Torre et al., 2022; Ortega-Cejas et al., 2021; Roldán-Merino et al., 2021). More recently, the Birth Anticipation Scale has been validated in Spain (Rúger-Navarrete et al., 2023), which also measures FOC, although information on its psychometric properties is scarcer.

on June 26, 2021, and July 30, 2021, also obtained a favorable opinion. At the same time, approval was obtained from those responsible for the center where the recruitment and intervention took place.

The authors have no conflicts of interest to report.

Supplemental digital content is available for this article. Direct URL citations appear in the printed text and are provided in the HTML and PDF versions of this article on the journal's Web site (www.nursingresearchonline.com).

ORCID IDs

Héctor González de la Torre <https://orcid.org/0000-0003-1774-4260>

José Verdú Soriano <https://orcid.org/0000-0002-8307-7323>

Alicia Martín Martínez <https://orcid.org/0000-0002-4237-6378>

Limitations

Conclusion

Bakhteh, A., Jaberghaderi, N., Rezaci, M., Naghibzadeh, Z. A.-S., Kolivand, M., & Motaghi, Z. (2024). The effect of interventions in alleviating fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42, 5-21. 10.1080/02646838.2022.2059458

Beyebach, M., & Vega, M. H.de. (2016). *200 activities in brief therapy: individual, family and couples therapy* (2nd ed.). Herder.

Dai, L., Zhang, N., Rong, L., & Ouyang, Y.-Q. (2020). Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. *PLOS ONE*, 15, e0236567. [10.1371/journal.pone.0236567](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236567)

Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32, 99-111. 10.1016/j.wombi.2018.07.004

de Vries, N. E., Stramrood, C. A. I., Sligter, L. M., Sluijs, A.-M., & van Pampus, M. G. (2020). Midwives' practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *Women and Birth*, 33, e95–e104. 10.1016/j.wombi.2018.11.014

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. A., & Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 284. 10.1186/s12884-015-0721-y

Firouzan, L., Kharaghani, R., Zenoozian, S., Moloodi, R., & Jafari, E. (2020). The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 522. 10.1186/s12884-020-03230-1

The authors would like to thank all the women who participated, the Insular Maternal and Child University Hospital Complex of Gran Canaria staff who actively collaborated in developing this trial, and especially the midwives of the childbirth unit. The authors also acknowledge the authors of the Spanish version of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire for providing them with the measurement instrument.

The protocol of this trial was approved by the ethics and research committee of Dr. Negrin University Hospital of Gran Canaria with CEIm Code 2021-169-1 on April 4, 2021. Two amendments submitted later.

- García-García, J. A., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. C. (2013). Sample size calculation in medical education research. *Investigación en Educación Médica*, 2, 217-224.
- González-de la Torre, H., Domínguez-Gil, A., Padrón-Brito, C., Rosillo-Otero, C., Berenguer-Pérez, M., & Verdú-Soriano, J. (2022). Validation and psychometric properties of the Spanish version of the Fear of Childbirth Questionnaire (CFQ-e). *Journal of Clinical Medicine*, 11, 1843. 10.3390/jcm11071843
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 293-301. 10.1111/scs.12346
- Hart, M. A., & Foster, S. N. (1998). Self-care agency in two groups of pregnant women. *Nursing Science Quarterly*, 11, 167-171. 10.1177/089431849801100409
- Henriksen, L., Borgen, A., Rislokkken, J., & Lukasse, M. (2020). Fear of birth: Prevalence, counselling and method of birth at five obstetrical units in Norway. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33, 97-104. 10.1016/j.wombi.2018.11.008
- Hildingsson, I., & Rubertsson, C. (2022). Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 66. 10.1186/s12884-021-04367-3
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 50-55. 10.1016/j.srhc.2018.02.006
- Hosseini, V. M., Nazarzadeh, M., & Jahanfar, S. (2018). Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth*, 31, 254-262. 10.1016/j.wombi.2017.10.007
- Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: A systematic review. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33, 3867-3872. 10.1080/14767058.2019.1587407
- Kaya, N., & Guler, H. (2022). Online solution-focused psychoeducation as a new intervention for treating severe fear of childbirth: A randomized controlled trial in the pandemic period. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58, 2116-2126. 10.1111/ppc.13038
- Kjergaard, H., Wijma, K., Dykes, A.-K., & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 340-350. 10.1080/02646830802408498
- Klabbers, G. A., van Bakel, H. J., van Den Heuvel, M., & Vingerhoets, A. J. (2016). Severe fear of childbirth: Its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psibologjiske Teme*, 25, 107-127.
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear—A national survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 82-87. 10.1016/j.srhc.2016.02.008
- Larsson, B., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2020). A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, 100504. 10.1016/j.srhc.2020.100504
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., & Leahy-Warren, P. (2020). Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women and Birth*, 34, e309-e321. 10.1016/j.wombi.2020.05.008
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., Leahy-Warren, P., Stewart, F., & O'Neill, S. M. (2021). Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD013321. 10.1002/14651858.CD013321.pub2
- O'Connell, M. A., Martin, C. R., & Jomeen, J. (2021). Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery*, 102, 103079. 10.1016/j.midw.2021.103079
- Ortega-Cejas, C. M., Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, T., Castrillo-Pérez, M. I., Vicente-Hernández, M. M., Jiménez-Barragan, M., Biurrun-Garrido, A., Farres-Tarafa, M., Casas, I., & Cabrera-Jaime, S. (2021). Reliability and validity study of the Spanish adaptation of the "Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire" (W-DEQ-A). *PLOS ONE*, 16, e0248595. 10.1371/journal.pone.0248595
- Richens, Y., Smith, D. M., & Lavender, D. T. (2018). Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 98-112. 10.1016/j.srhc.2018.02.010
- Roldán-Merino, J., Ortega-Cejas, C. M., Lluch-Canut, T., Farres-Tarafa, M., Biurrun-Garrido, A., Casas, I., Castrillo-Pérez, M. I., Vicente-Hernández, M. M., Jiménez-Barragan, M., Martínez-Mondejar, R., Hurtado-Pardos, B., & Cabrera-Jaime, S. (2021). Validity and reliability of the Spanish version of the "Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire" (W-DEQ-B). *PLOS ONE*, 16, e0249942. 10.1371/journal.pone.0249942
- Rüger-Navarrete, A., Vázquez-Lara, J. M., Antúnez-Calvente, I., Rodríguez-Díaz, L., Riesco-González, F. J., Palomo-Gómez, R., Gómez-Salgado, J., & Fernández-Carrasco, F. J. (2023). Antenatal fear of childbirth as a risk factor for a bad childbirth experience. *Healthcare*, 11, 297. 10.3390/healthcare11030297
- Smorti, M., Ponti, L., Simoncini, T., Pancetti, F., Mauri, G., & Gemignani, A. (2020). Psychological factors and maternal-fetal attachment in relation to epidural choice. *Midwifery*, 88, 102762. 10.1016/j.midw.2020.102762
- Soriano-Vidal, F. J., Oliver-Roig, A., Cabrero-García, J., Congost-Maestre, N., Dencker, A., & Richart-Martínez, M. (2016). The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): Reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 372. 10.1186/s12884-016-1100-z
- Souto, S. P., Prata, A. P., Albuquerque, R. S., & Caldeira, S. (2023). Women's fear of childbirth during pregnancy: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*. 10.1111/2047-3095.12458
- Souto, S. P., Silva, R. C. G. D., Prata, A. P., Guerra, M. J., Couto, C., & Albuquerque, R. S. (2022). Midwives' interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, 20, 2867-2935. 10.1111/2473-2100.382
- Swift, E. M., Zoega, H., Stoll, K., Avery, M., & Gottfreðsdóttir, H. (2021). Enhanced antenatal care: Combining one-to-one and group antenatal care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth*, 34, 381-388. 10.1016/j.wombi.2020.06.008
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creed, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E.-L. (2014). A randomized controlled trial of a psychoeducation intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41, 384-394. 10.1111/birt.12136
- Vismara, L., Sechi, C., Neri, M., Paoletti, A., & Lucarelli, L. (2021). Maternal perinatal depression, anxiety, fear of birth, and perception of infants' negative affectivity at three months. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39, 532-543. 10.1080/02646838.2020.1843612
- Webb, R., Bond, R., Romero-Gonzalez, B., Mycroft, R., & Ayers, S. (2021). Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51, 1964-1977. 10.1017/S0033291721002324
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15, 1704484. 10.1080/17482631.2019.1704484

Supplementary material

Supplementary material table 1

Distribution and theme of prenatal education sessions

Session	Question and Topic	Video	Brief Therapy
1	"Becoming aware"	Reception area at MCHGC	Resource box
	Fears towards childbirth?		Rarewell letter
	The emotion of fear The fear of childbirth		The amulet
2	"Planning"	Triage area of the MCHGC	Anthropologist task
	How do you wish childbirth? Birth plan		Task of 1,2,3,4..
3	"Childbirth"	MCHGC monitoring/ observation area	The mantra
	Personal abilities to his coping? Physiologic process of childbirth		
4	"Accompaniment"	MCHGC unit birth	Detect and implement strengths
	What to expect from the chosen person? Midwife role? Family and midwife support		
5	"Different childbirth"	MCHGC puerperium and neonatology area	Expert Tips
	Resources to cope with pain? Options and situations around childbirth		

Note. MCHGC = Maternal and Children's Hospital of Gran Canaria.

Supplementary material table 2

Descriptive fear of childbirth measures for intention-to-treat analysis

Measures FOC (ITT analysis)	Group ^a	M	SD	95% CI		MD
				Inf	Sup	
Baseline WDEQ-A-Sp (measure raw)	Group A	92.5	13.00	89.6	95.3	-0.74
	Group B	93.2	15.28	89.7	96.6	
Baseline WDEQ-A-Sp (0-100 scale)	Group A	59.6	8.39	57.8	61.5	-0.47
	Group B	60.1	9.86	57.9	62.3	
Prenatal post- intervention WDEQ-A-Sp (measure raw)	Group A	57.4	21.41	52.7	62.1	-26.56
	Group B	84.0	21.49	79.2	88.8	
Prenatal post- intervention WDEQ-A-Sp (0-100 scale)	Group A	37.1	13.82	34.0	40.1	-17.13
	Group B	54.2	13.86	51.1	57.3	
Post-natal WDEQ-B-Sp (measure raw)	Group A	50.8	29.54	43.0	57.8	-14.58
	Group B	65.4	29.47	57.4	73.3	
Post-natal WDEQ-B-Sp (0-100 scale)	Group A	30.8	17.90	26.5	35.1	-8.83
	Group B	39.6	17.86	34.8	44.5	

Note. FOC = fear of childbirth; WDEQ-A-Sp = Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-A-Spanish version; ITT = intention-to-treat; WDEQ-B-Sp = Wijma Delivery Experience Questionnaire-B-Spanish version; M = mean; SD = Standard deviation; CI = confidence interval; MD = difference mean.

^a Group A (N=82); Group B (N=78)

Supplementary material table 3

Descriptive fear of childbirth measures for per-protocol analysis

Measures FOC (PP analysis)	Group ^a	M	SD	95% CI		MD (Groups)
				Inf	Sup	
Baseline WDEQ-A (measure raw)	Group A	93.8	12.95	90.5	97.1	2.37 (A-B)
	Group B	91.4	13.85	87.7	95.2	6.99 (B-C)
	Group C	84.4	9.66	77.0	91.9	9.36 (A-C)
Baseline WDEQ-A (0-100 scale)	Group A	60.5	8.36	58.4	62.7	1.53 (A-B)
	Group B	59.0	8.93	56.6	61.4	4.51 (B-C)
	Group C	54.5	6.23	49.7	59.3	6.04 (A-C)
Prenatal post- intervention WDEQ-A (measure raw)	Group A	57.5	20.58	52.3	62.8	-24.8 (A-B)
	Group B	82.3	20.02	76.9	87.8	26.35 (B-C)
	Group C	56.0	16.31	43.5	68.5	1.54 (A-C)
Prenatal post- intervention WDEQ-A (0-100 scale)	Group A	37.1	13.28	33.7	40.5	-16.0 (A-B)
	Group B	53.1	12.91	49.6	56.6	16.99 (B-C)
	Group C	36.1	10.52	28.0	44.2	0.994 (A-C)
Post-natal WDEQ-B (measure raw)	Group A	49.6	29.68	42.0	57.2	-15.8 (A-B)
	Group B	65.4	29.47	57.4	73.3	6.49 (B-C)
	Group C	58.9	28.95	36.6	81.1	-9.28 (A-C)
Post-natal WDEQ-B (0-100 scale)	Group A	30.1	17.99	25.5	34.7	-9.56 (A-B)
	Group B	39.6	17.86	34.8	44.5	3.94 (B-C)
	Group C	35.7	17.54	22.2	49.2	-5.63 (A-C)

Note. FOC = fear of childbirth; WDEQ-A-Sp = Wijma Delivery Expectancy Questionnaire-A-Spanish version; PP = per-protocol; WDEQ-B-Sp = Wijma Delivery Experience Questionnaire-B-Spanish version; M = mean; SD = Standard deviation; CI = confidence interval; MD = difference mean.

^a Group A (N=61); Group B (N=55); Group C (N=9)

Supplementary material table 4

Descriptive satisfaction measures for analysis intention-to-treat analysis

Measures satisfaction (ITT analysis)	Group ^a	M	SD
CEQ-E Global Score	Group A	69.39	11.02
	Group B	65.29	12.52
CEQ-E Personal capacity Score	Group A	2.70	0.65
	Group B	2.54	0.66
CEQ-E Professional support Score	Group A	3.80	0.43
	Group B	3.73	0.55
CEQ-E Perceived security Score	Group A	3.13	0.71
	Group B	2.81	0.77
CEQ-E Participation Score	Group A	2.70	0.65
	Group B	2.54	0.08

Note. ITT = intention-to-treat; CEQ-E = Childbirth Experience Questionnaire Spanish version; M = mean; SD = Standard deviation.

^a Group A (N=70); Group B (N=55)

Supplementary material table 5

Descriptive satisfaction measures for per-protocol analysis

Measures satisfaction (PP analysis)	Group ^a	M	SD
CEQ-E Global Score	Group A	70.15	10.86
	Group B	65.29	12.52
	Group C	64.22	11.37
CEQ- E Personal capacity Score	Group A	2.75	0.63
	Group B	2.54	0.66
	Group C	2.39	0.75
CEQ-E Professional support Score	Group A	3.82	0.43
	Group B	3.73	0.55
	Group C	3.69	0.47
CEQ-E Perceived security Score	Group A	3.14	0.72
	Group B	2.81	0.77
	Group C	3.04	0.62
CEQ-E Participation Score dimension	Group A	2.75	0.63
	Group B	2.54	0.66
	Group C	2.39	0.75

Note. PP = per-protocol; CEQ-E = Childbirth Experience Questionnaire Spanish version; M = mean; SD = Standard deviation.

^a Group A (N=61); Group B (N=55); Group C (N=9)

Supplementary material table 6

Descriptive data from the analysis intention-to-treat of obstetric outcomes

Obstetric outcomes	Group A ^a N (%)	Group B ^b N (%)
Type of onset of childbirth (ITT analysis)		
Onset of induced childbirth	31 (44.3%)	37 (67.3%)
Onset of spontaneous childbirth	39 (55.7%)	18 (32.7%)
Type of completion of childbirth (ITT analysis)		
Eutocic-cephalic	55 (78.6%)	40 (72.7%)
Dystocic-Forceps	7 (10%)	9 (16.4%)
Urgent cesarean section	5 (7.1%)	6 (10.9%)
Dystocic-breech	1 (1.4%)	-
Eutocic-podalic	2 (2.9%)	-
Epidural analgesia (ITT analysis)		
No	21 (30%)	6 (10.9%)
Si	49 (70 %)	49 (89.1%)
Oxytocin (ITT analysis)		
No	31 (44.3%)	17(30.9%)
Si	39 (55.7 %)	38 (69.1%)
Childbirth duration (ITT analysis)		
	Group A ^a M (SD)	Group B ^b M (SD)
Hours	7.59 (5.41)	10.8 (6.00)

Note. ITT = intention-to-treat; ; M = mean; SD = Standard deviation

^a Group A (N=70)

^b Group B (N=55)

Supplementary material table 7

Descriptive data from the per-protocol analysis of obstetric outcomes

Obstetric outcomes	Group A ^a N (%)	Group B ^b N (%)	Group C ^c N (%)
Type of onset of childbirth (PP analysis)			
Onset of induced childbirth	30 (49.2%)	37 (67.3%)	1 (11.1%)
Onset of spontaneous childbirth	31 (50.8%)	18 (32.7%)	8 (88.9%)
Type of completion of childbirth (PP analysis)			
Eutocic-cephalic	48 (78.7%)	40 (72.7%)	7 (77.8%)
Dystocic-Forceps	6 (9.8%)	9 (16.4%)	1 (11.1%)
Urgent cesarean section	5 (8.2%)	6 (10.9%)	-
Dystocic-breech	-	-	1 (11.1%)
Eutocic-podalic	2 (3.3%)	-	-
Epidural analgesia (PP analysis)			
No	15 (24.6%)	6 (10.9%)	6 (66.7%)
Si	46 (75.4%)	49 (89.1%)	3 (33.3%)
Oxytocin (PP analysis)			
No	23 (37.7%)	17 (30.9%)	8 (88.9%)
Si	38 (62.3%)	38 (69.1%)	1 (11.1%)
Childbirth duration (PP analysis)			
	Group A ^a M (SD)	Group B ^b M (SD)	Group C ^c M (SD)
Hours	8.26 (5.34)	10.8 (6.00)	3.02 (3.37)

Note. PP = per-protocol; M = mean; SD = Standard deviation

^a Group A (N=61)

^b Group B (N=55)

^c Group C (N=9)

12.34.Anexo XXXIV. Contribuciones: Matronas Profesión

Artículo Original

Vol24 (3)

Las experiencias de las matronas en el acompañamiento intraparto de mujeres con miedo al parto

The experiences of midwives in the intrapartum monitoring of women with fear of childbirth

Sergio Mies-Padilla¹ Héctor González-de la Torre² Elena López-Alcaide³ Alicia Martín-Martínez⁴

¹ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. Islas Canarias. ² Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias. Unidad de Apoyo a la Investigación. Complejo Hospitalario Materno Infantil de Gran Canaria. Islas Canarias. ³ Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. Islas Canarias. ⁴ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. Islas Canarias.

Mies-Padilla S, González-De la Torre H, López-Alcaide E, Martín-Martínez A. Las experiencias de las matronas en el acompañamiento intraparto de mujeres con miedo al parto. *Matronas Prof.* 2023; vol 24(3): 17-23.

Resumen

ES EN

Objetivo: El objetivo general del estudio fue describir las experiencias de las matronas en el acompañamiento a mujeres con miedo al parto (MAP).

Método: Se planteó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, donde la población a estudio fueron las matronas de la Unidad de Paritorio del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario estructurado ad hoc que incluía variables sobre la experiencia profesional en el acompañamiento intraparto de mujeres con MAP.

Resultados: Participaron un total de 83 matronas, que identificaron como factores más frecuentes relacionados con el MAP en la práctica clínica el miedo a las complicaciones del recién nacido (90,4 %), la solicitud de cesárea (77,1 %) y la solicitud precoz de analgesia epidural (88,0 %). Con el objetivo de disminuir la ansiedad o la posibilidad de experiencia traumática, todas las matronas (n= 84) intervienen conscientemente creando un espacio de paz y escucha activa. Las mujeres con MAP producen mayormente sentimientos de empatía (80,7 %) y compasión (41 %). El 64 % de las matronas se mostró totalmente de acuerdo con la afirmación «Guiar a mujeres con miedo al parto es un desafío interesante».

Conclusiones: Los resultados de este estudio evidencian que las matronas que acompañan a las mujeres intraparto son sensibles a esta problemática y se muestran motivadas para su abordaje, detectando de manera subjetiva indicadores que las alertan de que la mujer pueda tener miedo, y que este MAP puede estar asociado a consecuencias adversas. Aunque en ciertas situaciones preguntan a la mujer por su MAP, los factores que las inducen a ello presentan mucha variabilidad.

©2023 Ediciones Mayo, S.A.U. Todos los derechos reservados.

Este estudio no ha contado con ninguna fuente de financiación.

Los autores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Este artículo no se ha presentado como comunicación en congresos ni ha sido publicado en una tesis doctoral.

Fecha de recepción: 22/3/2023. Fecha de aceptación: 13/6/2023.

Correspondencia: Héctor González-de la Torre. Correo electrónico: hegontor@live.com /

INTRODUCCIÓN

MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El miedo al parto (MAP) es un fenómeno relacionado con la salud mental perinatal que puede suceder antes, durante o después del embarazo¹, provocando una respuesta en la mujer que deriva en la incapacidad para movilizar los recursos propios de afrontamiento del embarazo, parto y posparto². La prevalencia mundial de MAP grave ha experimentado una tendencia ascendente en los últimos años, comunicando algunos autores tasas del 16 %³, aunque la falta de consenso para definirlo⁴ puede provocar variabilidad en estos resultados. El MAP puede experimentarse como un continuo de pensamientos que dificultan la preparación psicológica para el parto (cómo se viven el futuro nacimiento y la transición a la maternidad), con un efecto significativo en la capacidad de la mujer para abordar el nacimiento de su bebé de manera positiva y lograr un resultado óptimo del parto^{5,7}, derivando en problemas de salud mental⁸⁻¹¹. La mujer embarazada con MAP no puede obviar sus temores, lo que puede influir en la búsqueda de estrategias evitativas, entre las que se incluye la solicitud de una cesárea electiva como modo de finalización del embarazo¹²⁻¹⁴.

Se describe que el MAP lo sufre un grupo heterogéneo de mujeres^{15,16}, debido a una etiología multifactorial que está influida tanto por aspectos sociales, antecedentes personales y experiencias de parto previas¹⁷, como por la falta de apoyo y de conocimientos adecuados^{2,10,18-20}. La tolerancia y el miedo al dolor son otras de las principales causas¹³; la evidencia sugiere que en este grupo de mujeres hay una mayor percepción y menor tolerancia al dolor durante el trabajo de parto, así como mayor uso de analgesia epidural²¹⁻²⁴.

Abordaje del Miedo al Parto desde la perspectiva de la Matrona: Anexos

Para la detección y abordaje del MAP en las Unidades de Maternidad a nivel nacional, no se dispone de referencias ni de sistemas de atención específicos, no habiéndose desarrollado investigación suficiente en este sentido¹. Su reconocimiento y tratamiento son importantes dada su repercusión en los resultados obstétricos y neonatales, siendo las matronas, en su papel de proveedores de servicios de maternidad, las profesionales mejor posicionadas para identificar, manejar, prevenir y/o reducir el MAP.

Ya que el miedo puede ser desencadenado en cualquier momento del embarazo actual o surgir a raíz de experiencias previas de partos traumáticos²⁵, las necesidades de las mujeres pueden cambiar, lo que constituye un desafío para las matronas a la hora de decidir cuándo y cómo intervenir²⁶. Se han realizado varias investigaciones a nivel mundial sobre aspectos que giran alrededor del MAP, pero no existe mucha literatura respecto a la experiencia y actitud de las matronas en su abordaje²⁷.

Aunque en los últimos años se ha hecho evidente un aumento de la investigación centrada en la salud mental perinatal y, por ende, sobre el MAP¹, la experiencia y las actitudes de las matronas en el abordaje de esta problemática han sido poco estudiadas. Como pioneras destacan las matronas suecas²⁸, que vienen debatiendo sobre el tema desde hace más de diez años. Partiendo de la importancia de la figura de la matrona en la detección e intervención en este problema, se hace evidente la necesidad de conocer aún más sus percepciones y conocimientos en relación con el MAP. Algunos estudios han puesto de manifiesto lagunas sustanciales en las matronas en sus conocimientos sobre el MAP^{26,27,29,30}, lo que apoya una mayor necesidad de formación. Aunque las matronas entienden que el estado psicológico y los antecedentes personales de la mujer actúan como factores de riesgo importantes para el desarrollo de MAP, se requiere mayor información y formación que aumente su conciencia, conocimientos y habilidades para desarrollar la capacidad de brindar el mejor apoyo a las mujeres con MAP²⁶. Hasta el momento, no se ha establecido cuál es la intervención más adecuada para las mujeres con MAP, pero sí sabemos que este grupo de mujeres requieren unos cuidados y un apoyo específicos por parte de profesionales sanitarios especialmente cualificados³¹, tanto en el entorno prenatal como en el intraparto. Las matronas describen estrategias de asesoramiento diversas aunque con similar enfoque³²⁻³⁵, y a la vez señalan ciertos conflictos relacionados con la falta de modelos de atención centrados en la mujer con MAP. Por ello es crucial saber más sobre su conocimiento y experiencias trabajando con mujeres con MAP²⁸.

El objetivo principal de este estudio fue describir las experiencias de las matronas en el acompañamiento intraparto de mujeres con MAP. Los objetivos secundarios fueron la identificación de los factores que, según la experiencia de las matronas, se relacionan con el MAP entre las gestantes, así como conocer los sentimientos que produce en estos profesionales la atención de mujeres con MAP.

MÉTODOS

Se planteó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población a estudio fueron las matronas que prestan asistencia en la Unidad de Parto del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria (Las Palmas de Gran Canaria), un hospital de tercer nivel que se presenta como referente de la provincia de Las Palmas en la atención del parto y donde, según la memoria de 2021, se atendieron un total de 3608 partos. Este centro cuenta con 10 partos para la atención de partos no intervenidos o de alta intervención y con una plantilla orgánica formada por 72 matronas en total, quienes trabajan en turnos rotativos conformando equipos de 10 matronas que se distribuyen de manera que se intenta garantizar la atención según el modelo «uno a uno» en el parto. Como criterios de inclusión se estableció que las participantes se encontraran en activo prestando actividad profesional como matrona asistencial del citado paritorio. No se estableció ningún criterio de exclusión para este estudio.

El periodo de recogida de datos tuvo lugar en dos momentos diferentes: durante mayo de 2021 y durante abril de 2022; de esta forma, se incluyó una muestra mayor al número de matronas de plantilla debido a las nuevas incorporaciones en la plantilla orgánica que acontecieron en el año 2022. Los datos fueron obtenidos en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado sobre intervenciones (preparto e intraparto) realizadas por matronas para el abordaje del MAP que se encuentra registrado en ClinicalTrials.gov (Código NCT05000203), actualmente finalizado y cuyos resultados están pendientes de publicación. Este ensayo cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (código CEIm HUGCDN: 2021-169-1).

Para el citado ensayo fue preciso conformar un grupo de matronas experimentadas para participar en la fase intraparto, para lo cual se recogieron los datos expuestos en el presente estudio. Se seleccionaron diferentes variables mediante un cuestionario administrado en línea, el cual fue creado ad hoc y estaba compuesto por doce preguntas, cuatro de ellas de opción múltiple y una de texto libre. El contenido de los ítems estaba inspirado en un cuestionario utilizado en un estudio previo por De Vries et al. en los Países Bajos²⁷ para valorar las prácticas y conocimientos de las matronas sobre el MAP y el trastorno de estrés posttraumático posparto. Este cuestionario fue creado por el mismo grupo de investigadores para el estudio STAR, cuyo objetivo fue investigar la comprensión del MAP y el trastorno de estrés posttraumático posparto entre los ginecólogos y residentes de obstetricia y ginecología holandeses. Para el presente estudio no se realizó validación del cuestionario en el entorno de estudio, sino que se eligieron y adaptaron algunas de las preguntas de tal manera que se valoraron las siguientes variables: factores que las matronas detectan como asociados con el MAP; consecuencias negativas que perciben en relación con el MAP; frecuencia con que les preguntan a las mujeres embarazadas sobre el MAP; actitud y acciones conscientes que realizan cuando detectan que una mujer embarazada tiene MAP; sentimientos que evocan en la matrona una mujer con MAP; y, por último, se les preguntó por el grado de motivación para el acompañamiento de mujeres con MAP. Se incluyó también una pregunta de texto libre que indagaba sobre las situaciones en las que se les pregunta a las mujeres por su MAP.

Para el análisis descriptivo y la creación de la base de datos se usó el programa estadístico IBM SPSS® en su versión 22.0. El análisis de las variables cualitativas se expresó en frecuencia y porcentajes. La pregunta de texto libre se muestra como figura conceptual.

RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por 83 matronas, respondiendo el cuestionario todas las que cumplían los criterios de inclusión. Los datos sobre la edad, años de experiencia profesional como matronas, número de mujeres que acompañan intraparto y mujeres a las que detectan MAP se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Edad y experiencia de las matronas

Edad	n= 83 (100 %)	Número de mujeres con MAP a las que acompañan ¹	n= 83 (100 %)
• ≤34 años	• 44 (53,0 %)	• ≤3 mujeres	• 29 (34,9 %)
• 35-44 años	• 27 (32,5 %)	• 4-6 mujeres	• 47 (56,6 %)
• 45-54 años	• 10 (12,0 %)	• ≥6 mujeres	• 7 (8,4 %)
• ≥55 años	• 2 (2,4 %)		
Experiencia profesional ²	n= 83 (100 %)	Detección de MAP ³	n= 83 (100 %)
• ≤5 años	• 32 (38,6 %)	• ≤5 mujeres	• 6 (7,2 %)
• 6-10 años	• 24 (28,9 %)	• 6-10 mujeres	• 17 (20,5 %)
• 11-15 años	• 11 (13,3 %)	• 11-20 mujeres	• 22 (26,5 %)
• 16-20 años	• 11 (13,3 %)	• ≥20 mujeres	• 38 (45,8 %)
• 21-24 años	• 2 (2,4 %)		
• ≥25 años	• 3 (3,6 %)		

¹Número de mujeres que acompañan dentro del paritorio de media, semanalmente. ²Experiencia profesional como matronas. ³Mujeres en las que perciben o les verbalizan el miedo al parto, anualmente.

En cuanto a los factores relacionados con el MAP, las matronas detectan en la práctica clínica más frecuentemente el miedo a las complicaciones con el bebé (90,4 %; n= 75), complicaciones maternas (47,0 %; n= 39), la dificultad para concentrarse o relajarse (79,5 %; n= 66), la solicitud temprana de analgesia farmacológica (88,0 %; n= 73), la solicitud de cesárea sin indicación médica (77,1 %; n= 64) y el exceso en la demanda de cuidados (48,2 %; n= 40). Menos se detectan la solicitud de inducción sin indicación médica (32,5 %; n= 27), el exceso de demanda de información (25,3 %; n= 21), la necesidad continua de confirmación (27,7 %; n= 23), las visitas continuas a Urgencias (1,2 %; n= 1), la evitación (9,6 %; n= 8) y el plan de parto muy extenso (3,6 %; n= 3).

Las matronas perciben como consecuencias negativas asociadas con el MAP más frecuentemente la solicitud temprana de analgesia farmacológica (92,8 %; n= 77), la incapacidad para relajarse (78,3 %; n= 65), la realización de intervenciones innecesarias o medicalización del parto (61,4 %; n= 51), el progreso anormal del trabajo de parto (59 %; n= 49) y el falso trabajo de parto (55,4 %; n= 46), siendo menos frecuente la disociación o revivir partos anteriores, con un 45,8 % (n= 38).

El 16,9 % (n= 14) de las matronas encuestadas refiere que siempre pregunta a la mujer por su MAP, frente al 12 % (n= 10) que nunca lo hace. La mayoría de las matronas, el 71,1 % (n= 59), a veces pregunta a las mujeres; las situaciones que detectan en la práctica clínica y que les inducen a preguntar a las mujeres sobre el MAP se expresaron mediante texto libre y se resumen en la **Figura 1**. En este sentido, las matronas coincidieron en más ocasiones que preguntan cuando ellas mismas lo perciben durante el acompañamiento, porque están muy nerviosas o porque demandan analgesia epidural de manera temprana.

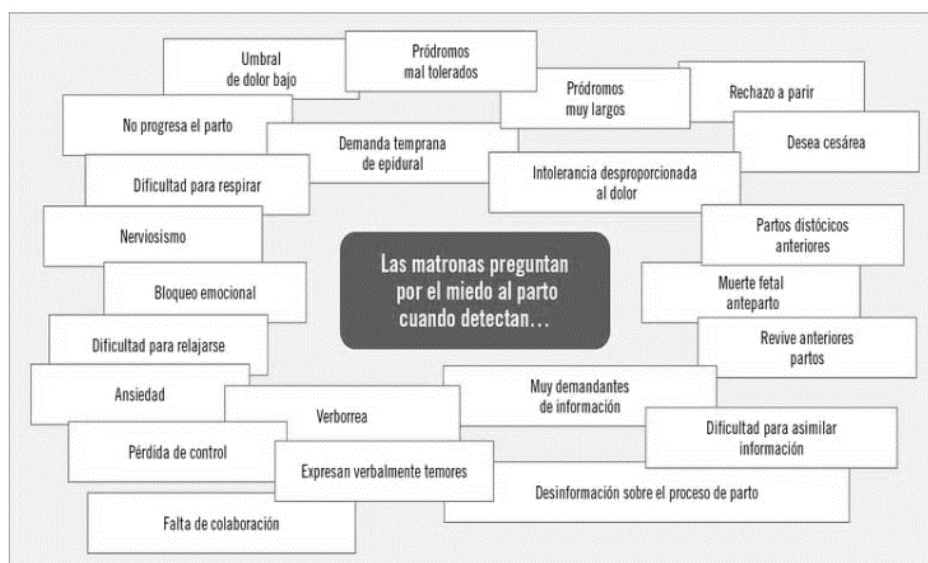


Figura 1. Situaciones que inducen a las matronas a preguntar a las mujeres por el MAP

Cuando las matronas detectan MAP dentro del paritorio, de manera consciente realizan ciertas intervenciones con la intención de reducir o evitar experiencias traumáticas en la mujer durante el parto. En la **Figura 2** se muestra la frecuencia de intervenciones que llevan o no a cabo las matronas durante el abordaje del MAP.

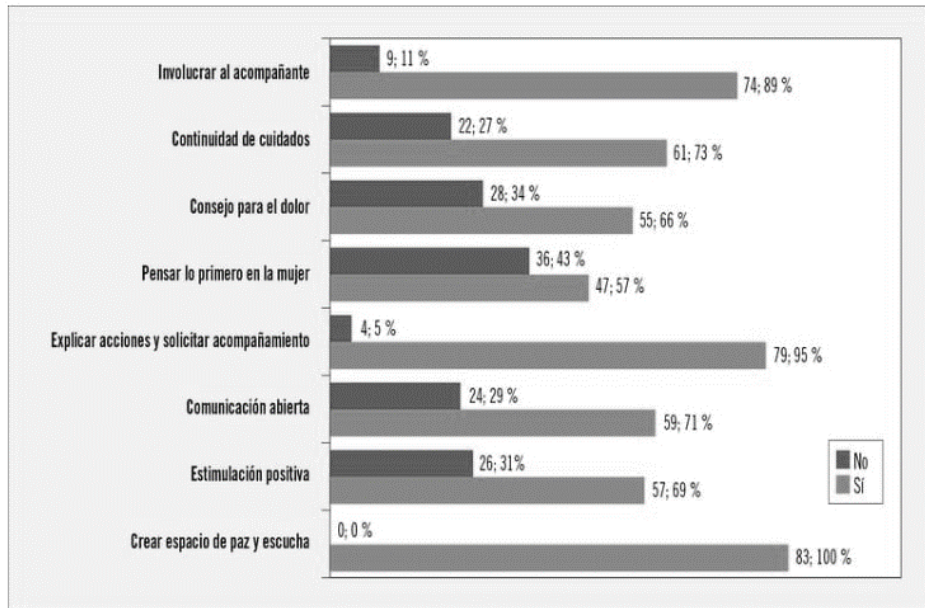


Figura 2. Intervenciones conscientes para disminuir el MAP

Cuando se les preguntó a las matronas por los sentimientos que evocan en ellas una mujer con MAP, lo más frecuente fue que sintieran empatía, con el 80,7 % (n= 67) de las respuestas; compasión el 41 % (n= 34), pena el 31,1 % (n= 26), e impotencia y frustración con el 20,5 % (n= 17) y el 14,5 % (n= 12), respectivamente. Con menor frecuencia las matronas perciben un aumento de las intervenciones en el parto, con el 8,4 % (n= 7), o sentimientos de irritación, con el 3,6 % (n= 3), culpa e incomprensión, con el 2,4 % (n= 2) de las matronas, y solo una de ellas se sintió enojada ante mujeres con MAP.

Por último, se les preguntó a las matronas sobre la motivación para acompañar a mujeres con esta problemática en su parto. Ante la pregunta «¿Te parece un desafío interesante el acompañar a una mujer con MAP? », un 77,1 % (n= 64) de las matronas estaba totalmente de acuerdo, el 21,7 % (n= 18) se mostró de acuerdo y únicamente una matrona se mantuvo indiferente ante la afirmación.

DISCUSIÓN

El enfoque del cuidado proporcionado por las matronas desde la salud mental perinatal es necesario para evitar su deterioro^{10,11} y los efectos negativos de un vínculo maternofilial deteriorado⁹. En este estudio, el interés de las matronas con el tema propuesto queda reflejado por la amplia participación, con casi la totalidad de las matronas asistenciales de la muestra elegible. Aunque los resultados corresponden en un amplio porcentaje a matronas de una edad inferior a 34 años, estas contaban con experiencia profesional suficiente y acompañaban semanalmente en su mayoría a entre 4 y 6 mujeres en el paritorio, detectando en ocasiones a mujeres con MAP.

El miedo más frecuentemente detectado es a las complicaciones del parto respecto a la salud del recién nacido, señalado por el 90,4 % de las matronas, lo que coincide con la experiencia ya descrita por las mujeres⁵ y con lo que otras matronas han encontrado durante su práctica profesional³⁶. El miedo también se puede expresar a través de otras formas, como el miedo al dolor²⁸; en este sentido, se halló que el 88 % de ellas lo relaciona con una solicitud temprana de analgesia farmacológica. Además, este factor lo perciben como consecuencia negativa más frecuente del MAP, con el 92,8 % de respuestas afirmativas, lo que coincide con la percepción de un mayor riesgo de complicaciones asociado al uso de analgesia epidural²⁸. El miedo al dolor es una de las características predominantes que contribuye a aumentar el MAP de las mujeres^{5,15,23,36}. Este miedo no solo incluye la capacidad de las mujeres para manejar la intensidad del dolor, sino también su preocupación sobre si recibirán el nivel adecuado de alivio para poder sobrellevarlo³⁶. Por otra parte, en este estudio la solicitud de cesárea sin indicación médica es relacionada con el MAP por el 77,1 % de las matronas. Ambos factores, el uso de analgesia epidural y la elección de cesárea como método de finalización del embarazo, son unas de las consecuencias más estudiadas en relación con el MAP¹⁰, percibiendo las matronas un mayor uso en este grupo de mujeres²⁸. En Europa se ha señalado una fuerte relación entre el MAP y la cesárea electiva, presentándose esta última como un problema de salud pública¹².

Abordaje del Miedo al Parto desde la perspectiva de la Matrona: Anexos

Las matronas de nuestra muestra no preguntan frecuentemente por el MAP (tan solo el 16 % de las encuestadas siempre lo hace), ni utilizan actualmente ninguna herramienta de detección prenatal. La detección se produce durante el acompañamiento del parto, y solo determinadas situaciones las inducen a preguntar a la mujer por un posible MAP. Las situaciones más frecuentes son cuando una mujer demanda analgesia epidural de manera temprana, cuando la perciben ansiosa o muy desinformada. Comportamientos de pánico, llanto o necesidad de apoyo continuo durante el trabajo de parto son otros indicadores²⁸ percibidos con frecuencia por las matronas. A muchas mujeres les resulta difícil comunicar la emoción del miedo a su matrona²⁶, provocando que no todas las mujeres con MAP sean identificadas; este hecho puede derivar también en una fuente de estrés para la matrona, ya que puede no estar segura de ofrecer las acciones más adecuadas²⁸. Lo que podemos afirmar es que un amplio porcentaje de los factores percibidos por las matronas encuestadas coinciden con problemas de salud mental y aspectos psicológicos ya determinados en relación con el MAP^{10,24}. Se puede entender que la detección casual en el momento del parto puede no ser suficiente para elaborar una estrategia personalizada de abordaje del MAP. Se ha puesto en evidencia en varios estudios⁴ la necesidad de contar con una herramienta simple y rápida de medición del MAP que tenga puntos de corte bien establecidos y una validez adecuada⁵. Al igual que en el contexto australiano⁷, la identificación de mujeres con miedo alto al parto durante el embarazo probablemente permitirá que reciban el apoyo adecuado. Las actuales herramientas de identificación del MAP utilizadas para la investigación son extensas y puede ser que no se adapten, por extensión y contenido^{4,5}, a las necesidades de la práctica clínica para permitir a los profesionales sanitarios la identificación de mujeres temerosas y la activación de una vía de atención temprana y eficaz para estas mujeres^{33,36}.

Como era de esperar, encontramos que una amplia mayoría de las matronas se siente motivada para el acompañamiento intraparto de mujeres con MAP. Entre las intervenciones que conscientemente las matronas realizan para disminuir el MAP se encuentran en mayor medida crear un espacio de paz y escucha, así como explicar y solicitar su consentimiento antes de realizar procedimientos, lo que concuerda con los datos aportados anteriormente^{27,32}, donde en circunstancias desafiantes las matronas se dedicaron a crear una relación de confianza para que las mujeres se sintieran seguras y expresaran sus miedos. Se sabe que el simple hecho de escuchar juega un papel fundamental en el abordaje del MAP¹³, siendo las conversaciones con los profesionales sanitarios, en este caso las matronas, una ayuda útil para mujeres con síntomas o factores de riesgo de enfermedad mental¹⁸. Según algunos estudios, las mujeres relatan que no se sintieron escuchadas^{26,33}, lo que puede deberse a una falta de comprensión del MAP a pesar del apoyo de las matronas²⁶. Tanto o más importancia que la figura de la matrona en el parto la tiene el acompañante que ellas eligen, ya que este apoyo reduce las experiencias negativas de parto y aumenta su satisfacción con el proceso^{17,28}. Encontramos que involucrar al acompañante es una de las intervenciones que el 89 % de las matronas consideran más eficaz para aliviar el MAP, lo que contrasta con el estudio de De Vries et al.²⁷, donde lo tienen en cuenta un 16 % de ellas.

Se ha planteado si estas intervenciones deben ser específicas según las diferentes culturas^{4,7} o según los factores personales^{15,32}, y si se deben diseñar no solo desde el punto de vista de las necesidades de la mujer, sino también desde el de las competencias y actitudes de la matrona como figura de referencia en el acompañamiento durante su embarazo y parto. Otro factor a tener en cuenta es la necesidad aumentada de atención y apoyo más o menos continuo a estas mujeres²⁸, que se ve dificultado en circunstancias donde la matrona ha de prestar cuidados a más de una mujer en trabajo de parto a la vez o cuando hay escasez de personal dentro de las salas de partos, un hecho que las matronas consideran un factor de riesgo para el MAP³².

Trabajar con mujeres con MAP es emocionalmente exigente²⁸, y no solo tiene efectos en el ámbito profesional sino también en el personal³². Cuando las matronas acompañan a una mujer con MAP también afloran en un número significativo de ellas los sentimientos de impotencia y frustración. En este sentido, las matronas se muestran como aliadas de las mujeres que sufren física y emocionalmente por su MAP, pues comprenden sus sentimientos y experiencias de partos terribles¹³. Las matronas deben entender el impacto que pueden tener las intervenciones de los profesionales de la salud, haciendo mejorar o empeorar el MAP en las mujeres. A veces, con resultados obstétricos aceptables la mujer tiene una experiencia mala o traumática por el trato del personal³⁰.

Por tanto, una mejor conciencia y comprensión del MAP resulta fundamental en la atención a la maternidad dadas las tasas crecientes de MAP^{6,26,27,31-33}. En un reciente documento de consenso²⁹ se establecen como prioridades el desarrollo de medidas robustas para la identificación de factores de riesgo, la evaluación de las vías de atención y las intervenciones que se podrían implementar en relación con el MAP.

Entre las limitaciones que tuvo el estudio se incluyen que los datos se refieren a un grupo de matronas de un único hospital de España, las cuales realizan su labor en el paritorio, obviando a las matronas de otras Unidades incluida la atención primaria, por lo que los hallazgos pueden no ser generalizables a otros entornos o países. Por otro lado, las variables se evaluaron mediante autoinforme, en su mayoría por preguntas cerradas; por tanto, las respuestas se vieron limitadas, obviando la oportunidad de aclarar preguntas y de obtener una mejor comprensión de las respuestas.

Una de las limitaciones metodológicas de este estudio es que no fue específicamente diseñado para extrapolar los datos a otras poblaciones, sino que forma parte de otra investigación donde se precisó organizar un grupo de matronas para realizar una intervención intraparto. Por este motivo no se estableció ningún tamaño muestral, sino que se pretendió conocer las actitudes del máximo número de matronas del entorno de estudio que cumplieran con los criterios establecidos.

Además, la necesidad de identificación hizo que quizás las matronas pudieran sentirse observadas y, por lo tanto, no tener la libertad de compartir sus pensamientos. La falta de un cuestionario validado es otra de las limitaciones, ya que se utilizó un cuestionario que fue creado para un estudio anterior, tras su traducción y adecuación por el investigador principal.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio evidencian que las matronas que acompañan a las mujeres intraparto son sensibles a esta problemática y se muestran motivadas para su abordaje, detectando de manera subjetiva indicadores que las alertan de que la mujer pueda tener miedo, y que este MAP puede estar asociado a consecuencias adversas. Aunque en ciertas situaciones preguntan a la mujer por su MAP, los factores que las inducen a ello presentan mucha variabilidad. Se anticipa que la formación de matronas en intervenciones destinadas a mejorar el apoyo intraparto tendrá un efecto positivo en la reducción del MAP.

Hay que destacar una homogeneidad entre las respuestas de las matronas. Los resultados que aporta este estudio pueden utilizarse en futuras investigaciones centradas en las intervenciones y actitudes de la matrona hacia el MAP y las mujeres que lo padecen.

Durante la investigación se ha comprobado la escasez de estudios acerca de las experiencias de la matrona sobre el MAP, una información que resulta fundamental para el desarrollo de la atención basada en la evidencia en este tema. Por ello es crucial que, desde las Unidades de formación y servicios de salud pública, las matronas adquieran los conocimientos adecuados en relación con el MAP y sus consecuencias, así como la actualización constante sobre las intervenciones más oportunas que aporte la última evidencia disponible. Se plantea la necesidad de implementación, al igual que en otros países cuyo sistema sanitario y cultura son similares a los españoles, de Unidades específicas de atención a mujeres con MAP lideradas por matronas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dai L, Zhang N, Rong L, Ouyang YQ. Worldwide research on fear of childbirth: a bibliometric analysis. PLoS One. 2020; 15(7): e0236567. PMID: PMC7390386.
2. O'Connell M, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC. Tocophobia – the new hysteria? Clin Obstet Gynecol Reprod Med. 2015; 25(6): 175-7.
3. Shahzad S, Chaman R, Shahrbanoo S, Goli S, Keramat A. Update on the global prevalence of severe fear of childbirth in low-risk pregnant women: a systematic review and meta-analysis. IJWHR. 2022; 10(1): 3-10.
4. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1): 28.
5. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: a meta-synthesis. J Clin Nurs. 2018; 27(13-14): 2523-35. PMID: 29243289.
6. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. Midwifery. 2015; 31(1): 239-46. PMID: 25440298.
7. Toohill J, Creedy DK, Gamble J, Fenwick J. A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice – An Australian perspective. Women Birth. 2015; 28(4): 310-6.
8. Grant AD, Erickson EN. Birth, love, and fear: physiological networks from pregnancy to parenthood. Compr Psychoneuroendocrinol. 2022; 11: 100138. PMID: PMC9227990.
9. Hildingsson I, Rubertsson C. Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22(1): 66. PMID: PMC8788067.
10. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. Women Birth. 2019; 32(2): 99-111.
11. Çapik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. Worldviews Evid Based Nurs. 2018; 15(6): 455-63.
12. Ryding EL, Lukasse M, Parys ASV, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al.; Bidens Group. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. Birth. 2015; 42(1): 48-55.
13. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020; 15(1): 1704484. PMID: PMC6968519.
14. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. J Matern Fetal Med. 2020; 33(22): 3867-72.

15. Klabbers GA, van den Heuvel MMA, van Bakel HJA, Vingerhoets AJJM. Severe fear of childbirth: its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psihologijске teme*. 2016; 25(1): 107-27.
16. Rondung E, Ekdahl J, Hildingsson I, Rubertsson C, Sundin Ö. Heterogeneity in childbirth related fear or anxiety. *Scand J Psychol*. 2018; 59(6): 634-43.
17. Hosseini Tabaghdehi M, Kolahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *J Matern Fetal Med*. 2020; 33(22): 3849.
18. Evans K, Spiby H, Morrell JC. Non-pharmacological interventions to reduce the symptoms of mild to moderate anxiety in pregnant women. A systematic review and narrative synthesis of women's views on the acceptability of and satisfaction with interventions. *Arch Womens Ment Health*. 2020; 23(1): 11-28.
19. Zhou XL, Liu H, Li XH, Li F, Zhang SM, Zhang SR. Mediating effects of social support between antenatal depression and fear of childbirth among nulliparous woman. *Ann Palliat Med*. 2021; 10(6): 6399-409. PMID: 34237961.
20. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Kenny LC, O'Neill SM, Khashan AS. The prevalence and risk factors of fear of childbirth among pregnant women: a cross-sectional study in Ireland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019; 98(8): 1014-23.
21. Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12: 78. PMID: PMC3449197.
22. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12: 55.
23. Rondung E, Ekdahl J, Sundin Ö. Potential mechanisms in fear of birth: the role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth*. 2019; 46(1): 61-8.
24. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord*. 2016; 44: 80-91. PMID: 27788373.
25. Holopainen A, Stramrood C, van Pampus MG, Hollander M, Schuengel C. Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: women's choices and evaluations. *Br J Midwifery*. 2020; 28(8): 488-96.
26. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: a meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women Birth*. 2020; S187151922030247X.
27. De Vries NE, Stramrood CAI, Sligter LM, Sluijs AM, van Pampus MG. Midwives' practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *Women Birth*. 2020; 33(1): e95-e104.
28. Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*. 2010; 26(3): 327-37.
29. Jomeen J, Martin CR, Jones C, Marshall C, Ayers S, Burt K, et al. Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol*. 2021; 39(1): 2-15. PMID: 33206580.
30. Salomonsson B, Alehagen S, Wijma K. Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sex Reprod Healthc*. 2011; 2(4): 153-9.
31. Striebich S, Ayerle GM. Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources - a reconstructive study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2020; 41(3): 231-9.
32. Wulcan AC, Nilsson C. Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: a qualitative study. *Sex Reprod Healthc*. 2019; 19: 24-30. doi: 10.1016/j.srhc.2018.12.001. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30928131.
33. Nyberg K, Lindberg I, Öhring K. Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sex Reprod Healthc*. 2010; 1(2): 55-60. doi: 10.1016/j.srhc.2010.01.003. Epub 2010 Feb 13. PMID: 21122597.
34. Henriksen L, Borgen A, Risløkken J, Lukasse M. Fear of birth: prevalence, counselling and method of birth at five obstetrical units in Norway. *Women Birth*. 2020; 33(1): 97-104. PMID: 30522889.
35. Richens Y, Hindley C, Lavender T. A national online survey of UK maternity unit service provision for women with fear of birth. *Br J Midwifery*. 2015; 23(8): 574-9.
36. Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1): 96. PMID: PMC6423809.

12.35.Anexo XXXV. Contribuciones: comunicación JINTE

ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO QUE COMPARA UNA INTERVENCIÓN ESPECÍFICA PARA EL ABORDAJE DEL MIEDO AL PARTO FRENTE A LA ATENCIÓN HABITUAL: RESULTADOS PRELIMINARES

Sergio Mies Padilla¹, Héctor Gonzalez de la Torres² & Elena Lopez Alcaide³

1- Matrona asistencial del área de paritorios del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria

2- Enfermero de la Unidad de apoyo a la investigación del Complejo Hospitalario Materno-Infantil de Gran Canaria

3- Matrona asistencial del área de paritorio del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria

Palabras claves: Miedo al parto, intervención, matrona.

Resumen

El miedo al parto se define como un estado de intensa ansiedad que puede influir en el curso del embarazo, parto, y postparto. Se han demostrado resultados más o menos beneficiosos en el asesoramiento, la educación prenatal, y otras terapias que pueden reducir ese sufrimiento y sus consecuencias maternas y neonatales. El objetivo principal de la investigación es implementar una intervención específica dirigida por matronas para el abordaje del miedo al parto en el periodo prenatal e intraparto, que no solo disminuya el miedo al parto sino también aumente la satisfacción materna y la experiencia positiva del parto. La población objeto de estudio está constituida por las mujeres embarazadas con miedo al parto detectado en el segundo trimestre de gestación que están siendo reclutadas en el área de diagnóstico prenatal del Hospital Materno Infantil de Canarias mediante un muestreo por conveniencia hasta conseguir el tamaño muestral estimado en 190 participantes. Se aleatorizan las participantes al grupo que recibe la intervención objeto de estudio, con un preparación al parto en línea y una atención específica intraparto, o al grupo control que recibe la atención habitual. El ensayo se inició en junio del año 2021 y se prevé finalizar en octubre del año 2022. Se muestran en este congreso algunos de los resultados preliminares en relación a la captación de participantes, y la efectividad de la intervención expresada en términos de variación en el valor del miedo al parto y en la satisfacción materna con el mismo. Este ensayo forma parte del plan de investigación elaborado como parte de una Tesis Doctoral en Investigación Biomédica de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, ha sido registrado en ClinicalTrial.gov con ID:NCT05000203, y fué aprobado por el Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Código:2021-169-1.

Área de conocimiento: Ciencias de la Salud – Obstetricia.

Formato: Oral.

 IV Congreso de Jóvenes Investigadores/as de Canarias y II Congreso Internacional de Jóvenes por la Investigación	 Vicerrectorado de Investigación, Transferencia y Campus Santa Cruz y Sur Universidad de La Laguna	CERTIFICADO Emitido a: Sergio Mies Padilla, Héctor Gonzalez de la Torres, Elena Lopez Alcaide Por la presentación de la comunicación oral titulada Ensayo controlado aleatorizado que compara una intervención específica para el abordaje del miedo al parto frente a la atención habitual: resultados preliminares Durante el IV Congreso de Jóvenes Investigadores/as de Canarias y II Congreso Internacional de Jóvenes por la Investigación celebrado los días 17 y 18 de noviembre de 2022 en San Cristóbal de La Laguna. Y para que así conste, firma,
Federico José Martín Padrón Secretario de La Asociación de Jóvenes por la Investigación de Tenerife	Ernesto Pereda de Pablo Vicerrector de Investigación, Transferencia y Campus Santa Cruz Sur.	

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. La autenticidad de este documento puede ser comprobada en la dirección: http://sede.ull.es/validacion	
Identificador del documento: 5051316	Código de verificación: X11akbuK
Firmado por: Federico José Martín Padrón UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 28/11/2022 16:51:11
Ernesto Pereda de Pablo UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	28/11/2022 18:03:42

**12.36.Anexo XXXVI. Contribuciones: Sesiones clínicas
matronas**



COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR - MATERNO INFANTIL
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA



**UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA Y DOCENCIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL**

C E R T I F I C A D O

SERGIO MIES PADILLA

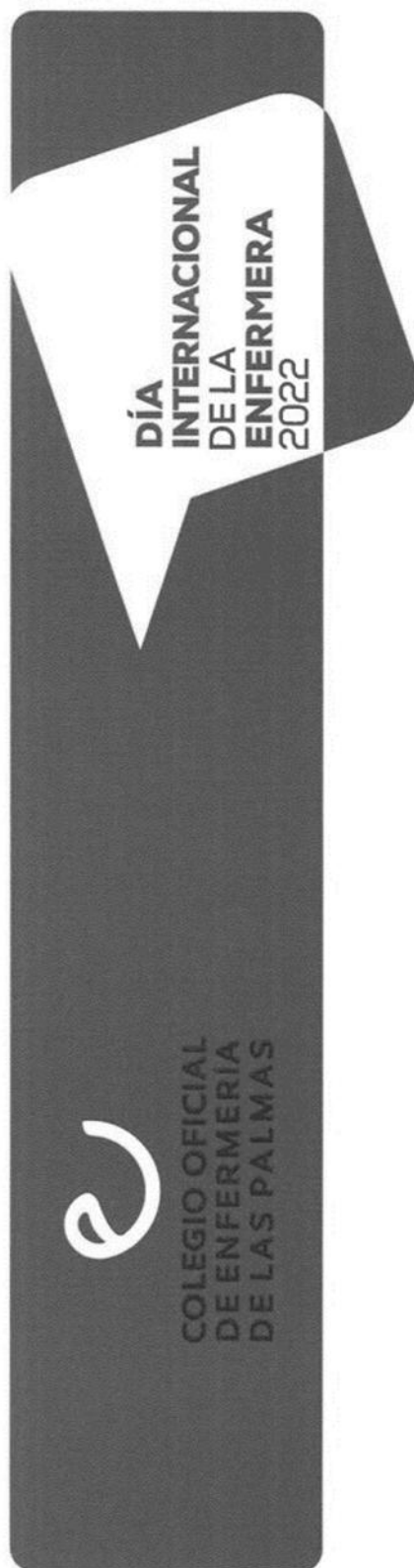
DNI: 54078508B

Ha participado en calidad de docente en la Actividad Formativa "**SESIONES MATRONA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL DE CANARIAS 2022**", con una carga lectiva de **1 hora**. Actividad celebrada el 31 de mayo de 2022, en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

Esta actividad docente, con **Nº de expediente 05000609-776A**, está acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

Unidad de Formación Continuada y Docencia
del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

12.37. Anexo XXXVII. Contribuciones: Jornadas DIE 2022



S. MIES PADILLA

ha participado en las **Jornadas científicas del DIE 2022** celebradas en Gran Canaria 12 y 13 de mayo de 2022 con la comunicación oral titulada **RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO QUE COMPARA UNA INTERVENCIÓN ESPECÍFICA PARA EL ABORDAJE DEL MIEDO AL PARTO FRENTE A LA INTERVENCIÓN CONVENCIONAL**
Las Palmas de Gran Canaria, 13 de Mayo de 2022.

LA PRESIDENTA

Rita Maria Mendoza Sanchez



LA SECRETARIA


Maria del Cristo Hernández Medina

12.38. Anexo XXXVIII. Contribuciones: poster INVESTEN

Intervención específica frente a la atención habitual para el abordaje del Miedo al Parto

Ensayo Clínico Aleatorizado

Sergio Mies Padilla.
 Doctorando por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
 Matrón del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria (HUMIC)
 Correo electrónico: sergio.mies101@alum.ulpgc.es

ULPGC
 Universidad de
 Las Palmas de
 Gran Canaria

NCT05000203

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

El Miedo al Parto (MAP) es un **problema prevalente** de salud pública¹ que Influye negativamente en el embarazo, parto y postparto². Se precisa de un trabajo específico sobre los aspectos que inciden en el aumento del MAP, como pueden ser el **asesoramiento** y la **educación prenatal**³.

El *objetivo principal* es evaluar la efectividad de una intervención específica en mujeres con MAP.

MÉTODO

Ensayo Clínico Aleatorizado de grupos paralelos, asignación aleatoria simple, y captación por conveniencia en el HUMIC hasta el tamaño muestral de **190 mujeres** con **criterios**: ≥ 18 años, 20-24 semanas de edad gestacional, ecografía morfológica normal, **MAP alto** (puntuación ≥ 77 en cuestionario WDEQ-A-Sp⁴).

Grupo Control (GC)

Atención habitual prenatal e intraparto

Grupo Intervención (GI)

Atención habitual + Educación prenatal en línea (orientadas Parto HUMIC) + Apoyo específico intraparto (identificación MAP)

Variables Resultado: MAP prenatal tras intervención (WDEQ-A-Sp⁴ 36-37 SEG), MAP postparto (WDEQ-B-Sp⁵), satisfacción materna (CEQ-E⁶), variables clínico-obstétricas.

Análisis: con enmascaramiento de los resultados-simple ciego. Asociación entre variables categóricas con Test de Chi cuadrado y para las cuantitativas comparación de medias T de Student para dos muestras independientes. Significancia estadística definida como $p < 0.05$, y tamaño de efecto con prueba d de Cohen.

RESULTADOS PRELIMINARES

Captación; 538	Asignadas GC; 57	Asignadas GI; 62
Valoración Inicial MAP; 471	Completan prenatal; 46 (20% perdidas)	Completan prenatal; 40 (36% perdidas)
Aleatorización; 119	Completan intraparto; 28 (50% perdidas)	Completan intraparto; 33 (47% perdidas)

MAP medio	Post-intervención (GI)	Prenatal: 56,50 (DE: 18,48)	Postparto: 51,06 (DE: 32,69)	Diferencia Medias (DM)	Cohen
	Post-atención (GC)	Prenatal: 88,46 (DE: 23,81)	Postparto: 76,25 (DE: 28,51)	Prenatal: 31,9 ($p < 0,05$)	0,80
				Postparto: 25,18 ($p < 0,05$)	0,93

Satisfacción materna postparto → Diferencias estadísticamente significativas en la dimensión **Seguridad** de cuatro evaluadas (Capacidad propia, Profesionales y Participación).

Resultados obstétricos y neonatales → Datos relevantes a favor del GI en el uso de la **analgésia epidural**.

CONCLUSIONES

Los resultados, de datos correspondientes a la mitad de la muestra se muestran **a favor del GI** la disminución del MAP.

Bibliografía:

1- Dai L, Zhang N, Rong L, Ouyang YQ. Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. PLoS One. 2020;15(7):e0236567.

2- O'Connell M, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC. Tocophobia – the new hysteria? Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. 2015;25(6):175-177. doi:10.1016/j.ogrm.2015.03.002

3- Fenwick J, Toohill J, Gamble J, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:284.

4- Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, et al. Reliability and validity study of the Spanish adaptation of the "Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire" (W-DEQ-A). PLoS One. 2021;16(3):e0248595. doi:10.1371/journal.pone.0248595

5- Roldán-Merino J, Ortega-Cejas CM, Lluch-Canut T, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the "Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire" (W-DEQ-B). PLoS ONE. 2021;16(4):e0249942. doi:10.1371/journal.pone.0249942

6- Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16. doi:10.1186/s12884-016-1100-z

12.39. Anexo XXXIX. Contribuciones: divulgativa #HILOTESIS

El Vicerrectorado de Investigación y Transferencia y la
Escuela de Doctorado de la ULPGC

CERTIFICAN

Que D. Sergio Mies Padilla, con DNI/ID 5407850 y usuario de Twitter:
@MiesSergio

HA PARTICIPADO EN LA

I EDICIÓN DEL CONCURSO DE DIVULGACIÓN #HILOTESIS

Con su tuit publicado en:

<https://twitter.com/MiesSergio/status/1377516510248337409?cxt=HHwWgoC0mff99Z0mAAAA>

Esta actividad ha sido organizada por **Red Divulga Grupo de Divulgación y Cultura Científica** de **CRUE** Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas

Y para que así conste, se expide el presente certificado en Las Palmas de Gran Canaria, a la fecha de la firma digital.

Zaida Ortega Medina
Secretaria Académica de la Escuela de Doctorado



Cód. Verificación: 4M3K4Z9J00PSW2KPH5SH5G4K4E | Verificación: <https://administracion.ulpgc.es/>
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 1 de 1

